



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

DISEÑO DE ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE RIESGOS DEL EMBARAZO PRECOZ EN EL CLUB DE ADOLESCENTES DEL BARRIO ANTONIO CABRI,

2015-2016.

AUTORA: ELISED AZUCENA CERDA TANGUILA

TUTORA: MSC. MARÍA DE LOS ÁNGELES ROGER

**Proyecto de Investigación presentado para optar el título Académico de:
ESPECIALISTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Riobamba – Ecuador

Diciembre - 2016



CERTIFICACIÓN

EL TRIBUNAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CERTIFICA QUE:

El trabajo de titulación modalidad Proyectos de investigación y Desarrollo, “DISEÑO DE ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE RIESGOS DEL EMBARAZO PRECOZ EN EL CLUB DE ADOLESCENTES DEL BARRIO ANTONIO CABRI, 2015-2016” de responsabilidad de la Dra. Elised Azucena Cerda Tanguila, ha sido prolijamente revisado y se autoriza su presentación.

Dra. Vivian Herrera Gómez

PRESIDENTE

Dra. María de los Ángeles Roger Reyes

DIRECTORA

Dra. María Teresa Paz Rodríguez

MIEMBRO

Dra. Diana Belkys Mujica González

MIEMBRO

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, Elised Azucena Cerda Tanguila, declaro que soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el **Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo**, y que el patrimonio intelectual generado por la misma pertenece exclusivamente a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

FIRMA

C.I. 1500612286

DEDICATORIA

Dedico esta tesis con todo mi cariño a Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los momentos difíciles.

A mi hijo Patric Ipiales la razón de mi existencia y las ganas de seguir luchando día tras día ante cualquier adversidad, eres mi inspiración te amo mi pequeño tesoro.

A mi mami quién siempre está conmigo apoyándome, usted es y será como una madre para mi hijo, sin su ayuda, todo sería más difícil, la quiero mucho mamita

Elised.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero agradecimiento al personal Docente de la Misión Cubana, de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo por sus sabios conocimientos y experiencias otorgados durante estos años de formación.

A mis padres, Margarita y Domingo, quienes me dieron vida, educación, apoyo y consejos, gracias por todo su amor incondicional.

Elised.

ÍNDICE

Contenido	Pág.
CERTIFICACIÓN.....	ii
DERECHOS INTELECTUALES.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE.....	vi
RESUMEN.....	xi
SUMMARY.....	xii

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.1.1 Formulación del problema.....	4
1.1.2 Justificación del problema.....	4
1.2 Objetivos.....	6
1.2.1 Objetivo general.....	6
1.2.2 Objetivos específicos.....	6
1.3 Hipótesis.....	7

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 Antecedentes.....	8
2.2 Adolescencia.....	10
2.2.1 Etapa de la adolescencia.....	11
2.3 Guías anticipatorias en la adolescencia.....	12
2.4 Embarazo en la adolescencia.....	13
2.4.1 Definiciones y antecedentes del embarazo en la adolescencia.....	13
2.4.2 Factores de riesgos.....	15

2.4.3	Complicaciones del embarazo en adolescentes.....	19
2.5	Anticoncepción en la adolescencia.....	22
2.5.1	Eficacia anticonceptiva.....	22
2.5.2	Consulta anticonceptiva dirigida a adolescentes.....	22
2.5.3	Métodos anticonceptivos.....	23

CAPÍTULO III

3.	DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1	Clasificación de la investigación.....	26
3.2	Población de estudio.....	26
3.2.1	Unidad de análisis.....	27
3.3	Criterios de selección de la muestra.....	27
3.3.1	Criterios de inclusión.....	27
3.3.2	Criterios de exclusión.....	27
3.4	Recolección de la información.....	27
3.4.1	Procedimiento de recolección de la información.....	28
3.5	Descripción del instrumento.....	29
3.5.1	Validación del instrumento.....	29
3.6	Plan de procesamiento y análisis de datos.....	30
3.7	Selección y definición de las variables.....	31
3.7.1	Operacionalización de variables.....	31
3.8	Aspectos éticos.....	31

CAPÍTULO IV

4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	33
4.1	Resultados y discusión.....	33

CAPÍTULO V

5.	PROPUESTA DE DISEÑO DE INTERVENCIÓN.....	51
5.1	Objetivos.....	51

5.1.1	Objetivo general.....	51
5.1.2	Objetivos específicos.....	51
5.2	Diseño y desarrollo de la intervención.....	52
5.2.1	Diseño y programación.....	52
5.2.2	Desarrollo.....	53
5.2.3	Duración.....	53
5.3	Metodología.....	54
5.3.1	Principios inspiradores.....	54
5.3.2	Principios metodológicos.....	55
5.3.3	Estrategias metodológicas.....	55
5.3.4	Herramientas fundamentales a utilizar.....	55
5.4	Actividades.....	56
5.5	Recursos.....	69
5.5.1	Recursos humanos.....	69
5.5.2	Recursos materiales.....	69
5.6	Evaluación.....	70
5.6.1	Evaluación de la intervención educativa.....	70
CONCLUSIONES.....		71
RECOMENDACIONES.....		72
BIBLIOGRAFÍAS		
ANEXOS		

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1-2: Guías anticipatorias para adolescentes.....	12
Tabla 1-3: Operacionalización de variables.....	31
Tabla 1-4: Distribución de adolescentes según grupo de edad y sexo. Barrio Antonio Cabri, 2016.....	34
Tabla 2-4: Distribución de adolescentes según nivel de escolaridad y etnia. Barrio Antonio Cabri, 2016.....	35
Tabla 3-4: Distribución de adolescentes según estado civil y sexo. Barrio Antonio Cabri, 2016.....	37
Tabla 4-4: Distribución de adolescentes según comunicación con sus padres sobre sexualidad. Barrio Antonio Cabri, 2016.....	38
Tabla 5-4: Distribución de adolescentes según información previa sobre los riesgos del embarazo precoz. Barrio Antonio Cabri, 2016.....	39
Tabla 6-4: Distribución de adolescentes según conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz y grupo de edad. Barrio Antonio Cabri, 2016.....	40
Tabla 7-4: Distribución de adolescentes según conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz y sexo. Barrio Antonio Cabri, 2016.....	42
Tabla 8-4: Distribución de adolescentes según conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz y etnia. Barrio Antonio Cabri, 2016.....	43
Tabla 9-4: Distribución de adolescentes según conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz y nivel de escolaridad. Barrio Antonio Cabri, 2016.....	44
Tabla 10-4: Distribución de adolescentes según conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz y estado civil. Barrio Antonio Cabri, 2016.....	46

Tabla 11-4: Distribución de adolescentes según conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz y comunicación con sus padres sobre sexualidad. Barrio Antonio Cabri, 2016.....	47
Tabla 12-4: Distribución de adolescentes según conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz y conocimientos previos sobre los riesgos del embarazo precoz. Barrio Antonio Cabri, 2016.....	49

RESUMEN

Diseño de estrategia educativa sobre riesgos del embarazo precoz en el club de adolescentes del Barrio Antonio Cabri, cantón Archidona, provincia de Napo, en el periodo agosto 2015 a julio 2016. Se realizó un estudio descriptivo correlacional, transversal documental y de campo con enfoque cuantitativo y cualitativo, el universo estuvo dado por 81 adolescentes del Barrio Antonio Cabri, quedando la muestra constituida por 40 miembros del club de adolescentes, cumpliendo los criterios de inclusión y de exclusión. Para obtener la información se aplicó una encuesta al grupo de estudio, previo consentimiento informado de los adolescentes y sus padres, validada por un grupo de expertos mediante los criterios de Moriyama y la obtención del alfa de Cronbach. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: de 10 a 13 años 19 adolescentes con un 47,5%, femeninos 28 para un 70%, indígenas 23 para un 57,5%, solteros 34 adolescentes para un 85%, de 5to a 7mo año básico 15 adolescentes para un 37,5% y conocimientos inadecuados sobre riesgos del embarazo precoz 26 adolescentes para un 65%. Se concluye que predominó los conocimientos inadecuados en los adolescentes de 10 a 13 años, del sexo femenino, etnia indígena, solteros y con escolaridad de quinto a séptimo años básica. Por lo que se diseñó una estrategia educativa para modificar estos de forma positiva, incrementando la calidad de vida de los jóvenes. Se recomienda aplicar la intervención educativa propuesta al club de adolescentes del Barrio Antonio Cabri del cantón Archidona.

Palabras claves: <DISEÑO DE ESTRATEGIA EDUCATIVA>, <RIESGOS DEL EMBARAZO>, <ANTONIO CABRI (BARRIO)>, <CONOCIMIENTOS SOBRE RIESGO DEL EMBARAZO PRECOZ>.<ARCHIDONA (CANTON)>

SUMMARY

Design of an educational strategy on risks of early pregnancy in the club of teenagers of the neighborhood Antonio Cabri, of the canton Archidona, in the province of Napo, during the period from August 2015 to July 2016. A descriptive, correlational, transversal, documentary and field study was made with a quantitative and qualitative focus, the universe was given by 81 teenagers of the Neighborhood Antonio Cabri, establishing a sample of 40 members of the teenagers club, in compliance with the inclusion and exclusion criteria. To obtain the data a survey was applied to the study group, previous the consent reported of the teenagers and their parents, validated by an expert group by means of the Moriyama criteria and the obtaining of the Cronbach Alpha. The results obtained were the following: from 10 to 13 years, 19 teenagers with a 47.5%, female gender 28 for a 70%, indigenous 23 for a 57.5%, singles 34 teenager for an 85%, from 5th to 7th basic school year, 15 teenagers for a 37.5% and inappropriate knowledge about early pregnancy risks, 26 teenagers for a 65%. It is concluded that the inappropriate knowledge prevailed in the teenagers from 10 to 13 years old, of the female gender, indigenous ethnicity and single young people with a schooling from the fifth to the seventh years of basic education. That is why an educational strategy was designed to modify these aspects in a positive way, by increasing the life quality of the young people. It is recommended to apply the educational intervention proposed to the teenagers club of the Neighborhood Antonio Cabri of the canton Archidona.

Keywords: <EDUCATIONAL STRATEGY DESIGN>, <PREGNANCY RISKS>, <ANTONIO CABRI (NEIGHBORHOOD)>, <KNOWLEDGE ABOUT THE PREGNANCY RISK >.<ARCHIDONA (CANTON)>

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una de las etapas más hermosas de la vida humana en la cual se deja de ser niño para convertirse en adulto, operándose una gama de cambios anatomofisiológicos y psicosociales. En la adolescencia se producen definiciones de conducta que regirán la vida adulta. Durante esta fase van produciéndose aceleradamente en el ser humano cambios psíquicos y físicos muy marcados. Es de extraordinaria importancia la aparición y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, el vello pubiano, las mamas en la mujer y los cambios en los órganos genitales en ambos sexos (Cedrés, 2012).

Constituye un gran desafío para las adolescentes, las familias con hijos adolescentes, los profesionales que atienden adolescentes, los educadores y la sociedad en general, evitar que las adolescentes se embaracen en forma no planificada. Junto con prevenir el primer embarazo no deseado o no planificado, también es necesario buscar estrategias para la prevención de un nuevo embarazo de las mismas características (Anthony, 2011).

Según Anthony (2011), proyecciones de los centros educacionales de estudios demográficos para el año 2020 existirá alrededor de 1200 millones de adolescentes en el planeta lo que representaría aproximadamente el 15% de la población mundial, de ahí es de esencial importancia perfeccionar la atención específica hacia este grupo de edades.

El incremento del embarazo y parto en edades precoces constituye un problema universal, pues de acuerdo con el centro de información sobre fecundidad de Washington, 3 millones de adolescentes paren anualmente en el mundo. Cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes, cada día 41095, cada hora 1712. (Quezada, 2016).

Los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), hasta 2013, muestran una realidad poco consoladora, ya que existe un 44% de adolescentes, entre 15 y 19 años, que tuvieron su primer bebé, a pesar de esto se ha registrado un aumento en las consultas preventivas para adolescentes en un 14%, según el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (INEC, 2013).

El Gobierno plantea disminuir en un 15% la tasa de fecundidad entre 15 y 19 años para el 2030, según el Plan del Buen Vivir y desde el 2012 ejecuta la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, a fin de reducir los embarazos en este grupo. Expertos observan avances en el acceso a métodos de planificación familiar gratuitos, pero perciben deficiencias en educación, clave para enfrentar la problemática (Congreso Nacional del Ecuador, 2011).

Ecuador está con el 17% de las adolescentes de entre 15 y 19 años que son madres, la segunda mayor tasa de América Latina, tras Venezuela, según datos publicados por el Gobierno. Además, solo en el año 2011 se registraron 45708 partos en madres adolescentes. Por regiones, un 55,3% de estos partos se registra en la Costa contra el 38,4% en la Sierra y el 6,3% en la Amazonía (Duarte, 2011).

Este trabajo es realizado con la finalidad de diseñar una estrategia educativa sobre riesgos del embarazo en la adolescencia que constituye un reto y una realidad a la cual nos debemos de enfrentar, motivo fundamental que nos llevó a realizar esta investigación y así contribuir a mejorar la salud reproductiva de los adolescentes.

1.1 Planteamiento del problema

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno previsible que debe ser planteado con una perspectiva de salud amplia mediante esfuerzo en la prevención primaria a través de programas multisectoriales. El médico de la familia está en una situación afortunada para indicar al adolescente la normalidad de las sensaciones de la actividad sexual en esta etapa y en años posteriores y de esta forma contribuir a la formación de los hombres y mujeres del porvenir (Montero, 2011).

Los embarazos en adolescentes, en la mayor parte del mundo, son el producto directo de la condición inferior de la mujer cuya función en la sociedad está devaluado. Sabemos que es característica de todas las sociedades que la mujer tenga escaso acceso o ejerza menos control de los recursos de valor que el hombre; por ejemplo, en los países en vías de desarrollo, generalmente a ellas se les niega la educación y las habilidades para competir. Así, la maternidad se presenta como la única forma de lograr un lugar en la sociedad.

En el Ecuador, dos de cada diez mujeres que tienen relaciones sexuales iniciaron sus experiencias entre los 12 y 14 años, casi siete de cada diez mujeres adolescentes tienen vida sexual activa, algunas terminan siendo madres mientras otras recurren al aborto, en las zonas populares y marginales ocho de cada diez mujeres embarazadas tienen al hijo, las dos restantes acuden al aborto, en cambio en los estratos sociales medios y altos el número de muchachas que recurren al aborto es mayor porque en estos grupos la maternidad adolescente es muy mal aceptada, en los últimos años se produjo en el Ecuador una amplia difusión del uso de anticonceptivos, las cifras muestran en un grupo de 2556 mujeres entre 15 y 24 años activas sexualmente que solo el 48,7% usa anticonceptivos (Rodríguez, 2015).

El barrio estudiado no escapa de este problema, mediante las visitas domiciliarias en actividades extramurales, la información obtenida a través de líderes formales e informales, actividades e intercambios realizadas con los Técnicos de Atención Primaria de Salud fue detectado que los adolescentes poseen pobre conocimiento sobre riesgos

del embarazo en esta etapa de la vida y en el Análisis de la Situación de Salud del Barrio Antonio Cabri del año 2015, se encontró que de un total de 19 embarazadas ocho eran adolescentes para un 42%; lo cual motiva nuestro interés por realizar este estudio.

1.1.1 Formulación del problema

¿Qué relación existe entre los conocimientos sobre riesgos del embarazo en la adolescencia y las variables sociodemográficas seleccionadas, de los adolescentes pertenecientes al Club del Barrio Antonio Cabri, que deban ser incluidos en el diseño de una estrategia educativa sobre riesgos del embarazo en la adolescencia?

1.1.2 Justificación del problema

El embarazo en los adolescentes en los últimos años se ha convertido en un problema de salud pública muy importante, ya que cada año va en aumento las citas médicas u hospitalarias refiriéndose a esta situación. La Organización Mundial de la Salud considera que el embarazo durante la adolescencia es un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el feto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los adolescentes.

Según las estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2013, en Ecuador hay 122301 madres adolescentes que es el 75% que pertenecen a la Población No Económicamente Activa.

En cuanto al estado civil, el 55% se une con su pareja, mientras que el 20% queda soltero; el 18% se casa, el 7% se separa y el porcentaje restante se divorcia o llega a enviudar. Considerado un problema prioritario para la salud de las jóvenes madres, siendo de alto riesgo de mortalidad, porque los bebés al nacer presentan bajo peso, suelen ser prematuros y existe un alto riesgo de vida para ser madre.

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.

