



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL

TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

**“DISEÑO DE INTERVENCION EDUCATIVA PARA MODIFICAR
FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO EN LAS
ADOLESCENTES. CONSULTORIO 19. CENTRO DE SALUD
PASCUALES. 2015-2016.”**

AUTOR:

DRA: ANGELA ROBIN SANCHEZ.

DIRECTOR:

DR: YUBEL BATISTA PEREDA.

GUAYAQUIL – ECUADOR

2017

I



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Dra: Ángela Alexandra Robin Sánchez, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 04 días del mes de enero año 2017

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dr: Yubel Batista Pereda

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr: Xavier Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, Ángela Alexandra Robin Sánchez

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “DISEÑO DE INTERVENCION EDUCATIVA PARA MODIFICAR FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES. CONSULTORIO 19. CENTRO DE SALUD PASCUALES. 2015-2016” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado 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 04 días del mes de enero año 2017

EL AUTOR:

Ángela Alexandra Robin Sánchez.



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

AUTORIZACIÓN:

YO, Ángela Alexandra Robin Sánchez.

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “DISEÑO DE INTERVENCION EDUCATIVA PARA MODIFICAR FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES. CONSULTORIO 19. CENTRO DE SALUD PASCUALES. 2015-2016”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 04 días del mes de enero año 2017

EL AUTOR:

Ángela Alexandra Robin Sánchez.

1 Agradecimiento

Agradezco primero a Dios, segundo a mi madre por haberme ayudado a crear estos valores que me han caracterizado, a mi esposo Humberto; a mis hijas Emily, Georgina, Domenica y Anyelline, por su apoyo incondicional y su gran espera durante este proceso, a mi hermano Jorge luis, a todos uds por su apoyo incondicional en estos tres años.

A mis amigos Brenda, Juan, Maria Euguenia, por su ayuda desinteresada durante estos tres largos años.

A mis maestros por expandir su sabiduria y ser un ejemplo del médico de familia integral, desde todas las esferas y exalto su trabajo profesional, humanista y sobre todo estos tres años fuimos una gran familia espero que perdure para toda la vida; les agradezco por ayudarme alcanzar esta tan anhelada meta.

2 Dedicatoria

Dedico esta tesis al creador del universo y de todas las cosas sobre la tierra, a mi gran familia constituida por mi esposo Humberto, mis hijas Emily, Georgina, Domenica y Anyelline, por su apoyo incondicional y su gran espera durante este proceso, a mi madre por su perseverancia y valentia, a mi hermano Jorge luis que muchas veces hizo las veces de padre con sus consejos y motivaciones de seguir adelante en este camino.

A mis grandes amigos y compañeros de clases Brenda, Juan, Maria Eugenia, Marcia, Lia, Nancy y Yadira con quienes e compartido grandes momentos de sabiduria insaciable.

3 Resumen

Antecedentes: El embarazo en la adolescencia continúa en ascenso a pesar de las estrategias en salud dirigidas a este grupo poblacional, afectando su calidad de vida desde la perspectiva biosicosocial, en el Ecuador es una problemática que se ha reducido pero no lo suficiente. **Métodos:** se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal, en adolescentes de 15 a 19 años de sexo femenino del consultorio N° 19 de Pascuales, Guayaquil, en el período enero a junio 2016, la muestra fueron 70 adolescentes que constituyen el universo, quienes cumplieron los criterios de inclusión, previo consentimiento informado de las participantes y representantes, se utilizó un formulario, diseñado para la recolección de la información de acuerdo a los objetivos y variables. **Resultados:** La edad media fue de 15 años, 70% se considera mestiza, 58,6% son estudiantes, 38,6 vive en unión libre el 55,7% han tenido relaciones sexuales de las cuales el 58,9% no usaron ningún método de protección en su primer contacto sexual, además el 64,3 % de las madres de las encuestadas fueron madres adolescentes, hubo un 54,3% de desconocimiento sobre los factores de riesgos del embarazo en la adolescencia **Conclusiones:** Predominaron las adolescentes de 15 años, estudiantes, un gran número ha tenido relaciones sexuales sin utilizar ningún método anticonceptivo. Se identificó desconocimiento por parte de las adolescentes sobre factores de riesgos del embarazo precoz. Se identifican los componentes y se diseña la estrategia de intervención educativa.

Palabras Clave: adolescente, riesgo, embarazo en la adolescencia.

4 Abstract

Background: Pregnancy in adolescence continues to rise despite the health strategies directed to this population group, affecting their quality of life, which Ecuador does not escape from this problem. **Methods:** Observational, descriptive cross-sectional study in the Adolescents aged 15 to 19 years of the office No. 19 Pascuales, Guayaquil, in the period 2015 - 2016, the universe was 70 adolescents, was used a form, designed for the collection of information. **Results:** The mean age was 15 years, 30.0%, basic education 50.0%, student occupation 58.6%, single women 61.4%, mestiza 70.0%, 55.7% had sex 58.9% did not use any method of protection during their first sexual intercourse; in addition, 64.3% of the mothers of the respondents were adolescent mothers; there was a 54.3% lack of knowledge about the risk factors of pregnancy in Adolescence **Conclusions:** Predominated adolescents aged 15, students with basic education, a large number have had sex without using any contraceptive method. Adolescents were unaware of the risk factors for early pregnancy. The components are identified and the educational intervention strategy is designed.

Keywords: adolescent, risk, and pregnancy in adolescence

5 ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|------|
| 1 AGRADECIMIENTO | V |
| 2 DEDICATORIA | VI |
| 3 RESUMEN | VII |
| 4 ABSTRACT | VIII |
| 5 ÍNDICE DE CONTENIDOS | IX |
| 6 ÍNDICE DE TABLAS | XI |
| 7 ÍNDICE DE ANEXOS | XII |
| 8 INTRODUCCIÓN | 1 |
| 9 EL PROBLEMA | 4 |
| 9.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO | 4 |
| 9.2 FORMULACIÓN | 4 |
| 10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS | 5 |
| 10.1 GENERAL | 5 |
| 10.2 ESPECÍFICOS | 5 |
| 11 MARCO TEÓRICO | 6 |
| 11.1 SEXUALIDAD Y EMBARAZO JOVEN: ANTICONCEPTIVOS Y SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES | 6 |
| 11.1.1 Género y comunicación en el encuentro sexual | 6 |
| 11.2 CONCEPTUALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA | 8 |
| 11.2.1 Embarazo No deseado | 8 |
| 11.2.2 Efectos del Embarazo No deseado | 9 |
| 11.3 CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS CAMBIOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES EN LA ADOLESCENCIA | 10 |
| 11.3.1 Reconociendo la Diversidad | 10 |
| 11.3.2 Desarrollo físico del Adolescente | 11 |
| 11.3.3 Pubertad y desarrollo sexual | 11 |
| 11.4 CONCEPTUALIZACIÓN FAMILIAR, ÁMBITO ESCOLAR | 13 |
| 11.5 DEFINICIÓN Y SUPOSICIONES | 14 |
| 11.6 IMPLICACIONES DE CAMBIO SOCIAL | 14 |
| 11.7 EPIDEMIOLOGÍA DE LOS SISTEMAS REPRODUCTIVOS Y CONCEPCIÓN | 15 |
| 11.8 APARIENCIA FÍSICA E IMAGEN CORPORAL | 15 |
| 11.9 ESTRATEGIA APLICADA COMO MANUAL DE EDUCACIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES | 16 |
| 11.9.1 Estereotipos de género masculino y femenino | 17 |
| 11.10 ORIENTACIÓN SEXUAL | 18 |
| 12 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS | 20 |
| 13 MÉTODOS | 21 |
| 13.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO | 21 |
| 13.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN | 21 |
| 13.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio | 21 |
| 13.2.2 Procedimiento de recolección de la información | 21 |
| 13.2.3 Técnicas de recolección de información | 22 |
| 13.2.4 Técnicas de análisis estadístico | 23 |
| 13.3 VARIABLES | 24 |
| 13.3.1 Operacionalización de variables | 24 |

| | | |
|----|--|----|
| 14 | PRESENTACIÓN DE RESULTADOS | 26 |
| 15 | DISCUSIÓN..... | 32 |
| 16 | CONCLUSIONES | 34 |
| 17 | VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN | 35 |
| 18 | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 36 |

6 ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN EDAD. CONSULTORIO N° 19. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO A JUNIO 2016..... | 26 |
| TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS. CONSULTORIO N° 19. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO A JUNIO 2016..... | 27 |
| TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN ASPECTOS DEL ÁMBITO FAMILIAR. CONSULTORIO N° 19. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO A JUNIO 2016..... | 27 |
| TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN FACTORES DE RIESGO FAMILIARES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. CONSULTORIO N° 19. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO A JUNIO 2016. | 28 |
| TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES. CONSULTORIO N° 19. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO A JUNIO 2016..... | 28 |
| TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO. CONSULTORIO N° 19. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO A JUNIO 2016..... | 29 |
| TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO Y EDAD. CONSULTORI N° 19. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO A JUNIO 2016 | 29 |
| TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN FUENTES DE LAS QUE LE GUSTARÍA RECIBIR LA INFORMACIÓN SOBRE RIESGOS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. CONSULTORIO N° 19. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO A JUNIO 2016..... | 30 |
| TABLA 9: FRECUENCIA CON QUE PODRÍA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE RIESGOS DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES. CONSULTORIO N° 19. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO A JUNIO 2016 | 30 |
| TABLA 10: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN TIEMPO QUE DISPONE PARA RECIBIR INFORMACIÓN. CONSULTORIO N° 19. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO A JUNIO 2016 | 30 |
| TABLA 11: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN NÚMERO DE PERSONAS CON QUIEN DESEARÍA RECIBIR LA INFORMACIÓN. CONSULTORIO N° 19. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO A JUNIO 2016 | 31 |

7 ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|--|-----|
| ANEXO 1: : ESTRATEGIA TODOS Y TODAS POR LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN LA COMUNIDAD DE PASCUALES | .52 |
| ANEXO 2: .ENCUESTA | 61 |
| ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO | 64 |

8 INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe alcanza cifras realmente preocupantes, su tasa de fecundidad no se ha reducido como lo esperado de acuerdo a la transición demográfica, tanto así que se ubica en el segundo lugar, solo superado por África Subsahariana (1), problemática relaciona con la falta de conocimiento del riesgo que implica el embarazo en esta etapa de la vida e inaccesibilidad a métodos anticonceptivos, falta de orientación e información(2) . La salud de los y las adolescentes es un tema que cada vez provoca más interés en todo el mundo, en especial en el campo de la salud sexual y reproductiva, por las consecuencias en la salud de la madre y el niño, las consecuencias sociales y económicas. (2)

El inicio precoz de las relaciones sexuales es la principal conducta de riesgo y expone a los adolescentes al embarazo no deseado, otros factores de riesgo son los sociales: que incluye la deserción escolar, vivir en comunidades rurales o marginales, nivel económico bajo, provenir de hogar disfuncionales, exposición a violencia, consumo de sustancias ilegales. (3)

Un tercio de la población mundial son jóvenes comprendidos entre los 10 y 20 años de edad, cuatro de cada cinco de estos jóvenes viven en países en desarrollo; los mismos representan un gran recurso para la humanidad debido, a su arranque, a su idealismo y a sus nuevos puntos de vistas, pero al mismo tiempo son vulnerables.

En el presente siglo, Ecuador se ubica entre los países de más alta incidencia de embarazos en adolescentes en la subregión andina, situación que es más evidente en determinados grupo poblacionales como: las mujeres en situación de pobreza por necesidades básicas insatisfechas, las mujeres de nacionalidades o pueblos del Ecuador, mujeres con menor nivel educativo. (4) Lo anterior ha motivado iniciar nuevos programas como El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) y el actual Plan Familia Ecuador que establece las acciones de promoción y prevención por ciclos de vida, detallando las acciones precisas en la adolescencia, lo que permitió perfeccionar la anterior Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA)(5,6) y sin embargo la problemática del embarazo en la adolescencia continua su incremento en el país según datos de Censo de Población y Vivienda 2010.(4)

El Centro de Salud Pascuales no está exento de esta problemática que afecta a las adolescentes, el embarazo a edades tempranas es una situación frecuente que se observa en la consulta de obstetricia y en medicina familiar por lo que se consideró importante diseñar una estrategia educativa sobre riesgo del embarazo en la adolescencia, identificando primero el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre los factores de riesgo en esta etapa.

Los adolescentes comienzan su actividad sexual sin tener conocimiento de cómo evitar los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión

sexual. La presión de grupo y la presión por adaptarse a ciertos estereotipos aumentan su probabilidad de tener actividad sexual precoz y sin protección. Para evitar el embarazo precoz es preciso implementar ampliamente los programas de educación sexual. Estos programas deben desarrollar habilidades para la vida, brindar respaldo para manejar los pensamientos, sentimientos y experiencias que acompañan la madurez sexual.(7)

La adolescencia en sí misma puede ser catalogada como un gran riesgo, del que solo se emerge felizmente si se ha contado con suficientes factores protectores desde el nacimiento, capaces de generar una personalidad en el individuo que le permita sobrevivir creativamente a los riesgos, de los cuales son responsables tanto la familia como la sociedad en su conjunto.

En el área cognitiva el adolescente debe ser capaz de "examinar los propios pensamientos, formular hipótesis, diferenciar lo posible de lo probable y planificar" En el área afectivo-social el adolescente debe lograr un desprendimiento de su núcleo familiar, alcanzar la autonomía y, además, dirigir y controlar su conducta de acuerdo a su propia escala de valores. La autoestima en esta etapa es central, ya que el adolescente muestra una extraordinaria sensibilidad en relación con el concepto de sí mismo. Otra de las tareas en esta área es la de "alcanzar la identidad sexual y búsqueda de pareja, cuya elección le llevará a constituir su núcleo familiar en etapas posteriores. (8)

Según reportan los consultorios dedicados a la Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Pascuales, al cierre del mes de marzo de 2015, se atendieron un total de 122 embarazadas de las cuales el 22,1% fueron adolescentes, lo que evidencia que el embarazo en la adolescencia constituye un problema de salud en la comunidad que se atiende en este Centro de Salud.

