



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL**

TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

**“DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA
PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.
SECTOR SAN JOSÉ. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO.
AÑO 2018”**

AUTOR:

MD. EDUARDO BAYAS TOALA

DIRECTOR:

DR. LUIS ROBERTO MEDEROS MESA

GUAYAQUIL – ECUADOR

2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por el/la *Md. Eduardo Bayas Toala*, como requerimiento parcial para obtención del título de especialista en *Medicina Familiar Y Comunitaria*.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

Dr. Luis Roberto Mederos Mesa

DIRECTOR DEL PROGRAMA

Dr. Xavier Landivar Varas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Eduardo Bayas Toala

DECLARO QUE:

El trabajo de investigación “*Diseño de una estrategia educativa para la prevención del embarazo en la adolescencia. Sector San José. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018*”- previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

EL AUTOR:

Eduardo Bayas Toala



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

AUTORIZACION:

Yo, Eduardo Bayas Toala

Autorizo a la universidad católica Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de especialización titulado: *“Diseño de una estrategia educativa para la prevención del embarazo en la adolescencia. Sector San José. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

EL AUTOR:

Eduardo Bayas Toala



Urkund Analysis Result

Analysed Document: tesis bayas urkund..docx (D45928051)
Submitted: 12/18/2018 3:47:00 AM
Submitted By: e_bayas@hotmail.com
Significance: 4 %

Sources included in the report:

Medina Rodríguez Omar Andrés - Tesis.docx (D37984075)
Embarazo en la Adolescencia Riesgos.docx (D40703435)
TESIS RIERA- ORTEGA MULTIPARIDAD.docx (D16565203)
http://munisalud.muniguate.com/2012/09oct/estilos_saludables03.php
<http://todosobreelebarazo.blogspot.com/>
<https://waqaxin.files.wordpress.com/2015/07/riesgos-de-embarazo-en-adolescentes-pdf.pdf>
<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12855/40038030-2016.pdf?sequence=1>
<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7647/1/La%20dependencia%20afectiva%20como%20causante%20de%20las%20relaciones%20sexuales%20precoces.pdf>
https://piensadh.cd hdf.org.mx/images/publicaciones/Informe_mujeres/2015_Informe_mujeres.pdf
http://repository.ucc.edu.co/bitstream/ucc/4039/1/2018_factores_riesgo_embarazo.pdf
<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/5909/1/220810.pdf>
<https://www.monografias.com/trabajos82/embarazo-en-la-adolescencia/embarazo-en-la-adolescencia2.shtml>
http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/5976/ADOLESCENTES_DETERMINANTES_JARA_CASTILLO_JONATHAN_BRYAN.pdf?sequence=1&isAllowed=y
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
<https://www.elespectador.com/noticias/salud/america-latina-region-mas-embarazos-adolescentes-del-mu-articulo-653489>

Instances where selected sources appear:

1 Agradecimiento

Al estado ecuatoriano que mediante la beca, tuve la oportunidad de acceder a la misma, a mis profesores y tutores, por la paciencia y haber compartido sin mezquindad alguna los conocimientos con nosotros. A los pacientes de Pedro Carbo, que con perseverancia estuvimos dispuestos a brindar nuestra ayuda en la atención, y que al final se llevan y me llevo los mejores recuerdos.

2 Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi familia, a mis padres por el gran apoyo irrestricto que me ha dado, por la unión tras adversidades que tuvimos como el terremoto que nos afectó enormemente, a mi esposa, por comprender y apoyarme en estos tres años fuera del hogar, a mi adorado hijo por sobre todo, por no estar durante su desarrollo, pero con la fiel convicción de que todo esfuerzo al final tendrá su recompensa.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO

DIRECTOR DEL POSGRADO

f. _____

ARANDA CANOSA, SANNY

COORDINADORA DOCENTE

f. _____

BATISTA PEREDA, YUBEL

OPONENTE

VIII

SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
II COHORTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

TEMA: * DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. SECTOR SAN JOSÉ. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018 *

ALUMNO: MD. EDUARDO BAYAS TOALA

FECHA:

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACION TRABAJO ESCRITO /50	CALIFICACION SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACION TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MPC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: _____

Lo certifico,

DR. XAVIER LANDIVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO MPC

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

5 ÍNDICE DE CONTENIDO

1 AGRADECIMIENTO.....	VI
2 DEDICATORIA.....	VII
3 TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	VIII
4 ACTA DE SUSTETANCIÓN.....	IX
5 INDICE DE CONTENIDOS.....	X
6 INDICE DE TABLAS.....	XII
7 INDICE DE ANEXOS.....	XIV
8 RESUMEN.....	XV
9 ABSTRACT.....	XVI
10 INTRODUCCIÓN.....	2
11 EL PROBLEMA.....	6
11.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	6
11.2 FORMULACIÓN.....	6
12 OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICO.....	7
12.1 GENERAL.....	7
12.2 ESPECIFICO.....	7
13 MARCO TEÓRICO.....	8
13.1 EMBARAZO.....	8
13.1.1 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	8
13.1.2 CAUSAS PARA EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	12
13.1.2.1 FACTORES FAMILIARES.....	13
13.1.2.2 FACTORES INDIVIDUALES.....	14
13.1.3 CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	16
13.1.4 FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.....	17
13.1.4.1 ANEMIA.....	18
13.1.4.2 INFECCIONES GENITOURINARIAS.....	18
13.1.4.3 INSUFICIENTE AUMENTO DE PESO SE LA MADRE.....	19
13.1.4.4 ESTADOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES.....	20
13.1.4.5 ABORTO.....	20
13.1.4.6 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA.....	21
13.1.4.7 AMENAZA DE PARTO Y PARTO PREMATURO.....	22

13.1.4.8 COMPLICACIONES PERINATALES.....	22
13.1.5 OTRAS COMPLICACIONES DE RIESGO DEL PARTO.....	24
13.1.6 FACTORES DE RIESGO SOCIALES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	25
13.1.7 PROMOCIÓN DE LA PRÁCTICA DE LA SALUD SEXUAL Y EVITAR EMBARAZOS NO DESEADOS EN LA ADOLESCENCIA.....	27
13.1.8 EL MARCO LEGAL SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTE EN EL ECUADOR.....	28
14 MÉTODO.....	31
14.1 Justificación de la elección del método.....	31
14.2 Diseño de la investigación.....	31
14.2.1 Criterio y procedimiento de recolección de la muestra o participantes.....	31
14.2.2 Procedimiento de recolección de la información.....	31
14.2.3 Técnica de recolección de la información.....	33
14.2.4 Técnica de análisis estadístico.....	33
15 VARIABLES.....	34
15.1 Operacionalización variables.....	34
16 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	37
17 CONCLUSIONES.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXOS.....	55

6 INDICE DE TABLAS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN LA VARIABLE EDAD. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018.....	37
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN LA VARIABLE ETNIA. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018.....	37
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN VARIABLE NIVEL DE INSTRUCCIÓN. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018.....	38
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN LA VARIABLE OCUPACIÓN. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018.....	38
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN LA VARIABLE ESTADO CIVIL. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018.....	39
TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN VARIABLE DEL AMBITO FAMILIAR. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018.....	39
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN LA VARIABLE CONVIVENCIA. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018.....	40
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN VARIABLE RIESGO FAMILIAR. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018.....	40
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN VARIABLE DE LA CONDUCTA SEXUAL Y REPRODUCTIVA. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018.....	41
TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN VARIABLE CONOCIMIENTO SOBRE CONDUCTA DE RIESGO DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018.....	42

TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN VARIABLE CONOCIMIENTO SOBRE CONSECUENCIAS O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018.....	43
TABLA 12. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN VARIABLE ESTRATEGIA DIDACTICA. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018.....	44
TABLA 13. DISTRIBUCION DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN VARIABLE LA FRECUENCIA PARA RECIBIR LA INFORMACIÓN. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018.....	44
TABLA 14. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN VARIABLE ESTRATEGIA TIEMPO. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018.....	45
TABLA 15. DISTRIBUCION DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN LA VARIABLE ESTRATEGIA LUGAR. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018.....	45

7 INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	55
ANEXO 2: CUESTIONARIO.....	57
ANEXOS 3: ESTRATEGIA PARA PREVENIREMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN EL CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO.....	62
ANEXO 4: TRIPTICO.....	79

8 Resumen

Antecedentes: El embarazo en la adolescencia es un problema, los programas de prevención sexual de los últimos años han reducido los embarazos en adolescentes en varias regiones del mundo, Latinoamérica el número aumenta, en Ecuador el MAIS, tiene prioridad a las embarazadas, teniendo de esta forma una atención especializada, buscando disminuir los índices de embarazo adolescentes. **Materiales y Métodos:** se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal en la población adolescentes mujeres que se realizan controles en el centro de salud Pedro Carbo, marzo-julio 2018 la muestra fue de 61 adolescentes que constituyen el universo, quienes cumplieron con los criterios de inclusión, previo consentimiento informado, se utilizó una encuesta para la recolección de datos. **Resultados:** características socio demográfico, que prevaleció la edad de 18 años con un 27,8%, 45,9% registraron un nivel de instrucción básico, 65,5% ser amas de casa y el 50,8% son de unión libre, la edad de inicio de la actividad sexual a los 15 años representado el 32.7%, el lugar de la estrategia sería el centro de salud un 88.5%. **Conclusiones:** prevaleció la edad de 18 años en las adolescentes, con nivel de educación básica. Asumiendo como ocupación amas de casa en unión libre, teniendo a los 15 años su primera relación sexual, lo cual pone en evidencia, que las adolescentes suelen provenir de familias económicamente desfavorecidas se identifica los problemas y se elabora una estrategia educativa para elevar el conocimiento sobre los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.

Palabras claves: ADOLESCENTES, EMBARAZO EN ADOLESCENTES, ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR.

9 Abstract

Background: Pregnancy in adolescence is a problem, sexual prevention programs of recent years have reduced teenage pregnancies in several regions of the world, Latin America the number increases, in Ecuador the MAIS, has priority to pregnant women, having This forms a specialized care, seeking to reduce teen pregnancy rates. **Materials and Methods:** an observational, cross-sectional descriptive study was conducted in the adolescent women population that controls are carried out in the Pedro Carbo health center, March-July 2018, the sample was of 61 adolescents that constitute the universe, who met the criteria of inclusion, with prior informed consent, a survey was used to collect data. **Results:** socio-demographic characteristics, which prevailed at the age of 18 years with 27.8%, 45.9% registered a basic level of education, 65.5% were housewives and 50.8% were free union, the age of onset of sexual activity at 15 years represented 32.7%, the place of the strategy would be the health center 88.5%. **Conclusions:** the age of 18 years prevailed in adolescents, with a basic education level. Having as an occupation housewives in a free union, having at the age of 15 their first sexual relationship, which shows that adolescents usually come from economically disadvantaged families, problems are identified and an educational strategy is elaborated to raise knowledge about the risk factors of pregnancy in adolescence.

Keywords: ADOLESCENTS, PREGNANCY IN ADOLESCENTS, FAMILY HEALTH STRATEGY.

10 INTRODUCCIÓN

Según la organización mundial de la salud (OMS), unos dieciséis millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente un millón de mujeres menores de 15 años paren cada año, en su mayoría en los países de ingresos bajos y medianos. Los inconvenientes que presentan en el transcurso del embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años en todo el mundo. Anualmente, unos tres millones de adolescentes de 15 a 19 años se someten a prácticas abortivas ilegales. Los hijos de las adolescentes se enfrentan a un riesgo superior de fallecer; que los hijos de las mujeres de 20 a 24 años. (1)

Aunque los programas de prevención sexual de los últimos años han logrado reducir los embarazos adolescentes en varias regiones del mundo, en el caso de Latinoamérica el número sigue en aumento. Pobreza, desigualdad y dificultades geográficas de la región son algunas de las causas. Nunca antes los jóvenes del mundo habían tenido tanta información sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos. Los programas de difusión sobre sexualidad y prevención han sido efectivos en varias regiones del planeta y han reducido los embarazos adolescentes años tras año en zonas como África y el sudeste asiático. Sin embargo, a pesar de la información, hay una región donde las cifras de embarazo adolescente continúan en aumento, Latinoamérica. (2)

De los 32 países de la región de Latinoamérica, Guyana es el que registra la mayor cantidad de embarazo adolescentes con un 27%. Mientras Panamá compartió la sexta posición (17%) con Ecuador y Guatemala. Trinidad y Tobago fue el que tuvo la menor cifra de nacimientos en jóvenes (8%) (3)

Las niñas y las adolescentes representan casi un quinto de la población de América Latina y el Caribe, con una población predominantemente urbana. En los países, su magnitud puede llegar a representar entre un quinto y casi la mitad del total de las mujeres, situación que impone oportunidades y desafíos

diferenciados para su atención. La situación de las niñas y las adolescentes que pertenecen a los pueblos indígenas y afro descendientes debe ser considerada de manera particular, su mayor ruralidad y patrones demográficos específicos, dando origen a necesidades de apoyo a través de las políticas públicas. (4)

Las sociedades urbanas, con influencias externas, entiéndase como la música que promueve el sexo, el flujo migratorio del campo a la ciudad, personas que pierden totalmente su nicho, su identidad, adolescentes que están a la deriva en una tempestad de influencias negativas, denota un aumento de embarazos en las adolescentes.

La sexualidad se percibe como un obstáculo, que se manifiesta a través del mutismo. Por tanto las posibilidades de que las adolescentes desarrollen su sexualidad abiertamente disminuyen considerablemente, lo que impacta de forma negativa sobre las intervenciones para la prevención del embarazo en adolescentes. (5)

La maternidad representa un valor social y cultural muy fuerte, que no tomando la edad de inicio de la gestación, lo que interesa es que se desempeñe el rol determinado para la reproducción. Se conserva a la maternidad como una condición necesaria para la existencia, esto no permite apreciar las consecuencias del embarazo a edades tempranas, entonces entra en objeción la responsabilidad de tener un hijo y la pérdida de las oportunidades de estudios en un futuro. (5)

En el Ecuador del total de la población de adolescentes embarazadas, el 55.8% se encuentra unida con su pareja, el 56,7% presenta un nivel de educación secundaria, de ellos un 77,4% presentaron niños nacidos vivos con un peso de 2.550gr o mas, 8,0% con un peso de menor a 2.500gr. Además que 49 de cada 100 mujeres que son madres en el país tuvieron su primer hijo entre los 15 y 19 años. (6)

Es primordial inculcar el conocimiento sobre las consecuencias del embarazo

en la adolescencia, si bien es cierto que no es una enfermedad, pero los riesgos que este evento podría acarrear son muy negativos, tanto desde el punto de vista de la salud física como social, de las adolescentes que se embaracen en este periodo de vida.