Las intervenciones en salud sexual durante la adolescencia tienen como objetivo, tanto reducir las consecuencias adversas del comportamiento sexual, como mejorar la calidad de las relaciones sexuales de los jóvenes para su vida actual y también para su vida adulta, por tal motivo se realizó en esta investigación un diseño de estrategia educativa sobre riesgos del embarazo en la adolescencia después de conocer edad, sexo, etnia y conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz entre otras variables de interés que pueden incidir en la morbi-mortalidad materno infantil en este grupo vulnerable del Barrio Antonio Cabri.

Durante las visitas de control a las familias con riesgo preconcepcional, se observó que tanto las adolescentes como sus padres rehúyen el abordaje del tema de la sexualidad y la prevención de los embarazos, no conocen sobre anticoncepción, por lo que no se planifican los partos y en general depende de la decisión del hombre.

Con la aplicación de técnicas cualitativas como las entrevistas a líderes formales de la comunidad se apreció el alto número de madres que tuvieron su primer hijo durante la adolescencia (12%), lo que es prevalente en la comunidad estudiada.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Diseñar una estrategia educativa sobre riesgos del embarazo precoz en el club de adolescentes del Barrio Antonio Cabri, cantón Archidona, provincia de Napo, en el período comprendido entre agosto 2015 a julio 2016.

1.2.1 Objetivos específicos

1. Caracterizar el grupo de estudio según variables sociodemográficas seleccionadas.
2. Determinar los conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz en los adolescentes.
3. Identificar la relación existente entre los conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz en adolescentes con las variables sociodemográficas seleccionadas.
4. Diseñar una estrategia educativa sobre riesgos del embarazo precoz en un club de adolescentes.

1.3 Hipótesis

Existe relación entre los conocimientos sobre riesgos del embarazo en la adolescencia y las variables sociodemográficas seleccionadas y que deban ser incluidos en el diseño de una estrategia educativa sobre riesgos del embarazo precoz para el Club de Adolescentes del Barrio Antonio Cabri.

Hipótesis nula (H_0): La menor edad, el sexo femenino y la etnia indígena no se relacionan con más bajos conocimientos acerca de los riesgos del embarazo precoz en adolescentes del Barrio Antonio Cabri.

Hipótesis alternativa (H_1): La menor edad, el sexo femenino y la etnia indígena se relacionan con más bajos conocimientos acerca de los riesgos del embarazo precoz en adolescentes del Barrio Antonio Cabri.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

En la revisión de la literatura sobre el tema tratado encontramos varios estudios relacionados con el mismo, entre ellos podemos citar los siguientes:

Título: Estrategia educativa sobre riesgos y complicaciones dirigida para adolescentes embarazadas atendidas en consulta externa prenatal del Hospital "Vicente Corral Moscoso", Cuenca 2011.

Autor: Laura Ayavaca, María Camas.

Objetivos. Implementar una estrategia educativa para elevar el nivel de conocimiento en las adolescentes embarazadas sobre los riesgos y complicaciones que trae consigo el embarazo a esta edad.

Material y Métodos.- Es un estudio descriptivo, que valoró la eficacia de una intervención educativa sobre los conocimientos en riesgos y complicaciones durante el embarazo en adolescentes. El universo estuvo constituido por la totalidad de embarazadas adolescentes que asistan a consulta externa prenatal del Hospital "Vicente Corral Moscoso".

En el presente estudio se tomó como muestra a adolescentes embarazadas que asistan a la consulta externa prenatal del Hospital "Vicente Corral Moscoso" en los meses de Febrero, Marzo y Abril del 2011 en los turnos de la mañana y tarde.

Resultado. El 44.86% son madres solteras, seguido de un 34.05% que son de unión libre y son adolescentes tardía y el 56.76% tienen un nivel secundaria incompleta, el 35, 14% en edad tardía consumen alcohol, el 24.86% presentan complicaciones como es el movimientos fetales, el 17,84% tienen flujo vaginal, 14,59% tienen hipertensión, el 5,41% tienen hemorragia vaginal todas las adolescentes que tienen este tipo de

complicaciones se encuentran en una edad tardía de 17 a 19 años, el 1,62% terminan en cesárea y a su vez el 14,59% desarrollan hipertensión arterial.

Conclusiones. Las adolescentes embarazadas entre 17- 19 años de edad tienen déficit de conocimientos en riesgos y complicaciones que trae el embarazo, por lo que es de gran interés social que se inicie con una campaña de educación sexual a temprana edad, para que las adolescentes tomen conciencia del riesgo que implica el inicio de la vida sexual a temprana edad.

Título: Estrategia educativa sobre riesgo obstétrico en la adolescencia.

Autor: Greydis Reyes.

Se realizó un estudio de evaluación e intervención comunitaria en los consultorios médico de la familia pertenecientes al Consejo Popular Damajagua - Atanagildo correspondientes al Policlínico Juan Manuel Páez Inchausti, en el período Septiembre 2010- Septiembre 2011; con el objetivo de establecer propuesta de estrategia educativa en el equipo básico de trabajo para disminuir el riesgo obstétrico en la adolescencia . El universo y la muestra lo conforman 70 adolescentes en un rango de edades de 12 a 19 años más 10 enfermeras. El grupo que predominó fue de 15 a 18 años. Las solteras representaron el 42,85 %, las desocupadas el 40 %, según edad de su pareja de 20 a 29 años, para un 50%. Con respecto a las primeras relaciones sexuales, oscilan entre 12-14 años de edad representando el 51,2 % , del total de adolescentes solamente 25 participan en el club (17,5 %), según asistencia a las consulta de planificación familiar observamos que sólo 21 asistieron, representando un 30 %; la mayor cantidad de aborto oscilan entre 15 y 18 años (47,11%). De 70 pacientes entrevistadas 39 tenían 19 años de edad. Para esta información se utilizó la recolección de los datos a través de la técnica de observación , entrevistas y encuestas, lo que motivó la propuesta acciones estratégicas de trabajo sistemático y folleto complementario sobre riesgo obstétrico en la adolescencia.

Título: El embarazo en la adolescencia como principal riesgo obstétrico y perinatal en el Ecuador.

Autor: Milagros Valdivies, Yanet González.

En el presente trabajo se pudo comprobar los principales factores de riesgo que influyen en el embarazo en la adolescencia, ya que un nacimiento de un niño sano es un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo. Sin embargo, para muchas familias, el proceso de reproducción puede acompañarse de morbilidad, secuelas y, en última instancia, de la muerte de la madre, del producto o de ambos. Las tasas de mortalidad materna y perinatal son indicadores que reflejan las condiciones de vida de la mujer; la morbilidad subyacente y la calidad de vida de una sociedad, la situación social, cultural, económica y política, la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud y las condiciones de educación, alimentación y vivienda en un sitio determinado, donde se observó que las edades más temprana eran desde los 14 a 19 años. El bajo nivel educativo con desinterés general, el abuso sexual, las relaciones sexuales sin anticoncepción y las familias disfuncionales fueron los factores más frecuentes presentes en el Ecuador, por lo cual nos motivamos a realizar la revisión de este tema.

2.2 Adolescencia

La adolescencia según Pineda y Aliño (2002) se define como una etapa entre la niñez y la edad adulta, cronológicamente se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos, pero esencialmente positivos. No es solamente un periodo de cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Para Calvopiña (2012) la adolescencia es el período del ciclo de vida humano comprendido entre la niñez y la juventud. Durante el cual se observan cambios significativos en la vida de las personas: en la maduración sexual, en el orden fisiológico, en el pensamiento lógico y formal así como en el relacionamiento social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015) “define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición

más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes”.

2.2.1 Etapa de la adolescencia

Teniendo en cuenta estos aspectos la adolescencia se puede dividir en tres etapas:

Adolescencia temprana: Es la etapa comprendida desde los 10 a los 13 años en donde se producen los cambios corporales y funcionales como la menarquía¹, además el adolescente comienza a perder interés por los padres para dar paso a las amistades específicamente con personas del mismo sexo, las habilidades cognitivas y fantasiosas se aumentan (Issler, 2001).

Adolescencia media: Fase comprendida desde los 14 a los 16 años es cuando los adolescente han completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático, en donde existe una máxima relación con sus pares y es la edad promedio de inicio de la experiencia y actividad sexual (Issler, 2001).

En esta etapa de la adolescencia se preocupan en su apariencia física y es donde desarrollan sus propias opiniones y la personalidad. Las relaciones con los amigos todavía son importantes, pero también irá adquiriendo otros intereses a medida que establezca un sentido de identidad más definido. (Rionaula, Romero & Zari, 2014).

La adolescencia media también es importante en el cual se adquiere la preparación para asumir mayor independencia y responsabilidad; la mayor parte de los adolescentes empiezan a trabajar.

Adolescencia tardía: Esta comprendida desde los 17 hasta los 19 años en que los cambios corporales casi no se presentan pero tienden a acercarse más a sus padres y presentan una perspectiva más adulta; los adolescentes en esta etapa dan más importancia a las relaciones íntimas y desarrollan su particular sistema de valores con metas reales (Issler, 2001).

¹ Aparición de la primera menstruación en el caso de las adolescentes.

La adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas en que se establecen su propia identidad y cosmovisión e inician a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea. (Rionaula, Romero & Zari, 2014).

2.3 Guías anticipatorias en la adolescencia

Las guías anticipatorias se utilizan como orientación en la práctica clínica para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Es la principal herramienta de gran valor para la atención integral con enfoque biopsicosocial.

La prioridad es hacer frente a las preocupaciones de los adolescentes y sus padres, por lo que se tomarán en consideración algunos temas para la discusión en los controles con adolescentes. El objetivo es determinar las necesidades de salud del o la adolescente y su familia que debe ser planteado por el profesional de la salud (MSP, 2014).

Tabla 1-2: Guías anticipatorias para adolescentes

1. Crecimiento físico y desarrollo.	<ul style="list-style-type: none"> a. Salud física y oral. b. Imagen corporal. c. Alimentación saludable. d. Actividad física.
2. Competencia social y académica.	<ul style="list-style-type: none"> a. Relaciones con familia, sus pares y la comunidad. b. Relaciones interpersonales y de pareja. c. Desempeño académico/laboral. d. Inserción o reinserción escolar.
3. Bienestar emocional.	<ul style="list-style-type: none"> a. Estado de ánimo y salud mental. b. Capacidad de afrontar problemas (resiliencia). c. Sexualidad. d. Salud sexual y salud reproductiva.

4. Reducción de riesgos.	<ul style="list-style-type: none"> a. Uso y consumo de tabaco, alcohol, otras drogas. b. Prevención de embarazo en adolescentes (primero y subsecuente). c. Prevención de aborto en condiciones inseguras. d. Prevención de infecciones de transmisión sexual, VIH y otras infecciones transmitidas por sangre y secreciones como hepatitis B y C. e. Vacunas.
5. Violencia y prevención de lesiones.	<ul style="list-style-type: none"> a. Conducción de vehículos, uso de cinturón de seguridad y casco. b. Armas. c. Violencia interpersonal. d. Violencia de género y violencia sexual. e. Acoso escolar o bullying.

Fuente: Bright Futures Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. 3rd ed. The American Academy of Pediatrics; 2008

2.4 Embarazo en la adolescencia

2.4.1 Definiciones y antecedentes del embarazo en la adolescencia

El embarazo o gestación es el período que acontece desde la implantación en el útero del óvulo fecundado hasta el momento del parto, y esta se puede llevar a cabo con un embarazo normal que es el estado fisiológico de la mujer que se inicia en fecundación y termina con el parto o un embarazo de alto riesgo que es aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto (Salud180, 2014).

Se define como embarazo en la adolescencia, a aquella gestación que se presenta durante la etapa de la adolescencia, o es igual, aquella que tiene lugar en mujeres desde la menarquia hasta los 19 años de edad.

En la actualidad existe una tendencia generalizada a postergar la maternidad por situaciones profesionales, sociales y económicas, sin embargo, el embarazo en adolescentes continúa siendo un problema serio en la sociedad, haciendo que los costos

sean muy altos, especialmente cuando están relacionados con la pobreza. Tener sexo por primera vez en una edad temprana está habitualmente asociado con sexo no seguro, por falta de conocimientos, de acceso a la anticoncepción y de habilidades y autoeficacia para negociar la anticoncepción; también depende de tener sexo bajo los efectos del alcohol o las drogas así como con una inadecuada autoeficacia para resistir la presión. (Rosales, Irigoyen, 2013)

La tasa de fecundidad en adolescentes ha ido reduciendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la tasa de fecundidad general, condicionando un incremento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos.

La fecundidad en adolescentes es más elevada en países en desarrollo y entre clases sociales poco favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría disminuir. (Guachamín, 2012).

Para otros investigadores, la reducción de las tasas de fecundidad en adolescentes está cada vez más allá, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayor parte de los países realicen grandes inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para lograr la cobertura que el problema demanda (Jaramillo, 2010).

La proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en incremento, y la edad de inicio está bajando, pero la capacidad para evitar el embarazo no acompaña a este comportamiento. El embarazo en las adolescentes se ha convertido en una seria angustia para varios sectores sociales desde hace ya unos 30 años.

Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados pero, si se considera al embarazo en la adolescente como un problema, ello limita su análisis. En todo caso, esta problematización se aplicaría a algunas subculturas o a algunos estratos sociales, pero no a todos los embarazos en adolescentes.

Además, el considerarlo un problema, exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas. Por ello es apropiado insertar dentro del marco de la salud integral del adolescente. Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes.

Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral, biopsicosocial por un equipo multidisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad – paternidad, por lo tanto es importante conocer los factores predisponentes y determinantes que lleva a un embarazo en la adolescencia.

2.4.2 Factores de riesgos

Se define como factor de riesgo a cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. A continuación nos referiremos a los factores de riesgos para contraer un embarazo en la adolescencia.

A. Factores predisponentes:

- **Menarquia Temprana:** Se otorga a la madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
- **Inicio precoz de relaciones sexuales:** Es cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- **Familia disfuncional:** Aquí se ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que impulsan a relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
- Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente.
- **Bajo nivel educativo:** Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es

más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo

- Migraciones recientes.
- **Pensamiento mágico:** Propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
- **Fantasías de esterilidad:** Comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan o creen que son estériles.
- **Falta o distorsión de la información:** Es común que entre adolescentes circulen mitos respecto a relaciones sexuales o concepción que llevan a conductas inapropiadas de cuidado.
- **Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres:** Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía.
- **Aumento en número de adolescentes:** Alcanzando el 50% de la población femenina
- **Factores socioculturales:** La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.
- Menor temor a enfermedades venéreas.

B. Factores determinantes:

- Relaciones sexuales sin anticoncepción
- Abuso sexual
- Violación

De acuerdo a algunas literaturas los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia también se pueden clasificar en individuales, familiares y sociales. Según León (2008) el mayor riesgo del embarazo adolescente está influenciado por las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica, es decir que los adolescentes tienen escasa información sobre el correcto uso de métodos anticonceptivos y la fertilidad, lo cual aumenta el riesgo de embarazo. Además la mayor

parte de la información que recibe el adolescente es dotada por sus progenitores (León, 2008).

Retomando el tema de los factores de riesgo, la disminución de la edad de la menarquía es un factor que determina la aparición de conductas de riesgo, es decir que la vida sexual del adolescente empieza a edades más tempranas (Ulanowicz, Parra, Wendler, & Monzón, 2006), mientras que la madurez psicosocial tiende a desplazarse hacia edades más avanzadas.

Así pues la población embarazada que esta entre adolescencia temprana y media presentan mayores riesgos para la madre y su hijo en comparación con los adolescente de mayor edad, siendo que las embarazadas con un intervalo de tiempo menor a cinco años entre la menarquía y el parto se considera un factor de riesgo que se manifiestan con resultados perinatales desfavorables (Ulanowicz, Parra, Wendler, & Monzón, 2006).

Aunque correr riesgos forma parte del crecimiento y desarrollo de la población de menor edad, desafortunadamente en algunas ocasiones los adolescentes categorizan esos comportamientos de riesgo con la madurez que pueden o no conducir a efectos colaterales negativos a nivel de la salud (Rodríguez, 2008). Otro de los factores es tener plasmada las creencias y prácticas asociadas a la maternidad y paternidad como proyecto central de vida.

Tener un reconocimiento, una afirmación social y sentir afectividad por parte de las personas en una sociedad presiona a que los adolescentes experimenten con su sexualidad consecutivamente con el embarazo y la maternidad, por otro lado la baja autoestima asociada a problemas de salud como la depresión, suicidio, anorexia nerviosa, delincuencia entre otras no ayudan al adolescente en la superación de los problemas que se atañen a su crecimiento (Rodríguez, 2008).