Con la intención de aportar a la disminución de los indicadores de la morbimortalidad materno infantil y elevar el conocimiento de los riesgos 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 la temática.

Con esta investigación se pretendió identificar el conocimiento que poseen las adolescentes sobre los principales aspectos que inciden en el embarazo en este grupo etario en el Centro de Salud Pascuales que permitirá encaminar un grupo de acciones preventivas en la atención primaria de salud para contribuir al mejoramiento del estado de salud en la adolescencia, así como servirá de guía a los médicos familiares para actuar en los aspectos que se relacionan con esta problemática. El diseño de esta estrategia podrá ser implementada y también se podrá evaluar su impacto en futuras investigaciones con el objetivo de estimar su utilidad y alcance.

Uno de los motivos que lleva al investigador a realizar esta estrategia es por la relación existente entre los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia y su repercusión como problema de salud; porque las

implicaciones del embarazo en la adolescencia se consideran como un impacto de gran magnitud no solo en la vida de los jóvenes, sino que además se refleja de manera directa o indirecta en la salud de su pareja, el hijo, la familia, la comunidad y sociedad.

Es decir se considera importante desde el punto de vista social ya que contribuye a reducir las cifras de embarazo en la adolescencia les brindará mejores oportunidades de superación y alcanzar el éxito, lo que se acompaña de mejor estabilidad emocional y económica, así como también de que puedan alcanzar la felicidad conyugal y contribuyan al desarrollo de la sociedad. Al ámbito investigativo proporciona una línea de investigación que permitirá seguir con otro tipo de investigaciones de causalidad y desde la perspectiva médica implementar acciones anticipadas para prevención y promoción de salud.

Se planteó un estudio observacional, descriptivo, transversal, cuyo objeto de estudio fueron las adolescentes de 15 a 19 años de edad pertenecientes a la población del consultorio 19 de medicina familiar del Centro de Salud Pascuales de la parroquia del mismo nombre, durante el periodo del 2015 – 2016, se incluyó en el estudio 70 adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión; se les aplicó una encuesta elaborada por la autora para determinar los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia, evaluar el conocimiento e identificar los componentes de la estrategia de intervención, previo consentimiento informado y cumpliendo los principio éticos.

La investigación transcurre por la revisión de la bibliografía argumentada en el marco teórico, el planteamiento del problema de investigación y de los objetivos, continua con la presentación detallada de la metodología hasta llegar a la presentación de los resultados en tablas y la discusión de los mismos, para llegar a plantear conclusiones y recomendaciones.

9 EL PROBLEMA

9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

El embarazo en la adolescencia y los factores de riesgos relacionados con ello, continúan siendo un problema de salud, tanto nacional como en el ámbito de la población atendida por el Centro de Salud Pascuales, además no se recogen investigaciones precedentes que apunten hacia la erradicación, modificación o atenuación de los factores de riesgos relacionados con este tema, que devendrían en disminución del embarazo en este grupo de edades, y por tanto en un mejoramiento de la morbilidad materna y perinatal. Actuar sobre estos factores de riesgo redundaría en una mejor salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Para lograr mejorar este indicador de salud se propone realizar una estrategia educativa, basada en orientación y aplicación de estrategias psicológicas dirigidas a adolescentes sobre el tema de salud sexual y reproductiva y los riesgos que el embarazo no deseado puede generar a la adolescente y su pareja.

El conocimiento de los principales aspectos que inciden en el embarazo durante la adolescencia en el Centro de Salud Pascuales, permitirá encaminar un grupo de acciones preventivas en la Atención Primaria de Salud que podrán contribuir al mejoramiento del estado de salud en este grupo de edad, así como servirá de guía a los médicos familiares para actuar en los aspectos que se relacionan con esta problemática, los resultados servirán a futuras investigaciones para poder realizar intervención de salud en esta etapa de la vida.

El embarazo en la adolescencia es una realidad a la que se enfrentan los profesionales de la salud a nivel mundial y del que no escapa la comunidad de Pascuales, donde el desconocimiento de los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva conlleva a incrementar los riesgos del embarazo en esta etapa, situación que podría incidir en los aspectos culturales, socio económicos, étnicos y de educación que se reportan en este centro de Salud.

9.2 Formulación

¿Qué elementos se considerarían dentro de una estrategia de intervención educativa para modificar el conocimiento de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en la población de 15 a 19 años del consultorio N° 19 del Centro de Salud de Pascuales?

10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

10.1 General

Diseñar una estrategia de intervención educativa sobre los factores de riesgos del embarazo precoz en las adolescentes del consultorio de Medicina Familiar N° 19 del Centro de Salud de Pascuales. En el periodo enero a junio 2016.

10.2 Específicos

- Describir los aspectos sociodemográficos, del ámbito familiar y de la conducta sexual y reproductiva en las adolescentes del consultorio de Medicina Familiar N° 19 del Centro de Salud de Pascuales.
-
- Identificar el conocimiento sobre los factores de riesgos del embarazo precoz en las adolescentes del consultorio de Medicina Familiar N° 19 del Centro de Salud de Pascuales.
-
- Identificar los componentes para el diseño de la estrategia educativa sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.
-

11 MARCO TEÓRICO

11.1 Sexualidad y embarazo joven: anticonceptivos y sexualidad en adolescentes

En la actualidad moderna, el concepto de comercio gracias a la venta de la píldora anticonceptiva, conllevó a la separación de los actos de reproducción humana y el acto sexual y por esta razón la situación se tornó crucial para vivir una sexualidad más libre dentro de las primeras acciones sociales del enamoramiento, noviazgo, unión libre y matrimonio, para retrasar la edad del matrimonio, para no generar embarazos no deseados y para lograr alargar el proceso de pareja por muchos más años.(9) El descubrimiento que refleja la historia en los años cincuenta ocurrió justamente antes de la inclusión de las culturas adolescentes, acción social a nivel global que se expresó universalmente en la música, sexualidad y en aquellos movimientos pacifistas de los años 60's.(9)

El movimiento *hippie* de los Estados Unidos inauguró un movimiento mundial de jóvenes en contra de la guerra y a favor de la paz, inventó formas diferentes de ser joven frente a la generación de los adultos. Desde entonces las creaciones juveniles simbólicas expresan una disputa generacional y una necesidad de ser diferentes: la forma informal de vestirse y de peinarse, la ruptura con estereotipos masculinos y femeninos, hombres de cabellos largos, camisas floreadas y medallones al cuello, mujeres sin maquillaje, con pelo suelto y en minifalda, grupos musicales estridentes rompen con la música tradicional que se escuchaba en los salones de baile. Con el lema “Haz el amor y no la guerra”, la emergencia del *Rock* y la música moderna extendió por primera vez en la historia una concepción más libre de la sexualidad entre los y las jóvenes hasta los más diversos rincones del planeta.(9) Las generaciones actuales disfrutan de esta herencia cultural, hombres y mujeres jóvenes son más libres y toman decisiones más autónomas en su vida sexual, aunque sin duda, la vivencia de la sexualidad sigue siendo distinta en función de las identidades de género. Pero esta situación va cambiando, la férrea moral católica que niega el placer a las mujeres está siendo enfrentada con los discursos modernos de la equidad y del placer.

11.1.1 Género y comunicación en el encuentro sexual

La equidad social y de género aunque no parezca una realidad, ha sido buscada desde ya hacia milenios, desde la época donde Jesucristo según lo relatan las escrituras sagradas, ya que buscaba la equidad de género, pero a través del paso de los años, esta situación fue tornándose irrelevante para muchos próceres de la historia y fueron dejados de lado esta idea, lo que hasta mediados del siglo XX, esto tomó otro rumbo y dio inicio a la guerra de equidad de género, la misma que en la actualidad se está logrando pero a un nivel muy lento.

En base a estos parámetros analíticos de la historia humana, la búsqueda de

equidad exige un esfuerzo constante para mejorar la comunicación de pareja. El estilo de vida sexual que el hombre actual y mujer mantienen, pasa, por momentos de obediencia y rebeldía según los factores predominantes cómo: adolescencia, aspectos sociales, aspectos psicológicos, falta de entendimiento de familiares, falta de apoyo de madre y padre, inducción social y otros. ⁽¹⁾ En este punto se combinan sistema de parentesco y noviazgo con reglas de herencia, del matrimonio y de divorcio, se asumen distintas posiciones frente a la división del trabajo y frente a las normas religiosas, familiares, escolares o legales, y se reacciona pluralmente ante los mensajes de los medios de comunicación y las movilizaciones políticas. Pero como sujetos de derecho, las personas no sólo se ajustan a las normas sociales, también contribuyen a cambiar las reglas y las condiciones de la sociedad en que viven, y pueden actuar para redefinir las libertades sexuales y extender su ejercicio.(10)

Por la complejidad de la vida sexual, las emociones de desear y amar se puede vivir de forma perturbadora. Las ideas tan estereotipadas sobre lo que es “ser hombre” y lo que es “ser mujer” muchas veces perjudican las relaciones e interfieren con una vida sexual sana.(11) Es común que se aliente a los hombres a tener muchas parejas sexuales, a tratar a las mujeres con poco respeto e incluso con violencia.(12) En las mujeres se promueve la ignorancia y la pasividad, y suele valorarse extremadamente el primer contacto sexual. Hombre y mujeres se juegan la autoestima en sus encuentros sexuales, especialmente en las primeras prácticas cuando la seguridad y la autoconfianza se ponen a prueba, el miedo al rechazo, al dolor, a la aceptación y a la capacidad de “hacerlo bien” está atrás de estos sentidos que cobran las primeras experiencias.

Algunas presiones propician conductas agresivas y peligrosas. El consumo de drogas y las tasas de accidentes y suicidio son mayores entre los hombres que entre mujeres jóvenes. Los hombres suelen consumir alcohol y drogas con más frecuencia que las jovencitas, pero ellas también consumen y dan lugar a actividades sexuales arriesgadas.(11-12) En este punto la comprensión de lo que el otro siente es siempre un acercamiento incompleto, no se puede entender ni comprender al otro más que hasta cierto punto, en cierta manera los sentimientos ajenos son inaccesibles e inexplicables. Por eso la comunicación es al aspecto más importante en la relación de pareja.

La expresión sexual es un derecho humano y es importante saber que al tener relaciones sexuales el vínculo de pareja cambia, se comprometen más los sentimientos y la relación es muy diferente que cuando sólo se comparten caricias y besos.(11) Con el contacto sexual se involucran las emociones de manera más intensa, se aceleran experiencias de enamoramiento o se profundizan sentimientos amorosos de mayor deseo sexual y necesidad del otro o de la otra, de dolor ante la distancia, de soledad y entre otros. La decisión sobre cuándo iniciarse con alguien es muy personal y respetable. Hay personas que desde el principio disfrutan ampliamente de las relaciones sexuales, hay también quienes necesitan más conocimiento del otro para empezar, que esperan hasta que se estreche la relación. (12) Los contactos sexuales son tan variados como las fantasías de quienes los realizan, y la elección de una pareja

responde a diversos estilos y orientaciones sexuales, la heterosexual, la homosexual o lesbiana, la bisexual. Además la relación entre las personas puede incluir múltiples intercambios corporales según la creatividad y la fantasía.(12)

11.2 Conceptualización del embarazo en la adolescencia

11.2.1 Embarazo no deseado

La interrogante que nace en los adolescentes que iniciaron su actividad sexual a temprana edad y que iniciaron la etapa de un embarazo no deseado o planificado, se genera en su mayoría como el ¿Por qué si tome anticonceptivos, salí embarazada? Y la otra interrogante a nivel mundial es ¿Por qué habiendo anticonceptivos ocurren embarazos no deseados?, intentando dar respuesta al tipo interrogantes que se generan, ante el argumento de este tipo de casos que cada día en el mundo se presentan en creciente proceso, se deben entender que la existencia de múltiples barreras culturales y socio-económicas que explican la imposibilidad de evitar todos los embarazos jóvenes en estos tiempos tan cambiantes.(13)

Muchas personas no saben de la existencia de anticonceptivos o tienen miedo sobre sus consecuencias. Algunas mujeres se embarazan porque tienen dudas sobre su fertilidad y una vez embarazadas se dan cuenta que no querían ser madres.(10) Otra de las causas más frecuentes es por un uso inadecuado o inconsistente del método anticonceptivo, o bien por recurrir a los de menos efectividad, como el ritmo o el retiro. Pero también están los casos de fallas del anticonceptivo que se estaba utilizando, pues no existe ningún método 100% seguro, así que cualquiera puede caer en el margen de error o no haber entendido la forma correcta de utilizarlo. Y finalmente, una violación es otra de las causas del embarazo no deseado, las formas de violación son muy diversas y pueden ocurrir con extraños o aún entre familiares, incluyendo el contexto matrimonial y de noviazgo, como es el caso de relaciones forzadas por el marido o el novio que impone su voluntad a la pareja.(12)

Diversos factores contribuyen a que las parejas no usen métodos anticonceptivos eficaces. La preeminencia de métodos femeninos hace que la responsabilidad recaiga principalmente en las mujeres. Entre las jóvenes de las áreas rurales que viven demasiado lejos de las clínicas o centros de salud y otras no saben dónde pueden conseguirlos o no pueden pagarlos, y también hay algunas cuyos novios o maridos se los prohíben. También existen creencias erróneas que obstaculizan su acceso, es común el miedo a los efectos secundarios a los métodos modernos, y el desconocimiento sobre la forma correcta y efectiva de utilizarlos. Las regulaciones religiosas también son barreras para algunas mujeres, sobre todo para las que tienen menos estudios.(9-12)

Las mujeres que tienen acceso a niveles educativos superiores o tienen la oportunidad de ejercer un trabajo fuera de su hogar no se ajustan a las normas religiosas que prohíben los anticonceptivos, aunque se identifiquen con el catolicismo. En el uso de anticonceptivos entre adolescentes y jóvenes se

agregan otras barreras. En los centros de salud y entre el personal del sector no hay una cultura de comprensión sobre los procesos psico-sociales que atraviesan adolescentes y jóvenes, además hay una negación de las prácticas sexuales que realizan, particularmente los solteros y solteras. En los servicios de salud reproductiva prevalecen prejuicios y discriminación hacia quienes tienen relaciones sexuales y no hay capacitación específica sobre los métodos preventivos más adecuados para ellos y ellas.(9)

Todas estas circunstancias se traducen en falta de servicios de salud reproductiva amigables para la juventud y, a menos que estén unidos o casados, ni los solteros ni las solteras recurren a solicitarlos. En parejas solteras se ha observado que un buen número comienza utilizando el condón, a medida que se fortifica el vínculo hay un abandono paulatino de este método a favor del coito interrumpido y el ritmo, pero con el tiempo la pareja disminuye los cuidados anticonceptivos y se embaraza. (14) Pero afortunadamente en las últimas décadas se ha incrementado moderadamente en Ecuador el uso de anticonceptivos modernos principalmente por la educación sexual escolar y las campañas de salud gubernamentales y no gubernamentales, así como por los medios electrónicos de comunicación. Ha habido un aumento sorprendente en el uso del condón entre jóvenes que se atribuye a las campañas de prevención del VIH/SIDA. Definitivamente, las generaciones que supieron de la existencia del SIDA y del condón desde los primeros años de vida, es decir las personas que nacieron al principio de los ochentas, son quienes ahora recurren al condón al tener relaciones.(15) Sin embargo no todos los usan, ni los que sí, lo usan tan consistentemente como se requiere.