Dentro de las estrategias del modelos de atención integral en salud familiar comunitario e intercultural (MAIS-FCI), se encuentra los grupo de atención prioritaria, como son, los adultos mayores, mujeres embarazadas, niños, niñas y adolescentes; personas con discapacidad, personas privadas de libertad y personas que padezcas de enfermedades catastróficas, derechos consagrados en la constitución, que dice que recibirán atención prioritaria y especializada. (7)

El enfoque biopsicosocial del médico familiar y comunitario tiene como norma, no solamente el paciente y la enfermedad, sino todo lo relacionado al entorno en el cual el individuo se desenvuelve.

El diseño de una estrategia educativa, busca precisamente, modificar los factores de riesgo del embarazo que por el simple hecho de ser adolescente ya se considera un riesgo obstétrico bajo (8), no modificable en este caso, pero existen muchos riesgos inmersos.

Se pretende entonces con esta investigación modificar y por ende disminuir los embarazos adolescentes en la población que acude al centro de salud de Pedro Carbo, para de esta forma concienciar sobre los problemas que acarrea esta situación en las adolescentes, en la dinámica y funcionalidad de la familia y de la sociedad en su conjunto.

Teniendo como premisa las acciones de promoción y prevención en salud, se mejoría la atención en la población adolescente, brindando mejores oportunidades, tanto lo familiar, como lo económico, y académico llegando a alcanzar metas, que serían más difíciles de obtener si se encuentran en periodo de gestación, contribuyendo de esta forma a la sociedad.

Se planteó un estudio observacional, descriptivo, transversal, basado en las atención de las adolescentes, en edades comprendidas entre 15 y 19 años, del sector San José, que se realizan los controles en el consultorio del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pedro Carbo, periodo marzo julio 2018, que cumplieron con los criterio de inclusión y exclusión.

La investigación transcurre por la identificación, planteamiento del problema, argumentada con el marco teórico, continuando con la presentación de los resultados en las tablas, la discusión, hasta llegar a las conclusiones y recomendaciones

11 EL PROBLEMA

11.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

El embarazo durante la adolescencia constituye un riesgo elevado, asociado a dificultades económicas y emocionales para la madre y su hijo, en la zona de influencia del centro de salud de Pedro Carbo, algunas de las adolescentes que se embarazan se ven en la penosa tarea a dejar la escuela, teniendo menos oportunidades de encontrar un ingreso salarial fijo y de continuar las actividades académicas. Índice elevado de morbimortalidad materna, productos con bajo peso al nacer, condiciones socioeconómicas desfavorables, incurre en que el embarazo adolescente es un problema que tiene solución.

Conocer las principales causas que motivan a este grupo etario de la población al embarazo, podría llevar la realización de acciones de promoción y prevención en la atención primaria de salud, en el centro de salud Pedro Carbo, dejando como legado una guía para la aplicación por parte de otros médicos de atención primaria.

Establece un gran desafío para las adolescentes, del ciclo vital por el cual todos pasamos, las dimensiones de esta etapa, para las familias con hijos adolescentes, los médicos que atienden adolescentes, los profesores y la sociedad en general, donde la captación temprana modificaría los factores de riesgo, favoreciendo en todos los aspectos a disminuir el embarazo adolescente.

11.2 Formulación

¿Qué elementos se considerarían para la elaboración de una estrategia de intervención educativa para la prevención del embarazo en la adolescencia en el sector San José, del centro de salud Pedro Carbo en el año 2018?

12 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

12.1 General

Diseñar una estrategia educativa para la prevención del embarazo en la adolescencia en el sector San José, del centro de salud Pedro Carbo en el año 2018

12.2 Específicos

- Caracterizar a las adolescentes según variables sociodemográficas, del ámbito familiar y de la conducta sexual.
- Identificar el conocimiento sobre conductas de riesgo y complicaciones del embarazo en la adolescencia.
- Determinar los componentes del diseño de la estrategia educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia.
- Elaborar una estrategia educativa para la prevención del embarazo en la adolescencia

13 MARCO TEÓRICO

13.1 El Embarazo

Proviene del vocablo latino “gravitas” que se refiere al periodo que transcurre entre la constitución en el útero del óvulo fecundado y el momento del alumbramiento donde existen cambios fisiológicos, metabólicos, morfológicos que se producen en la mujer encaminados a brindar nutrición al feto permitiendo el desarrollo del mismo. En correspondencia al termino gestación que hace alusión a los cambios fisiológicos involucrados en el crecimiento y desarrollo del feto dentro del útero materno, en el ser humano las gestaciones mayoritariamente suelen ser impares, dependiendo del uso de técnicas de reproducción asistida, la duración del embarazo es de cuarenta semanas contados desde el día uno de la menstruación o treinta y ocho semanas desde la fecundación. (9).

Según fuentes del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (10), la edad de inicio de la actividad sexual se ha reducido en ambos géneros, catorce años para las mujeres y quince para los varones dando como consecuencia un embarazo no deseado en adolescentes quienes no reciben educación ni orientación médica ni psicológica lo que marca el inicio de muchos problemas sociales como deserción colegial, madres solteras, abandono de los hijos, matrimonios forzados y problemas relacionados a la salud durante la gestación.

Lo que sí es incuestionable es que el embarazo en adolescentes, a más de los posibles problemas sociales que puede originar, está unida un riesgo de salud, que no siempre está claramente explicado en los programas educativos y no es conocido ni concebido en su complejidad por la posible madre adolescente (11).

13.1.1 Embarazo en la Adolescencia

Se le considera, como el evento, que ocurre dentro de los dos años de la edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo que transcurre desde la

menarquia, cuando la adolescente aún es dependiente de su núcleo familiar de origen y este suele ocurrir en edades comprendidas entre los 11 y 17 años, lo que implica riesgos tanto psicológicos y biológicos para la madre y el recién nacido (12).

Las tasas de fecundidad en Ecuador son relativamente altas 81,45 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 a 19 años en el 2010, encontrándose un nivel mucho mayor de lo esperado, esto a pesar de las mejoras importantes en el sistema nacional de salud pública y en el sistema de educación, esto es admirable ya que la tasa de fecundidad general ha descendido, lo que hace pensar que el país experimenta un aumento en el índice de fecundidad adolescente con respecto a la fecundidad general, lo que quiere decir que la fecundidad se traslada a grupos más jóvenes (8).

Pero una definición más simple, mantiene que el embarazo en la adolescencia es aquel que se produce en una femenina, entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. (13).

A nivel mundial el embarazo en la adolescencia es reconocido por las huellas importantes que ocasiona en el bienestar físico y en la salud reproductiva de las adolescentes, llevando difíciles consecuencias para la salud materna infantil. Donde su atención consume cantidades enormes de recursos económicos, esta problemática se presenta de manera desigual en la población, al afectar sobre todo a los sectores más frágiles como los adolescentes pobres, mal informados, con baja escolaridad y con poca capacidad en la toma de decisiones (12).

La diferencia entre los países del primer mundo y países en vías de desarrollo, es que en los primeros existen políticas públicas que apoyan el acceso a la protección frente al embarazo y las infecciones de transmisión sexual, y en la promoción de métodos anticonceptivos hormonales y preservativos dando como resultado tasas menores de embarazos no deseados.

Las adolescentes menores de edad, carecen de madurez lógica, y toman decisiones equivocadas, no es así las adultas que presentan una madurez intelectual, tomando decisiones en cuanto a su sexualidad; las menores de edad usan menos métodos anticonceptivos y contribuyen más al riesgo de un embarazo. Además las mejores oportunidades de los adolescentes en el ámbito educativo y laboral conllevan una menor probabilidad en embarazos tempranos. En los países en vías de desarrollo existen leyes que permiten al adolescente contraer matrimonio sumado a la pobreza y la escasa educación de las mujeres se asocia con tasas elevadas de embarazos en estas edades.(15).

Las adolescentes que se encuentran embarazadas menores de 15 años, esta situación puede inducir serios trastornos, biológicos. Además de interferir sobre su esfera social, se interrumpe el proyecto educativo, surgiendo la necesidad de ingresar prematuramente a un empleo el cual generalmente es mal remunerado. La reprimenda de la sociedad sobre la adolescente y su familia se hacen evidentes, desencadenando matrimonios apresurados que generalmente no perduran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas personales y sobre la salud de los hijos (14).

El inicio de la actividad sexual a temprana edad, la educación sexual y el libre acceso a la planificación familiar, repercute directamente en la tasa del embarazo en la adolescencia. Con la disminución del inicio de las relaciones sexuales los riesgos que conllevan este aumentan. (17).

Las adolescentes madres por lo general provienen de familias económicamente desfavorecidas, presentando nivel escolar bajo, proceden de familias donde la madre también tuvo un hijo en esta etapa. (15).

El embarazo durante la adolescencia marca una contracción sociológica, entre el embarazo no deseado y la maternidad esperada. Más del 80% de los embarazos en la adolescencia se origina en sectores marginales de la sociedad, donde la adolescente busca la inserción en la misma, creyendo así

tener más autonomía de su familia. Pero esta situación está lejos de resolver la situación mas bien contribuye a agravarla. (16).

Así mismo el autor manifiesta, el uso de técnicas anticonceptivas en mujeres sexualmente activas menores de 20 años es del 70 a 80% en relación con el 90% de las mujeres mayores de 20 años. Cuanto menor es la experiencia sexual del adolescente mayor es el riesgo de usar una técnica anticonceptiva. De hecho, más del 65% de las veces, el inicio de la actividad sexual en la adolescente se lleva a cabo sin técnica anticonceptiva (17).

Las adolescentes que ya son madres suelen provenir de familias económicamente desfavorecidas, las madres adolescentes por lo general presentan rendimiento escolar bajo antes de quedarse embarazadas y su núcleo familiar suele tener un nivel educativo bajo, a menudo provienen de familias monoparentales donde su propia madre tuvo un hijo durante la adolescencia y fuera del matrimonio, por otro lado en ciertos grupos sociales es posible que vean el embarazo como algo positivo que no interfiere con su objetivo a (15).

El embarazo en la adolescencia también marca una paradoja sociológica, entre un embarazo no deseado y una maternidad deseada entre lo que no se quiere y lo que se desea. La estadística demuestra, que el 80% de los embarazos tempranos se presentan en adolescentes provenientes de sectores pobres, populares o marginales lo cual indica que para dichas adolescentes la maternidad responde a una estrategia de inserción social de afirmación de la identidad y autonomía personal dentro de la propia familia y aún en la sociedad. Más aún cuando el embarazo adolescente esté lejos de resolver el problema de la inserción social tiende más bien a agravarlo, la adolescente busca en la maternidad una forma de seguridad (18).

El embarazo en edades tempranas depende no solo de factores biológicos sino también de factores sociales y personales. La adolescente embarazada además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada de mayor edad debe enfrentarse, a la desprotección, lo que lleva

a una mayor preocupación sobre su salud y situación socioeconómica de manera especial las adolescentes menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social (13).

En las últimas décadas las tasas de maternidad en adolescentes se han mantenido altas según, un estudio realizado en el Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito, en Ecuador en el año 2015 se presentaron 12300 adolescentes de 12 a 17 años que ya tuvieron hijos y la maternidad en adolescentes entre los 15 a 19 años aumentó su frecuencia en los últimos 10 años en la región costa y la Amazonía más que en la región sierra, siendo las provincias de Los Ríos, Esmeraldas, Manabí y en la Amazonía Sucumbíos y Zamora Chinchipe las que sobresalen con porcentajes más altos de partos en adolescentes (18).

El embarazo en la adolescencia es catalogado por la Organización Mundial de la Salud (19) , como un embarazo de riesgo, porque afecta no solo a la madre sino también al recién nacido, existiendo muchas complicaciones en el ámbito obstétrico ya que el cuerpo de la adolescente no se encuentra preparado para el proceso de gestación y del parto, el recién nacido podrá sufrir de desnutrición, bajo peso, malformaciones congénitas e incluso la muerte neonatal y perinatal.

De tal forma se indica que además de los riesgos para la adolescente en cuanto a su salud, la afectación psicológica de una gestación no deseada, provoca cambios que llegan a ser traumáticos, alentando a la deserción escolar, bloqueo de proyectos de vida y crisis en las familias. (20).

13.1.2 Causas para el embarazo en la adolescencia

Últimamente el embarazo en la adolescencia llama la atención mundial, debido a que posee múltiples características, siendo estas psicológicas y sociales, observándose en países del tercer mundo y dentro de las clases sociales desfavorecidas, con nivel escolar bajo. Pudiendo tener una mejoría,

si las condiciones sociales son favorables, el índice de embarazos pudiera bajar (21).

Dentro de la adolescencia esta se puede dividir en tres etapas, la primaria que comprende la edad de 10 a 14 años, la media 15 a 16 años y la terciaria de 17 a 19 años, cada una con unas características propias para la edad (22).

El número de embarazos en la adolescencia presenta una incidencia elevada, especialmente dentro de las clases sociales desprotegidas, siendo los más afectados los pobres. Esto se presenta ya como un problema de salud pública, pero también esta realidad no está exentas de las clases sociales altas (23).

Además de las condiciones sociales y económicas adversas, la falta de una información oportuna, dentro de la sociedad y en el hogar , provoca que hablar de sexualidad sea mal visto, teniendo también culpa las instituciones de educación que no proporcionan una información veraz, despejando de esta manera dudas sobre sexualidad (12).

La adolescencia es una etapa de la vida del ser humano unido a profundos cambios biológicos, psicológicos que conllevan modificaciones conductuales, por todo ello requiere una atención diferenciada y a la vez la comprensión, orientación, apoyo y confianza que debe brindarse durante ese ciclo de vida. Durante esta etapa no necesariamente la adolescente conoce los riesgos de un embarazo. El desconocimiento de los riesgos de tipo biológico y psicológico que puede enfrentar la embarazada adolescente nos enfrenta a un problema de salud (24).

Dentro de los factores envueltos en el apareamiento del embarazo en la adolescencia se exteriorizan las siguientes:

13.1.2.1 Factores familiares

Se observa más en familias disfuncionales, donde la madre también fue madre adolescente , o es madre soltera, la falta de una interacción dentro del

núcleo familiar y el hecho de que las adolescentes presentan sentimientos de pertenencia en la primera relación romántica que tienen (12).

