



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

**“DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA
SOBRE FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS. COMUNIDADES:
ASUNCIÓN, BAYUSHÍ Y PALACIO REAL, ENERO A JUNIO
2016”**

AUTORA: MAYRA ELIZABETH SÁNCHEZ DE LA TORRE

TUTOR: DR. DELVIS OLIVA DE LEÓN

Trabajo de Titulación modalidad: Proyectos de Investigación y Desarrollo, presentado ante el Instituto de Posgrado y Educación Continua de la ESPOCH, como requisito parcial para la obtención del grado de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Riobamba – Ecuador

Diciembre, 2016



CERTIFICACIÓN

EL TRIBUNAL DE TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, denominado: “DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS. COMUNIDADES, ASUNCIÓN, BAYUSHÍ SAN VICENTE Y PALACIO REAL, ENERO - SEPTIEMBRE 2016”, de responsabilidad de la Dra. Mayra Elizabeth Sánchez De la Torre, ha sido minuciosamente revisado y se autoriza su presentación.

Dra. Niurka Ginorio Suárez

PRESIDENTE

Dr. Delvis Oliva de León

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Reinerio Rubio Rojas

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Liana Elisa Rodríguez Vargas

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Riobamba, 2016.

DRECHOS INTELECTUALES

Yo, Mayra Elizabeth Sánchez De la Torre soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el **Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo**, y el patrimonio intelectual generado por la misma pertenece exclusivamente a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Riobamba, 00 de noviembre, 2016

FIRMA

0603302688

DEDICATORIA

A Dios, por darme la vida, salud, sabiduría y la bendición de crecer espiritual y profesionalmente.

A mis padres Jorge y Blanca, quienes han sido, son y continuarán siendo el pilar fundamental en mi vida, por su constante esfuerzo, comprensión, amor, enseñanzas y por el apoyo incondicional en el logro de mis metas.

A mi esposo Byron, por estar presente en los buenos y malos momentos y juntos compartir la felicidad de culminar éste gran sueño y, sobre todo, por ser un excelente esposo y un padre ejemplar.

A mi hija Amaita, la más grande bendición en mi vida, quien me llena de felicidad y valor para seguir adelante.

A mis abuelitos Gerardo y Teresita, por su bondad, amor y especialmente por su compañía en los momentos difíciles de mi formación profesional.

A mis hermanos y familiares que han estado pendientes de una u otra manera en éste largo camino.

Elizabeth

AGRADECIMIENTO

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, que me permitió formarme profesionalmente.

A mi tutor, Dr. Delvis Oliva de León, por el asesoramiento y su apoyo incondicional durante la elaboración de éste trabajo de investigación.

A todos mis profesores por compartir sus conocimientos, por la paciencia y apoyo para poder concluir satisfactoriamente la carrera.

Elizabeth

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo diseñar una estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo del embarazo en las adolescentes de 15 a 19 años. Se realizó un estudio descriptivo - correlacional de corte transversal. La población de estudio fue el universo de 40 mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad de las comunidades Palacio Real, Bayushí San Vicente y Asunción, Parroquia Calpi, en el período Enero – Junio 2016. Los datos fueron recolectados mediante entrevista. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21 con la prueba Chi-Cuadrado (χ^2) para determinar la relación y diferencias significativas entre las variables de estudio, con un nivel de significancia < 0.05. Los resultados fueron que la edad media del grupo de estudio fue 17 años, el 77,5% de las adolescentes presentó nivel de instrucción secundaria (n=35), el 82,5% sin ningún embarazo (n=33), el 82,5% fueron estudiantes (n=33), el 62,5% sin pareja (n=25). En el 90% de las adolescentes la vía de información recibida sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia fue a través de la escuela (n=36) y predominó el de conocimiento no satisfactorio en el 77,5 % (n=31). No se encontró relación estadísticamente significativa entre conocimiento y las variables biosociales estudiadas. En conclusión el conocimiento sobre los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia es no satisfactorio. La estrategia de intervención educativa es pertinente para la prevención de embarazos no deseados en este grupo de edad.