El decremento de embarazos no deseados y la moderación de la epidemia del VIH/SIDA son evidencia de los avances logrados y de las dificultades implicadas en la prevención. Hoy una de cada 14 mujeres son madres antes de los 19 años, mientras que hace treinta años, una de cada ocho lo era. Proporcionalmente la disminución es de casi la mitad, sin embargo ocurren todavía más de 300,000 embarazos en este grupo de edad. En cuanto al VIH/SIDA la tasa acelerada de crecimiento que mostraban las áreas urbanas se ha transformado en una tasa moderada, pero el rezago es preocupante, se han registrado más de 60,000 casos cuya mayoría de víctimas son jóvenes.(15)

11.2.2 Efectos del embarazo no deseado

Frente al embarazo no deseado existen diferentes percepciones y experiencias entre las mujeres y los hombres. Cuando se da por abuso sexual o por violación el embarazo se acompaña de crisis depresivas que dificultan la toma de decisiones y exigen servicios de apoyo psicológico profesional.(16) En los casos que hubo consentimiento sexual hay mejores condiciones para tomar decisiones bien informadas. Ante un embarazo no deseado existen tres opciones: continuar el embarazo y dar a luz al hijo o hija, continuar el embarazo y dar al hijo en adopción, o también recurrir a un aborto para interrumpir el embarazo.(15-16)

En América Latina una tercera parte de los embarazos no deseados termina en hijos no deseados y una tercera parte en abortos inducidos. En Ecuador la respuesta más frecuente de las mujeres y de las parejas frente a un embarazo no deseado es continuarlo y quedarse con la criatura, cerca de una quinta parte termina en aborto. Un porcentaje muy bajo da en adopción al hijo o hija nacida.

Hay evidencia de que en muchos casos el embarazo es resultado de un conjunto de problemas que incluyen el fracaso escolar y la mala relación con los padres, los cuales precipitan cambios inesperados en el ciclo de vida. Además de trastornos en la vida de la madre y del padre joven que son muy trascendentes, tales como la necesidad de trabajar o de aumentar los ingresos, cambios de domicilio y renuncia a viajes y actividades recreativas, se requieren cuidados especiales antes, durante y después del parto.(17) En el caso de optar por el aborto es necesario contar con información y recursos para recibir una atención segura.

En algunos casos, el novio presiona a su pareja para que aborte o bien para que tenga a la criatura, otros apoyan la decisión de la mujer. En otras ocasiones, sobre todo cuando los padres son solteros ocurren abandonos a la amiga o novia embarazada y hay casos que mantienen poco o nulo contacto posterior con el hijo o hija. También hay muchos casos de papás jóvenes que acompañan a la compañera durante el parto y durante los primeros años de desarrollo del hijo.(15)

11.3 Conceptualización de los cambios psicológicos y sociales en la adolescencia.

11.3.1 Reconociendo la diversidad

Es fundamental que los profesionales se concentren en la existencia de los diferentes grupos culturales y étnicos con los que trabaje a fin de prestar servicios competentes y relacionarse efectivamente uno a uno con los adolescentes. La población de adolescentes en Latino América cada vez más racial y étnicamente diversa.(14) El 37% de los adolescentes de 10 a 19 años de edad son hispanos o miembros de grupos raciales no blancos. Mantienen problemas que los inducen a salir del mismo por la actividad sexual a través de drogas, alcohol y otros factores.

Los cambios psicológicos y físicos que anuncian la adolescencia, el desarrollo de los senos y los primeros períodos menstruales en las niñas, las voces profundas y los hombros más pronunciados, son factores en la adolescencia más visibles y llamativos que generan aporte a este escenario. Sin embargo, estos cambios físicos representan fracción de los procesos de desarrollo que los adolescentes experimentan.(16) Su cerebro en desarrollo trae nuevas habilidades que realzan su capacidad de razonar y pensar abstractamente Se desarrollan emocionalmente, estableciendo un nuevo sentido de quiénes son y de quiénes quieren convertirse. Su desarrollo social implica relacionarse en nuevas formas tanto para sus compañeros como para los adultos. Y empiezan a experimentar nuevos comportamientos a medida que pasan de la infancia a

edad adulta. El desarrollo de las adolescentes, se discute con referencia a aspectos físicos, cognitivo, emocional, social y del comportamiento.(17) Cada sección presenta información básica sobre lo que se conoce sobre ese aspecto del adolescente desarrollo y sugiere roles que los profesionales pueden ejercer para ayudar a estos grupos. Por supuesto, ningún adolescente puede entenderse por partes separadas: un adolescente es un "paquete". El cambio en un área de desarrollo típicamente ocurre en conjunto con otros cambios en otras áreas. Además, ningún adolescente puede comprenderse plenamente fuera del contexto de su familia, vecindario, escuela, lugar de trabajo o comunidad o sin considerar factores como el género, la raza, la orientación sexual, la discapacidad o enfermedad crónica, y creencias religiosas. Así, estos temas también se tocan a lo largo de su desarrollo y al inicio de la actividad sexual.(18)

El desarrollo de los adolescentes, en una referencia para los profesionales, es que ellos no pretendan resolver todos los misterios de relacionarse con estos adolescentes, pero si deben proporcionar datos científicos sólidos, información actualizada sobre lo que se sabe acerca de la juventud. Con suerte, esto hará que sea un poco más fácil y más cómodo para que los profesionales se relacionen con los adolescentes En el contexto de sus profesiones particulares.

11.3.2 Desarrollo físico del Adolescente

El entrar en la pubertad se anuncia los cambios físicos que acompañan a la adolescencia: un estirón de crecimiento y maduración sexual. Los profesionales que trabajan con adolescentes necesitan saber lo que es normativo y lo que representa temprano o tarde, desarrollo físico para ayudar a preparar el adolescente por la multitud de cambios que ocurren. En esta época de la vida. Incluso en las escuelas donde la educación está tratando de mejorar sus lineamientos estratégicos educacionales, muchas niñas y niños todavía no están preparados para los cambios en la pubertad, lo que sugiere que estos temas no están siendo tratados de la manera más útil para los adolescentes en la pubertad y desarrollo sexual.(18)

11.3.3 Pubertad y desarrollo sexual

El inicio de la pubertad y el desarrollo sexual de los infantes que inician su etapa a la adolescencia. Aunque a veces parece que los cuerpos de los adolescentes sufren cambios de la noche a la mañana, donde el proceso de maduración sexual en realidad se produce durante un período de varios años. La secuencia de los cambios físicos es en gran parte previsible, pero existe una gran variabilidad en la edad de inicio de la pubertad y el ritmo al que se producen los cambios.

Existen numerosos factores que afectan el inicio y progresión de la pubertad, incluidas las genéticas y biológicas, influencias, eventos estresantes de la vida, estatus socioeconómico, nutrición y dieta, la cantidad de grasa corporal y la presencia de una posible enfermedad crónica.(19) El auge del crecimiento, que

genera el desarrollo del esqueleto del adolescente, por lo general comienza alrededor de las edades de 10 a 12 años en las niñas y 12 a 14 en los niños y se completa en alrededor de los 17 a 19 años en las niñas y 20 en los niños. Para la mayoría de los adolescentes, la maduración implica el logro de la fertilidad y el cambio que apoyan la fertilidad. Para las niñas, estos cambios involucran el brote del seno, que puede comenzar alrededor de los 10 años, la menstruación, que normalmente comienza en 12 o 13,9 años.(19) ⁽¹¹⁾

Para los niños, el inicio de la pubertad, inicia cuando se agrandan los testículos alrededor de los 11 o 12 años y perciben su primera eyaculación, que típicamente ocurre entre las edades antes mencionadas.(20,21) El desarrollo de la sexualidad secundaria genera varias características como el vello corporal y (para los niños) cambios en la voz, ocurre más tarde en la pubertad.(21) Muchos adultos pueden todavía creer que la edad mágica de 13 años es tiempo para hablar sobre la pubertad, pero para muchos niños y niñas, esto es demasiado tarde.(22)

Pubertad a los 7 años (es decir, el pecho y / o el vello púbico desarrollado). Los hallazgos de este estudio sugieren que la aparición de la pubertad puede estar ocurriendo alrededor de 1 año en su edad temprana en las niñas blancas y 2 años antes en niñas afroamericanas de lo que se había pensado anteriormente. Sin embargo, todavía no se han realizado muestras no clínicas para confirmar que este es el caso de niñas en general. Relativamente poca investigación ha examinado diferencias en el curso de la pubertad entre diferentes Grupos étnicos; este es claramente un área que merece atención adicional.(19) Profesionales que trabajan con niños y sus familias Pueden alertar a los padres sobre la necesidad de preparar a sus hijos en edades tempranas para los cambios de la adolescencia. Los profesionales pueden también ofrecen consejos útiles a los padres y otros adultos sobre cómo discutir la pubertad con los adolescentes más jóvenes. Los hallazgos de la investigación sugieren que los des-preparados para los cambios físicos y emocionales de pubertad pueden tener la mayor dificultad con la menstruación. Cuando se pidió a 157 niñas del noveno grado que las niñas más jóvenes deben estar preparadas para la menstruación, recomienda que las madres brinden apoyo emocional y la seguridad, enfatizan la pragmática de la menstruación higiene y proporcionar información acerca de cómo es la realidad de sentir, enfatizando positivamente de sus propias experiencias con la menstruación.(23) Las niñas también recomendaron que los padres no comentaran Cambios físicos de sus hijas, y que las madres No debatir estos cambios con los padres delante de la Adolescente, incluso cuando se hacen evidentes. Aunque la investigación sobre las primeras experiencias La maduración es limitada, algunas pruebas sugieren que los niños, También, están más cómodos con los cambios físicos de Adolescencia cuando los adultos los preparan. Por ejemplo, Jóvenes adolescentes que no estaban preparados para estos Los cambios han reportado sentirse "algo perplejos" Al experimentar sus primeras eyaculaciones de semen Durante el sueño o la masturbación.(24) La implicación de estos hallazgos es que los adolescentes Deben estar preparados para los próximos cambios aproximadamente 9 o 10 años de edad, para que no se guarden cuando ocurren los cambios.

11.4 Conceptualización familiar, ámbito escolar.

El desarrollo de un niño o niña durante la primera infancia depende esencialmente de los estímulos que se le den y de las condiciones en que se desenvuelva. Es por esto que en la etapa comprendida entre los cero y los cuatro años de edad es necesario atender a los niños y las niñas de manera armónica, teniendo en cuenta los componentes de salud, nutrición, protección y educación inicial en diversos contextos (familiar, comunitario, institucional), de tal manera que se les brinde apoyo para su supervivencia, crecimiento, desarrollo y aprendizaje.

Las modalidades mediante las cuales se les brinda atención integral a los niños y las niñas menores de cinco años, prioritariamente aquellos que se encuentren en los niveles uno y dos del sistema de educación general o en condición de desplazamiento son:

Modalidad de Entorno Familiar: Presta atención integral en cuidado, nutrición y educación inicial a niños y niñas menores de cinco años, ubicados en zonas rurales dispersas o urbanas marginales, que por dificultades geográficas o de otro tipo no acceden a ninguna modalidad de atención integral. Con esto se fortalece la labor educativa en el hogar.

Modalidad de Entorno Comunitario: Brinda atención integral a los niños y niñas menores de cinco años atendidos actualmente por los Hogares Comunitarios de Bienestar del niño o niña en su desarrollo, complementando los servicios de cuidado y nutrición con un componente educativo.

Modalidad de Entorno Institucional: Va dirigida a niños y niñas menores de cinco años ubicados en zonas urbanas y que no acceden a ningún servicio de atención integral por falta de oferta. Se brindan los componentes de cuidado, nutrición y educación inicial durante 5 días de la semana, en jornadas de 8 horas diarias.