Al igual que la sola presencia de uno de los progenitores, la violencia dentro del hogar, el desapego de los padres con sus hijos, falta de comunicación de sobre sexualidad, inicio de las relaciones sexuales precoces, falta de apoyo de amigos, crean una barrera para que asistan a los centros de salud. (25).

Actualmente las mujeres inician su actividad sexual precozmente, resultando que los embarazos en la adolescencia tenga un aumento, pudiendo ser esto un reflejo de la falta de comunicación con sus padres (12).

Además que actualmente las madres aparte de la crianza de los hijos, tienen que trabajar para sustentar su hogar, especialmente si son madres solteras, esta ausencia en el hogar debido al ámbito laboral, causa que las madres no tengan un control sobre las adolescentes, teniendo como resultado encuentros sexuales dentro de hogar (9).

Por otro lado existe la posibilidad de que las familias sean numerosas, los padres no tienen el tiempo necesaria para estar y controlar todos los hijos, al igual que si presentan separación de los padres, pudiendo esta crisis familiar desembocar en inicio de las actividades sexuales tempranamente.(26).

Los factores de riesgo implicados en el embarazo en adolescentes se establecen en dimensiones; individuales, inicio adelantado de la actividad sexual, menarquia precoz, autoestima baja, bajas ambiciones académicas, uso incorrecto de anticonceptivos, influencias permisivas; en el ámbito familiar: mala comunicación con los padres, violencia intrafamiliar, antecedentes de embarazos en la adolescencia, abandono de los padres. (4).

13.1.2.2 Factores individuales

Dentro de los factores de riesgo individual se localizan la menarquia prematuro, deseos estudiosos bajos, ímpetu, ideas de superioridad y apego a las creencias y tabúes que castigan la regulación de la fecundidad y la irrisoria

habilidad de planificación familiar además del predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de las adolescentes. (26).

Equivocaciones sobre el inadecuado uso de los anticonceptivos, historial de haber sido avisadas sexualmente, el no pedir ayuda, falta de habilidad para enfrentar a la sociedad, abandono de un plan de vida, consumo de sustancias ilícitas, sexo no planeado y el falso deseo de la maternidad. (9).

Un estudio en Brasil, pone en evidencia que el bajo nivel escolar dentro de las adolescentes, está directamente relacionado con el embarazo en esta etapa de la vida, donde un gran porcentaje de las adolescentes presentan bajo nivel escolar, al igual de las que han dejado los estudios. Culminado de esta forma que la escuela representa un papel importante para la difusión sobre la utilización de los métodos de anticoncepción. (27).

Estos factores descritos, se asemejan a los encontrados en un estudio en Argentina donde los factores individuales como la menarquia precoz, la disminución del autoestima, mala relación con los progenitores, consumo de drogas, bajos anhelos académicos; con respecto a los factores familiares el tipo de familia donde el adolescente se desenvuelve ejerce mucha influencia sobre la conducta sexual, la falta de información sobre sexualidad, violencia intrafamiliar, ausencia de los progenitores están relacionados con el aumento de embarazos en adolescente. Con respecto a los factores sociales, la erotización de los medios de comunicación, dificultad para el acceso a servicios de salud y la falta de políticas de cuidado juegan un papel importante en la problemática (21).

Dentro de los factores externos que conciernen al embarazo en la adolescencia, un estudio en Cuba, da como resultado, que las adolescentes son fértiles, pero estas no alcanzan la madurez de aquella mujer joven, y que el entorno, los amigos la música ejercen una influencia negativa, dando mensajes subliminales con el hecho de iniciar las relaciones sexuales. (22).

Al igual que en otros estudios, en el Ecuador, en la provincia de cañar, da como resultado, que la falta de educación, bajos niveles económicos, ninguna aspiración personal, afectan sobre la manera de vivir la sexualidad. (15).

Los factores familiares indican la disfunción familiar, antecedentes familiares de embarazos tempranos, ausencia de progenitores por migración, pobre escolaridad de los padres y los riesgos sociales involucrados están el bajo nivel socioeconómico, residencia en área rural, marginación social (28).

Otro autor manifiesta que en el embarazo en adolescentes involucra una serie de complicaciones biomédicas, psicológicas y sociales con un costo elevado a nivel personal, familiar y social, estas adolescentes todavía no tienen una identidad definida y dependen en su gran mayoría emocional y económicamente de su familia, la cual tampoco está preparada ni emocional ni económicamente para afrontar esta crisis (25).

Cabe recalcar que el periodo de la adolescencia se divide en etapas diferentes, cada una con sus características distintas, y es saber actuar frente al embarazo en esta etapa porque las adolescentes se comportaran en forma distinta.(23).

13.1.3 Consecuencias del embarazo en la adolescencia

La gestación de si por constituye un hecho de gran importancia para el cuerpo de una mujer, especialmente si esta es adolescente, puesto que todavía es inmadura física y psicológicamente, aumentando el riesgo de la gestación.(29).

En la adolescencia se duplica el riesgo de morir por complicaciones durante el parto, y aumenta 5 veces en aquellas que se embarazan teniendo menos de 15 años. Esto debido a la no madurez de sus órganos reproductores.(14).

Dentro del marco legal, se encuentra la Constitución Política de la República del Ecuador que garantiza el derecho a un nivel de vida que asegure la salud. La Constitución Política en los artículos 42, 43, 47 y 49 dispone fomentar

ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia (24).

El Ecuador está en la obligación de promover la cultura hacia la salud y la educación alimentaria tanto a las madres como los hijos, mediante herramientas de promoción a nivel de sectores de la comunicación social. (9).

La mayor parte del tiempo las adolescentes pasan en las unidades educativas, pero estas se limitan a tratar los temas sobre la sexualidad, por lo que las adolescentes se encuentran privadas de esos conocimientos y se vuelven presa fácil de la desinformación. (19).

En los colegios se viene hablando de sexo hace siglos, aunque pueda parecer a primera vista que no es así. Al centrarse y analizar sus mecanismos de funcionamiento, se ha visto que todo el tiempo se habla de sexo. Allí se concentran los discursos sobre este tema, se codifican los contenidos y se legitiman las autoridades para abordarlo. Por ello estas unidades educativas constituyen un micro espacio de poder que controla los cuerpos y el sexo de forma pensada y articulada (9).

Por ello, el embarazo en cualquier edad constituye un hecho biológico psicológico y social de gran importancia, que en la adolescencia cobra mayor relevancia por los riesgos y complicaciones que conlleva para el binomio conformado por la madre y el hijo, debido a la inmadurez física que presenta la madre adolescente que aumenta el riesgo para su morbilidad y mortalidad. (27).

13.1.4 Factores de riesgo del embarazo en adolescentes

Los peligros médicos del embarazo en la adolescente, se deben al escaso y tardío control prenatal. Complicaciones frecuentes: toxemia, anemia, ITS y desnutrición. Mayor mortalidad infantil y perinatal. Incremento de la mortalidad

materna del aborto. Mayor número de distocias: cesáreas, fórceps y Multiparidad precoz (25) .

Refiriéndose a las complicaciones biológicas se pueden citar las siguientes:

13.1.4.1 Anemia.

La del tipo microcítica hipocrómica que corresponde a falta de hierro, se distingue como una de las inconvenientes más frecuentes en el embarazo siendo más común en mujeres que tienen una alimentación poco adecuada, donde lo malos hábitos originados por empeños propios de la edad contribuyen a este déficit, sumado a esta la atención prenatal tardía o deficiente, acrecienta su surgimiento. (29).

Para Gómez, “la anemia es tal vez la patología más frecuente, ya que en la adolescencia las demandas del crecimiento y desarrollo especialmente en las menores de 15 años son altas coincidiendo con dos periodos de mayor demanda nutricional del ser humano”. (30)

La adolescente embarazada tiene un sistema inmune, inmaduro, lo cual puede estar relacionado con una deficiente nutrición materna en gestantes muy jóvenes. Se ha señalado que las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, entre las que podemos citar la toxemia, la eclampsia y las anemias (9).

Son más proclives también a los partos pre término, que pueden llevar incluso a la muerte, o a recién nacidos de bajo peso, prematuridad, traumas obstétricos y un riesgo elevado de muerte prenatal en el transcurso del primer año de vida. Además, en la embarazada adolescente se suma el riesgo nutricional, pues se añaden a las necesidades normales de su crecimiento, las del feto que engendra (31).

13.1.4.2 Infección génito urinaria

En el transcurso del embarazo se producen cambios tanto en la parte anatómica y funcional que aumentan el peligro de padecer infección urinaria

en cualquiera de sus manifestaciones como bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis aguda habiendo una relación estrecha entre estas patologías y el incremento de la morbimortalidad perinatal. (32).

Las secreciones vaginales y las vulvovaginitis están entre las afecciones más frecuentes en las adolescentes, debido a que son más propensas por el mayor número de contactos sexuales sin las medidas de protección adecuadas, esto conlleva a ser un peligro durante el embarazo ya que puede iniciar abortos, partos pretérmino, infecciones neonatales. (29).

La embarazada adolescente se suma el riesgo de infecciones de vías urinarias asociándose con el retardo del crecimiento intrauterino y recién nacidos con bajo peso al nacer y de pre término secundario a trabajo de parto prematuro, anemia, eclampsia e infección del líquido amniótico (23).

Los cambios anatómicos y funcionales que ocurren durante el embarazo, guardan una relación directa con el aumento a la predisposición para las infecciones urinarias las cuales aumenta a menor edad. Los riñones aumentan de tamaño por aumento del flujo sanguíneo que deben filtrar y por lo tanto aumenta la longitud renal. La vejiga aparece congestiva y es desplazada de su sitio habitual. El aumento de la hormona progesterona produce relajación de la musculatura de la vejiga y de los uréteres, lo que lentifica el flujo de la orina. El útero comprime los uréteres, especialmente el del lado derecho, acumulándose en los uréteres hasta 200 ml de orina (30).

Este estancamiento urinario favorece el crecimiento de las bacterias, Se cambia el pH de la orina y se hace más alcalino Otros factores que contribuyen para la multiplicación de bacterias es la mayor eliminación de proteínas por la orina conforme avanza la gestación (33).

13.1.4.3 insuficiente aumento de peso de la madre.

La nutrición de la mama es una situación de suma importancia, que esto a la larga será un factor para el desarrollo del feto en el útero, que gane peso una vez nacido, pero conlleva contradicciones; la adolescente también se

encuentra en periodo de desarrollo, además de que es inmadura fisiológicamente, sus requerimientos son elevados, entonces ocurre que el cuerpo necesita de nutrientes al igual que el producto, se establece que los requerimientos nutricionales deben de ser superiores en esta etapa, para no tener niños con bajo peso al nacer. (34)

13.1.4.4 Estados hipertensivos gestacionales.

Los estados hipertensivos durante el embarazo ocurren en los extremos de la vida reproductiva especialmente en gestantes adolescentes en edades bajas, la preeclampsia es más frecuente en las gestantes jóvenes, en el desarrollo de este cuadro clínico se involucra una posible falla del sistema inmunológico lo que genera una disparidad entre la placenta y el útero, aumentando la presión arterial, llevando este evento a problemas con el feto como ser prematuro o retardo del crecimiento intrauterino. (29).

Se indica que la preeclampsia es una complicación que se manifiesta entre el 13 y 20% de los embarazos adolescentes, elevado este número en las menores de 15 años, también indica como factores implicados para su surgimiento, que procedan de hogares pobres, que tenga controles prenatales inadecuados, especialmente en países del tercer mundo donde la incidencia aumenta el doble en la primigesta de 11 a 16 años. (35).

La preeclampsia o hipertensión inducida por la gestación, frecuentemente en primigesta de bajo nivel socioeconómico. Insuficiencia del mecanismo inmunológico adaptativo, lo cual permite la estrecha relación entre el organismo materno y el feto, que tiene 50 % de estructura antigénica de origen paterno y puede ser a su vez causa de hipertensión y otras graves alteraciones inmunológicas, capaces de provocar abortos (22).

13.1.4.5 Aborto.

El aborto autoinflingido se ubica en segundo lugar como causa importante de muerte materna, la mayoría son adolescentes, debido a la falta de

conocimiento, trae como consecuencia hemorragia que pudieran llevar al shock, anemia aguda, aumentado de esta forma la mortalidad. (36).

Muchas veces y al tratarse de adolescentes muy jóvenes, el embarazo queda interrumpido de forma natural y más teniendo en cuenta que se calcula que el 25% de todos los embarazos humanos finalizan en aborto espontáneo, y tres cuartas partes de los abortos suceden en los tres primeros meses de embarazo (31)

En cuanto al aborto inducido este constituye una condición muy perjudicial no solo para los embarazos a futuro, sino también por el riesgo que conlleva para la vida de la adolescente. (29).

13.1.4.6 Ruptura prematura de la membrana

La causa de la ruptura prematura de membranas es multifactorial y varía con la edad gestacional, así como con la edad de la madre, se ha observado que en adolescentes este caso aumenta la probabilidad. En algunas pacientes más de una posible causa es encontrada. A medida que la ruptura se ocurre a menor edad gestacional se observa una mayor asociación con la infección del corion/decidua, aunque en algunos casos es difícil saber si la infección es la causa o es secundaria a la ruptura de las membranas. (30)

En cambio las rupturas de membranas a mayor edad gestacional se asocian más con disminución del contenido de colágeno en las membranas. Además de los dos factores ya señalados, otros factores asociados a ruptura prematura de membranas son: Bajo nivel socioeconómico, fumar, enfermedades adquiridas por transmisión sexual, parto pre términos anteriores, labor de parto pre término en semanas anteriores en el actual embarazo, conización cervical por tratamientos al cuello del útero, poli hidramnios, embarazos múltiples, amniocentesis, cerclaje del cuello del útero y sangrados vaginales durante el actual embarazo, enfermedades pulmonares durante el embarazo, bajo índice de masa corporal y

recientemente se ha demostrado que la suplementación con Vitamina C y E es un factor de riesgo (4).

13.1.4.7 Amenaza de parto y parto pretérmino.

La etapa de la adolescencia constituye por sí sola un factor de riesgo para estas entidades, además se encuentra en relación a condiciones establecidas como la malnutrición materna, anemia, las infecciones génito urinarias, según estudios que indican estas complicaciones son más frecuentes en mujeres de edades más tempranas sobre todo menores de 15 años (29).

Otro autor manifiesta como causas para estas patologías el nivel socioeconómico bajo, sobre distensión uterina, infecciones relacionadas al estreptococo del grupo B enfermedades sistémicas como paludismo, fiebre tifoidea que son prevenibles en los controles prenatales (36).