El inicio precoz de las relaciones sexuales aun cuando no se tiene la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención (Rodríguez, 2008) tiene como consecuencia un embarazo no deseado, pero esto también depende de la composición

familiar, si se tiene una familia disfuncional en el que no hay un dialogo adecuado de padres a hijos, donde la afectividad es escasa entonces él o la joven cubren ese vacío con el idealismo del amor por el sexo opuesto dando inicio así a su vida sexual; por su parte la comunicación juega un rol importante dentro del hogar donde el adolescente aclara sus dudas y en caso de que esa comunicación no exista pues la adquieren mediante conversaciones y diálogos entre amigos o la pareja que pueden tener información errónea (Rodríguez, 2008).

En la actualidad los adolescente con el apoyo familiar se plantean metas distintas a las de otra época, pues se prioriza en alcanzar un determinado nivel educativo dejándolo la maternidad en sus planes a largo plazo, es decir para su vida adulta, y aun teniendo relaciones sexuales, estos adolescente adoptarán un prevención efectiva del embarazo pero al contrario los adolescente que cuenta con un historial de frustraciones educativas pueden encontrar en el embarazo una salida para sus insatisfacciones.

El desconocimiento o las altas expectativas de conocimiento por parte de los adolescentes lo hacen vulnerable ante las posibles enfermedades de transmisión sexual o el embarazo que si no se planifica o previene podría repercutir en la salud del mismo; el no uso de un método para planificación familiar y creer que utilizar un método anticonceptivo es un irrespeto para la pareja, es una idea equívoca de la mayoría de los adolescentes, que deberían aprovechar de los avances científicos para que una niña no sea madre de otra niña o que su vida sexual pueda continuar por varios años, pero la etapa de disfrutar en la adolescencia como tal nadie se la devuelve (Rodríguez, 2008).

Dentro de los factores de riesgo también se tiene los casos de abuso sexual de una menor por parte de un adulto, tener varios compañeros sentimentales a la vez, el consumo de drogas, el tabaco, el alcohol y también ser hija de una madre que se embarazo a una temprana edad, este último no es una ley que se deba cumplir siempre pero si existe algunos casos de esta índole.

En sí el embarazo en la adolescencia no solo tiene un gran impacto emocional sino también en la salud tanto de la madre como del hijo por eso es importante implementar una adecuada educación sexual que contengan medidas de prevención y promoción de

conductas sexuales responsables tanto del y la adolescente. El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna-infantil, al círculo de enfermedad y pobreza (Organización Mundial de la Salud, 2015).

2.4.3 Complicaciones del embarazo en adolescentes

Según la Organización Mundial de la Salud (2015) las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte materna entre los 15 a 19 años en todo el mundo. La procreación prematura presentan riesgo tanto para la madre como el recién nacido, el cual puede presentar peso bajo al nacer y consecuencias de algunos efectos a largo plazo, durante el crecimiento. Por ende citaremos los problemas que se pueden presentar en los controles prenatales, los cuales están agrupados por trimestres.

A. Primer trimestre: Puede presentar trastornos digestivos, metrorragias, abortos espontáneos, embarazos extrauterinos o ectópicos.

B. Segundo y tercer trimestre: Anemia, infecciones urinarias, amenaza de parto pretérmino, hipertensión arterial gravídica, mortalidad fetal, parto prematuro, crecimiento intrauterino retardado, presentaciones fetales distócicas, desproporciones cefalopélvicas, tipo de parto, alumbramiento y otras complicaciones.

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de sufrir complicaciones durante el embarazo.

Riesgos y complicaciones

Riesgos Biológicos Es muy frecuente que las adolescentes por desconocimiento de los síntomas del embarazo, por la irregularidad de los ciclos menstruales a esa edad por temor, vergüenza, sentimientos de culpa o por otras razones no acuden al control prenatal y si lo hacen es de manera tardía. Entre los problemas que con frecuencia se presentan en la adolescente embarazada podemos mencionar los siguientes:

Toxemia: Se caracteriza por hipertensión, edemas principalmente en manos y pies, eliminación de proteínas por la orina. Si la toxemia no se detecta precozmente y

controla a tiempo la adolescente puede llegar a convulsionar y hasta morir después del parto.

Anemia: La adolescente puede ser anémica antes del embarazo y la demanda de hierro del bebé puede agudizar el problema.

Partos por cesárea: En la adolescencia el diámetro de la pelvis no ha alcanzado su máximo desarrollo, es decir, que es pequeña para permitir el paso del feto por el canal del parto y un alumbramiento feliz, por lo que en la mayoría de casos el embarazo de una adolescente debe terminar en cesárea para evitar complicaciones graves.. (FLASOG., 2011)

Partos prolongados y difíciles: Detención del trabajo de parto luego de la presentación de contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas, lo cual se prolonga por encima de las 12 horas.

Partos prematuros: El parto prematuro es simplemente el que se produce antes de tiempo es decir a las 37 semanas de gestación. Siempre se ha dicho que la mejor incubadora es el útero materno, por eso cuanto más tiempo pueda permanecer el bebé en el útero, mejor pronóstico tendrá el bebé.

Perforaciones en el útero: Es la ruptura no quirúrgica del útero, que ocurre por encima del cuello y en gestaciones avanzadas, porque habitualmente las del cuello reciben el nombre de desgarros y las del cuerpo, que se producen en gestaciones pequeñas, se denominan perforaciones uterinas. Es una complicación muy grave y se acompaña de alta mortalidad materna y perinatal.

Ruptura prematura de la membrana: La causa de la ruptura prematura de membranas es multifactorial y varía con la edad gestacional, así como con la edad de la madre, se ha observado que en adolescentes este caso aumenta la probabilidad. En algunas pacientes más de una posible causa es 21 encontrada. A medida que la ruptura se ocurre a menor edad gestacional se observa una mayor asociación con la infección del corion/decidua, aunque en algunos casos es difícil saber si la infección es la causa o es secundaria a la ruptura de las membranas. En cambio las rupturas de membranas a mayor edad gestacional se asocian más con disminución del contenido de colágeno en las membranas. Además de los dos factores ya señalados, otros factores asociados a

ruptura prematura de membranas son: Bajo nivel socioeconómico, fumar, enfermedades adquiridas por transmisión sexual, parto pre términos anteriores, labor de parto pre término en semanas anteriores en el actual embarazo, conización cervical por tratamientos al cuello del útero, polihidramnios, embarazos múltiples, amniocentesis, cerclaje del cuello del útero y sangrados vaginales durante el actual embarazo, enfermedades pulmonares durante el embarazo, bajo índice de masa corporal 6,9 y recientemente se ha demostrado que la suplementación con vitamina C y E es un factor de riesgo. (FLASOG., 2011).

Infección de vías urinarias: La embarazada adolescente se suma el riesgo de infecciones de vías urinarias asociándose con el retardo del crecimiento intrauterino y recién nacidos con bajo peso al nacer y de pre término secundario a trabajo de parto prematuro, anemia, eclampsia e infección del líquido amniótico. Los cambios anatómicos y funcionales que ocurren durante el embarazo, guardan una relación directa con el aumento a la predisposición para las infecciones urinarias las cuales aumenta a menor edad. (Menéndez, et al, 2012).

Hemorragia en cualquiera de las etapas del embarazo: Se entiende por todo sangrado vaginal que eventualmente se produzca mientras se está embarazada. El niño o niña también puede presentar problemas de salud, por ejemplo:

Prematuridad: Mientras más corto es el período del embarazo, más alto es el riesgo de las complicaciones. Los bebés que nacen en forma prematura tienen un alto riesgo de muerte en sus primeros años de vida.

Bajo peso al nacer: Se refiere al peso de un bebé inmediatamente después de su nacimiento y aquellos recién nacidos que nacen con peso menor de 2,5 kg. Un peso de nacimiento menos de 1.5 kg. se considera extremadamente bajo.

Anemia en el bebé: Es un trastorno caracterizado por la disminución de la masa eritrocitaria, reflejada en la concentración anormalmente baja de la hemoglobina. Definir valores normales de hemoglobina en el recién nacido es difícil por sus cambios fisiológicos constantes que ocurren durante las primeras semanas de vida.

Sufrimiento fetal: Fenómeno que ocurre cuando por alguna razón el bebé intraútero no recibe el oxígeno o el alimento adecuado para su normal desarrollo.

Inmadurez en sus órganos vitales (pulmones, riñones, hígado): Está relacionado con el recién nacido prematuro.

2.5 Anticoncepción en la adolescencia

Para lograr buenos resultados en la prevención de los embarazos no deseados en la adolescencia se hace imprescindible lograr una correcta y adecuada educación sexual, el buen asesoramiento ayudará a los adolescentes a realizar una correcta elección del método anticonceptivo a utilizar cuando inicien su vida sexual.

Anticonceptivos: Son métodos que se utiliza para evitar el embarazo por lo cual alteran o bloquean uno o más de los procesos reproductivos, de manera que la unión sexual no tenga como consecuencia la fecundación.

2.5.1 Eficacia anticonceptiva

Eficacia de un método anticonceptivo, a veces se expresa en forma de porcentaje, es más preciso hacerlo por número de embarazos anuales por cada 100 mujeres que usan el método. La tasa media de embarazos para parejas sexualmente activas es de 90% al año, cualquier método anticonceptivo que reduzca la tasa de embarazo mujer-año al 10% se considera muy efectivo.

2.5.2 La consulta anticonceptiva dirigida a adolescentes

El consejo anticonceptivo

- En cualquier circunstancia y edad la elección de un método anticonceptivo debe basarse en dos premisas básicas.
 1. No existe un método ideal.
 2. La elección debe ser libre e individual.
- .La anticoncepción en la adolescencia debe realizarse desde un doble aspecto preventivo, que incluya prevención del embarazo no planificado y prevención de infecciones de transmisión sexual.

Requisitos de la anticoncepción en la adolescencia

- Grado de maduración biológica;
- Debe ser reversible;
- Debe ser adecuado a su actividad sexual;
- Debe ser de fácil uso

Clasificación de los métodos anticonceptivos para la adolescencia

- **Recomendables:** Preservativos y anticonceptivos orales.
- **Aceptables:** Diafragma, esponjas, espermicidas y anticonceptivos inyectables.
- **Poco aceptables:** DIU, anticoncepción quirúrgica y métodos naturales.
- **De emergencia:** Anticoncepción de emergencia.

2.5.3 Métodos anticonceptivos

Métodos de barrera

Preservativo masculino o condón: Está constituido por una funda cilíndrica de látex con una prolongación más angosta (extremo distal), que actúa como receptáculo para el semen, se coloca cubriendo el pene antes de la penetración.

Se ha demostrado que el condón es en la actualidad uno de los métodos más efectivos para la prevención del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), entre otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados o planificados, cuando se usa correctamente y en cada relación sexual.

Preservativo femenino: Es un método de barrera que consiste en impedir el contacto del semen con el óvulo, evitando así el embarazo.

Es una funda fina de poliuretano que se ajusta a las paredes de la vagina. Consta de una funda prelubricada, con dos anillos de diferente diámetro.

Métodos anticonceptivos hormonales: Son todos aquellos que a través de efectos hormonales interfieren de alguna manera con el proceso fisiológico de la ovulación.

Mecanismo de Acción:

- Inhiben la ovulación.
- El endometrio hormonalmente inducido se altera en tal forma que no es receptivo.
- El moco cervical es escaso, opaco, sin filancia.
- El cuerpo uterino y las trompas pierden sus contracciones sinérgicas, alterando el transporte ovular.
- Inyección combinada mensual.
- Su mecanismo de acción es semejante a los combinados orales y tiene la ventaja que no se debe recordar a diario su uso sino una vez al mes.

Dispositivos intrauterinos (DIU): Son dispositivos de material flexible, de dos (2) a cuatro (4) cm. de diámetro máximo, que se colocan en la cavidad uterina a través del conducto cervical.

Mecanismo de acción:

- Afectan la movilidad de los espermatozoides.
- Producen una reacción inflamatoria inespecífica local.
- Se producen crecimientos irregulares del endometrio.
- Aumento de la motilidad tubárica.

Píldora de anticoncepción de emergencia (PAE)

Son píldoras anticonceptivas de emergencia que se usan en las relaciones sexuales sin protección durante las últimas 72 horas.

Sólo en caso de emergencia

- Si eres violada y no estabas usando ningún método anticonceptivo.
- Si se te rompió el condón.

- Si tuviste una relación sexual sin protección y corres riesgo de quedar embarazada

Abstinencia: Una opción para los adolescentes

La abstinencia ofrece a los adolescentes, en particular, varias ventajas. Los jóvenes son vulnerables al embarazo no planificado, pero a menudo se les dificulta obtener anticonceptivos. La abstinencia sexual no requiere suministros ni visitas clínicas. La abstinencia completa es la forma más eficaz de protegerse contra un embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual.

Muchos adolescentes tienen una vida sexual activa y tienen derecho a recibir información que les permita protegerse contra el embarazo no planificado y las infecciones de transmisión sexual. Los proveedores deben ser conscientes de las necesidades especiales de los adolescentes para ayudarles a tomar decisiones bien informadas acerca de la anticoncepción.

CAPÍTULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Clasificación de la investigación

La investigación se basó en el análisis documental y de campo mediante la aplicación de la encuesta.

Enfoque de la investigación

Enfoque mixto (Cualitativo-Cuantitativo)

Alcance de la investigación

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional y de corte transversal, con el objetivo de diseñar una estrategia educativa para prevenir los riesgos del embarazo precoz en un club de adolescentes.

3.2 Población de estudio

De un universo constituido por 81 adolescentes de 10 a 19 años de ambos sexos, residentes en el Barrio Antonio Cabri, localizado en la zona urbana del Cantón Archidona, perteneciente a la Provincia Napo,

Este estudio se realizó en el club de adolescentes del Barrio Antonio Cabri del Cantón Archidona; Provincia Napo en el período comprendido desde Agosto 2015 – Julio 2016.

3.2.1 Unidad de análisis

Son los adolescentes de 10 a 19 años, pertenecientes al club de adolescentes del Barrio Antonio Cabri, los cuales constituyó la muestra del estudio seleccionado por un muestreo no probabilístico a conveniencia de 40 adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

3.3 Criterios de selección de la muestra

3.3.1 Criterios de inclusión:

1. Ser miembro del club de adolescentes.
2. Tener interés en participar en la investigación.
3. Firma del consentimiento informado por los padres o tutores y el adolescente.

3.3.2 Criterios de exclusión:

1. Estar embarazada.
2. Abandonar el estudio por cualquier motivo

3.4 Recolección de la información

En una primera etapa, se estableció comunicación con los participantes del club de adolescentes y los padres de familia, los cuales recibieron una breve explicación sobre la naturaleza del estudio y la confidencialidad con qué se manejaron los datos, protegiendo sus identidades, lo que queda validado a través del consentimiento informado. **(Anexo A y B)**

Con la aplicación de la encuesta en el segundo encuentro se caracterizó al grupo de estudio según las variables sociodemográficas seleccionadas que dio salida al primer objetivo específico y se determinaron los conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz lo que respondió al segundo objetivo específico.

Para dar salida al tercer objetivo específico se relacionaron variables sociodemográficas seleccionadas con el conocimiento sobre riesgos del embarazo en la adolescencia.

A partir de los resultados obtenidos se diseñó una estrategia de intervención educativa para prevenir los riesgos del embarazo precoz en el club de adolescentes, donde se incluyeron acciones de información, educación y comunicación, dando salida al cuarto objetivo específico.

3.4.1 *Procedimientos de recolección de la información*

La información fue recolectada mediante la aplicación de una encuesta (**Anexo C**), que identificó variables sociodemográficas y evaluó conocimientos sobre riesgo del embarazo en la adolescencia, fue diseñada por la autora de la investigación y fue sometido a verificación por un grupo de expertos en investigaciones y sobre el tema tratado, conformados por cinco (5) médicos especialistas de Medicina Familiar los cuales validaron el instrumento según los criterios de Moriyama (**Anexo D**), se aplicó una prueba piloto a 20 adolescentes no incluidos en el estudio con test retest con 95 % de confiabilidad, con el objetivo de valorar su inteligibilidad y aceptación. Como parte de la validación se calculó el Coeficiente Alfa de Cronbach, con un valor de 0,7 para definir que el instrumento estaba validado. En el estudio este coeficiente fue de 0,654 (**Anexo E**) con lo cual se dio por validado el instrumento para su posterior aplicación en la muestra.

Antes de aplicar la encuesta se les explicó a los participantes en qué consistía y las características de la investigación a la fueron sometidos, estos respondieron en un tiempo aproximado de 30 minutos el instrumento, en presencia del investigador, también se les aclaró las dudas planteadas en relación con el cuestionario y esto permitió la realización del estudio diagnóstico teniendo en cuenta las variables utilizadas.