Esta es la realidad actual de la educación infantil, que luego por la deserción del padre o la madre de la menor, y ante la falta de conocimientos de como intervenir son sus hijos sobre la educación sexual, ellos por medios externos aprenden de forma equivocada el concepto y establecen de la teoría a la práctica este tipo de procesos literarios en la vida real. La deserción de los padres, afecta directamente a los infantes, de los cuales cuando llegan a la pubertad y adolescencia, ellos intentan imitar lo que sus padres hicieron y es aquí donde este tipo de falencias perjudica el proceso de desarrollo normal de cada pre-adolescente y adolescente.(23)

11.5 Definición y suposiciones

Existen numerosos estudios que relacionan el embarazo adolescente con resultados negativos, como la educación deficiente, la baja situación financiera y las malas habilidades de crianza de los hijos. Esto no es siempre la situación, sin embargo. La experiencia adquirida en los niños en etapa de educación en los Estados Unidos. La infancia en diversas clases sociales. La investigación indica que los entornos de vida de los adolescentes pueden dictar los resultados que experimentan, tanto de bienestar como de bienestar. (24) A los niños de clase media y alta se les enseña que alcanzar sus objetivos educativos y vocacionales es vital y que tener un niño cuya concepción no fue planificada afectaría adversamente su futuro académico y profesional.(19) Después, los niños se inclinan a utilizar de forma viable algún tipo de anticonceptivo que evite el embarazo o este sea concebido y nazca el infante. Por el contrario, los adolescentes de las comunidades de clase baja viven en situación precaria, y reciben educación que también es deficiente, conllevando a que estos niños a veces consideran la paternidad como una entrada a edad adulta. Pueden sentir que la paternidad promoverá su desarrollo y les motivará para promover sus esfuerzos académicos con el fin de promover mejores habilidades parentales. (24) En este punto se entiende dos conceptos importantes y sobre el programa a nivel mundial como:

Adolescentes: individuos entre las edades de 10 y 19 años de edad.(25)
Desarrollo de la Salud y la Juventud de los Adolescentes (AHYD): Un programa de salud diseñado específicamente para jóvenes cuyo propósito es mejorar las habilidades y la salud Adolescentes. Este programa proporciona una prevención basada en la población y una Actividades y programas diseñados para promover comportamientos responsables y saludables

Abstinencia sexual: es un comportamiento que consiste en privarse de algunos o todos los aspectos de la actividad sexual por voluntad propia o ajena. La abstinencia por voluntad propia incluye razones religiosas, morales, filosóficas, anticonceptivas o psicológicas.(24)

Adolescente embarazo: El embarazo de una mujer de 13-19 años. (21)

Los números de embarazo de adolescentes incluyen nacimientos vivos, abortos involuntarios, nacidos muertos y abortos.

11.6 Implicaciones de cambio social

Las implicaciones de este estudio para el cambio social positivo se relacionan con el impacto potencial de programas integrales de prevención del embarazo dirigidos a adolescentes y adolescentes que se consideran en riesgo basado en factores ambientales. La provisión de Servicios sociales y de salud a los padres adolescentes y a sus hijos puede ayudar a reducir la tasa de embarazo adolescente y repetir el embarazo adolescente. En la planificación o aplicación de programas integrales de educación apoyo a las adolescentes embarazadas y de padres, el uso de la teoría cognitiva social es apropiado. La teoría cognitiva

social puede utilizarse para explicar por qué las personas mantienen ciertos patrones de comportamiento. El embarazo en la adolescencia se considera un patrón. Con el fin de evitar cierto comportamiento, como el embarazo en la adolescencia, un adolescente debe estar alrededor de personas más positivas en un ambiente positivo que promueve la salud, comportamientos positivos. Una comprensión de los comportamientos que contribuyen a la adolescencia el embarazo ayuda a determinar las medidas más eficaces de prevención del embarazo.

11.7 Epidemiología de los Sistemas Reproductivos y Concepción

Con el fin de prevenir el embarazo en la adolescencia, es importante que los conocimientos sobre el cuerpo humano, el sistema reproductivo y cómo el embarazo ocurre. Las mujeres en los Estados Unidos, en particular la Jóvenes y socialmente desfavorecidos, carecen de conocimientos sobre salud reproductiva y son menos probables a utilizar servicios de salud reproductiva que las mujeres de otros países desarrollados.(26) Asegurando que los adolescentes están bien informados sobre el cuerpo humano y la concepción puede ser Beneficiosos para prevenir el embarazo y ayudar a reducir la tasa de repetición adolescente el embarazo. Es importante que los adolescentes tengan conocimiento de los órganos reproductivos para que puedan comprender mejor la salud sexual y cómo se produce el embarazo.(23,24) El sistema reproductivo femenino y los sistemas reproductivos masculinos son diferentes. El sistema reproductor femenino, produce las células hembra del óvulo (óvulos u ovocitos) que son necesarios para la fertilización y transporta los huevos (óvulos) al sitio de fertilización. El sistema reproductivo femenino se compone tanto de partes. Las partes externas permiten que el esperma entre en el cuerpo y proteja las partes internas Infección.(26)

11.8 Apariencia física e imagen corporal

Independientemente del momento de los cambios físicos que durante la adolescencia, se trata de un período en el que la apariencia física asume comúnmente importancia. Se sabe que tanto niñas como niños pasan horas preocupados por su apariencia, particularmente con el fin de "encajar" con las normas del grupo con el que más se identifican. Al mismo tiempo, desean tener su propio estilo único, y pueden pasar en el baño o en frente del espejo tratando de lograr esta meta.(26) Los adultos deben tomar a los adolescentes en serio cuando expresan preocupación por aspectos relacionados con la apariencia, tales como acné, anteojos, peso o rasgos faciales. Si una adolescente se preocupa, por ejemplo, porque tiene sobrepeso, es importante dedicar tiempo para escuchar, en lugar de rechazar el comentario con él puede que un compañero haya hecho una comentario sobre su aparición en un momento en que estado preguntando sobre lo mismo. Los adultos necesitan comprender el significado y el contexto de la preocupación y mantener abiertas las líneas de comunicación. De lo contrario, el adolescente puede tener dificultades Mantener el problema (y posibles soluciones) en perspectiva o tienen menos probabilidades de expresar en el futuro.(27,28)

11.9 Estrategia aplicada como manual de educación sexual en adolescentes

Los procesos de socialización en una comunidad determinada están orientados por múltiples aprendizajes sociales que se producen por el hecho de vivir inmersos en una cultura; se transmiten valores, creencias, costumbres de generación en generación y en muchos casos sin llevar una intención explícita en la educación que se debe proporcionar; por el contrario, se naturaliza todo un conjunto de presunciones en relación a cómo deben comportarse hombres y mujeres y no se cuestionan, simplemente se aprenden. Este aspecto es muy significativo en el área de la sexualidad, donde se ha educado estableciendo conductas, comportamientos y actitudes sobre lo sexual de manera tácita.(29)

Así entonces, el elaborar un manual de educación sexual es una invitación a los y las docentes, al personal de salud y cualquier persona interesada en el tema de la sexualidad a realizar planteamientos hacia una educación integral de la sexualidad con objetivos claros, donde se reflexione sobre la educación sexual recibida en la familia, en la escuela y en cualquier otro espacio y se propongan nuevos caminos de abordaje. (27)

Cuando se habla de educación en el área sexual, en muchos casos se remite a la información que se les da a los niños, a las niñas y adolescentes sobre algunos aspectos vinculados con la genitalidad.(28) Así, por ejemplo, educación sexual para los niños y las niñas sería informarles de dónde vienen los niños/as, cómo se originan y ello para explicar los procesos de fecundación, embarazo y parto. Para los y las adolescentes: la fisiología de los sistemas reproductivos de hombres y mujeres, menstruación, los riesgos de las relaciones sexuales y en algunos casos se les explican las consecuencias producto de un embarazo no planificado.(28,29) Si bien las informaciones mencionadas deben formar parte de educar en sexualidad, no se agotan en estos elementos. Se considera que educar en sexualidad debe partir del reconocimiento de hombres y mujeres, de sus cuerpos y de sus emociones y cómo ocurren sus vinculaciones, su construcción de lo femenino o lo masculino, la formación de actitudes hacia la sexualidad y la incorporación de valores, pautas y normas que funcionan como marcos referenciales sobre los múltiples comportamientos sexuales.(29)

Dentro de esta concepción ética, está el trabajo de ir cambiando los modelos de género femenino y masculino dominantes, que se han asentado de manera rígida y se han transformado en prejuicios, es decir, en juicios que no se analizan y se toman como verdades inamovibles, aunque la realidad muestre otra cosa. Estos patrones de género dominantes establecen pautas que impiden el desarrollo saludable de las personas, tornándose negativos cuando no admiten que comportamientos de los que se creen “naturales” en un género sean asumidos por el otro.(30)

Así, si se cree que son las mujeres quienes deben cocinar, lavar la ropa, planchar y atender a los/as niños/as; estas actividades no podrían ser admitidas en los hombres, con lo cual éstos perderían oportunidades de vincularse de distintas maneras con sus hijos/as y su compañera. En tal sentido, las familias y la escuela tienen la responsabilidad social de incorporar en sus tareas la educación de la sexualidad por ser las instituciones encargadas principalmente de los procesos de transmisión de conocimientos y de la formación de actitudes valiosas para la vida durante la infancia y la adolescencia.(29)

Afirmar que la educación de la sexualidad es función que le compete únicamente a las familias, sería eliminarle a la escuela su papel fundamental de educar de manera explícita en sexualidad y más aún si conocemos que las familias se ubican en diferentes sectores sociales y no cuentan por igual con todas las condiciones necesarias para responder a los distintos requerimientos de niños, niñas y adolescentes.(27,29-30) Así, la escuela es la institución que puede dar respuestas cuando madres, padres y representantes no tienen posibilidades de generarlas, abriendo salidas que vayan más allá de los sesgos y estereotipos de género, haciendo de la escuela un lugar de encuentro desde las diferencias, un lugar de autoridad más que de poder.(31)

En consecuencia, no significa reducir a la sexualidad a una asignatura escolar ni a una mera cuestión de aprendizaje de técnica; tiene que ser un elemento crítico que oriente un proceso de reflexión útil para una perspectiva transformadora. La formación de docentes en esta propuesta implica un trabajo personal que consiste en conocerse, comprenderse y aceptarse, para poder conocer y aceptar al otro o a la otra.(30) La sexualidad es un proceso de aprendizaje que se manifiesta y evoluciona a lo largo de todo el ciclo de vida: la infancia, la adolescencia y la adultez y, forma parte inseparable de quiénes somos; implica múltiples aspectos que pasan desde ser hombres o mujeres; los papeles y expectativas asociadas a esas creencias; las conductas e interacciones con las demás personas y la aceptación del propio cuerpo.(31) El tratarla exclusivamente desde las manifestaciones individuales es una limitante, porque en su ejercicio los procesos sociales y culturales convergen en la vivencia de lo sexual; así entonces toda la trama de percepciones, aspiraciones, saberes y sentimientos son configurados de múltiples maneras por la sociedad en que se vive; donde la edad, sexo, género, clase social, etnia, religión y orientaciones sexuales constituyen fundamentos esenciales para actuar en el mundo.(32)

La construcción sociocultural de la sexualidad es una dimensión bastante amplia y abarca hasta la forma de conceptualizar, definir, nombrar y describir el sexo en los distintos tiempos y en las distintas culturas. A partir de las características físicas y fisiológicas observadas cuando se nace, cada sociedad elabora lo que entiende por ser hombre o mujer, otorgándose una valoración y un significado distinto a esas diferencias de sexo. (32)

11.9.1 Estereotipos de género masculino y femenino

Masculino: se asocia a lo racional, articulándose con los roles de proveedor económico y ejercicio de poder. Las características, rasgos o atributos que los definen son, entre otros: individualistas, agresivos, violentos, egoístas, ambiciosos, impetuosos, creativos, inteligentes, decididos, asertivos, activos, intransigentes, autónomos e independientes.(26)

A pesar de que el género masculino es el “privilegiado”, no quiere decir que los estereotipos ofrecidos les ayuden a lograr la felicidad o que bajo este esquema de relaciones de poder puedan resolver los problemas y limitaciones; por el contrario, este proceso de asignaciones es fuente de angustia y de violencia, ante una cultura que les exige asumir el poder, la autoridad, expresarse con la acción, sin emociones y sin pedir ayuda porque estarían cuestionando su propia masculinidad.(19)

Se les impuso prohibiciones como:

No doblegarse al dolor: tiene que ser fuerte a cualquier precio

No tocar: no permitir tocar, ni que te toquen, lo permitido puede ser en el ámbito de las relaciones heterosexuales, limitándose con esto la comunicación y la vida emocional

No tener miedo: esto puede conducir a la clasificación de frágil, afeminado, ya que se caracteriza por una emoción típicamente femenina

No llorar: por ser expresión de debilidad.

Se asocia a lo emocional y a los afectos, articulándose con los roles de esposa-madre-ama de casa. Las características, rasgos o atributos que lo definen son, entre otros: tiernas, sensibles, dulces, honestas, inseguras, dependientes, pasivas, sumisas, abnegadas, generosas, tolerantes, cariñosas, emotivas, afectivas, estéticas, coquetas, seductoras, intuitivas, débiles, miedosas e indecisas.(29)

11.10 Orientación sexual

La orientación sexual es la preferencia o inclinación sexual que caracteriza el objeto de los deseos amorosos, fantasiosos o eróticos de una persona. La orientación sexual es casi siempre clasificada en función del sexo de la o de las personas deseadas: heterosexual (hacia el sexo opuesto), homosexual (hacia el mismo sexo), bisexual (indiferentemente para ambos sexos), asexual (sin ningún interés hacia ningún sexo). (18) Aunque éstos son los términos más adecuados, en muchos países predominan términos ofensivos y dañinos para llamar a las personas que no se identifican con la heterosexualidad, ante la existencia de mitos y concepciones erróneas.