13.1.4.8 Complicaciones perinatales.

Las complicaciones perinatales para las mujeres de 15 a 19 años, la estimación es de un 15 %, comparado con las mujeres de 20 a 39 años. Todas las entidades que conllevan las complicaciones perinatales, se ven aumentadas cuando la mamá es más joven, proveniente de nivel económico bajo. (15)

La escasa ganancia de peso de las adolescentes durante el embarazo se correlaciona con la disminución del peso al nacer de sus hijos y también unos malos cuidados prenatales. La prematuridad y el bajo peso al nacer aumentan la morbimortalidad de los lactantes de las madres adolescentes. Estos niños también presentan mayor incidencia del síndrome de muerte súbita del lactante, posiblemente debido al menor uso de la posición supina para dormir y tienen mayor riesgo de lesiones accidentales (15).

En relación al bajo peso al nacimiento, un estudio evidencia de los ingresos económicos inferiores a un salario mínimo vital se asocia con el bajo peso materno y con recién nacidos pequeños para la edad gestacional, en relación

al peso pre gestacional y el índice de masa corporal bajo en el tercer trimestre de la gestación están asociados a recién nacidos pequeños para la edad gestacional (33).

Así mismo en Chile Pino, “manifiesta los mayores riesgos de la salud para la madre y el neonato se relacionan con probabilidades más altas de pérdida intrauterina, mortalidad y morbilidad infantiles”. (37) Además en las mujeres de América Latina se identifican varias consecuencias adversas de los embarazos adolescentes relacionados a la salud de la madre y del niño, dentro de estos tenemos, riesgo de hemorragia después del parto, episiotomía, endometritis puerperal, bajo peso del recién nacido al nacer, partos prematuros, las adolescentes que se encuentran entre las edades 15 a 19 años tienen más probabilidades de fallecer durante el alumbramiento.(31).

Entre las complicaciones, se encuentran la anemia, ganancia de peso materno deficiente, infecciones de vías urinarias, bacteriuria asintomática, infecciones vaginales, estados hipertensivos gestacionales, aborto, amenaza de parto y parto pretérmino, hemorragias asociadas con afecciones placentarias, rotura prematura de membranas, retardo del crecimiento intrauterino. (33).

Del parto: parto prolongado, parto operatorio, desgarro del canal blando del parto y hemorragias, utilización de instrumentos durante el parto. Del puerperio: endometritis, abscesos de pared, anemia, sepsis de la herida quirúrgica, infecciones de la rafia, mastitis entre otras. Perinatales: bajo peso y depresión al nacer (31).

En el embarazo adolescente se presentan más episodios de: eclampsia, ruptura prematura de membranas, restricción del crecimiento intrauterino, síndrome de dificultad respiratoria, complicaciones posparto, APGAR bajo del recién nacido y malformaciones congénitas, así como anemia y en el caso extremo mortalidad materna, perinatal y neonatal (22).

Para Ecuador según el ministerio de Salud Pública en el 2011 menciona que 1,4 de cada 10 muertes maternas son en adolescentes, cuando la adolescente es madre tiene más riesgo de mortalidad materna, mortalidad perinatal y suicidio. Así en el año 2011 se registraron 241 muertes maternas de las que 14,1% fueron adolescentes y el 9,5% fueron en mujeres mayores de 40 años de edad, pero en el año 2012 este crecimiento decae como influencia de la respuesta a las políticas públicas destinadas a mejorar el acceso y prevenir la muerte materna (Estrategia Nacional Intersectorial de Articulación para la Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos, 2014). (10)

13.1.5 Otras complicaciones de riesgo del parto.

Con respecto a las complicaciones durante el periodo del parto menciona que mientras más joven es la adolescente más alteraciones pueden ocurrir durante el parto, esto se debe principalmente a la falta de desarrollo de la pelvis materna, estrechez del canal del parto, condicionando el apareamiento de desproporción cefalopélvica, distocias de presentación esto expresado en el trabajo de parto prolongado y cesárea o el uso de instrumentos durante el parto como el fórceps lo que conlleva mayores desgarros del cuello uterino, vagina, vulva y periné aumentado la probabilidad de hemorragias e infecciones maternas y daños al neonato (29).

El embarazo precoz es el que acontece cuando la mujer tiene menos de 20 años y aún no se encuentra preparada biológica, psicológica y socialmente para el ejercicio de esta función. Este se debe al inicio temprano de las relaciones sexuales sin protección anticonceptiva. La familia y los maestros no educan suficientemente en cuestiones de sexualidad. Difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos por parte de los adultos. Provocando diferentes riesgos como, mortalidad materna, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas (bebé). Retraso mental (bebé). Es importante para evitar un embarazo no deseado, una educación sexual correcta y adecuada. (30)

Concordando con el párrafo anterior las adolescentes no presentan un desarrollo físico completo al momento del embarazo lo que determina un

aumento de las tasas de cesáreas debido a las complicaciones como distocias de posición de feto, distocias de dilatación, pelvis estrecha lo que produce sufrimiento fetal agudo, en las menores de 15 años este problema se acentúa más ya que la pelvis no cuenta con un grado completo de maduración razón por la cual forma un inadecuado canal de parto que permita el avance normal del feto a través de él (36).

Esto es consecuencia, a que los servicios de salud, no contemplan una orientación adecuada dirigida a mujeres según sus prioridades y necesidades, relacionados al cuidado de la salud, la maternidad y paternidad responsables, falencia que aumenta por la falta de educación sexual, información y protección relacionado con el inicio temprano de la actividad sexual, embarazos no deseados y sus consecuencias como los abortos provocados y la inhabilidad para cuidar a los hijos, aumentando visiblemente la morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil (8).

13.1.6 Factores de riesgo sociales del embarazo en la adolescencia.

La sexualidad Precoz, familias disfuncionales, como deseo de independencia de la adolescente del hogar, violencia intrafamiliar, ingresos económico deficientes, rendimiento escolar bajo, entorno donde las amistades tiene embarazo durante la adolescencia, el consumo de drogas o alcohol, abuso sexual, y ser hija de una madre adolescente. (27).

En tal motivo, el embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hacen ya unos años atrás. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto (22).

En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares. Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la "salud integral del adolescente". Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud y brindar asistencia integral a cada madre

adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes (14).

Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad. Las investigaciones futuras deben centrarse en la evaluación de las diversas dimensiones del diseño y el proceso de implementación de las intervenciones para reducir embarazos no intencionados en adolescentes (9).

La información es sistemática para que los adolescentes varones y hembras se sensibilicen con el riesgo preconcepcional y nunca recurran al aborto en lugar de prever un embarazo no deseado porque causa, daños al útero o al cuello uterino. Lesión de órganos vecinos. Sufrimiento emocional o psicológico, denominado estrés post-aborto. Infecciones del útero o de las trompas de Falopio. (25)

También es importante que los adolescentes conozcan en qué consiste el riesgo reproductivo que es el riesgo preconcepcional, que es la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. El riesgo obstétrico es aquel que presenta un riesgo estadísticamente elevado de accidente perinatal, por sus condiciones generales, antecedentes o anomalías que aparecen durante el embarazo. (Desde la semana 28 de la gestación hasta la primera semana de vida del neonato).

Que comprendan las complicaciones a largo plazo que pueden aparecer a consecuencias de una interrupción quirúrgica como, abortos espontáneos, bajo peso al nacer del bebé que se decida tener, esterilidad y placentas previas. (23)

13.1.7 Promoción de la práctica de la salud sexual y evitar embarazos no deseados en adolescentes

Se atribuye a “una responsabilidad de la sociedad en su conjunto, se inicia desde el nacimiento dentro del grupo familiar y transcurre durante toda la vida en los sucesivos vínculos que establecen las personas al interactuar con diferentes grupos” (4).

Se asigna que juega un papel fundamental, ya que constituye la base del conocimiento y permite el desarrollo de las destrezas que habilitan, tanto al adolescente, como al joven para tomar decisiones y ser responsables en materia de salud. Por tanto, se hace necesaria una educación sexual de carácter alternativo que ofrezca a este grupo la posibilidad de elegir patrones y comportamientos en correspondencia con su forma particular de interpretar la sexualidad y determinar su manera de expresarla y sentirla de forma libre, lo que permite armonizar lo individual y lo social (1).

Pero las adolescentes, que tienen información sobre los métodos anticonceptivos que actualmente existe una amplia variedad de alternativas posibles de utilizar para la prevención de un embarazo, la cuestión está en que ellos no lo usa, y es ahí cuando se causa un efecto y uno de ellos puede ser un embarazo no deseado y enfermedades por transmisión sexual (24).

Por ello la anticoncepción, es la forma de evitar el embarazo mediante el uso de métodos o productos que interfieren en los mecanismos que lo hacen posible. Conviene recordar que si se mantienen relaciones sexuales con cierta regularidad y no se usa ningún método anticonceptivo, la probabilidad de embarazo es altísima: en torno al 80% en un año (31).

Es muy importante, conocer bien todos los métodos anticonceptivos existentes para poder elegir el que más se adecue a cada caso y la elección de uno u otro dependerá de múltiples factores, como son la frecuencia de las relaciones, la edad, las preferencias personales. Por lo que deberían utilizarse los métodos anticonceptivos desde el primer momento en que se mantengan relaciones sexuales con penetración (9).

Sin embargo, en muchos programas de adolescentes, no se han incluido aún estos conceptos amplios sobre salud sexual y desarrollo, y se sabe poco sobre la sexualidad sana de los jóvenes dentro de su ambiente cultural. Es necesario, aprender más sobre los valores, identidad y actitudes de ambos sexos, debido a que los indicadores de salud sexual y reproductiva de los adolescentes se centran sobre todo en las consecuencias de la salud reproductiva, dejándose fuera los indicadores sobre salud sexual y desarrollo, como por ejemplo el conocimiento y aprecio del propio cuerpo y el desarrollo de relaciones relevantes (37).

Dicho enfoque propone a la salud sexual como un componente de la salud en general, luego vendrán los factores individuales, como desarrollo biológico, psicosocial y cognitivo y que comprenden concepciones como moral, ético y espiritual, amor propio y bienestar emotivo e identidad sexual. Un siguiente nivel, serán las influencias socio medioambientales que abarcan a los factores como son, familia, medios de comunicación, situación y equidad socioeconómica, derechos, entorno y empoderamiento político, sociedad y cultura que influyen en las actitudes reproductivas sexuales (8).

La educación sexual constituye una necesidad en la sociedad porque tiene entre sus objetivos capacitar al hombre para que en sus relaciones con el otro sexo pueda disfrutar de los más humanos valores y crear las condiciones materiales y espirituales óptimas para el fortalecimiento de los más legítimos sentimientos de amor, respeto y solidaridad que sobre la base de la plena igualdad deben existir entre sus miembros (5).

13.1.8 El Marco legal sobre la salud sexual y reproductiva de los embarazos en adolescentes en el Ecuador

En los derechos de libertad, señala la Constitución de la República del Ecuador, en el Art. 66, que se reconoce y garantiza a las personas, el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual". Además "el Estado promueve el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en

condiciones seguras”. En el Art. 83, señal que son deberes y responsabilidades de las ecuatorianas y los ecuatorianos, sin perjuicio de otros previstos en la Constitución y la ley, respetar y reconocer las diferencias étnicas, nacionales, sociales, generacionales, de género, y la orientación e identidad sexual. (10)

La Constitución de la República del Ecuador, señala “en el Art. 21, que el Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública y garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia”. En el Art. 26, dice que “los integrantes del Sistema Nacional de Salud deben implementar acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva, dirigida, con énfasis en los adolescentes también en lo referente enfermedades de transmisión sexual, sin costo para los usuarios en las instituciones públicas (36).

El Ministerio de Salud Pública, en el Art. 363, designa que “el Estado será responsable de brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución y asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de los adolescentes (8).

El estado reconoce y garantiza la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición, a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social. (9)

Es decir en tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria, participación social, respeto de su libertad y dignidad, consultados en los asuntos que les afecten, educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y

nacionalidades. Es decir en recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar (35) .

14 MÉTODOS

14.1 Justificación de la elección del método

Se realizó un estudio en el consultorio uno (sector San José) del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pedro Carbo, según el nivel del investigador observacional, según la planificación de la toma de datos, prospectivo; según el número de ocasiones que se mide la variable de estudio, transversal; según el número de variables analíticas, descriptivo.

14.2 Diseño de la investigación

14.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

La población de estudio estuvo formada por 61 adolescentes femeninas de 15 a 19 años, del sector San José, que se atienden en el consultorio del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pedro Carbo, durante el periodo marzo a julio 2018.

Criterios de inclusión.

- Adolescentes femeninas de 18 a 19 años que firmen el consentimiento informado.
- Adolescentes femeninas de 15 a 17 años cuyos padres o tutores firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Adolescentes femeninas que después de dos visitas domiciliarias no fue posible contactar.

14.2.2 Procedimiento de recolección de la información

La investigación fue aprobada por el comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, para su realización se cumplieron las normas éticas vigentes en el reglamento de ética de la

república del Ecuador y en la declaración de Helsinki. Previo al inicio de la recolección de la información se procedió a la solicitud y firma del consentimiento informado por parte de las mujeres para participar en la investigación.

La recolección de la información se llevó a cabo a través de un cuestionario diseñado por el autor y validado en apariencia y contenido por un grupo de expertos con experiencia profesional, especialistas en medicina familiar, Gineco obstetricia, Psicología y Bioestadística en Salud; posteriormente se realizó una prueba piloto en la cual participaron adolescentes femeninas con similares características a la población de estudio. Se empleó la encuesta como técnica de recolección de la información.

El cuestionario quedo conformado por tres componentes:

- Componentes I aspectos sociodemográficos: de la pregunta 1 a la 5; del ámbito familiar y de la conducta sexual de la pregunta 6 a la 15.
- Componente II conocimiento sobre los conductas de riesgo y complicaciones del embarazo en la adolescencia de la pregunta 16 a la 21.
- Componente III sobre el diseño de la estrategia educativa de la pregunta 22 a la 25.

El instrumento fue aplicado por el autor en el centro de salud de Pedro Carbo, garantizando la confidencialidad.

El total de la preguntas del componente II tienen un valor de 100 puntos y un valor variable de 1 a 5 según cada pregunta. Si la puntuación obtenida es mayor o igual a 60, conoce, si es menor a 60, no conoce.