3.5 Descripción del instrumento

El instrumento constó de doce (12) preguntas de tipo encuesta de las cuales 7 preguntas fueron datos generales y las 5 últimas fueron de conocimientos, cuya calificación se realizó de acuerdo al conocimiento (adecuado e inadecuado). Las variables sociodemográficas a tener en cuenta en el cuestionario fueron: edad, sexo, etnia, nivel de escolaridad, estado civil, comunicación con los padres sobre sexualidad y conocimiento previo sobre riesgos del embarazo precoz.

Además recogió un total de 5 preguntas tipo test objetivo para identificar los conocimientos de los adolescentes sobre riesgos del embarazo en la adolescencia, estas fueron evaluadas otorgando una calificación de la siguiente forma las 2 primeras preguntas se dio 5 puntos a cada uno y las 3 siguientes preguntas a 30 puntos cada uno dando un total de 100 puntos, considerando como inadecuadas todas las respuestas que recibieron menos de 75 puntos y adecuadas todas las que se calificaron con valores igual o por encima de 75 puntos.

Después de realizar una amplia revisión literaria sobre el tema y basándonos en los resultados del estudio se diseñó la estrategia de intervención educativa sobre riesgos del embarazo en la adolescencia.

3.5.1 Validación del instrumento

Para comprobar la validez de apariencia y contenido del constructo se consultó a expertos, escogidos teniendo en consideración la experiencia profesional e investigativa, con conocimiento sobre los conceptos a medir sobre los riesgos del embarazo precoz, para de este modo posibilitar un análisis integral del problema en estudio a partir de la valoración de diversos especialistas. Se seleccionaron cinco jueces expertos.

Utilizando como guía los criterios de Moriyama, a través de un formulario (**Anexo D**), se les solicitó la valoración de cada ítem como, el examen de la estructura básica del instrumento, el número y alcance de las preguntas y se dio la posibilidad de adicionar cualquier otro aspecto que por experiencia fuera importante. Los criterios para la valoración fueron:

1. Comprensible: Se refiere a si se comprenden los aspectos (ítems) que se evalúan, en relación con el fenómeno que se quiere medir.

2. Sensible a variaciones en el fenómeno: Si usted considera que puede discriminar a individuos con diferentes grados de vulnerabilidad.

3. Razonables: Si el instrumento (ítem) tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables. Es decir, si existe una justificación para la presencia de dicho ítem en el instrumento.

4. Componentes claramente definidos: si el ítem tiene una definición clara.

5. Factibles: Si deriva de datos factibles de obtener. Si el dato correspondiente al ítem evaluado se puede recoger.

Para evaluar en cada ítem los cinco criterios de Moriyama se dieron los siguientes valores:

Mucho: 3, Suficiente: 2, Poco: 1 y Nada: 0.

Cada experto evaluó el ítem asignándole un valor para cada uno de los criterios antes expuestos, según la escala ordinal siguiente: Satisfactorio > 60; No satisfactorio: < 60.

Posteriormente, se identificaron aquellos ítems que en alguno de los aspectos evaluados obtuvieron calificación por menos del 60 % de los expertos. Esos ítems fueron analizados, corregidos y sometidos nuevamente a la opinión de los expertos hasta ser evaluados con un 60 % o más.

3.6 Plan de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de la información se realizó a través del programa SPSS 17.0. Para la descripción de las variables se utilizaron los números y porcentajes. Los resultados se reflejaron en tablas, para permitir analizar los datos, llegar a conclusiones y emitir recomendaciones.

3.7 Selección y definición de las variables

Las variables de estudio fueron sociodemográficas y sobre conocimientos previos sobre riesgos del embarazo precoz.

3.7.1 Operacionalización de variables.

Tabla 1-3: Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DESCRIPCIÓN	INDICADOR
Edad	Cuantitativa continua	10-13 14-16 17-19	Adolescencia temprana Adolescencia media Adolescencia tardía	Porcentaje según edad
Sexo	Cualitativa nominal	Masculino Femenino	Según sexo biológico	Porcentaje de sexo masculino y femenino
Etnia	Cualitativa nominal	Blanco Mestizo Indígena Afroecuatoriano Negro	Según etnia del adolescente	Porcentaje según etnia
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal	7mo-9no Año 10mo-12vo Año 1ro-3ro bachillerato	Según nivel de escolaridad	Porcentaje según nivel de escolaridad
Estado civil	Cualitativa nominal	Soltero Casado Unión libre Separado	Según el estado civil en que se encuentre.	Porcentaje según estado civil

Conocimientos sobre sexualidad	Cualitativa dicotómica	Si No	Según conocimientos sobre sexualidad	Porcentaje según conocimientos sobre sexualidad
Conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz	Cualitativa nominal	Biológico Familiar Social	Según conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz	Porcentaje según conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz
Evaluación final sobre Conocimientos de riesgos del embarazo precoz	Cualitativa nominal	Adecuado Inadecuado	Adecuado mayor de 75 puntos Inadecuado menor de 75 puntos	Porcentaje según evaluación final sobre conocimientos de riesgos del embarazo precoz

Fuente y elaboración: Autora

3.8 Aspectos éticos

El código de ética se cumplió a través de la aplicación de los principios de la ética y la bioética.

Respeto y autonomía: Se cumplió respetando la voluntariedad de los adolescentes que son objeto de estudio de participar en la investigación y se registró a través de la firma de un consentimiento informado. En todos los casos el adolescente y sus tutores serán advertidos acerca de la posibilidad de publicación de los resultados.

Beneficencia / No maleficencia: A través de la propuesta de intervención se velará que no se producen daños ni reacciones adversas al adolescente, por el contrario se brindan una serie de conocimientos con técnicas afectivas-participativas encaminadas a la reflexión y cambio, muy necesarias para incrementar los conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz favoreciendo modificaciones en su conducta y ayudando al desarrollo integral de la personalidad del mismo y la sociedad.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados y discusión

La Organización Mundial de la Salud en su nota descriptiva N° 364 dice que “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.” (Organización Mundial de la Salud, 2014). Según la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) las etapas de la Adolescencia son: Adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años). La sociedad ecuatoriana se transforma y con ella la vida de las adolescentes. Las cifras de aumento del embarazo en la adolescencia preocupan a las autoridades de salud de nuestro país, ya que tres de cada cinco mujeres adolescentes ecuatorianas es madre o estuvo embarazada. Frente a esta problemática, de embarazos en adolescentes, se coloca a Ecuador en el primer lugar en la región andina y en América Latina ocupa el segundo lugar después de Venezuela. (Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes, 2012). En Ecuador la población total es de 14,4 millones de habitantes de las cuales contamos con el 50,44% de mujeres y 49,56% hombres siendo predominante el sexo femenino. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2010).

Tabla 1-4: Distribución de adolescentes según grupo de edad y sexo. Barrio Antonio Cabri, 2016.

Grupo de edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
10-13	5	12,5	14	35	19	47,5
14-16	5	12,5	6	15	11	27,5
17-19	2	5	8	20	10	25
Total	12	30	28	70	40	100

Fuente: Encuesta

En cuanto a la edad la literatura reporta múltiples riesgos del embarazo en la adolescencia, que pudieran afectar desde el punto de vista biológico, económico y psicosocial, así desde lo psicológico pueden presentar depresiones, fracasos de la madre; en lo social deserciones escolares, biológicamente enfermedades carenciales entre otros riesgos importantes. (Baron, 2011). Al analizar la distribución de los adolescentes por grupo de edad y sexo (tabla N° 1-4) se observó un predominio del sexo femenino en los tres grupos etarios con veintiocho (28) mujeres participantes para un 70 % y el grupo de edad entre diez a trece (10-13) años con 19 adolescentes para un 47,5%, seguida del grupo entre 14-16 años con once (11) para un 27,5% y el de menor cantidad lo representó el grupo de 17-19 años con diez (10) para un 25%. Al revisar la literatura internacional sobre el tema tratado encontramos que algunos autores como Chávez, no coincidieron sus resultados con los del presente estudio ya que este último encontró, un predominio del grupo de 16 -17 años. Este estudio de Chávez arrojó que el 53,2% de su muestra de adolescentes corresponde a mujeres y el 46,8% a hombres, siendo coincidente las cifras que determinan al sexo femenino como predominante en ambos estudios. (Chávez, 2014). Para el investigador resultó importante que la mayoría de los participantes fueran entre diez a trece (10 a 13) años ya que con la intervención educativa que se realizara a posterior en este mismo grupo de adolescentes, de forma precoz modificaremos conocimientos sobre riesgos en el embarazo y también es interesante la participación de mayor número de féminas porque resultan ser las más afectadas desde su desarrollo biopsicosocial.

En cuanto a la etnia indígena, la literatura reporta marcadas diferencias y barreras socioculturales entre hombres y mujeres a partir de socializaciones de géneros estereotipadas y cargadas de prejuicios sexistas, se reflejan la disminución de la autoestima, las referencias que hacen a relaciones de violencia familiar como algo permanente y cotidiano en la familia, siendo en estos casos las féminas las más afectadas porque se considera la sexualidad un tabú. (Salinas, 2013).

La educación es parte fundamental para el desarrollo de un país. Es por ello que se han realizado grandes esfuerzos para acabar con el rezago educativo y brindar las mismas oportunidades para toda la población (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015). Datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014 muestran que 33,8% de los jóvenes cuentan con educación media superior y 19,9% con educación superior. Destaca que 1,2% no cuenta con instrucción o solo tiene el preescolar y 3% tiene primaria incompleta. En los adolescentes, la proporción de aquellos que tienen una escolaridad menor a la primaria completa es de 3%, en tanto que 5,9% cuenta con primaria completa y 42,2% con algún grado de secundaria.

Tabla 2-4: Distribución de adolescentes según nivel de escolaridad y etnia. Barrio Antonio Cabri, 2016.

Nivel de escolaridad	Etnia				Total	
	Mestizo		Indígena		N°	%
	N°	%	N°	%		
5to-7mo Año Básico	6	15	9	22,5	15	37,5
8vo-9no Año Básico	5	12,5	9	22,5	14	35
1ro-3ro Bachillerato	6	15	5	12,5	11	27,5
Total	17	42,5	23	57,5	40	100

Fuente: Encuesta

De los cuarenta (40) adolescentes incluidos en el estudio, como se aprecia en la tabla N° 2-4 predominó la etnia indígena con veintitrés (23) adolescentes para un 57,5%, en

relación a la mestiza con diecisiete (17) para un 42,5% y en cuanto al nivel de escolaridad el que predominó es de 5to-7mo año básica con quince (15) adolescentes para un 37,5%, seguida de 8vo-10mo año básica con catorce (14) para un 35% y el bachillerato con once (11) para un 27,5%. Estos datos corresponden con el nivel escolar que debían tener los participantes de acuerdo a la edad declarada, se observa que de forma general no presentan atrasos educacional, concordando con las estadísticas nacionales. (Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía, 2015).

No coincidiendo el estudio con las estadísticas nacionales, donde la etnia mestiza es la que predomina en Ecuador, con un 71,9%. Los resultados del estudio a opinión de la autora se debe a que la población indígena ha migrado a esta zona urbana, en busca de mejora socioeconómica, porque en los lugares donde vivían no hay escuelas suficientes para la superación de ellos y sus hijos, ni suficientes trabajos para poder mantener a su familia. La mayoría de investigaciones no se refiere a la etnia del evaluado sino que solo se enfocan al área donde viven los estudiados clasificándola en urbanos o rurales.

En datos aportados por la Organización Mundial de Salud se plantea que las adolescentes no puedan negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas o a oponerse a las relaciones sexuales forzadas, que suelen ser sin protección. (OMS, 2014) reafirmando lo que sucede en la población objeto de estudio donde predomina la etnia indígena que por sus características socioculturales son las más sometidas a este tipo de riesgo, resultando muy necesario desde el punto de vista profesional que el médico familiar comunitario brinde apoyo y eduque a esta población sobre los riesgos del embarazo en edades tempranas.

En un estudio realizado por Cumbal y Valencia (2012), también predominaron como participantes los adolescentes de nivel básico de 5to a 7mo con un 66% de la muestra de estudio.

La situación conyugal que predomina en los jóvenes ecuatorianos es la de solteros (63,5%), mientras que uno de cada tres (33,1%) está unido (casado o en unión libre) y 3,4% se encuentra divorciado, separado o viudo (población ex unida). Conforme avanza la edad la situación conyugal de los jóvenes tiende a cambiar: en los adolescentes de 15 a 19 años 89.1% están solteros, mientras que en los de 25 a 29 años casi seis de cada 10

(58,7%) están unidos. Destaca que 6% de los jóvenes de 25 a 29 años de edad está divorciado, separado o viudo (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015).

Tabla 3-4: Distribución de adolescentes según estado civil y sexo. Barrio Antonio Cabri, 2016.

Estado civil	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Soltero	12	30	22	55	34	85
Unión libre	0	0	6	15	6	15
Total	12	30	28	70	40	100

Fuente: Encuesta

En esta investigación existe un predominio de adolescentes femeninos con veinte y ocho (28) para un 70% y solteros (tabla N° 3-4) con treinta y cuatro (34) para un 85% seguido de la unión libre con seis (6) para un 15%, no existió ningún adolescente casado ni divorciado. Este comportamiento no se corresponde con lo que habitualmente ocurre en los pacientes indígenas, los cuales arraigados a sus costumbres casan a sus hijas en edades tempranas. Pero coincide con otros estudios como el de Chávez (2014), donde el 41,3% de la población de adolescentes refirió que posee pareja/novio en el momento de la encuesta y el otro 58,7% no posee pareja. La literatura reporta beneficios en la esfera psicológica cuando la adolescente está acompañada y apoyada para afrontar el embarazo y tener un final satisfactorio. (Peláez, 2012). En lo que respecta a la mantención de la pareja, el 11,4% poseía la pareja durante al menos seis (6) meses; el 7,5% 1 año y el 3,6% durante dos (2) años. (Chávez, 2014).

La comunicación con los padres es fundamental en la vida de un adolescente, porque el intercambiar o proporcionar conocimientos a un niño, joven o adulto es enriquecedor para la sociedad y más aún si se trata de su vida sexual, pues desde ahí se le enseña el sentido de la responsabilidad de sus actos. La confianza entre padres e hijos puede evitar los embarazos no deseados, ya que un padre tiene que estar dispuesto a explicar a su hijo acerca de la sexualidad y del cómo actuar ante estos sucesos. En caso de que

estos no tengan los conocimientos suficientes, juntos (padres e hijo) deben recurrir a un profesional, o buscar orientaciones de fuentes confiables como grupos de ayuda, instituciones sociales que ayuden a proporcionarle la información necesaria para que eduque al adolescente en cuanto al tema seleccionado y evite a tiempo que se produzca un embarazo precoz con todos los riesgos que lo acompañan por desconocimiento y falta de confianza con los hijos.

Tabla 4-4: Distribución de adolescentes según comunicación con sus padres sobre sexualidad. Barrio Antonio Cabri, 2016.

Comunicación con sus padres sobre sexualidad	N°	%
Si	23	57,5
No	17	42,5
Total	40	100

Fuente: Encuesta

Respecto a este tema observamos en la tabla N° 4-4 que veintitrés (23) adolescentes para un 57,5% recibieron información sobre sexualidad con sus padres y diecisiete (17) adolescentes para un 42,5% nunca hablaron de sexualidad con sus padres.

Según (González, 2012) en el estudio que realizó sobre este mismo tema, de los estudiantes que respondieron que si conocían sobre educación sexual el 26% indicó que la educación proviene de los profesores, el 21% de la madre, el 18% de charlas, el 14% del padre, el 8% de familiares, el 5% de talleres, el 4% de seminarios, el 3% de hermanos y el 2% de amigos (as). Mientras que en el estudio de (Chávez, 2014) la mayoría de la población de estudiantes no posee problemas al hablar de sexo; aunque el porcentaje de esta población que habla de sexualidad con los padres es de 47,6%, los que respondieron no, son 26,6% y los que hablan a veces son el 25,8%, este porcentaje es menor al referirse a la pareja, novia o novio con el 43,8%; los puntajes más elevados son para los amigos o amigas. A parte de la familia o pareja los jóvenes conversan sobre sexualidad con un hermano mayor (21,1%); y por último el 56% de la población refirió que le gustaría conversar más sobre sexualidad con la madre de familia. Entonces, la

mayoría de los adolescentes encuestados concuerda que si hablan con sus padres acerca de la sexualidad, pero aun así recurren a otras instancias como son los amigos, enamorados y hermanos mayores para responder a las inquietudes, aunque estas últimas pueden o no tener las respuestas correctas.