En algún momento de la vida, la mayoría de las personas tenemos sentimientos, pensamientos, sueños o atracciones por personas de nuestro mismo sexo. Dos amigos o dos amigas pueden sentir atracción, gustarse y sentirse físicamente atraídos o atraídas. Estos sentimientos son normales; puede que sean pasajeros y puede que no. De cualquier forma, son parte del descubrimiento y desarrollo de nuestra identidad sexual. (32)

La orientación sexual es un sentimiento relacionado con las personas a las que deseamos, y por tanto diferente de la identidad sexual, que es un sentimiento relacionado con la percepción interna sobre nosotros mismos/as.(29)

La identidad sexual es la conciencia propia e inmutable de pertenecer a un sexo u otro, es decir, ser varón o mujer, donde están implicados multitud de factores, entre los que podemos destacar el psicológico, social y biológico y dentro de este último- el gonadal, cromosómico, genital y hormonal.

En forma general, existen tres orientaciones sexuales básicas: heterosexualidad, homosexualidad o bisexualidad. (32)

Heterosexualidad: significa que una persona siente atracción por otra persona del sexo opuesto. Un heterosexual, fundamentalmente, es alguien que piensa que su sexualidad se corresponde con la sexualidad normativa de una sociedad determinada o bien

alguien que considera que su sexualidad debe corresponderse con la sexualidad normativa.

Homosexualidad: es cuando una persona siente atracción por otra del mismo sexo. Entre los hombres se ha impuesto el término “ser gay” y entre las mujeres “ser lesbiana”.

Bisexualidad: significa que una persona siente igual atracción por ambos sexos.

12 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

No se planteo hipótesis por ser un estudio descriptivo.

13 MÉTODOS

13.1 Justificación de la elección del método

En correspondencia con los objetivos y alcance de la investigación se realizó en el consultorio 19 de Medicina Familiar y Comunitaria un estudio observacional, en cual no existió intervención del investigador y los datos reflejan la evolución natural de los eventos investigados. De carácter descriptivo, dado que se estiman y describen parámetros del tema objeto de estudio a partir de una muestra de la población. De acuerdo al número de ocasiones que se mide la variable de estudio se clasifica de corte transversal donde las variables son medidas en una sola ocasión.(33)

13.2 Diseño de la investigación

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

Se incluyo en el estudio el universo de adolescentes de sexo femenino pertenecientes al consultorio 19 de medicina familiar del Centro de Salud Pascuales, del cantón Guayaquil, conformada por 70 adolescentes de 15 a 19 años, durante el periodo enero a junio 2016.

Criterios de inclusión.

- Adolescentes femeninas entre 15 y 19 años de edad del consultorio 19 del Centro de Salud Pascuales previo consentimiento
- Adolescente menor de edad previo consentimiento de los padres.

Criterios de exclusión.

- Que en más de una ocasión de ser citado o visitado para el llenado del cuestionario no acudan.
- Que la adolescente tenga algún tipo de discapacidad intelectual.

13.2.2 Procedimiento de recolección de la información

La recolección de datos se inició con la autorización de las participantes del estudio por medio de la firma del consentimiento informado, tanto de las participantes del estudio como de sus padres/tutores en el caso de las menores de edad. La recolección de datos se realizó a través de una encuesta, tipo test, construida por la autora de la investigación a partir de la revisión documental de instrumentos para evaluar el tema de estudio. En el proceso de construcción se confeccionó una primera versión del instrumento el cual fue sometido a una prueba piloto en la que participaran adolescentes pertenecientes al área de salud de Pascuales y su posterior evaluación por expertos en Psicología, Bioestadística y Medicina Familiar. En todos los casos los expertos cumplieron el criterio de tener cuarto nivel educación. Se utilizaron los criterios de Moriyama para la evaluación de los expertos y se fijó

como punto de corte para considerar aceptado los ítems un 70%

La versión final del cuestionario quedo conformada por tres componentes divididos en:

- Componente I aspectos sociodemograficos: incluye de la pregunta 1 a la 5; del ámbito familiar y conducta sexual y reproductiva incluye de la pregunta 6 a la 14.
- Componente II conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo incluyen las preguntas 15 a la 22.
- Componente III aspectos dirigidos a los componentes de la estrategia para su elaboración de la pregunta 23 a la 26.

El instrumento confeccionado fue aplicado por la autora de la investigación en el Centro de Salud Pascuales, consultorio N° 19 y en los domicilios de algunas de las participantes en todos los casos se garantizó la privacidad entre la encuestada y la investigadora en el momento en que transcurría la colecta de la información.

Se utilizó el puntaje cuantitativo para valorar el conocimiento de las adolescentes sobre los factores de riesgos del embarazo precoz. El total de preguntas tiene un valor general de 100 puntos y un valor variable por cada pregunta de 1 a 5 puntos según corresponda. Se calificó con un puntaje mayor de 60 puntos considerados como que conoce y con un puntaje de menos de 60 puntos, como que no conoce.

13.2.3 Técnicas de recolección de información

Las técnicas empleadas para recolectar la información fueron

| Variable | Tipo de técnica |
|---|-----------------|
| Edad | Encuesta |
| Autoidentificación étnica | Encuesta |
| Estado civil | Encuesta |
| Ocupación | Encuesta |
| Tipo de familia por el tamaño | Ficha familiar |
| Tipo de familia por ontogénesis | Ficha familiar |
| Comunicación sobre sexualidad con la familia | Encuesta |
| Edad de la madre en el primer embarazo | Encuesta |
| Edad de inicio de relaciones sexuales | Encuesta |
| Primera relación sexual protegida | Encuesta |
| Conocimiento sobre factores de riesgos de embarazo en adolescente | Encuesta |
| Fuentes de información sobre embarazo en adolescencia | Encuesta |
| Frecuencia con la que le gustaría recibir información | Encuesta |
| Disponibilidad de tiempo para recibir información | Encuesta |
| Forma en que le gustaría recibir información | Encuesta |

13.2.4 Técnicas de análisis estadístico

Los datos se entraron en una hoja de Microsoft Excel y posteriormente se exportaron a SPSS versión 15.0 y la información se presentara en formas de tablas y gráficos.

Se utilizaran medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas, además número absolutos y porcentajes.

13.3 Variables

13.3.1 Operacionalización de variables

| Variable | Valor final | Indicador | Tipo de Escala |
|---|---|---------------------|--------------------------------|
| Edad | 15 años 16 años 17 años 18 años 19 años | Número y Porcentaje | Cuantitativa continua |
| Autoidentificación étnica | Mestizo Otros | Número y Porcentaje | Cualitativa nominal |
| Estado civil | Soltero Unión libre Otros | Número y Porcentaje | Cualitativa nominal |
| Ocupación | Estudiante Trabaja Ama de casa | Número y Porcentaje | Cualitativa nominal |
| Tipo de familia por el tamaño | Pequeña Mediana Grande | Número y Porcentaje | Cualitativa nominal |
| Tipo de familia por ontogénesis | Nuclear Extensa Ampliada Otros | Número y Porcentaje | Cualitativa nominal |
| Comunicación sobre sexualidad con la familia | Si No | Número y Porcentaje | Cualitativa nominal |
| Edad de la madre en el primer embarazo | Menor de 20 años 20 y más | Número y Porcentaje | Cuantitativa Nominal |
| Edad de inicio de relaciones sexuales | 10 – 14 años 15 - 19 años No ha tenido | Número y Porcentaje | Cuantitativa nominal |
| Primera relación sexual protegida | Si No | Número y Porcentaje | Cualitativa |
| Conocimiento sobre factores de riesgos de embarazo en adolescente | Conoce No conoce | Número y Porcentaje | Cualitativa ordinal politómica |
| Fuentes de información sobre embarazo en adolescencia | Difusión masiva Padres Centro de salud Colegio Amigos | Número y Porcentaje | Cualitativa nominal |
| Frecuencia con la que le gustaría recibir información | Una a la semana Cada 15 días Una vez al mes | Número y Porcentaje | Cualitativa Nominal |
| Disponibilidad de tiempo para recibir información | 15 minutos 30 minutos 60 minutos | Número y Porcentaje | Cualitativa Nominal |
| Número de personas con | Solo | Número y | Cualitativa |

| quien le gustaría recibir la información | Con 5 a 10 personas Grupo de 11-15 personas | Porcentaje | Ordinal |
|--|---|------------|---------|
|--|---|------------|---------|

14 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

La adolescencia es un concepto que además de comprender lo biológico, lo rebasa y muchas de sus características dependen de factores socio-culturales. En esta etapa se abre a los adolescentes un amplio campo de descubrimientos y a la vez de confusión, apareciendo intereses y sentimientos nunca antes experimentados, que lo llevan a enfrentar conflictos para los cuales no está preparado. Una de las principales áreas de conflicto es la esfera sexual, con gran riesgo para las muchachas de la aparición de un embarazo, tanto por la inmadurez como por la poca información que sobre el tema reciben.(34)

En relación a los aspectos sociodemográficos se observó que de las 70 adolescentes encuestadas la edad que predominó fue de 15 años con 31,0 % (21), seguida del grupo de 19 años con 25,7% que corresponde a 18 adolescentes y el grupo de 17 y 18 con el 15,7% cada uno (11 adolescentes). Tabla 1.

Tabla 1: Distribución de adolescentes según edad. Consultorio N° 19. Centro de Salud Pascuales. Enero a junio 2016

| Edad (años) | N° N = 70 | % |
|-------------|--------------|------|
| 15 | 21 | 30,0 |
| 16 | 9 | 12,9 |
| 17 | 11 | 15,7 |
| 18 | 11 | 15,7 |
| 19 | 18 | 25,7 |
| Total | 70 | 100 |

En relación a la autoidentificación étnica, el 70% (49) se considera mestiza y el 30% (21) se identificó con otras étnias.

En cuanto a otras variables sociodemográficas se identificó que 58,6% (41) están estudiando, el 31,4% son amas de casa y 10% trabaja. De acuerdo a su estado civil 61,4% (43) fueron solteras y 38,6% que corresponde a 27 adolescentes refirieron unión libre. Tabla 2

Tabla 2: Distribución de adolescentes según variables sociodemográficas. Consultorio N° 19. Centro de Salud Pascuales. Enero a junio 2016

| Variables sociodemograficas | N=70 N° | % |
|-----------------------------|------------|------|
| Ocupación | | |
| Estudiante | 41 | 58,6 |
| Ama de casa | 22 | 31,4 |
| Otro | 7 | 10,0 |
| Estado Civil | | |
| Soltera | 43 | 61,4 |
| Unión libre | 27 | 38,6 |

De las 70 adolescentes incluidas en el estudio, de acuerdo a los factores familiares de riesgo relacionados con el embarazo se encontró que el tamaño de familia que predominó fue la mediana con 44,2% (31), mientras que la grande se ubicó con 22,9% (16). Según la ontogénesis predominan las familias nucleares 48,6% (34), la familia reconstituida con 18,5%, seguida por la monoparental con 17,1%. Tabla 3.

Tabla 3: Distribución de adolescentes según aspectos del ámbito familiar. Consultorio N° 19. Centro de Salud Pascuales. Enero a junio 2016

| Variable Ámbito familiar | N° N= 70 | % |
|---|-------------|-------|
| Tipo de familia según tamaño | | |
| Mediana | 31 | 44,2 |
| Pequeña | 23 | 32,9 |
| Grande | 16 | 22,9 |
| Tipo de familia según la ontogénesis | | |
| Nuclear | 34 | 48,57 |
| Reconstituida | 13 | 18,57 |
| Monoparental | 12 | 14,14 |
| Ampliada | 11 | 15,71 |

El 52,9% (37) refiere que se habla abiertamente sobre sexualidad en la familia,

además el estudio arrojó en sus resultados que la mayoría de madres de las adolescentes tuvieron su primer hijo en la adolescencia con un total de 64,3% (45) y el 35,7% (25) durante la edad adulta. Tabla 4.

Tabla 4: Distribución de las adolescentes según factores de riesgo familiares relacionados con el embarazo en la adolescencia. Consultorio N° 19. Centro de Salud Pascuales. Enero a junio 2016.

| Factores de riesgo familiares | | N° N= 70 | % |
|---|------------------|-------------|-------|
| Comunicación sobre sexualidad en la familia | Si | 37 | 52,86 |
| | No | 33 | 47,14 |
| Edad de la madre al tener su primer hijo | Menor 20 años | 45 | 64,3 |
| | Mayor de 20 años | 25 | 35,7 |

En lo referente a la conducta sexual, se observó que el 44,3% de las adolescentes no ha tenido relaciones sexuales, el 30,0% (21) inició su actividad sexual después de los 15 años, mientras que 25,7% (18) lo hizo antes de los 15 años. Tabla 5

Tabla 5: Distribución de adolescentes según edad de inicio de relaciones sexuales. Consultorio N° 19. Centro de Salud Pascuales. Enero a junio 2016

| Variable conducta sexual | N° N=70 | % |
|--|------------|--------|
| Edad de inicio de relaciones sexuales (años) | | |
| No han tenido relaciones sexuales | 31 | 44,30 |
| 15 – 19 años | 21 | 30,00 |
| 10 – 14 años | 18 | 25,70 |
| Total | 70 | 100,00 |

Se identificó dentro del grupo de adolescentes que iniciaron sus relaciones sexuales que el 60,5% que corresponde a 23 adolescentes no emplearon ningún método anticonceptivo y el 39,5% si refiere haber usado. Tabla 6.