14.2.3 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Etnia	Encuesta
Nivel de instrucción	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Tipo de familia por el tamaño	Encuesta
Convivencia	Encuesta
Riesgo familiar	Encuesta
Edad de inicio relaciones sexuales adolescente	Encuesta
Método anticonceptivos en la primera elación sexual	Encuesta
Tipo de método anticonceptivo	Encuesta
Conocimiento sobre factores de riesgo y complicaciones del embarazo en la adolescencia	Encuesta
Componente de la estrategia didáctica	Encuesta
Componente de la estrategia tiempo	Encuesta
Frecuencia con la que le gustaría recibir la información	Encuesta
Componente de la estrategia lugar	Encuesta

14.2.4 Técnicas de análisis estadístico

El procesamiento de la información se realizó en una computadora Toshiba Satellite Intel, Windows 8, ingresando los datos en una hoja de cálculo del programa Excel. Las variables se codificaron y exportaron al programa estadístico SPSS versión 2.0; se procesaron y analizaron para elaborar tablas y se dio salida a la información.

Por ser un estudio descriptivo los resultados de las variables categóricas se expresan en números absolutos y porcentos, para las variables numéricas se calcularon promedio.

15 Variables

15.1 Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	UNIDADES, CATEGORÍAS O VALOR FINAL	TIPO/ESCALA
Edad	Edad en años	15 16 17 18 19	Numérica discreta
Etnia	Auto identificación	negro, montubio, mestizo blanco,	Categórica nominal politómica
Nivel de instrucción	Ultimo nivel aprobado	Básico, bachiller, secundario, superior.	Categórica ordinal
Ocupación	Actividad laboral que desempeña	Ama de casa, estudiante , trabajadora	Categórica nominal politómica
Estado civil	Condición social relacionada con la pareja	Soltera , casada, unión libre, divorciada, separada	Categórica nominal politómica
Tipo de familia por el tamaño	Número de integrantes	Pequeña, mediana, grande	Categórica ordinal
Convivencia	Personas con las que convive	Ambos padres, un padre o madre. pareja	Categórica nominal politómica

Riesgos familiares	Confianza para hablar con los padres sobre sexualidad Primeras relaciones sexuales de la madre precoces	SI NO	Categórica nominal dicotómica
Edad de inicio de las relaciones sexuales adolescentes	Años cumplidos	12 13 14 15 16 17 18 19	Numérica discreta
Uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual	Con uso de preservativo o anticonceptivo	Si No	Categórica nominal dicotómica
Tipo de método anticonceptivo actual	Utiliza método anticonceptivo actualmente	Preservativo Inyección Pastillas Implante Ninguno	Categórica nominal politómica
Conocimiento sobre conducta de riesgo del embarazo en la adolescencia	No empleo de métodos anticonceptivos. Cambios frecuentes de parejas. Consumo de drogas.	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre consecuencias o complicaciones del embarazo en la adolescencia	Proyecto de vida inconcluso. Aborto. ITS. Parto prematuro	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Componente de la estrategia didáctica	Didáctica a utilizar	Videoconferencia Socio drama Dinámica de grupo	Categórica nominal

		Charla	
Frecuencia para recibir la información	Frecuencia de realización de la estrategia.	Una vez cada 15 días, una vez al mes, una vez cada 3 meses	Categórica ordinal
Componente de la estrategia tiempo	Tiempo disponible para la actividad	15 minutos 30 minutos 60 minutos	Categórica nominal
Componente de la estrategia lugar	Lugar de la estrategia	Centro de salud Unidades educativas	Categórica nominal

16 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**Tabla 1: Distribución de las adolescentes según la variable edad.
Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018**

Edad (años)	Nº	%
15	10	16,3
16	9	14,7
17	11	18,0
18	17	27,8
19	13	22,9
Total	61	100
Media	17	

En el estudio predominó de un total de 61 adolescentes las de 18 años (17), que representan el 27,8% coincidiendo este estudio con el realizado por Galvez y autores sobre características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia en la cual se refleja que el grupo de 17 a 19 años prevaleció con un 60%, que sumado en el presente estudio las embarazadas entre 17 a 19 años da un total 68%. (38) La edad media fue de 17 años, al igual que el estudio de Jiménez en España, con una edad media de 17,7 años. (39)

**Tabla 2: Distribución de las adolescentes según la variable etnia.
Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018**

Auto identificación	Nº	%
Negro	4	6,5
Montubio	13	21,3
Mestizo	39	63,9
Blanco	5	8,19
Total	61	100

En cuanto a la auto identificación étnica, el grupo de mayor porcentaje fue mestizo con 63,9%, concordando con los resultados de una tesis realizada en provincia del Oro, donde el grupo que prevaleció fue el mestizo con el 87%. (40), y con 55.9% con datos de tesis realizado en el cantón de Ibarra. (41)

Tabla 3: Distribución de las adolescentes según variable nivel de instrucción. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018

Nivel de instrucción	Nº	%
Básico	28	45,9
Secundario	14	22,9
Bachiller	11	18,0
Superior	2	3,27
Ninguno	6	9,8
Total	61	100

En el nivel de instrucción de la adolescentes 28 de ellas con un 45,9% terminaron o se encuentran cursando la primaria, dato que no coincide con un estudio de Delgado en Cuba con 95,1%. (42). Además de los datos del INEC, en los cuales se refleja que el 56.7% de las adolescentes presentan estudios en secundaria. (6).

Tabla 4: Distribución de las adolescentes según la variable ocupación. Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018

Ocupación	Nº	%
Ama de casa	40	65,5
Estudiante	15	24,5
Trabajadora	6	9,8
Total	61	100

Se aprecia que en cuanto a la ocupación de las adolescentes, el 65,5% de ellas son amas de casa, resultados que coinciden con los datos de una tesis realizada en el cantón Ibarra donde refiere que el 60,3% se dedican a ser amas de casa con tareas domésticas. (42)

Tabla 5: Distribución de las adolescentes según variable estado civil. Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018

Estado civil	Nº	%
Soltera	15	24,5
Casada	12	19,6
Unión libre	31	50,8
Separada	3	4,9
Total	61	100

El estado civil de las embarazadas adolescentes se encuentra en el 50,8% en unión libre, datos que coinciden con un estudio en Perú en el que tiene como resultado que las adolescentes en estado civil de unión libre representan el 66,1%, (43), lo que crea un factor de riesgo ya que al no contar con una unión legal, esta se torna frágil e inestable.

Tabla 6. Distribución de las adolescentes según variable tipo de familia por el tamaño. Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018

Tipo de familia según tamaño	Nº	%
Pequeña	23	37,7
Mediana	22	36,0
Grande	16	26,2
Total	61	100

De las 61 adolescentes del estudio 23 de ella refieren que viven en familias pequeñas representando un 37,7 %. Situación que no se empareja con los datos obtenidos en un estudio en Colombia, donde refleja que las adolescentes provienen más de familias medianas, en que la situación familiar en la parte económico es desfavorable. (53)

Tabla 7. Distribución de las adolescentes según la variable convivencia. Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018

Convive con ambos padres	Nº	%
Ambos padres	27	44,3
Un padre o tutor	8	13.1
Pareja	26	42.6
Total	61	100

De 100% de las adolescentes del presente estudio, el 44.3% refieren que conviven con ambos padres, dato que no se ajusta al estudio realizado en El Salvador donde el 45.5 % del núcleo familiar de las adolescentes está conformado por la madre e hijos, en ausencia de padre. (44) Además que muy de cerca se encuentran las adolescentes que ya conviven con su pareja fuera del núcleo familiar original.

Tabla 8. Distribución de las adolescentes según variable riesgo familiar. Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018

Riesgo familiares	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Confianza para hablar con padres sobre sexualidad	24	39.3	37	60.7
Primeras relaciones sexuales de la madre precoces	42	68.9	19	31.1

En el estudio se demuestra que 60% de las adolescentes no tienen confianza para hablar con sus padres sobre sexualidad, demostrado en las cifras elevadas de embarazo en esta etapa, no encontrando relación en el estudio de Delgado en Cuba donde el 71% de las adolescentes si tenían una relación de confianza con sus padres, (40). En lo referente a la edad de la mamá al tener su primera relación sexual, el 68,8% de las adolescentes manifestaron que estas fueron en edades precoces, concordando con un estudio de Mendoza, Colombia 2016, donde indica como determinante de riesgo que el primer embarazo de la mamá haya sido en la adolescencia. (45) Al igual que

González, Chile, 2013, en el cual el promedio de las madres al quedar embarazadas en comparación con las hijas fue de 15 años, (46), siendo directamente proporcional la relación entre el embarazo de la madre en la adolescencia y el embarazo de la hija adolescente.

Tabla 9. Distribución de las adolescentes según la variable de la conducta sexual y reproductiva. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018

Conducta sexual y reproductiva		Nº	%
A qué edad tuvo su primera relación sexual	12	2	3,2
	13	6	9,8
	14	12	19,6
	15	20	32,7
	16	11	18,0
	17	7	11,4
	18	3	4,9
	Total	61	100
Uso de método anticonceptivo primera relación sexual	Si	25	40,9
	No	36	59,0
	Total	61	100
Tipo de método anticonceptivo actual	Preservativo	8	13,1
	Inyección	12	19,6
	Pastillas	23	37,7
	Implante	7	11,4
	Ninguno	11	18,0
	Total	61	100

Se aprecia en el estudio que la edad de 15 años que representa el 32,7% de las adolescentes tuvo su primera relación sexual a esta edad, al igual que el estudio de Rodríguez, Venezuela 2008, en el que el 81,2% de las adolescentes entre 14 y 16 años tuvieron su primera relación sexual. (47) Que sumado en nuestro estudio da el 70% rango entre los 14 y 16 años. El 59 % manifiesta que no usaron métodos anticonceptivos, ajustándose al estudio de Villalobos en México, 2015 donde las adolescentes manifestaron que no utilizaron métodos anticonceptivos representado un 47.6%, (48). En cuanto a

los métodos utilizados, las pastillas anticonceptivas representaron un 37,7 % siendo el método de elección en las adolescentes en estudio, dato que se contrapone con un estudio realizado en Loja, donde las adolescentes manifestaron que el método de elección fue el preservativo. (49)

Tabla 10. Distribución de las adolescentes según variable conocimiento sobre conducta de riesgo del embarazo en la adolescencia. Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018

Conocimiento sobre conducta de riesgo del embarazo en la adolescencia	Conoce		No conoce			
	N ^o	%	N ^o	%	Total	%
No empleo de métodos anticonceptivos	22	36	39	63.93	61	100
Cambio frecuente de pareja sexual	20	32.78	41	67.21	61	100
Consumo de drogas	29	47.5	32	52.4	61	100

Se evidencia que dentro del conocimiento que tienen las adolescentes sobre las conductas de riesgo, el 67.2% desconocen que el cambiar de pareja constituye un riesgo, en contra posición de los resultados de un estudio en Cuba 2017, donde las adolescentes encuestadas, conocían que cambiar de pareja constituía un riesgo, (50) al igual que desconocen que el consumo de droga como riesgo representando el 52.4%, datos que contraponen con el trabajo de castaño 2013, donde el 62,4% de las adolescentes conocían sobre este hecho, además que habían tenido relaciones sexuales tras el consumo de drogas. (51)

Tabla 11. Distribución de las adolescentes según variable conocimiento sobre consecuencias o complicaciones del embarazo en la adolescencia. Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018

Conocimiento sobre consecuencia o complicaciones del embarazo en la adolescencia	Conoce		No conoce			
	N °	%	N °	%	Total	%
Proyecto de vida inconcluso	10	16.3	51	83.6	61	100
Aborto	35	57.3	26	42.6	61	100
I.T.S.	13	21.3	48	78.6	61	100
Parto prematuro	18	29.5	43	70.4	61	100

El 83.6% de las adolescentes refirieron no conocer que tras un embarazo tendrían un proyecto de vida inconcluso, esto debido a que dentro de su entorno familiar sus padres no tuvieron alguno, pero manifestaron que el aborto en el caso de un embarazo, sería una complicación durante este, datos que no coinciden con un estudio de Mazabanda 2015, donde las adolescentes referían conocer que la ruptura de membrana constituiría un riesgo. (52)

Tabla 12. Distribución de las adolescentes según la variable estrategia didáctica. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018.

En qué forma le gustaría recibir la información sobre los riesgos del embarazo en la adolescencia	Nº	%
Charla	46	75,4
Socio drama	3	4,9
Video conferencia	11	18,0
Dinámica de grupo	1	1,6
Total	61	100

Se considera que dentro de la estrategia educativa para modificar los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia, el 75,4% prefieren las charlas, como forma de enseñanza, denotando que así la información les llegaría de mejor manera.

Tabla 13. Distribución de las adolescentes según la variable frecuencia para recibir la información. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018.

Frecuencia de la estrategia	Nº	%
Una vez cada 15 días	13	21,3
Una vez al mes	41	67,2
Una vez cada 3 meses	7	11,4
Total	61	100

Las adolescentes encuestadas en el estudio, un 67,2 %, consideran que la frecuencia que le gustaría recibir la información una vez al mes tuvo mayor acogida.

Tabla 14. Distribución de las adolescentes según la variable estrategia tiempo. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018.

Tiempo de duración	Nº	%
15 minutos	11	18,0
30 minutos	47	77,0
60 minutos	3	4,9
Total	61	100

Se evidencia con un 77 % piensan que recibir 30 minutos de charla es el rango de aceptación, debido a que durante este tiempo se logra captar mejor la información y las palabras no caen en un recipiente sin fondo.

Tabla 15. Distribución de las adolescentes según la variable estrategia lugar. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018

Lugar de la estrategia	Nº	%
Centro de salud	54	88,5
En Colegios	7	11,4
Total	61	100

Una vez dada las herramientas, las adolescentes consideran que el lugar donde le gustaría recibir la información sobre los factores de riesgo del embarazo, representando un 88,5% de las adolescentes prefirió que esta sea dada en el centro de salud.

17 CONCLUSIONES

Se concluyó que la edad de 18 años se repite con más frecuencia en las adolescentes, las cuales se encuentran cursando la mayoría el nivel básico, de ocupación amas de casa y estado civil se encuentran en unión libre, de familias pequeñas, además que no tienen confianza para hablar con sus padres sobre sexualidad; que inician su vida sexual a los 15 años, manifiestan no conocer sobre las conductas de riesgo del embarazo en la adolescencia, y que desean recibir la estrategia educativa en los centros de salud ya que les genera más confianza.