Dentro de los riesgos del embarazo precoz tenemos los riesgos físicos maternales como; el aborto, déficits nutricionales, enfermedad hipertensiva, obesidad, infecciones, parto prematuro y crecimiento intrauterino restringido, así como los riesgos psicosociales; abandono de la escuela, dificultades laborales, maltrato psicofísico del niño, dificultad para formar una nueva pareja estable, interrupción definitiva del proceso de adolescencia, dificultades para independizarse económicamente, además tiene menor conocimiento para aportar a su descendencia lo que pone a los niños de madres adolescente en desventaja con los de madre de edad madura y dentro de los riesgos para el niño están; la mortalidad, morbilidad, bajo peso, malformaciones, problemas emocionales y de conducta, sobre algunos de estos riesgos los adolescentes no siempre tienen la información necesaria, la cual debe provenir desde la familia, la escuela, los medios sociales, entre otros; instituciones que no siempre juegan el rol correspondiente.

Tabla 5-4: Distribución de adolescentes según información previa sobre los riesgos del embarazo precoz. Barrio Antonio Cabri, 2016.

Información previa sobre los riesgos del embarazo precoz	N°	%
Si	29	72,5
No	11	27,5
Total	40	100

Fuente: Encuesta

De los 40 adolescentes del estudio (tabla N° 5-4) veintinueve (29) que representan un 72,5%, refieren que han recibido información previa sobre los riesgos del embarazo precoz y once (11) para un 27,5% plantean que no la han recibido. Coincidiendo nuestro estudio con González, que en su investigación, la mayoría de los adolescentes participantes en su estudio habían recibido información sobre los riesgos de embarazo

precoz, para un 85% mientras que menor cantidad refirió no haber recibido información con un 15% de representantes. (González, 2012). A opinión de la autora estos resultados aunque muestran mayor número de adolescentes con conocimientos previos, todavía existe un número importante de participantes sin recibir información, lo que puede resultar negativo para el desarrollo y conocimiento sexual del adolescente contribuyendo a incrementar el embarazo en la adolescencia por desconocimiento de cómo evitarlo y de sus consecuencias, problema que se evidencia con las altas cifras de embarazo en la adolescencia que exhibe el Ecuador.

El presidente Correa dijo que en los últimos años se ha reducido el embarazo en los adolescentes. Él afirmó que entre el 2010 y el 2014, el embarazo en las mujeres entre 15 y 19 años disminuyó del 60,61% al 56,08%. Sin embargo, los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años subieron en ese período de 1,98% a 2,16%. (El Comercio, 2015), si tenemos en cuenta lo reportado en la literatura podemos interpretar que los logros sobre un grupo etario no lo eran para el otro, afirmación que compromete a los profesionales de la salud pública a incrementar las acciones de salud sobre estos grupos de riesgos de contraer un embarazo precoz, mediante intervenciones educativas, promoción de salud entre otras actividades que incrementen los conocimientos sobre el problema detectado.

Tabla 6-4: Distribución de adolescentes según conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz y grupo de edad. Barrio Antonio Cabri, 2016.

Conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz	Grupo de edad						Total	
	10-13		14-16		17-19		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Adecuado	3	7,5	5	12,5	6	15	14	35
Inadecuado	16	40	6	15	4	10	26	65
Total	19	47,5	11	27,5	10	25	40	100

Fuente: Encuesta

Resultado: Chi cuadrado= 3,63 p=0,055

En la Tabla N° 6-4 se observa que de cuarenta (40) adolescentes veintiséis (26) para un 65% presentaron conocimientos inadecuados sobre riesgos del embarazo precoz, siendo el grupo de diez a trece (10 a 13) años el que menos conocimientos presentó, con dieciséis (16) adolescentes para un 40% con conocimientos inadecuados seguido del grupo de catorce a dieciséis (14 a 16) años con seis (6) para un 15% y solo catorce (14) adolescentes para un 35% presentaron conocimientos adecuados, de los cuales seis (6) para un 15% pertenecían al grupo de diecisiete a diecinueve (17 a 19) años. No existió asociación estadísticamente significativa entre estas variables.

El vocablo "adolescencia" deriva de la voz latina "adolece" que significa crecer y desarrollarse hacia la madurez. Como hemos visto esta etapa comprende edades muy variables de un niño a otro. (Ramos, 2015) a opinión de la autora podemos interpretar que a medida que el adolescente avanza en edad va ganando en conocimientos sobre todos los aspectos de la vida, incluidos los relacionados con la sexualidad y el embarazo en la adolescencia por lo que se justifican los resultados encontrados en el estudio donde los adolescentes de mayor edad mostraron mejores conocimientos.

El embarazo en la adolescencia se ha considerado como un problema de salud en todo el mundo. Cada vez aumenta más el número de embarazos en esta etapa de la vida, tanto en países desarrollados como subdesarrollados. Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente seis o siete años antes de ser maduros emocionalmente, y crecen en una cultura donde los compañeros, la televisión, el cine y la música transmiten mensajes manifiestos a propósito de las relaciones sexuales que son muy comunes y aceptados. Normalmente no se ofrece educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara en el hogar, la escuela y la comunidad; por lo tanto, la educación sexual que reciben viene a través de personas muchas veces desinformadas. Y no se les trasmite el riesgo que entraña con respecto a su salud, es de destacar que las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, entre las que podemos citar la toxemia, la eclampsia y las anemias. Son más proclives también a los partos pre términos, que pueden llevar incluso a la muerte, o al recién nacido de bajo peso, prematuridad, traumas obstétricos y un riesgo elevado de muerte prenatal en el transcurso del primer año de vida. En el estudio realizado por Villamarín (2013) se concluyó que el grupo etario que predominó entre los encuestados fueron los

adolescentes mayores, siendo el 56% de la población de estudio y el sexo fue el masculino con el 54%. Además, muestra que en la zona rural es mayor el número de adolescentes que no sabe que es un método anticonceptivo mientras que la gran mayoría piensa que solo evita embarazos lo que nos da a pensar que no saben que algunos como los condones, también sirven para prevenir infecciones y que estas infecciones pueden truncar sus sueños o posibilidades de superación, también compara los conocimientos sobre anticoncepción según procedencia de los adolescentes investigados, de los cuales se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, $p = 0,0111248$ (Villamarín, 2013).

Tabla 7-4: Distribución de adolescentes según conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz y sexo. Barrio Antonio Cabri, 2016.

Conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Adecuado	3	7,5	11	27,5	14	35
Inadecuado	9	22,5	17	42,5	26	65
Total	12	30	28	70	40	100

Fuente: Encuesta

Resultado: Chi cuadrado = 3,69 $p = 0,54$

Según los datos de la tabla N° 7-4 se observa que el sexo femenino presentó menos conocimiento sobre riesgos del embarazo precoz, con diecisiete (17) adolescentes para un 42,5% que el sexo masculino. Cuando se aplicó la prueba Chi cuadrado se evidenció que no existe asociación estadísticamente significativa. En el estudio realizado por Sancho se encontró que las mujeres con el 79% (47) tenían mejor conocimiento sobre el tema analizado, que los varones, de los cuales solo el 56% mostró conocimientos adecuados lo cual muestra un mayor interés y manejo de la información por parte de las féminas. (Sancho, 2012); estos resultados no coinciden con la presente investigación puede ser debido al predominio de la etnia indígena con costumbres y tabúes muy arraigados donde es el sexo femenino precisamente el más afectado.

Existe una fuerte relación entre los índices de pobreza y los altos niveles de fecundidad y fecundidad no deseada, en todos los países de la región latinoamericana, los mayores índices se presentan entre las mujeres con menor nivel socioeconómico, donde las mujeres indígenas sobresalen incluso dentro de este grupo, y son las que precisamente muestran menos conocimientos sobre riesgo de embarazo en adolescencia. (Valles, 2010). Existen evidencias de que la cantidad de hijos de jóvenes indígenas es mayor a la del resto de la población, lo que también se explicaría por el nivel educativo, zona de residencia generalmente rural y por la falta de adecuación cultural de los servicios de salud, lo que dificulta el acceso de estas jóvenes a los servicios de planificación familiar y de información sobre riesgos.

Tabla 8-4: Distribución de adolescentes según conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz y etnia. Barrio Antonio Cabri, 2016.

Conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz	Etnia				Total	
	Mestizo		Indígena		N°	%
	N°	%	N°	%		
Adecuado	7	17,5	7	17,5	14	35
Inadecuado	10	25	16	40	26	65
Total	17	42,5	23	57,5	40	100

Fuente: Encuesta

Resultado: Chi cuadrado = 0,75 p = 0,38

En la tabla N° 8-4 se observa que dieciséis (16) adolescentes indígenas para un 40% presentaron conocimientos inadecuados sobre riesgos del embarazo precoz, seguidos de los mestizos con diez (10) para un 25%, no existiendo asociación estadísticamente significativa. Estos resultados pueden estar ocurriendo porque los adolescentes indígenas tienen padres que provienen de las comunidades donde no existían escuelas, por lo que tienen nivel cultural bajo y poseen pocos conocimientos sobre el tema y por tanto no pueden transmitirlos a sus hijos. A parte de que ellos tienen una cultura diferente y se cohíben ante los cambios.

Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales (Organización Mundial de Salud, 2014), este informe emitido por la Organización Mundial de salud concuerda con los resultados del estudio realizado ya que las adolescentes de raza indígena proceden de comunidades rurales, pobres y menos instruidas donde la educación sexual por creencias y estilos de vida propios se hace casi nula, trayendo como consecuencia el desconocimiento y el incremento del riesgo sobre los aspectos tratados, en los y las adolescentes pertenecientes a esta etnia. En un estudio realizado en Bahía Honda, Cuba, los resultados coincidieron con el presente trabajo, también se encontró que las adolescentes de comunidades rurales poseían menos conocimientos. (Duarte, 2011).

El nivel de educación es importante para el desarrollo de un país; la baja escolaridad y el analfabetismo han sido mencionados como factor asociado al embarazo en la adolescencia. (Blanco, 2012). No resulta difícil comprender la relación entre el nivel educacional y el desconocimiento del riesgo en el embarazo en la adolescencia; si tenemos en cuenta que ésta en si misma constituye un factor de riesgo, entonces podemos inferir que a menor nivel académico mayor desconocimiento sobre sexualidad y riesgo de embarazarse precozmente, los adolescentes de menor nivel educacional han estado menor tiempo recibiendo enseñanza tanto institucional como de los círculos que les rodean, repercutiendo en sus conductas ante la sociedad y en la apropiación de conocimientos adecuados.

Tabla 9-4: Distribución de adolescentes según conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz y nivel de escolaridad. Barrio Antonio Cabri, 2016.

Conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz	Nivel de escolaridad						Total	
	5to-7mo		8vo-9no		1ro-3ro		N°	%
	Año Básico		Año Básico		Bachillerato			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Adecuado	1	2,5	7	17,5	6	15	14	35
Inadecuado	14	35	7	17,5	5	12,5	26	65
Total	15	37,5	14	35	11	27,5	40	100

Fuente: Encuesta

Resultado: Chi cuadrado = 1,17 p = 0,27

En la investigación predominaron con conocimientos inadecuados (tabla N° 9-4) los adolescentes de escolaridad de 5to a 7mo año básico, con catorce (14) para un 35% seguido de los 8vo a 9vo año básico con siete (7) para un 17,5%, siendo los adolescentes de menor nivel escolar los que menos conocimientos presentaron; no existiendo relación estadísticamente significativa con los conocimientos sobre riesgo de embarazo precoz y la escolaridad. En un estudio realizado por Duarte también encontró que los adolescentes con menos nivel educacional tenían menos conocimientos sobre riesgos de embarazo en la adolescencia resultados similares al estudio. (Duarte, 2011). Como autora de la investigación opino que esto se debe a que a ese nivel educativo no se ha implementado la educación sexual como una disciplina de conocimiento y por otro lado los padres de familia no están preparados para hablar de sexualidad a esa edad.

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en una de las preocupaciones médicas más importantes derivadas de la conducta sexual de las jóvenes, como resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de los anticonceptivos, lo cual aumenta considerablemente los embarazos en adolescentes en las últimas décadas. Este tipo de embarazo se produce cuando la maduración biológica, física y psicológica no se ha logrado aún, y cuando no han alcanzado el conocimiento necesario en esta esfera y desconocen la repercusión biopsicosocial que esto provoca, a lo cual se le suman los problemas socioeconómicos que esto entraña así como los problemas biológicos que son frecuentes en esta etapa de la vida como carencias nutricionales. Hay que destacar que son frecuentes los medios familiares poco receptivos y cooperativos, incapaces de aceptar la situación y protegerlo, lo que influye en que termine en parto distócico. La madre adolescente soltera no tiene un orden de valores que respalde su comportamiento frente a esta nueva situación. (Álvarez, 2012)

Tabla 10-4: Distribución de adolescentes según conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz y estado civil. Barrio Antonio Cabri, 2016.

Conocimiento sobre riesgos del embarazo precoz	Estado civil				Total	
	Soltero		Unión libre		N°	%
	N°	%	N°	%		
Adecuado	11	27,5	3	7,5	14	35
Inadecuado	23	57,5	3	7,5	26	65
Total	34	85	6	15	40	100

Fuente: Encuesta

Resultado: Chi cuadrado = 1,75 p = 0,18

De veintiséis (26) adolescentes con conocimientos inadecuados sobre riesgos del embarazo precoz (tabla N° 10-4), veintitrés (23) para un 57,5% tenían estado civil soltero y tres (3) para un 7,5% con unión libre. Con conocimientos adecuados once (11) eran solteros para un 27,5% y tres (3) adolescentes para un 7,5% con unión libre. Por lo que se aprecia, en la población estudiada, no existió asociación estadísticamente significativa entre estado civil y conocimientos, donde el estado civil no influye en la adquisición de conocimientos sobre el tema. El 50% de las uniones libres tiene conocimientos inadecuados sobre el tema. En un trabajo realizado en el área de salud del Policlínico Párraga en el Municipio de Arroyo Naranjo (Blanco, 2012), se demostró que los adolescentes solteros poseían menos conocimientos sobre riesgos del embarazo en la adolescencia al igual que en el estudio de Bahía Honda. (Duarte, 2011), también Goldenberg en su investigación encontraron de forma significativa incidencia de madres solteras en el grupo de adolescentes, hablando a favor de menos conocimientos. (Goldenberg, 2007). En un estudio realizado en Venezuela el 43,6% correspondió a adolescentes acompañadas y el 34,7% a las casadas mostrando en este sentido un comportamiento interesante, es de destacar que el mayor grupo de adolescentes en este estudio se encontraban en etapa tardía de la adolescencia. (Abreu, 2010).

La sexualidad en la época actual es un tema que se encuentra íntimamente ligado a los derechos y libertades plenas que traspasa las costumbres locales, por la información que existe en los medios de comunicación y en el ciberespacio, lo que da cuenta de los cambios, problemáticas y necesidades específicas a las que se enfrenta los adolescentes, en muchas ocasiones tienen mayor confianza con su entorno amistoso que con sus padres, lo que propicia que la información que obtienen entre ellos mismos no sea precisa. Por lo anterior resulta necesario centrar la atención en temas de salud sexual y reproductiva, riesgos del embarazo precoz, así como en el acceso a servicios educativos integrales frente a su condición particular. La salud sexual y reproductiva tiene que ver con la integralidad de la educación formal emitida por el sistema educativo o de salud, con la información y proveniente de su vínculo familiar, y con la recibida de su entorno generacional o comunitario. (Valles, 2010)

Tabla 11-4: Distribución de adolescentes según conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz y comunicación con sus padres sobre sexualidad. Barrio Antonio Cabri, 2016.

Conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz	Comunicación con sus padres sobre sexualidad				Total	
	Sí		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Adecuado	10	25	4	10	14	35
Inadecuado	13	32,5	13	32,5	26	65
Total	23	57,5	17	42,5	40	100

Fuente: Encuesta

Resultado: Chi cuadrado = 0,27 p = 0,60

Como se aprecia en la tabla N° 11-4, tanto los adolescentes que recibieron como los que no recibieron comunicación con sus padres sobre sexualidad presentaron conocimientos inadecuados en la misma proporción ambos con trece (13) adolescentes para un 32,5%. Solo diez (10) adolescentes para un 25% de los que recibieron comunicación tenían conocimientos adecuados. Lo cual quiere decir que los adolescentes a pesar de haber

tenido comunicación con sus padres sobre sexualidad tenían pocos conocimientos sobre el tema, que puede estar atribuido a que no recibieron conocimientos adecuados o eran insuficientes. No existe asociación estadísticamente significativa. En el estudio realizado por Masabanda, se encontró que como fuente de información sobre riesgos del embarazo en la adolescencia los padres ocuparon el último lugar. (Masabanda, 2015) al juicio del autor aún se mantienen tabúes en la población relacionados con estos temas contribuyendo a limitar la comunicación de los padres con los adolescentes sobre sexualidad con las lógicas consecuencias de pobre adquisición de conocimientos sobre el tema tratado.