Tabla 6: Distribución de adolescentes según uso de método anticonceptivo. Consultorio N° 19. Centro de Salud Pascuales. Enero a junio 2016

| Factores de riesgo relacionados con la conducta sexual y reproductiva | | Nº | % |
|---|-------|----|-------|
| Uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual | Si | 16 | 41,00 |
| | No | 23 | 59,00 |
| | Total | 39 | 100 |

El estudio permitió identificar que el 54,3% (38) de las adolescentes no tuvieron conocimiento sobre los factores de riesgo relacionado con el embarazo, en contraposición el 45,7% (32) conoce. En base a la edad las de 15 y 19 años se mostraron sin conocimientos 17,1%, y dentro del grupo que conocen se identificó a las de 15 y 18 años con 12,9% y 10% respectivamente. Tabla 7

Tabla 7: Distribución de adolescentes según conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo y edad. Consultori N° 19. Centro de Salud Pascuales. Enero a junio 2016

| Edad (años) | Conocimiento | | | |
|-------------|--------------|------|--------|------|
| | No Conoce | | conoce | |
| | Nº | % | Nº | % |
| 15 | 12 | 17,1 | 9 | 12,9 |
| 16 | 4 | 5,7 | 5 | 7,1 |
| 17 | 6 | 8,6 | 5 | 7,1 |
| 18 | 4 | 5,7 | 7 | 10,0 |
| 19 | 12 | 17,1 | 6 | 8,6 |
| Total | 38 | 54,3 | 32 | 45,7 |

Dentro de los objetivos de la investigación se propuso identificar los componentes para elaborar una estrategia de intervención, su pudo observar que los adolescentes prefieren obtener la información sobre factores de riesgo del embarazo en el 57,1 % (40) a través de charlas que se impartan en el Centro de Salud o en la comunidad, seguida del 41,4 % que le gustaría recibir información de parte del personal de salud y en menor frecuencia a través de

los medios de comunicación como es la radio 14,2%. Tabla 8

Tabla 8: Distribución de adolescentes según fuentes de las que le gustaría recibir la información sobre riesgos del embarazo en la adolescencia. Consultorio N° 19. Centro de Salud Pascuales. Enero a junio 2016

| Fuentes de las que le gustaría recibir información | N° | % |
|--|----|------|
| Centro de salud | 40 | 57,1 |
| Personal de salud | 29 | 41,4 |
| Familiares | 23 | 32,9 |
| Televisión | 11 | 15,7 |
| Radio | 10 | 14,2 |
| Otras | 3 | 4,2 |

La frecuencia con la que les gustaría recibir la información es una vez a la semana el 40% (28), con una disponibilidad de tiempo de 60 minutos el 41,4%. Tablas 9 y 10.

Tabla 9: Frecuencia con que podría recibir información sobre riesgos de embarazo en adolescentes. Consultorio N° 19. Centro de Salud Pascuales. Enero a junio 2016

| Frecuencia para recibir información | N° | % |
|-------------------------------------|----|-------|
| Una vez a la semana | 28 | 40,0 |
| Una vez al mes | 26 | 37,1 |
| Cada 15 días | 16 | 22,9 |
| Total | 70 | 100,0 |

Tabla 10: Distribución de adolescentes según tiempo que dispone para recibir información. Consultorio N° 19. Centro de Salud Pascuales. Enero a junio 2016

| Disponibilidad tiempo (minutos) | N° | % |
|---------------------------------|----|-------|
| 60 | 29 | 41,4 |
| 15 | 22 | 31,4 |
| 30 | 19 | 27,2 |
| Total | 70 | 100,0 |

En cuanto a la forma como desean recibir la capacitación se identificó que un 44,3% lo desea en grupo de 5 a 10 personas, 32,8 % solo y en grupo de 11 a 15 personas 22,9%. Tabla 11.

Tabla 11: Distribución de adolescentes según número de personas con quien desearía recibir la información. Consultorio N° 19. Centro de Salud Pascuales. Enero a junio 2016

| Número de personas por capacitación | N° | % |
|-------------------------------------|----|-------|
| Grupos de 5 a 10 personas | 31 | 44,3 |
| Solo | 23 | 32,8 |
| Grupos de 11 a 15 personas | 16 | 22,9 |
| Total | 70 | 100,0 |

15 DISCUSIÓN

La edad que predomina en el estudio es de 15 años, con un 30.0 %, con un comportamiento similar en todos los grupos de edades, al igual que los datos del Análisis Situacional del Centro de Salud Pascuales 2010,(35) el cual reporta que el sexo femenino representa el 51% de la población de Pascuales y en los datos del INEC 2010 (36) el sexo femenino está representado por un 50,2% de la población de Ecuador.

Según la ocupación se encontró que el 58,6% de las adolescentes están estudiando, no coincidiendo con los datos obtenidos en el ASIS de la Parroquia Pascuales 2014 pero si con la encuesta nacional del INEC del 2010, (36) donde el nivel de escolaridad predominante de los adolescentes es el básico con un 50 %, se considera que esta diferencia obedece a la poca representatividad de la muestra y el área geográfica reducida donde se realizó el estudio.

En relación al estado civil de las adolescentes se aprecia un predominio del estado de la soltería seguido de la condición de unión libre. Este resultado no se corresponde con los obtenidos por la encuesta nacional del INEC del año 2010(36) donde predomina el grupo de unión libre con un 55,8% este comportamiento obedece a la situación económica desfavorable que presentan, dado por el bajo nivel de empleo, donde predomina la condición de ama de casa de las mujeres quienes a su vez constituyen el mayor porcentaje de las pacientes estudiadas. En el estudio Embarazo en adolescentes, incidencia prevención y control. Soacha Colombia. Garcia D. Y.2014 coincide con el predominio de las adolescentes solteras en un 90,0%(37).

Según la ocupación de los adolescentes en el estudio se puede apreciar que el grupo que predomina es el de estudiantes 58,6 % seguidos por el grupo de ama de casa, no siendo así con la encuesta nacional del INEC en la cual predominan otros con un 57,4%. (36)

En cuanto a la autoidentificación étnica, predomina la mestiza con un mayor porcentaje, coincidiendo con los resultados obtenidos por la encuesta nacional del INEC del año 2010 (36) con un 91% y con los datos obtenidos en el ASIS del Centro de Salud Pascuales 2014, con un 72,6%.(35)

Los resultados de esta investigación concuerdan con los encontrados en otras investigaciones, sobre que uno de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia es que tengan como antecedentes las adolescentes que sus madres hayan tenido, a su hija en la adolescencia, en el presente estudio 45 de las 70 madres de las adolescentes tuvieron sus hijos en la adolescencia, coincidiendo con el estudio Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes. Iquitos-Peru. Rodriguez Tello A. Y. Ruiz del Castillo D. C. 2014, en un 54%(38)

Con respecto al nivel de conocimiento previo de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia hay un alto porcentaje que no conocen sobre los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia y sobre salud sexual y

reproductiva, además el estudio muestra que la mayoría de los adolescentes encuestados desconoce la importancia de los factores de riesgo del embarazo y su edad con un 54.3 %, coincidiendo con el trabajo de Masabanba, 2015 que midió el nivel de conocimiento relacionado con los riesgos del embarazo en adolescentes. (39)

Según los expertos, la edad más apropiada para ser madre es entre los 20 y los 35 años, ya que el riesgo para la salud de la madre y el niño es mucho menor. El embarazo en la adolescencia se considera de alto riesgo y conlleva más complicaciones. La adolescente no está preparada ni física ni mentalmente para tener un bebé y asumir la responsabilidad de la maternidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda para evitar el embarazo en la adolescencia: limitar el matrimonio antes de los 18 años, aumentar el uso de anticonceptivos para los adolescentes, reducir las relaciones bajo coacción y apoyar los programas de prevención de embarazos en la adolescencia. En cualquier caso, la mejor prevención es que los jóvenes tengan una buena educación sexual desde el mismo seno de la familia. Es importante informar sobre los riesgos y complicaciones del embarazo en la adolescencia y todos los cambios que se producirán desde el momento en que la adolescente se quede embarazada. La comunicación en la familia esencial, por tanto, debe haber un diálogo abierto y transparente para que los jóvenes tengan toda la información a su alcance. (40)

En relación a las fuentes de obtención de información sobre factores de riesgo de embarazo en la adolescencia la mayoría de los encuestados coincidieron que la fuente que ellos tienen sobre el tema lo recibieron de la escuela o colegio y su madre con un 42.3%.

En cuanto al conocimiento que desean adquirir del tema sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia un mayor porcentaje desea adquirirla a través de las charlas que se le impartan en el Centro de Salud o en la comunidad, la mayoría refiere que desean que se realice una frecuencia de una vez a la semana, con una duración de 60 minutos y en grupo de 5 a 10 personas.

16 CONCLUSIONES

En el grupo de estudio la edad media fue de 15 años, predominó la ocupación estudiante, solteras y mestizas.

Un número importante de adolescentes han tenido relaciones sexuales de las cuales la mayoría no usaron ningún método de protección en su primera relación sexual.

En su gran mayoría las adolescentes mostraron un bajo nivel de conocimiento sobre factores de riesgos sobre embarazo precoz

Se identifican los componentes y se diseña la estrategia de intervención educativa, donde se incluyen diferentes temas relacionados con aspectos de la salud sexual y reproductiva así como la identificación de los factores de riesgo, familiares, sexuales relacionados con el embarazo precoz.

17 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

El embarazo en la adolescencia es un problema universal, que a generado una crisis en salud publica, desde siempre, va de la mano paralelamente con las creencias, mitos, culturas, educación, factires protectore y factores desencadenantes y aun en este siglo con la falta de conocimiento a temas como sexualidad y salud sexual y reproductiva.

Las adolescentes están prestas a aprender a escuchar sobre estos temas de salud ya que en su mayoría expresaron que necesitan conocer mas sobre esta problemática, seria bueno en futuras investigacioes se involucre a los padres y los profesores para de esta manera manejar integralmente a los adolescentes y poder enterderlos desde todas sus esferas.

Los resultados en la presente investigación coinciden con otras investigaciones donde la familia sigue teniendo mucho que ver con este problema de salud, la autora desea que esta investigación sirva para la realización de otras investigaciones una vez que se haya aplicado la estrategia todo para la ayuda de bajar estos indicadores.

18 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Development indicators. The World Bank. 2015: Disponible en: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>
2. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia [actualizada septiembre 2014] internet [consultado 23 agosto 2016] disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
3. UNICEF. Hechos sobre Adolescencia y jóvenes en América Latina. Disponible en: [https://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP\(1\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP(1).pdf)
4. República del Ecuador. VII Censo de Población y VI de Vivienda 2010 disponible en: <http://www.inec.gob.ec/estadisticas/>
5. Ministerio de Salud Pública. Modelo de Atención Integral de Salud- Familiar y Comunitario. Quito; 2013.
6. Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar. 2011. Quito.
7. ORAS-CONHU/Comité Subregional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes. Situación del Embarazo en Adolescentes en la Subregión Andina. Lima-Perú, 2009.
8. Cruz Pontes L., Silva e Sousa W., et al. As implicações da gravidez na adolescência: uma revisão bibliográfica. Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina. Enero-Febrero-Marzo. 2012. 5(1): 55-60.
9. MOYA, Mescúa Ana, Contreras Romo, Pablo. Moreno Quesada, Noelia. (2013) Salud Sexual y reproductiva: Antocencepción. México. Editorial: Vive Libro, Pág. 41-42.
10. Iborra, Elisabeth G. (2016). Anécdotas de Enfermeras. Barcelona Editorial: DEBOLSILLO, Pág. 145-154.
11. SÁNCHEZ López, María del Pilar (2014). La Salud de las Mujeres. Torre de Argos. Editorial Síntesis. Pág. 122-125.
12. SMITH, Margaret. (2012) Soy yo o son mis hormonas, 2^{da} edición. Madrid. Editorial Obelisco.
13. SÁNCHEZ, Gonzáles M.A. (2012). Bioética en Ciencias de la Salud. Madrid. Editorial: MASSON. Pág. 351-352.
14. CARRO, Fernández, Susana. (2014) Salud Reproductiva, Legislación y opciones de Maternidad. Madrid. Editorial TRABE. Pág. 201-204.
15. HURTADO, Murillo Felipe. (2013) Educación sexual en Adolescentes. La Asignatura Pendiente. 2^{da} edición. Barcelona, Editorial PROMOLIBRO. Pág. 96-97.
16. ALVAREZ, Miguel, (2012) La sexualidad y los adolescentes. Málaga, Editorial: Jorge A. Miestas. Ediciones Escolares. Pág. 26-28.
17. MADISON, Amber, (2012). Como hablar de Sexo con los adolescentes para que te escuchen. Barcelona, Editorial ONIRO. Pág. 56-59.
18. LÓPEZ SANCHEZ Félix. (2015) Ética de las relaciones sexuales y amorosas. Madrid. Editorial Pirámide, pág. 45-49.
19. MACIA Anton, Diego. (2012) TDHA en la infancia y la adolescencia: Concepto, Evaluación y tratamiento. Madrid, Editorial Pirámide. Pág. 42-45.
20. Ministerio de Salud Pública. Protocolo de atención integral del adolescente.