La estrategia es necesaria y oportuna para realizar acciones de prevención del embarazo en la adolescencia.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la salud. Sitio web de la organización mundial de la salud. [online].; 2014 [cited 2017 octubre 17. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
2. El espectador.; 2016 [cited 2017 octubre 17. Available from: <https://www.elespectador.com/noticias/salud/america-latina-region-mas-embarazos-adolescentes-del-mu-articulo-653489>.
3. La prensa.; 2016 [cited 2017 octubre 17. Available from: https://www.prensa.com/salud_y_ciencia/america-latina-caribe-embarazo-precoz_0_4592540725.html.
4. Cespedes C, Robles C. Niñas y adolescentes en america latina y el caribe deudas de igualdad [pdf].: publicaciones de las naciones unidas; 2016 [cited 2017 octubre 17. Available from: https://www.unicef.org/ecuador/ninas_y_adolescentes_en_america_latina_y_el_caribe_web.pdf.
5. Unicef. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. [online].; 2014 [cited 2017 octubre 23. Available from: [https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_\(2\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf).
6. Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC. [online].; 2010 [cited 2017 octubre 23. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/infografias/embarazos_adolescentes1.pdf.
7. Msp, ministerio de salud pública del Ecuador. Modelo de atención integral de salud familiar e intercultural(mais-fci) Quito; 2013.
8. Ministerio de salud pública del Ecuador. [archivo digital].; 2016 [cited 2017 noviembre 11. Available from: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/anexo%20%20-%20CLASIFICACION%20DE%20RIESGOS%20OBSTACULOS.pdf>.

9. Barcia Rodrigues a. El embarazo precoz en las adolescentes de la sección diurna del colegio nacional portoviejo y su incidencia en el rendimiento académico durante los años 2010-2011. In ec , editor. El embarazo en las adolescentes. Portoviejo, manabí: universidad tecnológica equinocial; 2012. P. 1-78.
10. Msp. La gestación de adolescentes en el ecuador. Informe estadístico sobre embarazos en adolescentes. Quito, ecuador: ministerio de salud pública del ecuador, dpto. De ginecología; 2016. Report no.: 11.234.
11. Soto o,a. Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad. Revista cubana. Medicina general integral. 2012 agosto; volumen
i(http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=s086421252003000600002).
12. Gonzales A. Diseño e implementación de estrategias de promoción de salud para la prevención del embarazo en adolescentes de 14 a 17 años a partir de percepciones culturales sobre anticoncepción. In <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/480/1/99802.pdf>. , editor.. Checa, quito, ecuador: universidad san francisco de quito (tesis de maestría); 2015. P. 1-67.
13. Masabanda P. Nivel de conocimientos relacionados con los riesgos del embarazo en adolescentes, alumnas de bachillerato matriculadas en las instituciones educativas fiscales. In <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4717/1/t-uce-0006-99.pdf> , editor.. Quito, ecuador: universidad central del ecuador (tesis de maestría); 2015. P. 2-9.
14. Ávila gm. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de comayagua. Revista médica de honduras. 2016 abril; volumen 79(2-2011).
15. Kliegman sgs. Tratado de padiatría. In nelson , editor.. Barcelona, españa: editorial elseiver; 2013. P. 1-123.

16. Ulanowicz m. Riesgos del embarazo adolescente. Revista de postgrado de la cátedra de medicina. 2015 noviembre; 153(http://med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.pdf).

17. Rubinstein a. Medicina familiar y práctica ambulatoria. In rubinstein , editor.. Buenos aires, argentina: editorial panamericana; 2015. P. 3-92.

18. Trujillo m. Embarazo precoz. No querido no deseado. Revista universitaria de ciencias sociales y humanas. 2016 agosto; 1RA edición(http://universitas.ups.edu.ec/documents/1781427/3760834/element_barazoprecoz_5.).

19. Oms. [Http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es](http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es). [online].; 2015 [cited 2017 noviembre 14].

20. Rentería vn. Factores psicosociales que inciden en el embarazo en adolescentes (12-17 años) del colegio simón plata torres en la zona urbana de quinindé. In <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/9912/1/qt08086.pdf> , editor.. Quito. Ecuador: universidad politécnica salesiana (tesis de maestría); 2015. P. 3-87.

21. Luparello r. Embarazo adolescentes no planificado y determinantes de la salud presentes en la salud en adolescentes embarazadas en el hospital municipal dr. Pascual a. Tirro. In http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/luparello_rosalia_cecilia.pdf , editor.. Córdoba, argentina: universidad nacional de córdoba; 2014. P. 2-92.

22. Vega gdi. Hijos de madres adolescentes, comparados con hijos de madres no adolescentes en hospital de segundo nivel en méxico. Informe de salud. México d.f.: hospital de segundo nivel de méxico, europeam scientific journal; 2016. Report no.: <http://dx.doi.org/10.19044/esj.2616.v12n21p25>.

23. Guevara pw. Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores psicosociales asociados en colegios de cuenca, ecuador. In <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4006/1/medgo15.pdf>

- f. , editor.. Cuenca, ecuador: universidad de cuenca. Facultad de medicina; 2013. P. 92.
24. Msp. Modelo de atención integral de salud familiar e intercultural(mais-fci) msp , editor. Quito, ecuador: ministerio de salud pública del ecuador; 2013.
25. Calvopiña pa. Factores de riesgo psicosociales que influyen en el embarazo y maternidad adolescente. In <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2052/1/t-uce0007-70.pdf> , editor.. Quito, ecuador: universidad central del ecuador. Facultad de medicina; 2012. P. 79.
26. León p,m. Embarazo adolescente. Revista pediátrica electrónica. Facultad de medicina universidad de chile. 2015 octubre; volumen 1(http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_embarzoadolescente.).
27. Araujo a,m. Factores de riesgo que contribuyen para ocurrencia del embarazo en la adolescencia. Revista cuidararte. Revista integrativa d literatura. 2016 abril; vol-19(<http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/14/19>).
28. Placencia Indj. Sentimientos y reacciones de las familias de la comunidad de quilloch frente al embarazo del adolescente. In <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20569/1/tesis.%20PDF.pdf> , editor.. Cuenca, ecuador: universidad de cuenca. Facultad de medicina; 2014. P. 123.
29. Nolasco m. Morbilidad materna en gestantes adolescentes. Revista de posgrado. 2015 diciembre;(http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista156/4_156.pdf f.).
30. Gómez I. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en américa latina y el caribe. Informe de salud pública. Montevideo, uruguay: federación latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología (flasog); 2011. Report no.: <http://www.sguruguay.org/documentos/6FACTORES-relacionados->

maternidadmenores-15-anos-lac.pdf.

31. Azevedo jym. Embarazo adolescente y oportunidades en américa latina y el caribe. Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. Informe de salud. Ginebra, suiza: banco mundial; 2012. Report no.: <http://documents.worldbank.org/curated/en/983641468238477531/pdf/831670W>.
32. Meza ml. Complicaciones y frecuencia de las infecciones de vías urinarias en adolescentes embarazadas a realizarse en el hospital gineco obstétrico enrique sotomayor. In <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1868/1/tesis%20LIZBETH%20M> , editor.. Guayaquil, ecuador: universidad católica de guayaquil. Facultad de medicina; 2013. P. 90.
33. Restrepo s. Embarazo adolescente. Características maternas y su asociación con el peso al nacer del neonato. Revista de archivos latinoamericanos de nutrición. 2014 agosto; [http://www.alanrevista.org/ediciones/2014/2/art-4/\(123\)](http://www.alanrevista.org/ediciones/2014/2/art-4/(123)).
34. Mora a,hm. Embarazo en la adolescencia. Revista ginecológica obstetricia de méxico. 2015 julio; [ii\(http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2015/gom155e.pdf\)](http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2015/gom155e.pdf).
35. Moreno rb. Prevalencia de preeclampsia severa en mujeres adolescentes atendidas en el hospital provincial general docente de riobamba. In <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/159/1/94T00051.pdf> , editor.. Riobamba, ecuador: escuela superior politécnica de chimborazo; 2009. P. 68.
36. Zea pj. Complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del hospital josé maría velasco ibarra. In <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/198/1/94T00068.pdf> , editor.. Riobamba, ecuador: escuela superior politécnica de chimborazo; 2009. P. 92.
37. Pino r. Estudio cualitativ: representaciones y significaciones sobre el embarazo en adolescentes de padres y madres hasta 19 años. Informe de salud obstétrica. Santiago de chile: hospital de santiago de chile,

iquique; 2011. Report no.: 10.456.

38. Galvez henry f, rodriguez sanchez b, lugones botell m, altunaga palacio m. Caracteristicas epidemiologicas del embarazo en la adolescencia. Revista cubana de obstetricia y ginecologia. 2017 abril; 43(3).
39. Jimenez cabañas m, romero gismera e, garcia anaya m, bravo arribas c. Resultados obstetricos y perinatales de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital central de la defensa gomez ulla. Sanidad militar. 2017 julio; 73(3).
40. [repositorio].; 2014 [cited 2018 octubre 01. Available from: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/850/8/cd00175-tesis.pdf>.
41. Pupiales carlosama j, quespez cuamacas c. [online].; 2016 [cited 2018 octubre 1. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12673/tesis%20DR.%20PUPIALES%20-%20DR.%20QUESPAZ.pdf?Sequence=1&isallowed=y>.
42. Delagdo velazquez r, martinez pozo m. Aspectos epidemiologicos sobre adolescentes embarazadas en un area del municipio el salvador, quantánamo. Revista informacion cientifica. 2017 enero; 96(3).
43. Nakandakari m, de la rosa d, jaramillo j. Grado de instruccion de embarazadas adolescentes. Revista del cuerpo medico del hnaaa. 2013 septiembre; 6(3).
44. Castro Castillo E, Salazar Galdamez L, Torres Peña mj. [factores sociales del embarazo en las adolescentes inscritas en el progrma de atencion materna de las unidades comunitarias de salud familiar del municipio de apopa].; 2016 [cited 2018 octubre 05. Available from: <http://ri.ues.edu.sv/15801/1/factores%20SOCIALES%20DEL%20EMBARAZO%20EN%20LAS%20ADOLESCENTES%20INSCRITAS%20EN%20EL%20PROGRAMA%20DE%20ATENCI%3b3n%20MATERNA%20DE%20LAS%20UNIDADES%20COMUNITARIAS%20DE%20SALUD%20FAMILIAR%20DEL%20MUNICIPIO%20DE%20APOPA%20C>

%2.

45. Mendoza Tascon L, Claros Benitez D, Peñaranda Ospina c. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia. Revista chilena de obstetricia y ginecologia. 2016 junio; 81(3).
46. Gonzalez E, Leal I, Molina T, Chacon P. Patron intergeneracional del embarazo adolescente en las hijas de una chorte de mujeres que controlaron su primer embarazo en un centro integral para adolescentes embarazadas. Revista chilena de obstetricia y ginecologia. 2013; 78(4).
47. Rodriguez A, Rodriguez J, marlen I, infante r. Factores predisponentes de embarazo en adolescentes de nuevo turismo. Revista habanera de ciencias medicas. 2013 junio; 12(2).
48. Villalobos-Hernandez A, Campero L, Atienzo E. Embarazo adolescente y rezago educativo: analisis de una encuesta nacional en Mexico. Salud publica de Mexico. 2015 abril; 57(2).
49. Quezada ou. [conocimiento y uso de metodos anticonceptivos en adolescentes del primer año de bachillerato del colegio bernado valdivieso].; 2017 [cited 2018 octubre 17. Available from: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19631/1/conocimiento%20Y%20USO%20DE%20M%c3%a9todos%20ANTICONCEPTIVOS%20EN%20ADOLESCENTES%20DEL%20PRIMER%20A%c3%b1o%20DE%20BACHILLERATO%20DEL%20COLEGI.pdf>.
50. Alfonso L, Figueroa I. Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. Revista de ciencias medicas de Pinar del Rio. 2017 abril; 21(2).
51. Castaño G, Arango E, Morales S, Rodriguez A, Montoya C. Riesgos y consecuencia de las practicas sexuales en adolescentes bajo los efectos de alcohol y otras drogas. Revista cubana de pediatria. 2013; 85(1).
52. Masabanda pilataxi pa. [nivel de conocimiento relacionado con los riesgos del embarazo en adolescentes, alumnas de bachillerato matriculadas en las instituciones educativas año fiscal 2014-2015].;

2015 [cited 2018 octubre 15. Available from:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4717/1/t-uce-0006-99.pdf>.

53. Rojas Betancur M, Mendez Villamar R. El embarazo en adolescentes, una lectura social en clave cuantitativa. Revista de la Universidad

Industrial de Santander. 2016 Enero; 48(1).

ANEXO 1

Consentimiento informado.

Yo _____ con CI: _____ recibí del médico _____ la explicación que los datos que ofreceré a continuación serán para conocer sobre los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.

El médico me ha informado que los datos no serán revelados a ninguna otra persona y que mantendrán en absoluta confidencialidad los resultados de la investigación.

Se me ha dicho que podría dejar de contestar en cualquier momento de contestar el cuestionario sin que proporcione mayores explicaciones sobre mi dedición, sin que afecte mis relaciones con el investigador u otros miembros de la investigación.

Me encuentro dispuesta a brindar la información requerida para la investigación, teniendo en cuenta que la información se mantendrá en reserva.

Afirmo que mi participación es voluntaria.

Conforme con todo lo expuesto, a continuación firmo mi consentimiento.

Nombre y apellido del autor

Autor: _____

Firma _____ CI _____

Nombre y apellido de la paciente

Paciente: _____

Firma: _____ CI _____

Consentimiento informado.

Yo _____ con CI: _____ padre/madre o tutor de la menor _____ recibí del médico _____ la explicación que los datos que ofreceré a continuación serán para conocer sobre los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.

El médico me ha informado que los datos no serán revelados a ninguna otra persona y que mantendrán en absoluta confidencialidad los resultados de la investigación.

Se me ha dicho que podría dejar de contestar en cualquier momento de contestar el cuestionario sin que proporcione mayores explicaciones sobre mi dedición, sin que afecte mis relaciones con el investigador u otros miembros de la investigación.

Me encuentro dispuesta a brindar la información requerida para la investigación, teniendo en cuenta que la información se mantendrá en reserva.

Afirmo que mi participación es voluntaria.

Conforme con todo lo expuesto, a continuación firmo mi consentimiento.

Nombre y apellido del autor

Autor: _____

Firma _____ CI _____

Nombre y apellido del padre/madre o tutor

Padre/madre o tutor: _____

Firma: _____ CI _____

ANEXO 2

Cuestionario sobre los factores de riesgo de embarazo en adolescentes

Fecha de llenado: _____

Cuestionario es anónimo.

Coloque una equis (X) según la respuesta.