La educación sexual se imparte en niveles elementales y tiene efectos positivos. Las acciones educativas pueden tener mayores efectos para prevenir el embarazo adolescente, que la información que se recibe en casa por parte de los padres, los grupos vulnerables que no tienen acceso a la educación por su condición de marginalidad, son propensos a ser padres a temprana edad. Los porcentajes reportados por la literatura llegan a ser bien altos. (Valles, 2010).

Los datos relativos a los jóvenes de 10-19 años de edad de los países en desarrollo no son lo suficientemente fiables para sacar conclusiones bien fundadas, sin embargo hay una tendencias es su comportamiento sexual antes del matrimonio. Los resultados de las encuestas demográficas y de salud indican la presencia de una brecha cada vez mayor entre la edad que se tiene la primera relación sexual y los conocimientos previo respecto al riesgo del embarazo en edades tempranas; la edad en que se contrae el primer matrimonio en 32 de los 37 países encuestados en todas las regiones del mundo en desarrollo, indica que las relaciones prematrimoniales están aumentando. Posponer el matrimonio puede ofrecer oportunidad educacional y vocacional a los jóvenes, pero la postergación del matrimonio conlleva a un aumento de las relaciones sexuales prematrimoniales en los adolescentes, hacen que estas corran un riesgo mayor de embarazos no planificados y abortos en condiciones de riesgo e infección de transmisión sexual lo que hace que cada vez sea más importante educar desde edades tempranas por los profesionales de la salud a la familia y al individuo. (Virella, 2010).

Tabla 12-4: Distribución de adolescentes según conocimientos sobre riesgos de embarazo precoz y conocimientos previos sobre los riesgos del embarazo precoz. Barrio Antonio Cabri, 2016.

Conocimientos sobre los riesgos del embarazo precoz.	Conocimientos previos sobre riesgos del embarazo precoz				Total	
	Sí		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Adecuado	11	27,5	3	7,5	14	35
Inadecuado	18	45	8	20	26	65
Total	29	72,5	11	27,5	40	100

Fuente: Encuesta

Resultado: Chi cuadrado = 0,05 p = 0,82

En el análisis de la tabla N° 12-4 se observó que de veintinueve (29) adolescentes que recibieron conocimientos previos sobre riesgos en el embarazo precoz dieciocho (18) para un 45%, presentaron conocimientos inadecuados sobre este tema y solo once (11) para un 27,5% presentaron conocimientos adecuados. Sin embargo de once (11) pacientes que no tenían conocimientos previos ocho (8) para un 20% presentaron conocimientos inadecuados. Los adolescentes que decían tener conocimientos previos, al parecer eran errados o insuficientes y no tuvieron una educación sexual óptima ya sea por parte de los padres, la institución educativa o cualquier otro medio de adquisición de conocimiento. No existió asociación estadísticamente significativa.

En un estudio realizado por Fajardo en Cuba en el Municipio Marianao sobre Conocimiento de Sexualidad y Riesgo del Embarazo Precoz se reporta que la práctica de relaciones sexuales tempranas es debido a que la mayoría de los casos ocurre sin la correcta orientación e información y protección, consecuencia del embarazo no deseado, aborto y de las enfermedades de transmisión sexual e incluso una posible infertilidad futura. En este mismo estudio se encontró que el mayor por ciento de pacientes adolescentes carecía de conocimientos previos sobre sexualidad, problemática que afecta las actitudes y conductas en estas edades. (Fajardo, 2009)

Por los resultados obtenidos en esta investigación se diseñó una estrategia educativa sobre riesgos del embarazo en la adolescencia dirigida a los adolescentes pertenecientes al club de adolescentes, Barrio Antonio Cabri, Cantón Archidona. Constituyendo un reto y una realidad a la cual nos debemos de enfrentar.

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA DE DISEÑO DE INTERVENCIÓN.

Título. Adolescencia Segura.

Introducción.

Los riesgos del embarazo en la adolescencia se incrementan en los países en vías de desarrollo. Se considera que el embarazo en edades tempranas e incluso aquel que es deseado lleva implícito un incremento en los riesgos tanto para la madre, el feto y el futuro del recién nacido, aceptándose que la mortalidad infantil en hijos de madres adolescentes pueden llegar a resultar hasta 30 veces más elevada que en hijos de madres adultas (Yumar Rodríguez, 2008).

5.1 Objetivos

5.1.1 Objetivos Generales

1. Modificar conocimientos en adolescentes sobre riesgos del embarazo en la adolescencia, previniendo su precocidad mediante una intervención educativa.

5.1.2 Objetivos Específicos.

1. Analizar el papel de la comunicación en las relaciones con y entre los adolescentes.
2. Capacitar sobre la importancia del conocimiento de su cuerpo y el papel que juega en la salud la prevención del embarazo en la adolescencia.
3. Conocer las características principales en estas etapas de la vida.
4. Comprender la responsabilidad de ser padres y lo difícil de serlo en la adolescencia.

5. Interpretar las relaciones sexuales como un acto responsable.
6. Comprender las causas que llevan a cambios en las relaciones de los adolescentes con sus padres.
7. Analizar su comportamiento para unas buenas relaciones y comunicación con sus padres.
8. Valorar los momentos de la vida a transcurrir para llegar al amor.
9. Conocer la importancia de la protección en las relaciones sexuales, así como sus métodos anticonceptivos.
10. Conocer los principales pasos para construir un proyecto de vida.

5.2 Diseño/desarrollo de la intervención

5.2.1 Diseño y programación.

Quedaría estructurado en sesiones, con la siguiente distribución:

1ª Sesión:

- Tema: Nosotros y la Comunicación.

2ª Sesión:

- Tema: Conociéndome mejor y cuidando mi salud, puedo prevenir el embarazo precoz.

3ª Sesión:

- Tema: No soy quien busco y quiero encontrar.

4ª Sesión:

- Tema: ¿Padres nosotros?

5ª Sesión:

- Tema: ¿Mala suerte?

6ª Sesión:

- Tema: Las difíciles relaciones con los padres.

7ª Sesión:

- Tema: ¿Cómo relacionarme con mis padres?

8ª Sesión:

- Tema: Los pasos del amor

9ª Sesión:

- Tema: La protección en las relaciones sexuales.

10ª Sesión:

- Tema: Mi proyecto de vida.

5.2.2 Desarrollo

La intervención se desarrollará en el transcurso del año 2017. Para su ejecución se conformaran 2 grupos, uno compuesto por los de 10-13 años y el otro de los dos siguientes grupos de edades, lo cual facilitará el trabajo en el Club de Adolescentes para enfocar intereses de acuerdo a la edad. Con una sesiones semanal para cada grupo, las que se desarrollarán los viernes de cada semana. Se exceptúa los meses de Julio y Agosto que son vacaciones, debiendo incorporarse a las actividades de las Campañas Vacacionales que se desarrollan a nivel de parroquias.

Cada sesión se ha estructurado de la siguiente forma:

Parte expositiva, se fundamentará en presentaciones a través del programa informático de Power Point, en ocasiones se proyectaran videos, en otras se harán exposiciones orales, de acuerdo a las características e interés que los participantes muestren sobre los temas, donde se desarrollarán nociones teóricas que promuevan la discusión, así como el uso de ilustraciones gráficas, como fotos y esquemas, que faciliten el aprendizaje.

Parte práctica, se realizarán actividades grupales y participativas para desarrollar la habilidad de la discusión y el consenso, así como la exposición y defensa de criterios y experiencias.

5.2.3 Duración

La duración de las sesiones será de 60 minutos, de los cuales 5 serán para la apertura, 15 para la exposición del tema. Le seguirá un descanso de 5 minutos, luego 30 minutos de actividades participativas y al final 5 minutos para el cierre de la actividad.

Cronograma.

<i>Sesión</i>	1ra.	2da	3ra	4ta	5ta
<i>Tema</i>	Nosotros y la Comunicación	Conociéndome mejor y cuidando mi salud, puedo prevenir el embarazo precoz.	No soy quien busco y quiero encontrar.	¿Padres nosotros?	¿Mala suerte?

<i>Sesión</i>	6ta	7ma	8va	9na	10ma
<i>Tema</i>	Las difíciles relaciones con los padres.	¿Cómo relacionarme con mis padres?	Los pasos del amor	La protección en las relaciones sexuales.	Mi proyecto de vida.

5.3 METODOLOGÍA

5.3.1 Principios inspiradores

Centrada en el desarrollo y fomento de los valores de respeto, igualdad de género, tolerancia y el más estricto respeto a los derechos humanos.

Inspirada en la Igualdad de oportunidades.

Con una amplia Dimensión Social en su concepción y desarrollo.

5.3.2 Principios metodológicos

La estrategia se fundamenta en una participación activa de los adolescentes, donde se expondrán vivencias, se evaluará el aprendizaje y se promoverá la reflexión como elemento clave para el éxito del aprendizaje.

Se caracterizará por la más amplia libertad en la exposición de ideas propias y el respeto estricto a las ajenas.

Se fomentará la Cooperación con las/los demás y el compañerismo.

5.3.3 Estrategias metodológicas

Se desarrollaran los conocimientos sobre la base de la sensibilización en los temas propuestos y la interiorización y aprendizaje de los mismos.

El abordaje del contenido propuesto será en lo fundamental a través de la discusión grupal y la reflexión sobre las experiencias expuestas y las conclusiones arribadas.

Se procurará el consenso sobre las reflexiones e ideas positivas y valiosas que se expongan, previa aprobación y común acuerdo sobre las mismas.

El contenido se abordará utilizando la metodología del aprendizaje significativo basado en experiencias.

5.3.4 Herramientas fundamentales a utilizar.

Presentaciones en soporte informático.

Proyección de vídeos previamente seleccionados.

Revistas, folletos, libros y materiales seleccionados de webs que aborden la temática.

Elaboración de cuestionarios, fichas, resúmenes, interpretaciones y dibujos sobre temáticas seleccionadas.

5.4 ACTIVIDADES

1ª SESIÓN:

Tema: Nosotros y la Comunicación.

Objetivo: Analizar el papel de la comunicación en las relaciones con y entre los adolescentes.

Sumario: - Quienes somos.

- Elementos de la Comunicación.
- Comunicación efectiva.

Introducción.

Iniciar explicando la dinámica del taller y de sus sesiones. Posteriormente desarrollar una técnica grupal de presentación, sugerimos sea la telaraña, que consiste en formarlos en forma de círculo y usar un ovillo de hilo, el que se ira lanzando a los participantes en posiciones opuestas, los que se presentaran, el que se presenta lo lanza a otro y así sucesivamente hasta que todos se han presentado y queda conformada una telaraña.

Una vez creado el ambiente favorable se presenta el tema y objetivo, luego a manera de motivación se pregunta:

-¿Quiénes somos?

Los situamos en su lugar de adolescentes, buscando que se definan como tales. Con ayuda de sus respuestas, enlazar el contenido con lo que se va a abordar en esta primera sesión.

Desarrollo.

El facilitador con ayuda del proyector y la computadora ejecuta la presentación donde viene desarrollado el tema e ira definiendo las temáticas a abordar.

En el transcurso de la exposición crear condiciones para el debate a través de las siguientes preguntas:

¿Por qué el adolescente se considera distinto a su etapa anterior?

¿Por qué la comunicación es un elemento fundamental para una adolescencia feliz?

¿Qué elementos de la comunicación usted conoce?

¿Cómo podemos lograr una comunicación exitosa?

A medida que se vaya desarrollando el debate se irán haciendo breves conclusiones a manera de resumen.

Conclusiones.

Resumir brevemente lo abordado, comprobando el contenido con la siguiente pregunta:

¿Por qué afirmamos que con una adecuada comunicación cultivaremos buenas relaciones entre ustedes y con sus familias?

Resumir las respuestas y utilizarlas para enlazar el contenido que será abordado en la próxima sesión, a manera de motivación.

2ª SESIÓN:

Tema: Conociéndome mejor y cuidando mi salud, puedo prevenir el embarazo precoz.

Objetivo: Capacitar sobre la importancia del conocimiento de su cuerpo y el papel que juega en la salud, creando condiciones para la prevención del embarazo en la adolescencia.

Sumario: - El sistema reproductor masculino y femenino.

- Higiene personal.
- Adolescencia saludable.
- Prevención del embarazo en la adolescencia.

Introducción.

Iniciar rememorando lo estudiado en la sesión anterior, enlazándolo con lo nuevo que se abordara en el presente.

Presentar el tema y objetivo, destacando la importancia del conocimiento de su cuerpo y organismo, para una acción oportuna ante cualquier situación anormal, como el embarazo en la adolescencia.

Se explica la dinámica de la presente sesión, donde el primer aspecto del sumario se abordara en 2 grupos de trabajo, los que auxiliándose de un folleto se preparan para la discusión sobre el sistema reproductor y las formas correctas de prevenir el embarazo precoz.

Desarrollo.

El grupo de las hembras abordara el sistema reproductor masculino y el de los varones el femenino. Luego de resumir las características y funciones de los mismos se procederá a la exposición y discusión, haciendo énfasis en sus diferencias y como estas han provocados determinados tabúes a lo largo de la historia.

Las temáticas se desarrollaran a través de presentación, auxiliándose del proyector y la computadora, en la propia medida que se desarrolla la exposición se deben formular preguntas que motiven la discusión. Posteriormente se dividirán los asistentes en 3 grupos de trabajo, para que cada uno haga una propuesta de adolescencia saludable, libre de embarazo precoz, todo en concordancia con la exposición.

Al concluir un representante por grupo expondrá la propuesta elaborada, lo que será discutido entre todos.

El debate deberá dirigirlo el facilitador hacia la comprensión de la importancia que juega el conocimiento de su cuerpo y organismo para mantener una salud óptima, libre de embarazo precoz.

Conclusiones.

Resumir brevemente los aspectos destacados en la exposición, comprobando a través de preguntas si fue entendida y asimilada, proponemos las siguientes:

¿Cuáles son las principales diferencias en el sistema reproductor femenino y masculino?

¿Por qué la higiene es vital para una buena salud?

¿Cómo prevenir el embarazo en la adolescencia?

Las respuestas serán utilizadas para motivar el próximo tema a tratar en la siguiente sesión.

3ª SESIÓN:

Tema: No soy quien busco y quiero encontrar.

Objetivo: Conocer las características socio psicológicas principales en estas etapas de la vida, presentes en el grupo.

Sumario: - Las cualidades positivas de la familia. Papel en el desarrollo del adolescente.
- Autoestima, valores y su repercusión en la vida futura.
- Crisis en el hogar que repercuten en el adolescente.

Introducción.

Rememorar lo tratado en la sesión anterior, preguntar:

¿Qué papel juega una buena higiene en una vida saludable?

Después de escuchar las respuestas, resumirlas y utilizarlas para enlazar con el tema a tratar.

Presentar el tema y el objetivo, aclarando la forma en que se desarrollara la actividad.

Desarrollo.

Para el desarrollo de la primera parte de la sesión se entregara un papelito a cada participante y se les pedirá que escriban, con letra legible, en una oración la enseñanza más linda que sus padres le han dado.

Posteriormente se les pedirá que lo intercambien con el compañero que tienen al lado, de forma tal que ninguno lea el que escribió, el facilitador ira escribiendo en un papelógrafo las ideas que se van aportando, buscando que no se repitan, una vez concluido ese paso, se procede a discutir los principales valores que la familia aporta a sus miembros, ejemplificando con vivencias. Destacando el papel que juegan en la formación de los adolescentes.

El segundo ejercicio es similar al anterior, pero ahora escribirán lo que consideran como influencia negativa de la familia. Se procederá de manera similar, pero ahora se discutirá lo que provoca conflictos o crisis familiares con los adolescentes y su papel en la autoestima de los mismos. Debiendo definir el concepto autoestima.

Un momento importante es discutir la repercusión que esto tiene en la proyección futura de los adolescentes, con ayuda de sus vivencias, reflexionando en su papel en la superación de estos conflictos familiares.

Conclusiones.

Resumir brevemente lo abordado en la sesión, destacando los puntos esenciales.

Hacer pregunta de comprobación y utilizar las respuestas para motivar el estudio del tema que será abordado en la próxima sesión.

4ª SESIÓN:

Tema: ¿Padres nosotros?

Objetivo: Comprender la responsabilidad de ser padres y lo difícil de serlo en la adolescencia.

Sumario: - ¿Qué significa ser padres?

- Están los adolescentes aptos para asumir esa responsabilidad.

Introducción.

Rememorar lo tratado en la sesión anterior, preguntar:

¿Cuáles son los principales valores que la familia forma en niños y adolescentes?

Después de escuchar las respuestas, resumirlas y utilizarlas para enlazar con el tema a tratar.

Presentar el tema y el objetivo, aclarando la forma en que se desarrollara la actividad.

Desarrollo.