- Quito: Poligráfica CA; 2009
21. Iglesias Díz J. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*. 2013; XVII (2): p. 88-93.
 22. Martínez C. Desarrollo psicológico normal. En: de la Torre E, Pelayo E, editores. *Pediatría I*. 5ta ed. La Habana: ciencias médicas; 2006.p. 59-86.
 23. DELGADO Margarita. (2016) Maternidad adolescente y anticoncepción en las comunidades autónomas españolas. Madrid. Editorial: Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Pág. 275-277.
 24. Callagher Heather., Peter Vlahutin. (2013). Castidad, La Libertad del Amor Verdadero. Barcelona. Editorial: Lumen Humanitas. Pág. 114-116.
 25. Organización Mundial de la Salud.[en internet] Informe Health for the world's adolescents. 14 mayo 2014. Ginebra. [citado 4 octubre 2016] disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/>
 26. SÁNCHEZ, Ana. Dugarte, Jecsi. (2015) Estamos Creciendo y Sintiendo. Venezuela, Editorial Fundainil. Pág. 15-16.
 27. MOESb. (2014) the National Strategy for Girls Education in Uganda. Republic Ungala, Kampala. UNICEF. Pág. 456-459.
 28. LUBBALE Y.M.A. Child Marriages in Uganda after enacting the death penalty for defilement. Editorial: *Psychology and Mehavioural Sciences*, Pág. 138-147.
 29. Amin, S., Austrian, A. Chau, M., Green, E. Stewart, D. And Stoner. M. (2013) Adolescents Girls Vuenerability index: Guiding Strategic Investment. New York. Editorial Population Council. Pág. 147-158.
 30. Bantebya , G. K, Muhangizzi, K.F. And Watson, C. (2014). Adolescent Girls nad Gender Justice: Changes and Continuity in Social noms and Practices around Marriage and Education in Uganda. ODI. London. Pág. 589-596.
 31. Bell S., A. P. Aggleton. (2014) Economic Vulnerability and young people's sexual relationships in rural. London. Editorial *Journal of Youth studies*. Pág. 1080-1367.
 32. Schel cht, J., Rowley and, J. Babyre (2013) Early relationships and marriage in conflit and post conflict settings: Vulnerability Policy Initiale. Task Order. Pág. 896-899.
 33. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Metodología de la investigación. 5ta ed. México: McGraw-Hill/Interamericana;2010. Disponible en: www.academia.edu/6399195/Metodologia-de-la-investigacion-5ta-Edicion-Sampieri
 34. HERNÁNDEZ, Y. "et all". La sexualidad temprana en la adolescencia. Un problema en la actualidad. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y el adolescente*, 2009; 8 (2): 1-13.
 35. Análisis situacional de Salud. 2014. Pascuales consultorio 19
 36. República del Ecuador. VII Censo de Población y VI de Vivienda 2010 disponible en: <http://www.inec.gob.ec/estadisticas/>
 37. Garcia. D. Y. Embarazo en adolescentes, incidencia prevención y control. Soacha Colombia. 2014 .
 38. Rodríguez Tello A. Y. Ruiz del Castillo D. C. Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes. Iquitos-Peru. 2014.
 39. Masabanba P.A. Argentina .2015. Nivel de conocimiento relacionado con los riesgos del embarazo en adolescentes.
 40. Sánchez A., Dugarte J. Estamos Creciendo y Sintiendo. (2015). Venezuela,

Editorial Fundainil. Pág. 15-16. [citado el 23 de febrero del 2015].

TODOS Y TODAS POR LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA

ADOLESCENCIA EN LA COMUNIDAD DE PASCUALES.

METODOS ANTICONCEPTIVOS

Embarazo en la **Adolescencia**



Niños criando niños...!



DIU

IMPLANTE SUBDERMICO



PRESERVATIVO



ORALES

INYECTABLES



VIDA PILAR

FUNDAMENTAL

PROYECTO DE



DISEÑO DE PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

1. Título de la estrategia: Todos y todas por la prevención del embarazo en la adolescencia en la comunidad de Pascuales.

2. Datos informativos

Institución ejecutora: **UCSG**

Población Beneficiada: Comunidad de Pascuales

Provincia: Guayas

Cantón: Guayaquil

Parroquia: Pascuales

Beneficiarios: Adolescentes, familia, comunidad

Autora: Md. Ángela Alexandra Robíns Sánchez

Equipo técnico responsable:

Md. Ángela Alexandra Robíns Sánchez (Estudiante de postgrado de medicina familiar y Comunitaria)

Dr. Yubel Batista Pereda (Tutor de tesis)

Ayudantes: EAIS y líderes comunitarios.

Duración: 24 horas

Frecuencias: 2 hora semanal en cada grupo. (2 grupos)

Tiempo estimado: 12 semanas (3 meses)

I. Presentación

La adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un período comprendido entre los 10 y 19 años. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende desde los 15 a los 19 años. Para la Organización Mundial de la Salud la denominación de jóvenes comprende desde los 10 a los 24 años, incluyendo por tanto la adolescencia (de 10 a 19 años) y la juventud plena (de los 19 a los 24 años).

El embarazo en la adolescencia se define como aquella gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia, o lo que es igual, aquella que ocurre en mujeres desde la menarquia hasta los 19 años de edad, con independencia de la edad ginecológica.¹

El embarazo en edades cada vez más tempranas se ha convertido en un problema social y de salud pública de alcance mundial, que afecta a todos los estratos sociales, pero fundamentalmente a las clases de bajo nivel socioeconómico. Unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Cada año, unos 3 millones de muchachas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos. Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años. Esto se debe en parte, a la falta de educación sexual y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad.

América Latina y el Caribe es la región con mayor fecundidad adolescente en el mundo después del África subsahariana. Las tasas de fertilidad adolescente en la región de América Latina y el Caribe no han descendido en la misma proporción que las de a nivel global. Una tercera parte de los embarazos corresponden a menores de 18 años, siendo casi un 20% de estas menores de 15 años. De hecho, la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas prevé que serán las más altas del mundo y se mantendrán estables entre 2020 y 2100.

En el presente siglo, Ecuador se ubica entre los países de más alta incidencia de embarazos en niñas y adolescentes en la subregión andina. Lo anterior ha motivado iniciar nuevos programas como El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) y el actual Plan Familia Ecuador que establece las acciones de promoción y prevención por ciclos de vida, detallando las acciones precisas en la adolescencia, lo que permitió perfeccionar la anterior Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA) y, sin embargo la problemática del embarazo en la adolescencia continúa su incremento en el país según datos de Censo de Población y Vivienda 2010.

Los embarazos precoces se dan como resultado de una combinación de normas sociales, tradiciones y limitantes económicas. Paralelamente, sigue habiendo una resistencia a la educación sexual, lo que puede estar relacionado con las normas, costumbres y la falta de percepción de los riesgos de un embarazo en la adolescencia.

Los adolescentes comienzan su actividad sexual sin tener conocimiento de cómo evitar los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual. La presión de grupo y la presión por adaptarse a ciertos estereotipos aumentan su probabilidad de tener actividad sexual precoz y sin protección. Para evitar el embarazo precoz es preciso implementar ampliamente los programas de educación sexual. Estos programas deben desarrollar habilidades para la vida, brindar respaldo para manejar los pensamientos, sentimientos y experiencias que acompañan la madurez sexual.

El centro de salud Pascuales no está exento de esta problemática, según los

reportes de los consultorios dedicados a la Medicina Familiar y Comunitaria, al cierre del mes de marzo del 2015, se atendieron un total de 122 embarazadas de las cuales el 22,1% fueron adolescentes, lo que evidencia que el embarazo en la adolescencia constituye un problema de salud en la comunidad en esta comunidad, por lo que nos propusimos diseñar una estrategia, identificando primero el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre los factores de riesgo del embarazo en esta etapa. Luego encaminar un grupo de acciones preventivas en la atención primaria de salud que podrán contribuir al mejoramiento del estado de salud en la adolescencia, así como servirá de guía a los médicos familiares para actuar en los aspectos que se relacionan con esta problemática. La propuesta de esta estrategia podrá ser implementada y evaluada su repercusión en futuras investigaciones para poder realizar intervención en salud en dicho tema.

Con la intención de aportar a la disminución de los indicadores de la morbimortalidad materno infantil y elevar el conocimiento de los riesgos 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 en la provincia Guayas decidimos investigar la temática.

II. Planteamiento y delimitación del problema educativo.

Desconocimiento por parte de las adolescentes de los factores de riesgos y consecuencias del embarazo precoz.

La adolescencia es un concepto que además de comprender lo biológico, lo rebasa, y muchas de sus características dependen de factores socio-culturales. En esta etapa se abre a los adolescentes un amplio campo de descubrimientos y a la vez de confusión, apareciendo intereses y sentimientos nunca antes experimentados, que llevan al adolescente a enfrentar conflictos para los cuales no está preparado. Una de las principales áreas de conflicto es la esfera sexual, con gran riesgo para las muchachas de la aparición de un embarazo, tanto por la inmadurez como por la poca información que sobre el tema reciben.

Del grupo de las adolescentes del estudio, la edad media fue de 15 años, 30,0%, instrucción básica 50,0%, ocupación estudiante 58,6%, solteras 61,4%, mestiza 70,0%, el 55,7% han tenido relaciones sexuales de las cuales el 55,7% no usaron ningún método de protección en su primera relación sexual, además el 59,0 % de las madres de las encuestadas fueron madres adolescentes, el 54,3% tenía desconocimiento sobre los factores de riesgos del embarazo en la adolescencia.

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 el embarazo precoz.

Objetivo general

Profundizar en el conocimiento de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia y sus consecuencias para fomentar habilidades hacia la construcción de un proyecto de vida.

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.

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 6 clases, a cada grupo, tipo encuentros, con una duración de 120 minutos cada una, de 3 a 5 pm en el Centro de Salud Pascuales, con una frecuencia semanal, con actividades de apertura y clausura durante un período de 3 meses. Además se realizará una actividad de reforzamiento previo a la evaluación final (6to 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. Se harán 2 grupos de 35 adolescentes cada uno.

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 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 nuevamente la 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:

- 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.

Programa analítico de intervención educativa.

Primer encuentro

Objetivos: 1. Introducir el curso.

2. Efectuar la presentación de participantes.

3. Adolescencia etapa del ciclo vital.

Actividades: – Exposición, charla educativa.

Recursos: – Humanos, Computadora, Infocus, material impreso.

Hora: 3:00 – 5:00 pm

Lugar: Centro de Salud Pascuales sala de espera.

Evaluación: Observación.

Segundo encuentro

Objetivos: 4. Realizar una breve reseña del embarazo y su comportamiento a nivel mundial, nacional y territorial.

Actividades: – Charla educativa.

Recursos: – Humanos, pizarra, computadora.

Hora: 3:00 – 5:00 pm

Lugar: Centro de Salud Pascuales sala de espera.

Evaluación: Observación

Tercer encuentro

Objetivos: 5. Definir el embarazo en la adolescencia, los factores de riesgo predisponentes y determinantes.

Actividades: – Charla educativa.

Recursos: – Humanos, Computadora, Infocus, material impreso.

Hora: 4:00 – 5:00 pm

Lugar: Centro de Salud Pascuales sala de espera.

Evaluación: Observación

Cuarto encuentro

Objetivo: 6. Describir el embarazo en la adolescencia y las complicaciones para la madre y el feto.

Actividades: – Lluvia de ideas, charla educativa.

Recursos: – Humanos, computadora, trípticos, muestras representativas.

Hora: 3:00 – 5:00 pm

Lugar: Centro de Salud sala de espera

Evaluación: Observación

Quinto encuentro

Objetivos: 7. Describir los métodos anticonceptivos con vistas a incrementar los conocimientos en los adolescentes con respecto a este tema. Identificar los principales anticonceptivos de uso en la práctica diaria, conocer las indicaciones y contraindicaciones. Precisar los criterios para considerar un anticonceptivo como ideal.

Actividades: – Actividad de reforzamiento

Recursos: Computadora, Infocus, materiales impresos.

Hora: 3:00 – 5:00 pm

Lugar: Centro de salud Pascuales sala de espera

Evaluación: Evaluación

Sexto encuentro

Objetivos: 8. Reflexionar sobre las experiencias personales, proyectos de vida, habilidades, sentido de responsabilidad y el cuidado de la salud.

9. Reforzar los conocimientos aprendidos durante el curso.

10. Determinar el nivel de conocimientos de los estudiantes del curso.

Actividades: – Actividad de reforzamiento – Aplicación de encuesta para el diagnóstico final.

Recursos: Computadora, Infocus, materiales impresos.

Hora: 3:00 – 5:00 pm

Lugar: Centro de Salud Pascuales sala de espera

Evaluación: Evaluación

V. Reflexiones generales finales: Conclusiones

El embarazo en la adolescencia y los factores de riesgos relacionados con ello, continúan siendo un problema de salud, tanto nacional como en el ámbito de la población atendida por el Centro de Salud Pascuales, además no se recogen investigaciones precedentes que apunten hacia la erradicación, modificación o atenuación de los factores de riesgos relacionados con este tema, que devendrían en disminución del embarazo en este grupo de edades, y por tanto en un mejoramiento de la morbilidad materna y perinatal. Actuar sobre estos factores de riesgo redundaría en una mejor salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Para lograr mejorar este indicador de salud nos proponemos realizar una estrategia educativa, basada en el conocimiento de los adolescentes sobre esta problemática.

El conocimiento de los principales aspectos que inciden en el embarazo durante la adolescencia en el Centro de Salud Pascuales, permitirá encaminar un grupo de acciones preventivas en la atención primaria de salud que podrán contribuir al mejoramiento del estado de salud en este grupo de edad, así como servirá de guía a los médicos familiares para actuar en los aspectos que se relacionan con esta problemática, los resultados servirán a futuras investigaciones para poder realizar intervención de salud en esta etapa de la vida.

El embarazo en la adolescencia es una realidad a la que se enfrentan los profesionales de la salud a nivel mundial como nacional y del que no escapa la comunidad de Pascuales, donde el desconocimiento de los adolescentes sobre los riesgos del embarazo en esta etapa, pudiera estar relacionado con la alta incidencia de embarazos en la adolescencia que se reportan en el centro de salud.

VI. Fuentes de consulta.

World Development indicators. The World Bank. 2015: Disponible en: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

Organización Mundial de la salud. Embarazo en la adolescencia [actualizada septiembre 2014] internet [consultado 23 agosto 2016) disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

UNICEF. Hechos sobre Adolescencia y jóvenes en América Latina. Disponible en: [https://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP\(1\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP(1).pdf)

República del Ecuador. VII Censo de Población y VI de Vivienda 2010 disponible en: <http://www.inec.gob.ec/estadisticas/>

Ministerio de Salud Pública. Modelo de Atención Integral de Salud- Familiar y Comunitario. Quito; 2013.

Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar.2011. Quito.

ORAS-CONHU/Comité Subregional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes. Situación del Embarazo en Adolescentes en la Subregión Andina. Lima-Perú, 2009.