A) ASPECTO SOCIODEMOGRAFICO

1. Edad: _____ años

2. Nivel de instrucción

1. Básico _____

2. Secundaria _____

3. Bachiller _____

4. Superior _____

5. Ninguno _____

3. Auto identificación étnica

1. Negro _____

2. Montubio _____

3. Cholo _____

4. Mestizo _____

5. Blanco _____

4. Ocupación

1. Ama de casa _____

2. Estudiante _____

3. Trabajadora _____

5. Estado civil

- 1.Soltero ____
- 2.Casado ____
- 3.Unión libre ____
- 4.Divorciado ____
- 5.Separado ____

B) ÁMBITO FAMILIAR Y CONDUCTA SEXUAL Y REPRODUCTIVA

6. Cuantas personas conforman la familia

7. Tipo de familia según el tamaño

1. Pequeña1-3
2. Mediana4-6
3. Grande+7

8. Numero de hermanos

1. De uno a tres
2. De cuatro a seis

9. Edad de la madre al tener si primer hijo

10.Edad de la madre al tener su primera relación sexual

1. 14-19
2. 20 o mas

11.Convive con ambos padres

- 1.Si ____
- 2.No ____

Si la respuesta es NO, porque?

- 1.Separado ____
- 2.Fallecido ____
3. Vive con pareja ____

12. A qué edad tuvo su primera relación sexual

13. Utiliza algún método anticonceptivo en la primera relación sexual

1. Si
2. No

14. Que método anticonceptivo utiliza actualmente

1. Preservativo _____
2. Inyección _____
3. Pastillas _____
4. Implantes _____
5. Píldora de _____
emergencia
6. ninguno

15. Tiene confianza con su padres al hablar sobre sexualidad?

1. Si
2. No

C) CONOCIMIENTO SOBRE CONDUCTAS DE RIESGO Y
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

16. Considera que no protegerse en la relación sexual favorece quedar embarazada?

1. Si
2. No

17. Considera que los cambios frecuentes de pareja son un factor de riesgo de embarazo?

1. Si
2. No

18. Considera que el consumo de drogas predispone al embarazo?

1. Si _____
2. No _____

19. El embarazo en esta etapa de la vida frustraría sus estudios?

1. Si
2. No

20. Cree que la falta de alguno de los padres influye como factor de riesgo para facilitar el embarazo?

1. Si ____
2. No ____

21. Cuáles son los principales peligros que corren las adolescentes al quedar embarazadas?

1. Aborto ____
2. Infección de transmisión sexual ____
3. Parto prematuro ____
4. Ninguno

D) COMPONENTES SOBRE EL DISEÑO DE LA ESTRATEGIA

22. En qué forma le gustaría recibir la información sobre los riesgos del embarazo en la adolescencia?

1. Video conferencia ____
2. Sociodrama ____
3. Dinámica de grupo ____
4. Charla

23. Con qué frecuencia le gustaría recibir la información?

1. Una vez cada 15 días
2. Una vez al mes
3. Una vez cada tres meses

24. Que tiempo le gustaría recibir la información?

1. 15 minutos

2. 30 minutos
3. 60 minutos

25. En qué lugar le gustaría recibir la información?

1. Centro de salud
2. Unidades educativas

ESTRATEGIA PARA PREVENIR EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. SECTOR SAN JOSE. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO.



PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Es importante crear conciencia sobre las repercusiones en la salud y los retos para los adolescentes al convertirse en padres a tan corta edad con una educación de su sexualidad, para tomar decisiones libres responsables e informadas como las diferentes alternativas existentes de la anticoncepción.



MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

 Pastillas	 Condomes	 Parches Anticonceptivos	 DIU (dispositivo intrauterino)
 Anticoncepción de emergencia	 Inyecciones	 Implantes Subdérmicos	 OTB o la Vasectomía

15.2% de adolescentes de 15 y 19 años son sexualmente activos

16 millones de adolescentes dan a luz cada año

Los Servicios de Salud de Yurupari brindan información y consejería a los adolescentes que acuden a las unidades.



Diseño de propuesta de estrategia de intervención educativa.

1. Título de la estrategia: diseño de una estrategia educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia.

2. Datos informativos:

Institución ejecutora: Centro de Salud Pedro Carbo

Población Beneficiada: Sector San José del Cantón Pedro Carbo

Provincia: Guayas

Cantón: Pedro Carbo

Beneficiarios: Adolescentes, familia, comunidad

Autor: Md. Eduardo Bayas Toala

Equipo técnico responsable:

Md. Eduardo Bayas Toala (Estudiante de postgrado de medicina familiar y Comunitaria), enfermera y taps

Dr. Luís Roberto Mederos Mesa (Tutor de tesis)

Ayudantes: EAIS y líderes comunitarios.

Duración: 2 horas

Frecuencias: 30 minutos un vez al mes en cada grupo. (4 grupos)

Tiempo estimado: 16 semanas (4 meses)

I. Presentación

La OMS junto con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de las Naciones Unidas en Materia de Población (FNUAP) Para la Organización Mundial de la salud, la adolescencia es definida como el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia económica, comprende tres etapas, las cuales gozan de características diferentes en cada uno de ellos y presentando distintas maneras de enfrentar la sexualidad y el embarazo como crisis, estas etapas son: adolescencia temprana de 10 a 14 años, media de 15 a 16 años y la tardía de 17 a 19 años de edad.

La adolescencia es un periodo crítico en el desarrollo del individuo, donde el niño se convierte en adulto, lo que involucra no solo la maduración física sino la psicológica, afectiva y emocional al mismo tiempo, este periodo se caracteriza por ser donde se sientan las bases de la personalidad, concurriendo al afán de independencia que hace que los adolescentes no escuchen advertencias ni consejos provenientes del núcleo familiar, educacional y social.

La adolescencia es la época de escoger quién ser como persona, qué crear, dónde, cómo y con quién iniciar una vida sexual y reproductiva, es el momento de asumir limitaciones, responsabilidades y valores. Los adolescentes escogen que cánones van a seguir, como conducirse, conocer sus derechos, obligaciones y responsabilidades. Es una etapa de la vida del individuo donde requiere atención, información imparcial que simplifique el crecimiento armónico y un pasaje seguro hacia la vida adulta. Para beneficiar la toma de decisiones es necesario hablar de sexualidad, autocuidado, conductas de riesgo y de maneras de prevenir embarazos no planeados, así como el desenlace que trae tanto a nivel personal, familiar y social.

El embarazo en la adolescencia es considerado presentemente como un problema de salud pública en todo el mundo, en el cual se encuentran involucrados varios factores como la cultura, religión, etnia, acceso a la educación, acceso a los servicios de salud y zona de residencia urbana o rural, pero el inicio temprano de la vida sexual es uno de los factores más importantes que predisponen al embarazo en la adolescencia.

Los factores de riesgo implicados en el embarazo en adolescentes se establecen en tres dimensiones; individual, que es el inicio temprano de la actividad sexual, menarquia precoz, autoestima baja, bajas aspiraciones académicas, uso incorrecto de anticonceptivos, amistades permisivas; en lo familiar: mala relación con los padres, violencia intrafamiliar, antecedentes de embarazos en la adolescencia, abandono de los progenitores y en la dimensión social.

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, menciona que el inicio de la actividad sexual como factor de riesgo para el embarazo adolescente viene marcado por determinantes personales como, la falta de educación sexual, etnia, años de escolaridad de la madre de la adolescente y su estado civil además si esta fue madre adolescente y violencia doméstica.

Con la intención de aportar a la disminución de los indicadores de altos índice de embarazos en adolescentes la propuesta pretende elevar el conocimiento de los riesgo del embarazo, parto y puerperio, en las adolescentes y teniendo en cuenta que no hay referencias en los últimos años desde el punto de vista investigativo en este centro de salud y la provincia Guayas se decidió investigar esta problemática social y de salud.

II. Planteamiento y delimitación del problema educativo.

Las adolescentes explican también que el embarazo en la adolescencia trae consecuencias citando la deserción escolar como uno de ellos, además que la problemática del embarazo tiene que ver con la insuficiente información sobre sexualidad, no uso de métodos anticonceptivos entre otros.

Donde los cambios propios que ocurren en la adolescencia en sus distintas etapas y esferas, repercuten en las relaciones tanto familiares como sociales, si una adolescente llega a quedar embarazada de alguna manera frena y paraliza su desarrollo y por ende no logra una madurez biológica, emocional y afectiva. En los adolescentes ecuatorianos la edad promedio de inicio de la actividad sexual se ha incrementado en los últimos años, donde el inicio de la actividad sexual se encuentra en la actualidad en las mujeres comienzan a tener relaciones sexuales a los 15 años y los hombres entre los 13 y 14 años de edad, dando como resultado que el número de adolescentes embarazadas vaya aumentado en el mismo período de tiempo además atribuyen este hecho a un problema de comunicación entre padres e hijos en relación a la salud sexual y reproductiva. Relacionado a este problema están la falta de educación y orientación sobre el inicio de la actividad sexual responsable, el desconocimiento de sobre las causas y consecuencias de un embarazo en la adolescencia sumados a las

condiciones de desestructuración familiar; nivel económico, sociocultural y educativo bajos; adicionalmente en ciertos ámbitos a la discriminación de género y al machismo que existe, aumenta esta problemática.

III. Fundamentación teórica y socioeducativa de la propuesta de intervención.

La estrategia de intervención sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia fue elaborada a partir de una encuesta realizada a un grupo de adolescentes femeninas donde incluyeron diferentes temas relacionados con aspectos sociodemográficos, sobre el ámbito familiar y la salud sexual y reproductiva así como la identificación de los factores de riesgo, familiares, sexuales relacionados con su embarazo precoz.

Fundamentación de la estrategia

- La falta de conocimientos sobre las causas y consecuencias del embarazo en la adolescencia.
- Conocimientos inadecuados sobre los métodos anticonceptivos.
- Presencia de mitos, tabúes, costumbres y religiones en las familias, que le impiden hablar sobre sexualidad a sus hijos adolescentes, lo que contribuye a la alta incidencia de embarazo en ellos.
- Bajos conocimientos sobre las complicaciones biológicas en el embarazo adolescente.
- Inadecuados conocimientos sobre sexualidad.

Objetivo general

Elevar los conocimientos en las adolescentes sobre los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el sector San José del Cantón Pedro Carbo.

Preparación del contenido:

Se efectuó una selección cuidadosa de los aspectos del tema a impartir, los cuales se determinaron según las necesidades educativas específicas identificadas en la población sobre la que se actuó, así como la bibliografía consultada. Se escogieron aquellos métodos e instrumentos educativos que se

mantendrán durante todo el desarrollo del programa, los que propiciarán el logro de los objetivos propuestos, que fueron

1. Sesión: Conceptualización de Educación Sexual, mitos y realidades
2. Sesión: Funcionamiento corporal y derechos Sexuales.
3. Sesión: Embarazo en la adolescencia y sus causas.
4. Sesión: Consecuencias de un embarazo en la adolescencia.

Selección y elaboración de los medios de enseñanza:

Los medios de enseñanza que se emplearán serán: pizarra, computadora, Infocus y otros materiales, para propiciar la mejor comprensión y asimilación de los contenidos del programa educativo.

Formas y técnicas educativas utilizadas:

Para el desarrollo exitoso del programa, se utilizarán varias técnicas educativas: charlas educativas, expectativa motivacional, demostración, exposición, lluvias de ideas, y discusiones grupales.

Distribución del tiempo:

El tiempo empleado en el programa educativo fue ajustado atendiendo a las características de los aspectos desarrollados y al tiempo disponible por los adolescentes a quienes será dirigido.

El programa, se impartirá en 4 clases, en las que se impartirán todos los temas anteriormente señalados, con una frecuencia de un tema por mes, con una duración de 30 minutos cada clase y al finalizar la intervención se evaluarán los conocimientos adquiridos en las adolescentes asistentes. Además del médico participarán en la intervención, el técnico de atención primaria de salud y la enfermera durante un período de 4 meses.

Además se realizará una actividad de reforzamiento previo a la evaluación final (4to encuentro). Las actividades educativas están planificadas y siempre serán

iniciadas con: Introducción y motivación, para despertar el interés para su ejecución en el programa creado y brindar satisfacción a las necesidades fundamentales.

Desarrollo:

El desarrollo del programa educativo contará de dos etapas bien definidas:

1. Transmisión y obtención de conocimientos.
2. Consolidación de conocimientos.

Evaluación:

La evaluación se efectuará de forma sistemática y de manera permanente, así, el equipo de salud podrá comprobar si los objetivos se van cumpliendo o no, lo que posibilitará detectar las dificultades y actuar sobre ellas hasta lograr su solución. Se aplicará una encuesta inicial (Anexo 1), se compararan sus resultados con la clave de respuesta (Anexo No. 2), y con una evaluación cuantitativa establecida que valorara la efectividad de la intervención educativa empleada.

Para la evaluación final será considerado:

- Si conoce: Cuando se alcance el 70 % o más de las respuestas correctas.
- No conoce: Cuando se alcance menos del 69 % de las respuestas correctas.

IV. Diseño de la estrategia de intervención educativa.

Conceptualización de Educación Sexual, mitos y realidades

Primer encuentro.

Definición y características físicas y Psicológicas de los adolescentes.

Adolescencia y Salud sexual y reproductiva.

Concepto, Mitos y verdades sobre embarazo en la adolescencia.

Objetivo

Aumentar los conocimientos sobre Conceptualización de Educación Sexual.

Eliminar mitos y creencias sobre el embarazo en la adolescencia.

Hora: 3:00 – 3:30 pm

Lugar: Centro de Salud Pedro Carbo

Recursos:

Computadora laptop.

Proyector

Material didáctico

Esferos

Láminas.

Una pelota.

Resultados esperados.

Que las adolescentes aumenten sus conocimientos sobre la sexualidad y lograr eliminar mitos y creencias sobre el embarazo en la adolescencia. Que conozcan cómo se comporta el embarazo en la adolescencia a nivel mundial y nacional.

Desarrollo de la sesión

Actividades iniciales

Saludo

Presentación de los integrantes de la intervención

Explicar en qué consiste la intervención.

Pase de lista

Entrega de un esfero a cada participante

Dinámica integradora rompe hielos: “la pelota preguntona.”

Después de la explicación sobre lo que se tratará se realizará una dinámica denominada “la pelota preguntona.” Se le dará una pelota a un adolescente y se cantará una canción que les guste a todos, la pelota ira recorriendo de adolescente en adolescente. Esto permitirá crear un ambiente de confianza y además de conocerse mejor.