Para el desarrollo del primer aspecto el facilitador hará llegar pequeños trozos de cartulina de 4 colores, para al azar formar esa cantidad de grupos. Una vez formados se les da la tarea que preparen un pequeño informe donde destaquen lo que significa ser padres. Se les da 15 minutos para el trabajo grupal, luego expondrán su información delante del grupo, el facilitador recogerá en un papelógrafo los principales aspectos

destacados, procurando que no se repitan, argumentando y resumiendo cada aspecto con ayuda de las vivencias de los participantes, luego se les pregunta:

¿Cuál de ustedes se considera preparado para asumir la tarea de ser padres?

Con ayuda de sus propias respuestas el facilitador demostrara que el adolescente, es decir ellos, no están preparados desde ningún punto de vista para ser padres.

A manera de resumen, se les expondrá el video de 9 minutos, titulado: Los hijos de nadie.

Dedicando los minutos finales a debatirlo, reafirmando una vez más que los adolescentes no están preparados para ser padres.

Conclusiones.

Resumir brevemente lo abordado en la sesión, destacando los puntos esenciales.

Hacer pregunta de comprobación y utilizar las respuestas para motivar el estudio del tema que será abordado en la próxima sesión.

5ª SESIÓN:

Tema: ¿Mala suerte?

Objetivo: Interpretar las relaciones sexuales como un acto responsable.

Sumario: - Primeras relaciones sexuales, un acto de responsabilidad.

Introducción.

Rememorar lo tratado en la sesión anterior, preguntar:

¿Por qué un adolescente tiene serias limitaciones para cumplir de forma efectiva el rol de padre o madre?

Después de escuchar las respuestas, resumirlas y utilizarlas para enlazar con el tema a tratar.

Presentar el tema y el objetivo, exponiendo la forma en que se desarrollara la actividad.

Desarrollo.

Formar 3 grupos de trabajo, donde uno sea de chicas, el segundo de chicos y el tercero mixto, se ubicaran en puntos distantes, para que cada grupo no escuche lo expresado por el otro, cada uno realizara una lluvia de ideas sobre el tema: Las primeras relaciones sexuales, un acto responsable. Luego de 15 minutos el facilitador pedirá que cada grupo exponga su dictamen sobre el tema. Las principales ideas quedaran recogidas en el pizarrón o papelógrafo, logrando que no repitan.

El debate y exposición de experiencias se hará sobre la base de las siguientes preguntas:

¿Cómo reaccionarían los padres al enterarse?

¿Cuáles serían los principales riesgos y consecuencias de llegar a ese acto de forma irresponsable?

¿Cuál sería la edad óptima para las primeras relaciones sexuales?

El facilitador con ayuda de las respuestas de los presentes concluirá, destacando el papel de la responsabilidad de este acto.

Conclusiones.

Resumir brevemente lo abordado en la sesión, destacando los puntos esenciales.

Hacer pregunta de comprobación y utilizar las respuestas para motivar el estudio del tema que será abordado en la próxima sesión.

6ª SESIÓN:

Tema: Las difíciles relaciones con los padres.

Objetivo: Comprender las causas que llevan a cambios en las relaciones de los adolescentes con sus padres.

Sumario: - ¿Cómo son las relaciones con los padres en la niñez?

- Causas que llevan al cambio al pasar a la adolescencia.

Introducción.

Rememorar lo tratado en la sesión anterior, preguntar:

¿Por qué es importante para una vida saludable, lograr que las primeras relaciones sexuales sean un acto responsable?

Después de escuchar las respuestas, resumirlas y utilizarlas para enlazar con el tema a tratar.

Presentar el tema y el objetivo, aclarando la forma en que se desarrollara la actividad.

Desarrollo.

Se iniciará la actividad proyectando el video de 11.31 minutos: De vacaciones con mi familia. El cual trata de las relaciones los padres y sus dos hijos pequeños, de 9 y 7 años respectivamente. Luego de la visualización se procederá a su discusión sobre la base de las siguientes preguntas:

¿Enumere los actos de armonía familiar y los de conflictos observados en la película?

¿Cómo reaccionan los hijos ante los consejos y advertencias que hacen los padres?

Distinga la reacción entre ambos hijos, es decir, reaccionan igual?

La discusión el facilitador debe dirigirla hacia el cumplimiento del objetivo. Resumiendo los puntos clave de la discusión.

En el segundo momento de la sesión se hará a través de la discusión grupal, manteniendo los 3 grupos de la sesión anterior, los que una vez reunidos y teniendo en cuenta lo discutido anteriormente y las vivencias de cada uno de los presentes, elaborar un informe donde destaquen:

Al pasar a la adolescencia, se mantienen esos vínculos armoniosos entre padres e hijos?

¿Por qué se producen esos cambios en las relaciones familiares al arribar alguno de sus miembros a la adolescencia?

Al concluir la sesión grupal, se procede a la discusión, haciendo el énfasis mayor en las causas de esos cambios, buscando lograr que los presentes se vean reflejados en los elementos aportados.

Conclusiones.

Resumir brevemente lo abordado en la sesión, destacando los puntos esenciales.

Hacer pregunta de comprobación y utilizar las respuestas para motivar el estudio del tema que será abordado en la próxima sesión.

7ª SESIÓN:

Tema: ¿Cómo relacionarme con mis padres?

Objetivo: Analizar su comportamiento para unas buenas relaciones y comunicación con sus padres.

Sumario: - Acciones del adolescente para mantener buenas relaciones y Comunicación con sus padres.

Introducción.

Rememorar lo tratado en la sesión anterior, preguntar:

¿Considera usted que los conflictos adolescentes padres contribuyen a una buena salud mental del adolescente?

Después de escuchar las respuestas, resumirlas y utilizarlas para enlazar con el tema a tratar.

Presentar el tema y el objetivo, aclarando la forma en que se desarrollara la actividad.

Desarrollo.

El facilitador explicara que partiendo del hipotético caso de la existencia de un grave conflicto con sus padres, después de reflexionar en todo lo abordado en la sesión anterior y recordando todo lo visto hasta aquí, cada uno de los presentes debe elaborar, con letra legible, una carta dirigida a sus padres donde destaque su arrepentimiento por su actitud y las cosas que hará para ganarse la confianza de sus padres, así como lograr la armonía familiar. Se le darán 15 minutos para la redacción, luego se intercambiaran, de forma tal que cada uno lea la de otro compañero.

En el transcurso de la lectura el facilitador debe ir anotando en el pizarrón o papelógrafo los elementos destacados sobre cómo mantener una correcta relación y comunicación de los adolescentes con sus padres. Una vez concluida la lectura, se procede a discutir los aspectos señalados por el facilitador, donde aporten los adolescentes experiencias al respecto.

Al final de la discusión, reafirmar los aspectos esenciales sobre lo abordado.

Conclusiones.

Resumir brevemente lo abordado en la sesión, destacando los puntos esenciales.

Hacer pregunta de comprobación y utilizar las respuestas para motivar el estudio del tema que será abordado en la próxima sesión.

8ª SESIÓN:

Tema: Los pasos del amor

Objetivo: Valorar los momentos de la vida a transcurrir para llegar al amor.

Sumario: - Los pasos de amor.

- ¿Cómo llegar al amor verdadero?

Introducción.

Rememorar lo tratado en la sesión anterior, preguntar:

¿Cómo el adolescente podría contribuir a mantener buenas relaciones con sus padres?

Después de escuchar las respuestas, resumirlas y utilizarlas para enlazar con el tema a tratar.

Presentar el tema y el objetivo, aclarando la forma en que se desarrollara la actividad.

Desarrollo.

Se forman 6 pequeños grupos de entre los presentes y a cada uno se le da una palabra en una hoja de papel, teniendo en cuenta sus experiencias, deben definirla, se les da 10 minutos para ello, posteriormente se leerá cada una de las definiciones, las que el

facilitador ira sometiendo a discusión en la medida que se van exponiendo. Sintetizando en el pizarrón o papelógrafo cada termino, de forma que quede plasmado, a la vista de los presentes.

Luego la discusión se debe centrar en el orden en que deben desarrollarse hasta llegar al amor verdadero, como están escritos a la vista de todos, solo irlas enumerando, escuchando el parecer de todos, por consenso.

Deben quedar en el orden siguiente:

1. Conocido.
2. Compañero.
3. Amistad.
4. Ilusión.
5. Noviazgo.
6. Amor.

Dejando definido que ese es el camino del amor, camino que se debe transcurrir para llegar al amor verdadero, el que perdura y lleva a la formación de una futura familia.

Conclusiones.

Resumir brevemente lo abordado en la sesión, destacando los puntos esenciales.

Hacer pregunta de comprobación y utilizar las respuestas para motivar el estudio del tema que será abordado en la próxima sesión.

9ª SESIÓN:

Tema: La protección en las relaciones sexuales.

Objetivo: Conocer la importancia de la protección en las relaciones sexuales, así como sus métodos anticonceptivos.

Sumario: - Necesidad de protección en las relaciones sexuales.
- Métodos anticonceptivos en la adolescencia.

Introducción.

Rememorar lo tratado en la sesión anterior, preguntar:

De los presentes, quienes han tenido novios o novias, de entre los que afirman, ¿En ese noviazgo el amor ha recorrido el camino establecido?

Después de escuchar las respuestas, resumirlas y utilizarlas para enlazar con el tema a tratar.

Presentar el tema y el objetivo, aclarando la forma en que se desarrollara la actividad.

Desarrollo.

En una presentación, con ayuda de la computadora y proyector, el facilitador expondrá los elementos que demuestran la necesidad de protección en las relaciones sexuales en la adolescencia, logrando la participación interactiva de los presentes. Destacando resumidamente esos elementos y pidiendo que expongan vivencias al respecto.

En un segundo momento, la facilitadora expondrá en una presentación los principales métodos para proteger las relaciones sexuales, en la medida en que aborde cada uno, les ira mostrando una muestra, las que deberán pasar por las manos de cada uno de los presentes.

Una vez conocidos los mismos no se debe dejar de destacar que cada persona es distinta y quien decide que medio usar es la persona con el médico especialista o la obstetrix del centro de salud, con la autorización de los padres. Así como esclarecer el papel que juegan en la planificación familiar y en la prevención de infecciones de transmisión sexual, para el caso del condón.

Conclusiones.

Resumir brevemente lo abordado en la sesión, destacando los puntos esenciales.

Hacer pregunta de comprobación y utilizar las respuestas para motivar el estudio del tema que será abordado en la próxima sesión.

10ª SESIÓN:

Tema: Mi proyecto de vida.

Objetivo: Conocer los principales pasos para construir un proyecto de vida.

Sumario: - ¿Qué es tener un proyecto de vida?

- ¿Cómo construir un proyecto de vida?

Introducción.

Presentar el tema y el objetivo; preguntar: Alguno de ustedes tiene un proyecto de vida planificado? Lo más seguro es que no entiendan la pregunta, por lo que el facilitador debe preguntar de otra forma, sugerimos la siguiente: Alguno de ustedes ha pensado que va ser en el futuro? Señalar alguno de los que levanten la mano, luego que respondan al menos 2 o 3 de ellos, entonces explicarles brevemente lo que significa tener un proyecto de vida y motivarlos a ver el video de 11 minutos titulado: Mi proyecto de vida.

Desarrollo.

Una vez que concluya la proyección, iniciar el debate con la formulación de las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles fueron los principales obstáculos que enfrentó la adolescente del video para llevar a vías de efecto su proyecto de vida?
- ¿Cómo valora la actitud de la abuela: positivo o negativo, para el proyecto de vida trazado?
- Analice críticamente el papel jugado por el novio. ¿Qué era lo que realmente quería él?

Una vez concluido el debate, esclarecer las dudas que puedan quedar sobre el tema.

Reiterando los puntos clave tratados y discutidos:

- Proyecto de vida es trazarse objetivos y metas en la vida, que impliquen superar lo alcanzado por nuestros padres en cuanto a superación y profesionalidad.
- Toda persona y en especial los adolescentes tiene que trazar un proyecto de vida y defenderlo a toda costa de todos los obstáculos que puedan presentarse.

- Con una adecuada comunicación con los padres, estos se convierten en elementos facilitadores para lograr la materialización del proyecto de vida elegido.

Conclusiones.

Rememorar brevemente lo abordado en la sesión y como es la última sesión preparar las condiciones para realizar el test de evaluación final del taller.

5.5 Recursos

5.5.1 Recursos Humanos

Los talleres serán desarrollados por la autora del proyecto, para el tema de las relaciones seguras, se invitará a la obstetriz del centro de Salud para abordar lo referido a los métodos anticonceptivos.

5.5.2 Recursos materiales.

- Pantalla y proyector.
- Computadora portátil.
- Local con mobiliario.
- Paquete de software con presentaciones en Power Point.
- Medios auxiliares de enseñanza.
- Materiales de oficina.

5.6 Evaluación

5.6.1 Evaluación de la intervención educativa.

Dadas las características de la intervención, participantes y su duración, el tipo de evaluación que se impone es la continua, donde se tendrá en cuenta la participación e implicación de las y los participantes en las exposiciones. Donde al finalizar cada sesión se seleccionaran los adolescentes que se destacaron, para al finalizar premiar a los más destacados. Además, en la última sesión se dará a rellenar el mismo formulario que se aplicó antes de realizar la intervención y que midió los conocimientos sobre el tema tratado con el objetivo de identificar la modificación de estos.

CONCLUSIÓN

En la investigación predominó el grupo de edad de 10 a 13 años, indígenas, del sexo femenino, solteros y con una escolaridad de 5to a 7mo año básico. Los conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz fueron inadecuados en la mayoría de los adolescentes y resultaron ser los solteros, los indígenas, las mujeres, el grupo adolescente precoz y el nivel de instrucción de 5to a 7mo año los que menos conocimientos mostraron. Por lo que se diseñó una estrategia educativa sobre riesgos del embarazo en la adolescencia para el club de adolescentes del Barrio Antonio Cabri, Cantón Archidona

RECOMENDACIONES

Aplicar la intervención educativa propuesta al club de adolescentes del Barrio Antonio Cabri del cantón Archidona.

Socializar la propuesta de estrategia de intervención educativa sobre salud sexual y embarazo en la adolescencia, al resto de clubes de adolescentes de la provincia y extender a los usuarios adolescentes de los centros de salud y centros educativos de la provincia de Napo, para así mejorar los conocimientos sobre el tema tratado y además reducir la incidencia del embarazo en la adolescencia.