Cruz Pontes L., Silva e Sousa W., et all. As implicações da gravidez na adolescência: uma revisão bibliográfica. Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina. Enero-Febrero-Marzo. 2012. 5(1): 55-60.

MOYA, Mescúa Ana, Contreras Romo, Pablo. Moreno Quesada, Noelia. (2013) Salud Sexual y reproductiva: Antocencepción. México. Editorial: Vive Libro, Pág. 41-42.

Cuestionario sobre riesgo de embarazo en adolescentes.

Fecha de llenado: _____

El cuestionario es totalmente anónimo, sus respuestas deben ser lo más sinceras posibles.

Coloque una equis (X) según su respuesta.

A) ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

1. Edad : _____ años

2. ¿Qué educación tiene usted? :

| | | |
|---|---------|--|
| 1 | Ninguna | |
|---|---------|--|

| | | |
|---|-----------|--|
| 2 | Básica | |
| 3 | Bachiller | |

3. Al momento estudia?

| | | |
|---|----|--|
| 1 | Si | |
| 2 | No | |

Si responde No a qué te dedicas?

4. Señale su estado civil actual:

| | | |
|---|-----------------------|--|
| 1 | Soltero | |
| 2 | Unión Libre | |
| 3 | Casado | |
| 4 | Separado o Divorciado | |

5. Autoidentificación de etnia o raza

| | | |
|---|-----------------|--|
| 1 | Indígena | |
| 2 | Afroecuatoriana | |
| 3 | Negro | |
| 4 | Mulata | |
| 5 | Montubia | |
| 6 | Mestiza | |
| 7 | Blanca | |
| 8 | Otras | |

B) ASPECTOS SOBRE EL AMBITO FAMILIAR Y SEXUALIDAD

6. Número de personas que conforman la familia

| | | |
|---|------------------|--|
| 1 | 1 a 3 miembros | |
| 2 | 4 a 6 miembros | |
| 3 | 7 o mas miembros | |

7. ¿Señale con quienes vive en su casa?

| | |
|----------------------------------|--|
| Madre | |
| Padre | |
| Hermanos | |
| Abuelos, tios, sobrino o | |
| Madrasta, padrasto o hermanastra | |
| Pareja | |
| Otras personas | |

8. ¿Qué edad tiene su mamá? _____

9. ¿Tienes hermanos mayores que usted?

| | | |
|---|----|--|
| 1 | Si | |
| 2 | No | |

Si la respuesta es SI, diga la edad de su hermano mayor? _____

10. ¿Ha tenido usted relaciones sexuales?

| | | |
|---|----|--|
| 1 | Si | |
| 2 | No | |

En caso de que haya contestado que si. ¿ A qué edad tuvo su primera relacion sexual? _____

11. ¿Utilizó algún método anticonceptivo durante su primera relación sexual?

| | | |
|---|----|--|
| 1 | Si | |
| 2 | No | |

12. ¿Ha quedado embarazada alguna vez?

| | | |
|---|----|--|
| 1 | Si | |
| 2 | No | |

13. ¿El embarazo en la adolescencia provoca cambios en el comportamiento de la familia?

| | | |
|---|----|--|
| 1 | Si | |
| 2 | No | |

14. ¿ Se habla abiertamente sobre sexualidad en su familia ?

| | | |
|---|----|--|
| 1 | Si | |
| 2 | No | |

| | | |
|---|----|--|
| 1 | Si | |
| 2 | No | |

C) ASPECTO SOBRE EL CONOCIMIENTO

15. ¿ Qué conducta asumiría usted para prevenir un embarazo?

| | | |
|---|-------------------------------------|--|
| 1 | No tener relaciones sexuales | |
| 2 | Uso de condón o preservativo | |
| 3 | Método del ritmo o calendario | |
| 4 | Anticoncepción hormonal (pastillas) | |
| 5 | Pildora de emergencia | |
| 6 | Dispositivos (Hadel, DIU, pilas) | |
| 7 | Coito interrumpido | |

16. ¿ Considera como factores de riesgo de embarazo:

1. Las salidas solas a temprana edad

| | | |
|---|----|--|
| 1 | Si | |
| 2 | No | |

2. El consumo de alcohol?

| | | |
|---|----|--|
| 1 | Si | |
| 2 | No | |

3. El consumo de tabaco?

| | | |
|---|----|--|
| 1 | Si | |
| 2 | No | |

4. El consumo de otras drogas?

5. Tener pocas amistades?

| | | |
|---|----|--|
| 1 | Si | |
| 2 | No | |

17. ¿Considera que en esta etapa de su vida puede tener un bebe con problemas?

| | | |
|---|----|--|
| 1 | Si | |
| 2 | No | |

18. ¿ Un embarazo en estos momentos le impediría continuar con sus estudios?

| | | |
|---|----|--|
| 1 | Si | |
| 2 | No | |

19. ¿Considera usted que las personas que se embarazan durante la adolescencia corren el riesgo de alejarse de sus amigos?

| | | |
|---|----|--|
| 1 | Si | |
| 2 | No | |

20. ¿Cuáles de las siguientes condiciones considera necesaria para tener relaciones sexuales?

| | | |
|---|---|--|
| 1 | Que ambos desean satisfacerse | |
| 2 | Que exista privacidad en el lugar | |
| 3 | Conocerse profundamente | |
| 4 | Amarse | |
| 5 | Que exista relaciones de intimidad y confianza en la pareja | |
| 6 | Que sea el resultado del deseo de ambos | |
| 7 | Otros | |

21. ¿Cuáles son los peligros principales a los que se enfrentan las parejas de adolescentes, al tener relaciones íntimas?
. Señale con un equis.

| | | |
|---|-----------------------------------|--|
| 1 | Que se enteren los padres | |
| 2 | Quedar embarazada | |
| 3 | Censura de los adultos | |
| 4 | Infecciones de transmisión sexual | |
| 5 | Expulsion del centro de estudios | |
| 6 | Aborto | |

22. ¿De donde recibe Ud. Información sobre los riesgos del embarazo? Pueden ser varias opciones.

| | | |
|---|--------------------|--|
| 1 | De la escuela | |
| 2 | Television o radio | |
| 4 | Los amigos | |
| 5 | La mama | |
| 6 | El Papa | |
| 7 | Familiares | |
| 8 | Otros | |

D) ASPECTOS DIRIGIDOS A LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGÍA

23. ¿Por qué medio le gustaría recibir información sobre los riesgos del embarazo en la adolescencia?

_____ La radio

_____ La televisión

_____ Por información dada en el centro de salud

_____ Por información de familiares

_____ Charlas educativas dadas por el personal de salud.

_____ En la escuela

_____ Otras. Especifique cuál. _____

24. ¿ Con qué frecuencia usted podría recibir información sobre los riesgos del embarazo en la adolescencia?

_____ Una vez a la semana

_____ Cada 15 días

_____ Una vez al mes

25. ¿ Con qué tiempo usted considera que dispone para recibir información?

_____ 15 minutos

_____ 30 minutos

_____ 1 hora

26.¿ Con qué número de personas desearía usted recibir la información?

_____ Solo (a)

_____ Grupo de 5 a 10 personas

_____ Grupos de 11 a 15 personas.

Consentimiento Informado.

Yo _____ con C.I: _____
recibí de la Dra. _____ la explicación de
que los datos que a continuación ofreceré se utilizaran para conocer los
factores de riesgo del embarazo en los adolescentes.

La doctora me ha informado que los datos que ofrezca no serán revelados a
otros miembros de mi familia u otras personas y se mantendrá el anonimato
de mi persona de las publicaciones que resulten de esta investigación.

Se me ha explicado que puedo dejar en cualquier momento de contestar el
cuestionario que me será entregado para la investigación, sin que deba dar
explicaciones acerca de mi decisión, lo cual no afectará mi relación con el
personal del centro de salud u otra institución pública.

Estoy dispuesta a participar en la entrevista requerida en la investigación por
parte de la investigadora, sabiendo que toda la información recogida se
mantendrá reservada y confidencial.

Afirmo y confirmo que mi participación es completamente voluntaria.

He realizado todas las investigaciones que considere necesarias acerca de la
investigación, y en caso de que desee recibir más información sobre el estudio,
conozco que puedo dirigirme a:

Dra. Angela Alexandra Robin Sanchez, postgradista de medicina familiar y
comunitaria, en el consultorio #19 del Centro de Salud Pascuales.

Se me ha informado que si considero que necesito más información sobre el
tema puedo acercarme al Centro de Salud de Pascuales ya que en el ministerio
de salud pública existe un programa para los adolescentes.

Estoy conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a
continuación expresando mi consentimiento.

| | |
|-------------------------|------------|
| Nombre y Apellido de la | |
| autora: _____ | |
| Firma _____ | C.I _____ |
| Nombre y Apellido de la | |
| paciente: _____ | |
| Firma: _____ | C.I: _____ |

Consentimiento informado

Yo _____ conC.I: _____
padre/madre o tutor de la _____ recibí de la Dra.
_____ la explicación de que los datos que a
continuación ofreceré se utilizarán para conocer los factores de riesgo del
embarazo en los adolescentes.

La doctora me ha informado que los datos que ofrezca no serán revelados a otros miembros de mi familia u otras personas y se mantendrá el anonimato de mi persona de las publicaciones que resulten de esta investigación.

Se me ha explicado que puedo dejar en cualquier momento de contestar el cuestionario que me será entregado para la investigación, sin que deba dar explicaciones acerca de mi decisión, lo cual no afectará mi relación con el personal del centro de salud u otra institución pública.

Estoy dispuesta a participar en la entrevista requerida en la investigación por parte de la investigadora, sabiendo que toda la información recogida se mantendrá reservada y confidencial.

Afirmo y confirmo que mi participación es completamente voluntaria.

He realizado todas las investigaciones que considere necesarias acerca de la investigación, y en caso de que desee recibir más información sobre el estudio, conozco que puedo dirigirme a:

Dra. Angela Alexandra Robin Sanchez, postgradista de medicina familiar y comunitaria, en el consultorio #19 del Centro de Salud Pascuales.

Se me ha informado que si considero que necesito más información sobre el tema puedo acercarme al Centro de Salud de Pascuales ya que en el ministerio de salud pública existe un programa para los adolescentes.

Estoy conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a

continuación expresando mi consentimiento.

| | |
|-------------------------|-------------------|
| Nombre y Apellido de la | |
| autora: | _____ |
| Firma | _____ C.I. _____ |
| Nombre y Apellido de la | |
| paciente: | _____ |
| Firma: | _____ C.I.: _____ |



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Robin Sánchez Ángela Alexandra, con C.C: # 0912110947 autor(a) del trabajo de titulación: "Diseño de intervención educativa para modificar factores de riesgo del embarazo en las adolescentes. Consultorio 19. Centro de Salud Pascuales. 2015- 2016." previo a la obtención del grado 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 graduación 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 graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 04 de enero de 2017

f. _____
Nombre: Robin Sánchez Ángela Alexandra
C.C: 0912110947

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

| | | | |
|---|---|------------------------------------|----|
| TÍTULO Y SUBTÍTULO: | "Diseño de intervención educativa para modificar factores de riesgo del embarazo en las adolescentes. Consultorio 19. Centro de Salud Pascuales. 2015- 2016." | | |
| AUTOR(ES) (apellidos/nombres): | Robin Sánchez Ángela Alexandra | | |
| REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres): | Batista Pereda Yubel Dr. | | |
| INSTITUCIÓN: | Universidad Católica de Santiago de Guayaquil | | |
| UNIDAD/FACULTAD: | Sistema de Posgrado | | |
| MAESTRÍA/ESPECIALIDAD: | Medicina Familiar y Comunitaria | | |
| GRADO OBTENIDO: | Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria | | |
| FECHA DE PUBLICACIÓN: | 04 de Enero del 2017 | No. DE PÁGINAS: | 65 |
| ÁREAS TEMÁTICAS: | Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Gerencia en Salud | | |
| PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS: | Adolescente, riesgo, embarazo en la adolescencia. | | |
| RESUMEN/ABSTRACT | | | |
| <p>Antecedentes: El embarazo en la adolescencia continúa en ascenso a pesar de las estrategias en salud dirigidas a este grupo poblacional, afectando su calidad de vida desde la perspectiva biopsicosocial, en el Ecuador es una problemática que se ha reducido pero no lo suficiente. Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal, en adolescentes de 15 a 19 años de sexo femenino del consultorio N° 19 de Pascuales, Guayaquil, en el período enero a junio 2016, la muestra fueron 70 adolescentes que constituyen el universo, quienes cumplieron los criterios de inclusión, previo consentimiento informado de las participantes y representantes, se utilizó un formulario, diseñado para la recolección de la información de acuerdo a los objetivos y variables. Resultados: La edad media fue de 15 años, 70% se considera mestiza, 58,6% son estudiantes, 38,6 vive en unión libre el 55,7% han tenido relaciones sexuales de las cuales el 58,9% no usaron ningún método de protección en su primer contacto sexual, además el 64,3 % de las madres de las encuestadas fueron madres adolescentes, hubo un 54,3% de desconocimiento sobre los factores de riesgos del embarazo en la adolescencia Conclusiones: Predominaron las adolescentes de 15 años, estudiantes, un gran numero ha tenido relaciones sexuales sin utilizar ningún método anticonceptivo. Se identificó desconocimiento por parte de las adolescentes sobre factores de riesgos del embarazo precoz. Se identifican los componentes y se diseña la estrategia de intervención educativa.</p> | | | |
| ADJUNTO PDF: | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| CONTACTO CON AUTOR/ES: | Teléfono: +593-4-2071135 | E-mail: angelarobins23@hotmail.com | |
| CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN: | Nombre: Landivar Xavier Dr. | | |
| | Teléfono: +593-4-2206953- 2 – 1 – 0 ext: 1830 | | |
| | E-mail: Xavier.landivar@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): | | | |