Construcción de conocimientos

1.- Introducción del tema dando a conocer el comportamiento del embarazo en la adolescencia a nivel mundial y nacional, para que las adolescentes se den cuenta que constituye un problema de salud y que en su mayoría son embarazos no deseados que le traen consecuencias graves a la adolescente, una vez que sale embarazada, y que la mayoría ocurren por falta de conocimientos sobre las causas y consecuencias del embarazo a esta edad.

2.- Charla educativa sobre educación sexual: Identificar en las presentaciones de Power point lo que si se debe y lo que no se debe hacer en relación a los conceptos de Educación Sexual. Derrumbar los mitos y tabúes que giran en torno a la sexualidad. Explicar detalladamente si acaso queda dudas, sobre cada uno de los conceptos y definiciones de Educación Sexual.

3.- Taller expositivo sobre el tema, que se realizará con la ayuda de una presentación de Power point, donde se expondrá lo más importante del tema haciendo énfasis en la importancia de eliminar mitos y creencias sobre el embarazo en la adolescencia. Se le dará a cada las adolescente un papel con un mito escrito, para que ellos lo lean en voz alta y respondan si es verdadero o falso, dándoles participación a todos y que puedan expresar lo que piensan con relación a cada mito.

Cada las adolescentes tendrá que participar dando respuesta a lo que viene escrito en el papel. Al terminar se hará un resumen y se explicará la importancia de eliminar los mitos y creencias que ellos tengan, para así lograr disminuir el embarazo en la adolescencia en esta área de salud.

Evaluación

Se evaluarán a los participantes con preguntas claras y sencillas sobre el tema tratado, además se le preguntara su opinión con relación a la actividad, solicitándoles a algunas adolescentes lo positivo, lo negativo y lo interesante, para de esta forma teniendo en cuenta lo negativo que ellos planteen tratar de en la próxima clase no se repita. Después de esto se le entregará a cada adolescente un Papelógrafo relacionado al embarazo en la adolescencia.

Segundo encuentro.

Tema: Funcionamiento corporal y derechos Sexuales.

Objetivo

Anatomía de los aparatos reproductores masculinos y femeninos

Orientación sexual. Definición.

Aumentar los conocimientos sobre la anatomía de los aparatos reproductores masculinos y femeninos y los derechos sexuales que tienen

Hora: 3:00 – 3:30 pm

Lugar: Centro de Salud Pedro Carbo

Recursos

Proyector

Laptop

Globos

Métodos

1.- Técnica participativa: “La batalla de los globos”.

2.- Taller interactivo sobre anatomía de los aparatos reproductores masculinos y femeninos además dar a conocer los derechos sexuales que tienen.

Resultados esperados

Que las adolescentes eleven sus conocimientos sobre la anatomía y funcionamiento de los órganos reproductores masculinos y femeninos. Que sepan sobre sus derechos en cuanto a su sexualidad.

Desarrollo de la sesión

Actividades iniciales

Saludo

Pase de lista

Recordatorio del tema anterior

Presentación del tema a tratar

Construcción de conocimientos

1.- Taller interactivo: Se solicitará que formen 4 equipos para el desarrollo del tema. Se seleccionara un jefe en cada equipo, el cual vendrá a la mesa del profesor a escoger un papel con el nombre del tema que desarrollará su equipo.

Equipo N° A: Al que le tocó los órganos reproductores femeninos.

Equipo N° B: Al que le tocó los órganos reproductores masculinos.

Equipo N° C: Ciclo menstrual. Concepto. Importancia de conocer el ciclo menstrual.

Equipo N° D: Que entienden sobre sexualidad

Se le entregará al equipo Láminas sobre órganos reproductores femeninos, para que lo utilicen cuando realicen la discusión del tema. Todos los integrantes del grupo harán aportes sobre el tema, pero seleccionarán a un miembro del equipo para la exposición del tema. Cada equipo tendrá 15 minutos para la exposición.

Mientras un equipo expone los demás escuchan para ver si lo que exponen está bien y si alguno de los otros grupos quiere argumentar se le dará la palabra. Se le dará a cada equipo la responsabilidad de evaluar a uno de los equipos que está exponiendo, para de esta forma lograr que todos estén atentos a los que están hablando.

Evaluación

Se evaluarán a los participantes con preguntas claras y sencillas sobre el tema tratado, además se le preguntará su opinión con relación a la actividad, solicitándoles a algunos adolescentes lo positivo, lo negativo y lo interesante,

siempre se le preguntará esto al final de cada clase para ir eliminando los posibles errores que se cometan durante la clase y que se logre aumentar los conocimientos sobre causas y consecuencias del embarazo en la adolescencia.

Tercer encuentro.

Tema: Embarazo en la adolescencia. Causas

Objetivo

Embarazo en la adolescencia. Concepto. Comportamiento a nivel mundial y nacional. Causas.

Aumentar los conocimientos de los adolescentes sobre el Embarazo en la adolescencia.

Hora: 3:00 – 3:30 pm

Lugar: Centro de Salud Pedro Carbo

Recursos

Proyector

Laptop

Láminas

Métodos

Técnica participativa

Lluvias de ideas.

Dramatizado.

Resultados esperados

Que las adolescentes eleven sus conocimientos sobre embarazo en la adolescencia y sus causas.

Disminuir la incidencia del embarazo en la adolescencia.

Desarrollo de la sesión

Actividades iniciales

Saludo

Pase de lista

Recordatorio del tema anterior

Presentación del tema a tratar

Construcción de conocimientos:

Se hará un recuento del tema anterior. Posteriormente se realizará la técnica de círculo de preguntas, que consiste en decirles a los adolescentes que hagan un círculo y se le da a cada uno una hoja en blanco para que ellos pongan preguntas sobre embarazo en la adolescencia y sus causas, el que está frente de la intervención tendrá que cerciorarse de que en cada hoja exista al menos una pregunta. Los papeles se doblan y se ponen en una bolsa, que se remueve y un adolescente saca un papelito y lee la pregunta, el resto responde la pregunta y el médico dice si está bien o mal.

Corrigiéndola en caso de que este mal o si está bien aumentará la respuesta para que todos aclaren sus dudas y adquieran conocimientos nuevos sobre este tema, se dará lectura a cada pregunta y se profundizará el tema dándole respuesta a cada una. Con esta dinámica, los adolescentes perderán el miedo y podrán poner de forma anónima todas sus inquietudes, que serán aclaradas y ninguno sabrá cuál fue la inquietud del otro y podrán discutir el tema con más confianza, sin que existan burlas e inhibiciones. Al finalizar la técnica, el médico hará un resumen del tema completo, para aclarar dudas que hayan quedado y lograr que todos se vayan con los conocimientos necesarios sobre el embarazo en la adolescencia.

Evaluación

Se les realizarán a los adolescentes después del resumen final, preguntas claras y sencillas sobre el tema tratado, además se le preguntará su opinión con relación a la actividad.

Cuarto encuentro.

Embarazo en la adolescencia. Consecuencias.

Objetivo

Consecuencias del embarazo en la adolescencia. La más importante el aborto y sus complicaciones.

Aumentar los conocimientos de los adolescentes sobre las consecuencias del embarazo en la adolescencia.

Hora: 3:00 – 3:30 pm

Lugar: Centro de Salud Pedro Carbo

Recursos

Proyector

Laptop

Láminas

Muñeca

Métodos

Técnica participativa

Lluvias de ideas.

Dramatizado.

Resultados esperados

Que las adolescentes estudiantes eleven sus conocimientos sobre embarazo en la adolescencia y sus consecuencias sobre todo el aborto y su complicación.

Disminuir la incidencia del embarazo en la adolescencia.

Desarrollo de la sesión

Actividades iniciales

Saludo

Pase de lista

Recordatorio del tema anterior

Presentación del tema a tratar

Construcción de conocimientos:

Se hará un recuento del tema anterior y se hará una introducción del embarazo en la adolescencia y sus complicaciones tanto en la embarazada adolescente como en la futura madre y su hijo. Posteriormente se realizará la técnica Juego de la muñeca que consiste en indicarles a los adolescentes que se sienten en círculo en el suelo.

El monitor comienza. Toma la muñeca en brazos y dice: “Este es mi hijo/a. Su nombre es...” Luego, el monitor responde libremente a la pregunta: ¿Qué quiero para mi hijo?- El monitor le entrega la muñeca a la persona que está a su lado. La persona asume la muñeca como hijo, y responde a la pregunta. La muñeca va pasando por todos los participantes, y cada uno se va poniendo en el rol de padre/ madre.

Finalmente, el monitor les pregunta a los participantes si alguna vez habían pensado en la posibilidad real de ser mamá, y se discute sobre el tema. El monitor debe velar por un clima de absoluta confianza y respeto. Este es un juego que a veces puede llevar a emociones, al reflexionar el alumno acerca de su propia realidad como hijo.

Evaluación

Se les realizarán a los adolescentes después del resumen, preguntas claras y sencillas sobre el tema tratado, además por ser la última clase de la intervención se les repetirá, pero esta vez por escrito el PNI (lo positivo, lo interesante y lo negativo) a cada una de las adolescentes.

V. Reflexiones generales finales: Conclusiones

El desconocimiento de los cambios biológicos, psicológicos y sociales en las primeras etapas de la adolescencia, las causas y consecuencias de un embarazo temprano por parte de las adolescentes son un factor importante en el aumento de los embarazos en la adolescencia y por consiguiente en el aumento en la morbilidad y mortalidad tanto materna como infantil.

Esta propuesta educativa se fomenta en el objetivo No 3 del Plan Nacional del Buen Vivir, en el cual se habla de la salud de la población. Constituye una

alternativa de trabajo con las familias que tienen hijos adolescentes en el hogar en el cantón Pedro Carbo.

Para trazar cualquier estrategia es necesario partir de los problemas que están actuando. Se trata de una intervención flexible y dinámica. En la presente investigación, el autor con la utilización de los métodos histórico-lógicos, análisis documental y el enfoque sistémico, asume como fundamentos teóricos esenciales sobre el tema, modificar los conocimientos sobre consecuencias del embarazo en la adolescencia, para contribuir así a que disminuyan el número de adolescentes embarazadas.

VI. Fuentes de consulta.

Alarcón, R., Coello, J., Cabrera, J., Monier, G. (2009). Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Revista Médica cubana. Consultado 28 marzo, 2018. http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v25n1-2/enf071_209.pdf

Ballinas, Y., Evangelista, A., Nazar., A., Salvatierra, B. (2014). Condiciones sociales y comportamientos sexuales de jóvenes en chiapas. revista papeles de población. consultado el 14 febrero 2018.

<http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v21n83/v21n83a9.pdf>

Campero, L., Atienzo, E., Suárez, L., Hernández, b., Villalobos, A. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: Evidencias y propuestas. Gaceta Médica de México. Consultado el 10 Mayo 2018.

Gómez, C., Montoya, L. (2014). Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño. Revista Salud Pública. Consultado el 16 mayo 2018.

<http://search.proquest.com/health/docview/1677205693/46592b9ca2314a4epq/4?accountid=36724>

Ibarra Hernández Karla & Meneses Ruiz Sonia, (2015). Salud y comunicación en la familia. Estudio de caso en alumnos del instituto de ciencias sociales y

humanidades. Área académica de ciencias de la comunicación (tesis pregrado). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México. consultado el 13 de Mayo 2018.

<http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/handle/231104/170>

Jiménez, E., Mosquera, M., Obregón, R. (2014). Comunicación, participación, y salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Núcleo educativo. Consultado el 3 de marzo de 2018.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26800104>

León., P., Minassian, M., Borgoño, R., Bustamante, F. (2013). Embarazo adolescente, Revista Pediátrica Electrónica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Consultado el 5 de mayo de 2018.

http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_embarazoadolescente.pdf.

Mendoza, L., Claros, D., Peñaranda, C. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia estado del arte. revista chilena obstetricia y ginecología. Consultado el 24 de abril 2018.

<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v81n3/art12.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Consejo Nacional de Salud. (2017). política de salud y derechos sexuales y reproductivos. Consultado el 20 de abril 2017.

http://www.conasa.gob.ec/codigo/publicaciones/politica_salud.pdf

Sesión 3. Embarazo en la adolescencia y sus causas

Sesión 4. Consecuencias de un embarazo en la adolescencia



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE
SANTIAGO DE
GUAYAQUIL**

Estrategia educativa para prevenir
embarazo en la adolescencia. Sector san
José. Centro de salud Pedro ~~Carbo~~
Autor: Md Eduardo Bayas ~~Toala~~
Posgrado de medicina familiar y
comunitaria



Año 2018



FUNDAMENTACIÓN

- Falta de conocimientos sobre las causas y consecuencias del embarazo en la adolescencia
- Conocimiento inadecuados sobre métodos anticonceptivos
- Presencia de mitos, tabúes, costumbres, religión en las familias que inciden de manera negativa sobre las adolescentes
- Inadecuado conocimiento sobre la sexualidad



OBJETIVO

ELEVAR EL CONOCIMIENTO EN LAS ADOLESCENTES SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DEL EMBRAZO EN LA ADOLESCENCIA.



METODOLOGIA

Sesión 1. Conceptualización de educación sexual mitos y realidades

Sesión 2. Funcionamiento corporal y derechos sexuales



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **BAYAS TOALA EDUARDO**, con C.C: **1309656237** autor/a del trabajo de titulación: **DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. SECTOR SAN JOSÉ. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018** previo a la obtención del título de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 17 de diciembre de 2018

f. _____

Nombre: **Bayas Toala, Eduardo**

C.C: **1309656237**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA, SECTOR SAN JOSÉ. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018		
AUTOR(ES)	Eduardo Bayas Toala		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Luis Roberto Medero Mesa		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de graduados en ciencias de la salud		
CARRERA:	Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	17 de diciembre de 2018	No. DE PÁGINAS:	97
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología, Medicina familiar, obstetricia.		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Adolescentes, embarazo en adolescentes, estrategia de salud familiar, medicina familiar, prevención		
<p>RESUMEN/ABSTRACT Antecedentes: El embarazo en la adolescencia es un problema, los programas de prevención sexual han reducido los embarazos en adolescentes en varias regiones del mundo, Latinoamérica el número aumenta, en Ecuador el MAIS, tiene prioridad a las embarazadas. Materiales y Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal, muestra fue de 61 adolescentes que constituyen el universo, Resultados: características socio demográfico, la edad de 18 años con un 27,8%, 45,9% nivel de instrucción básico, 65,5% amas de casa, 50,8% son de unión libre, edad de inicio de la actividad sexual a los 15 años representado el 32.7%, Conclusiones: se elabora una estrategia educativa para elevar el conocimiento sobre los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0983502102	E-mail: e_bayas@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Xavier Landivar Varas		
	Teléfono: 043804600		
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			