BIBLIOGRAFÍAS

- Abreu, D.** (2010). Comportamiento del embarazo en la adolescencia. Recuperado de:
<http://www.monografias.com/trabajos60/embarazo-adolescente/embarazo-adolescente2.shtml>
- Álvarez, C.** (2012). El embarazo en la adolescencia. Recuperado de:
<http://bdigital.binal.ac.pa/bdp/embarazo.pdf>
- Anthony, D.** (2011). La adolescencia Una época de oportunidades. Recuperado de:
http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf
- Ayavaca, L. & Camas, M.** (2011). Estrategia educativa sobre riesgos y complicaciones dirigida para adolescentes embarazadas atendidas en consulta externa prenatal del Hospital " Vicente Corral Moscoso", Cuenca 2011.
- Babycenter.** (2015). Cuidados especiales para embarazadas adolescentes. Recuperado de: <http://espanol.babycenter.com/a9300026/cuidados-especiales-para-embarazadas-adolescentes>
- Barón, R.** (2011). Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería Revista Colombiana de Enfermería. (7), 151-160. Recuperado de:
http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf
- Blanco, D.** (2012). Embarazo y adolescencia. Comportamiento clínico epidemiológico en el Policlínico Párraga. Arroyo Naranjo. 2005-2006. Revista Habanera de Ciencias Médicas. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000200015

- Buñay, S., Dominguez, G. & Fajardo, J.** (2013). Factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden al Centro de Salud Honorato Vázquez del Cantón Cañar, 2012.
- Burneo, C., Córdova, A., Gutiérrez, M. J., & Ordóñez, A.** (2015). Embarazo adolescente en el marco de la estrategia nacional intersectorial de planificación familiar (ENIPLA) 2014 y el plan nacional de fortalecimiento de la familia 2015. Quito, Ecuador.
- Calvopiña, A.** (2012). Factores de riesgo psicosociales que influyeron en el embarazo y maternidad adolescente. Quito, Ecuador. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2052/1/T-UCE-0007-70.pdf>
- Caraballo, A.** (2015). Embarazo adolescente: riesgo y consecuencias. Recuperado de: <http://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/embarazo-adolescente-riesgos-y-consecuencias/>
- Carvajal, A.** (2015). Las cifras de embarazos en el país crecieron en niñas de 10 a 14 años. El Comercio. Recuperado de: <http://www.elcomercio.com/tendencias/cifras-embarazosadolescentes-ecuador-enipla-planfamiliaecuador.html>
- Cedrés, S.** (2012). Adolescencia y sexualidad. Recuperado de: <http://blogs.elpais.com.uy/lasalud/adolescencia-y-sexualidad>
- Congreso Nacional del Ecuador.** (2011). Plan nacional de prevención del embarazo en adolescente en Ecuador. Consultado 20 marzo 2015. Recuperado de: http://www.cнна.gov.ec_upload/plan_prevencción_embarazo_adolescente.pdf
- Charlton, D.** (2002). Relación entre embarazo en la adolescencia y escolaridad (Tejarcillos de Alajuelita, 2002). Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v25n2/4.pdf>

- Chávez, J.** (2014). Determinantes del Comportamiento Sexual y Reproductivo de los y las Adolescentes en Colegios Urbanos y Rurales de la ciudad de Macas. Ecuador 2014. Recuperado de:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/21008/1/TESIS.pdf>
- Duarte, J.** (2011). INEC, En Ecuador hay 122 mil madres adolescentes. Recuperado de:
<http://www.metroecuador.com.ec/50663-en-ecuador-hay-122-mil-madresadolescentes.html>
- Durston, J.** (1998). JUVENTUD Y DESARROLLO RURAL: MARCO CONCEPTUAL Y CONTEXTUAL. Recuperado de: http://redler.org/juventud_desarrollo_rural.pdf
- El Telégrafo.** (2013). La realidad de las madres adolescentes en Ecuador. Recuperado de: <http://www.telegrafo.com.ec/regionales/regional-centro/item/las-realidad-de-las-madres-adolescentes-en-ecuador.html>
- Fajardo, A.** (2009). Estrategia de intervención para cuidado de los/las adolescentes en salud sexual y reproductiva en el Policlínico Carlos J. Finlay Marianao, 2009. Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/115221/109171>
- FLASOG.** (2011). GUÍA CLÍNICA. Rev Hosp Clín Univ Chile (1), 1-2.
- Guachamín, J.** (2012). Embarazo en la Adolescencia y sus Complicaciones Clínico-Quirúrgicas Hospital Provincial General de Latacunga. Septiembre 2009-Marzo 2010. Recuperado de: <http://dspace.epoch.edu.ec/handle/123456789/1913>
- Goldenberg, R.** (2007). Enfoque de riesgo psicológico y social del embarazo en la adolescencia. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos93/enfoque-riesgo-psicologico-y-social-del-embarazo-adolescencia/enfoque-riesgo-psicologico-y-social-del-embarazo-adolescencia2.shtml>

- González, M.** (2012). Conocimientos sobre las Consecuencias del embarazo precoz en las y los adolescentes del Colegio "Guillermo Ordóñez Gómez" Santa Elena 2011-2012. La Libertad, Ecuador. Recuperado de:
<http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/600/1/MARY%20GONZALEZ-TEISIS%20DE%20GRADO.pdf>
- Hernández, F.** (2010). Intervención educativa sobre el conocimiento de factores de riesgo del embarazo en la adolescencia. Revista Archivo Médico de Camagüey. (14), 3. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000300012
- Ibáñez, M.** (2013). Hablar de anticonceptivos con los adolescentes. Recuperado de:
<http://sexualidad.doctissimo.es/anticonceptivos/metodos-anticonceptivos/hablar-anticonceptivos-adolescentes.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos.** (2013). Hombres y Mujeres del Ecuador. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía.** (2015). Estadísticas a propósito del día internacional de la Juventud. Recuperado de:
<http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/juventud0.pdf>
- Issler, J.** (2001). Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107, 11-23.
- Jaramillo, L.** (2010). Descenso de la fecundidad humana, de 1950 a 2007. Recuperado de: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D144.pdf
- La Hora.** (2014). Ecuador, tercero en embarazo de adolescentes. Recuperado de:
<http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/fotoReportaje/1101744432>

León, P., et al. (2008). Embarazo adolescente. *Revista Pediátrica Electrónica*. (5). 42-51.

Masabanda, P. (2015). Nivel de conocimientos relacionados con los riesgos del embarazo en adolescentes, alumnas de bachillerato matriculadas en las Instituciones Educativas Fiscales para el curso académico 2014-2015 en el Distrito 17d07 de Quito-parroquia urbana Chillogallo. Recuperado de: www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4717/1/T-UCE-0006-99.pdf

Menéndez, G. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_3_12/gin06312.htm

Ministerio de Salud Pública. (2012). Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes ENIPLA.

Ministerio de Salud Pública. (2014). Salud de adolescentes. Guía de Supervisión. Primera Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización - MSP. Recuperado de: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GUIA-SUPERV-ADOLESCCT-Editogran1.pdf>

Montero, A. (2011). Anticoncepción en la adolescencia. Recuperado de: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/7_Adela_Montero-9.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). El embarazo en la adolescencia. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2015). Desarrollo en la adolescencia. *Salud de la madre, recién nacido, del niño y del adolescente*. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

- Peláez, J.** (2012). Embarazo en la adolescencia, una asignatura pendiente. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400001
- Pineda, S. & Aliño, M.** (2002) Concepto de adolescencia. El concepto de adolescencia. *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia* I, 16. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf
- Puell, L., et al** (2015). Embarazo en adolescentes: enfoque de riesgo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, (2), 120-123.
- Quintana, C.** (2013). Sexualidad y anticoncepción en la adolescencia. Recuperado de: <http://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-04/sexualidad-y-anticoncepcion-en-la-adolescencia/>.
- Ramos, R.** (2015). «A los adolescentes solo hay que prohibirles cuatro cosas» Recuperado de: <http://www.abc.es/familia-padres-hijos/20151006/abci-entrevista-rocio-ramos-201411241621.html>
- Reyes, G.** (2011). Estrategia educativa sobre riesgo obstétrico en la adolescencia. Recuperado de: [ww.monografias.com/trabajos92/estrategia-educativa-riesgo-obstetrico-adolescencia/estrategia-educativa-riesgo-obstetrico-adolescencia.shtml](http://www.monografias.com/trabajos92/estrategia-educativa-riesgo-obstetrico-adolescencia/estrategia-educativa-riesgo-obstetrico-adolescencia.shtml)
- Rionaula, M., Romero, K. & Zari, S.** (2014). Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden a consulta externa del hospital básico “limón indanza”, 2013. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20973>

- Rosales, J. & Irigoyen, F.** (2013). Embarazo en adolescentes: problema de salud pública y prioridad para el médico familiar. *Aten Fam.* (4). 101-102.
- Rodríguez, R.** (2015). Embarazo adolescente. Recuperado de: <http://pediatria.org.ec/embarazo-adolescente/>
- Rodríguez, M.** (2008). Factores de riesgo para embarazo adolescente. *Medicina UPB*. Recuperado de: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicin>
- Salinas, P.** (2013). Panorama de la situación de la niñez y adolescencia indígena en América Latina: El derecho a la salud y a la alimentación en Colombia. Recuperado de: [http://www.unicef.org/lac/UNICEF_LAC_Sit-indigena_Colombia_dic2014\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/UNICEF_LAC_Sit-indigena_Colombia_dic2014(1).pdf)
- Salud180.** (2014). Embarazo. Recuperado de: <http://www.salud180.com/salud-z/embarazo#nav0>
- Sancho, C.** (2012). Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. Recuperado de: <http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/UnidadPracticaFinal/pasantias/tucuman/elbracho/documents/SanchoMinanoCarolina.pdf>
- Soto, O.** (2003). Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000600002
- Ulanowicz, M., et al.** (2006). Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina* (153).
- UNICEF.** (2013). Situación del embarazo adolescente en Argentina, en el día mundial de la población. Recuperado de https://www.unicef.org/argentina/spanish/Embarazo_adolescente_Argentina-VB.pdf

UNICEF (2014). Vivencias y relatos sobre embarazo en adolescentes. Recuperado de:
http://www.cde.org.py/wp-content/uploads/2015/07/Regional-embarazo-adolescente_5-0-2.pdf

Valles, A. (2010). “Embarazo en adolescentes migrantes: características sociodemográficas, ginecoobstétricas y neonatales”. *Revista Gaceta Médica Mexicana*. (146). Recuperado de: <http://biblat.unam.mx/es/revista/gaceta-medica-de-mexico/articulo/embarazo-en-adolescentes-migrantes-caracteristicas-sociodemograficas-ginecoobstetricas-y-neonatales>

Virella, M. (2010). Intervención educativa sobre el conocimiento de factores de riesgo del embarazo en la adolescencia *Revista Archivo Médico de Camagüey* (13).

Villamarín, S. (2013). Estudio comparativo de las relaciones sexuales de riesgo y su incidencia en embarazos precoces en adolescentes que acuden al Subcentro de salud de Cunchibamba y al hospital provincial docente Ambato. Ambato, Ecuador. Consultado el 05 octubre de 2016. Recuperado de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/4382/1/TESIS%20REVISION%200.9.pdf>

ANEXOS

ANEXO A: Consentimiento informado para los adolescentes

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS ADOLESCENTES

Información

Título del trabajo y lugar: Diseño de estrategia educativa sobre riesgos del embarazo precoz en el Club de Adolescentes del Barrio Antonio Cabri. Archidona.

Autora: Dra. Elised Azucena Cerda Tanguila.

Objetivo: Diseñar una estrategia de intervención educativa sobre riesgos del embarazo precoz en el club de adolescentes.

Duración del estudio: Desde Agosto 2015-Julio 2016.

Procedimientos de estudio: Aplicación de encuesta.

Riesgos previstos: Ninguno.

Beneficios esperados: Identificar conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz en los adolescentes, a partir de estos diseñar una estrategia educativa que redundará en mejorar la calidad de vida de los participantes y familiares.

La participación no supone gasto económico alguno.

La participación es totalmente voluntaria y el participante se puede retirar de la misma si lo estima conveniente.

La identidad de cada uno de los participantes será totalmente confidencial.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS ADOLESCENTES

Estimadas adolescentes deseamos realizar un trabajo con ustedes para que conozcan todo lo relacionado con los riesgos del embarazo precoz, complicaciones para la madre y el niño, y el uso de los métodos anticonceptivos, así aumente su nivel de conocimientos sobre este tema.

Si deseas conformar este grupo favor de firmar este documento.

Para todo el grupo que integra este proyecto será un placer que ustedes estén aquí con nosotros.

Nombres y Apellidos _____

Firma: _____

Fecha: _____

Muchas Gracias.

ANEXO B: Consentimiento informado para los padres o tutores de los adolescentes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PADRES O TUTORES DE LOS ADOLESCENTES.

Información

Título del trabajo y lugar: Diseño de estrategia educativa sobre riesgos del embarazo precoz en el Club de Adolescentes del Barrio Antonio Cabri. Archidona.

Autora: Dra. Elised Azucena Cerda Tanguila

Objetivo: Diseñar una estrategia de intervención educativa sobre riesgos del embarazo precoz en el club de adolescentes.

Duración del estudio: Desde Agosto 2015-Julio 2016.

Procedimientos de estudio: Aplicación de encuesta.

Riesgos previstos: Ninguno.

Beneficios esperados: Identificar conocimientos sobre riesgos del embarazo precoz en los adolescentes, diseñar una estrategia educativa a partir de estos que redundará en mejorar la calidad de vida de los participantes y familiares.

La participación no supone gasto económico alguno.

La participación es totalmente voluntaria y el participante se puede retirar de la misma si lo estima conveniente.

La identidad de cada uno de los participantes será totalmente confidencial.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PADRES O TUTORES DE
LOS ADOLESCENTES.**

Declaración de consentimiento informado de los padres o tutores de los adolescentes que es objetivo de intervención.

Yo _____, de ____ años de edad y con CI _____, manifiesto que he sido informado sobre los beneficios que podría obtener participar en la investigación para el diseño de una estrategia educativa sobre los riesgos del embarazo precoz, complicaciones de la madre y el hijo, y el uso de métodos anticonceptivos con el fin de elevar el nivel de conocimientos sobre este tema.

He sido también informado de que mis datos personales serán protegidos.

Tomando ello en consideración, otorgo mi consentimiento a que se realice este proyecto con mi información y participación en las actividades orientadas.

Firma: _____

Fecha: _____

4.- ¿Cuál es el año escolar más alto que aprobó?

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| 1) _____ 5to Año Básico | 6) _____ 10mo Año Básico |
| 2) _____ 6to Año Básico | 7) _____ 1ro Bachillerato |
| 3) _____ 7mo Año Básico | 8) _____ 2do Bachillerato |
| 4) _____ 8vo Año Básico | 9) _____ 3ro Bachillerato |
| 5) _____ 9no Año Básico | |

5.- ¿Actualmente, cuál es su estado civil?

- | | |
|------------------|----------------------|
| 1) _____ Soltero | 3) _____ Unión libre |
| 2) _____ Casado | 4) _____ Separado |

6.- ¿Habla usted con sus padres acerca de la sexualidad?

Sí _____ No _____

7.- ¿Ha recibido información sobre los riesgos del embarazo en la adolescencia?

Sí _____ No _____

8.- ¿Conoce usted algún centro de capacitación sobre salud sexual?

Sí _____ No _____

9.- ¿Conoce usted algún método anticonceptivo?

Sí _____ No _____

10.- Responda verdadero (V) o falso (F) en relación a los riesgos del embarazo en la adolescencia sobre la madre y el recién nacido

- a) _____ Es frecuente el peso elevado en los recién nacidos.
- b) _____ Favorece la aparición de enfermedades como la hipertensión durante el embarazo y la anemia.
- c) _____ Son más frecuentes los nacidos antes de tiempo (prematuros)

11.- Señale verdadero (V) o falso (F) según corresponda en relación con las consecuencias familiares del embarazo en la adolescencia.

- a) ____ El funcionamiento familiar se altera poco.
- b) ____ La situación económica de la familia mejora.
- c) ____ Existirán dificultades para la crianza del futuro hijo.

12.- Sobre riesgos sociales del embarazo en la adolescencia responda verdadero (V) o falso (F) según corresponda.

- a) ____ La deserción escolar es un hecho frecuente.
- b) ____ Los hábitos tóxicos como el alcoholismo y el tabaquismo son factores negativos asociados.
- c) ____ La cesárea y el aborto no son complicaciones habituales.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO D: Validación del contenido y apariencia del constructo



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO INSTITUTO DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Validación del contenido y apariencia del constructo

Evaluación por especialistas

A los _____ días del mes de _____ de 2016

Ciudad Tena, Napo

Respetado/a juez:

Usted ha sido seleccionado/a para evaluar el siguiente constructo/instrumento:

Que forma parte de la investigación que se titula:

La evaluación del constructo/instrumento es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de estos sean utilizados eficientemente, aportando tanto al área investigativa como a sus aplicaciones. Agradeciéndole su valiosa colaboración.

Nombre y apellidos del juez: _____

Formación académica: _____

Especialista: _____

Área de experiencia profesional: _____

Tiempo de experiencia: _____ años. Cargo actual: _____

Institución: _____

Objetivo de la investigación: _____

Objetivo de la prueba/juicio: _____

Validación del constructo de apariencia y contenido a través de las técnicas cuantitativa y cualitativa:

Cuantitativo: Criterios de Moriyama, aplicados por los especialistas

Cualitativo: Los especialistas emitirán sus observaciones para su respectiva corrección o ajuste del constructo antes de aplicarlo.

Criterios de Moriyama

Ítems	Comprensible	Sensible a variaciones	Razonable	Componentes claramente definidos	Datos factibles de obtener
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Evaluar en cada pregunta los cinco criterios de Moriyama aportándoles los siguientes valores: Mucho: 3 Suficiente: 2 Poco: 1 Nada: 0

1. **Comprensible:** Se refiere a si se comprenden los aspectos (ítems) que se evalúan, en relación con el fenómeno que se quiere medir.

2. **Sensible a variaciones** en el fenómeno: Si usted considera que puede discriminar a individuos con diferentes grados de vulnerabilidad.

3. Si el instrumento (ítem) tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente **razonables:** Es decir, si existe una justificación para la presencia de dicho ítem en el instrumento.

4. **Componentes claramente definidos:** o sea, si el ítem tiene una definición clara.

5. Si deriva de datos **factibles** de obtener: Si el dato correspondiente al ítem evaluado se puede recoger.

Observaciones:

Evaluaran la sencillez y amenidad del formato:

Evaluaran el interés, la brevedad y la claridad de las preguntas: Si el enunciado es correcto y comprensible

Si las preguntas tienen la extensión adecuada

Si es correcta la categorización de las respuestas

Si existen resistencias psicológicas o rechazo hacia algunas preguntas

Si el ordenamiento interno es lógico

El tiempo empleado en el llenado: _____:_____

Hora/ minutos

Postgradista

Especialista/juez

Bioestadística