PALABRAS CLAVE: <TECNLOGIA Y CIENCIAS MÉDICAS>, <MEDICINA FAMILIAR>, <FACTORES DE RIESGO>, <CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO>, <PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES>, <PALACIO REAL (COMUNIDAD)>, <BAYUSHÍ SAN VICENTE (COMUNIDAD)>, <ASUNCIÓN (COMUNIDAD)>, <CALPI (PARROQUIA)>

ABSTRACT

The present study aimed to design an educational intervention strategy on pregnancy risk factors in adolescents aged 15 to 19 years. A cross - sectional descriptive - correlational study was performed. The study population was the universe of 40 adolescent women aged 15 to 19 years of the Royal Palace communities, Bayushig San Vicente and Asuncion, Calpi Parish, in the period January - June 2016. The data were collected by interview. The SPSS version 21 statistical package was used with the Chi-Square test (χ^2) to determine the relationship and significant differences between the study variables, with a level of significance <0.05 . The results were that the mean age of the study group was 17 years, the 77.5% of the adolescents presented secondary education ($n = 35$), 82.5% without any pregnancy ($n = 33$), 82.5% were students ($n = 33$), 62.5% without partner ($n = 25$). In 90% of adolescents, the information received on risk factors for adolescent pregnancy was through school ($n = 36$) and the prevalence of unsatisfactory knowledge was 77.5% ($n = 31$). There was no statistically significant relationship between knowledge and the biosocial variables studied. In conclusion, knowledge about the risk factors of pregnancy in adolescence is unsatisfactory. The educational intervention strategy is relevant for the prevention of unwanted pregnancies in this age group.

KEYWORDS: <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES>, <FAMILY MEDICINE>, <RISK FACTORS>, <KNOWLEDGE O PREGNANCY>, <PREVENTION OF PREGNANCY IN ADOLESCENTS> <PALACIO REAL (COMMUNITY)>, <BAYUSHIG SAN VICENTE (COMMUNITY)>, <ASUNCION (COMMUNITY)>, <CALPI (PARISH)>

ÍNDICE

Páginas

CERTIFICACIÓN.....	ii
DRECHOS INTELECTUALES.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT.....	vii
ÍNDICE.....	viii
LISTA DE TABLAS.....	x

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	2
1.1.1. <i>Formulación del problema</i>	4
1.2. Justificación del problema	5
1.4. Hipótesis.....	8

CAPITULO II

2.1 Antecedentes del problema	9
2.2. Bases históricas	14
2.2.1. <i>Adolescencia</i>.....	14
2.2.1.2. <i>Etapas de la adolescencia</i>.....	14
2.2.2. <i>Aspectos biopsicosociales de la sexualidad de los adolescentes</i>	17
2.2.2.1. <i>Adolescencia y sexualidad</i>	17
2.2.2.2. <i>Aspectos biológicos de la sexualidad adolescente</i>	19
2.2.2.3. <i>Aspectos psicológicos de la sexualidad adolescente</i>	19
2.2.2.4. <i>Principales fenómenos sociales relacionados con la sexualidad</i>.....	21
2.2.3. <i>Embarazo en la adolescencia</i>	22
2.2.3.1. <i>Factores de riesgo del embarazo adolescente</i>	26

2.2.3.2.	<i>El embarazo adolescente y la salud materno-infantil en el Ecuador</i>	31
2.2.4.	<i>Estrategia de intervención educativa</i>	35

CAPITULO III

3.	METODOLOGÍA	41
3.1	Tipo y diseño de la investigación	41
3.2	Localización y temporalización	41
3.3	Población de estudio	41
3.4.	VARIABLES DE ESTUDIO	42
3.4.1.	<i>Identificación</i>	42
3.4.2.	<i>Operacionalización</i>	43
3.5.	Técnica e instrumento de recolección de datos	44
3.5.1	<i>Características del instrumento</i>	44
3.5.1.1.	<i>Validación del instrumento</i>	44
3.6.	Procedimientos	45
3.7.	Procesamiento y análisis de datos	46
3.8.	Aspectos éticos	46

CAPITULO IV

4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	47
4.1.	Resultados y Discusión	47

CAPITULO V

5.	PROPUESTA	55
	CONCLUSIONES	63
	RECOMENDACIONES	64
	BIBLIOGRAFÍA	
	ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1-4 Adolescentes de 15 a 19 años según características biosociales.....	48
Tabla 2-4 Adolescentes de 15 a 19 años según vías de información sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.	49
Tabla 3-4 Adolescentes de 15 a 19 años según conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.....	50
Tabla 4-4 Adolescentes de 15 a 19 años según dimensiones del conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.	51
Tabla 5-4 Adolescentes de 15 a 19 años según nivel de instrucción y conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.....	51
Tabla 6-4 Adolescentes de 15 a 19 años según número de embarazos y conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.....	52
Tabla 7-4 Adolescentes de 15 a 19 años según ocupación y conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.....	53
Tabla 8-4 Adolescentes de 15 a 19 años según estado conyugal y conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.....	54

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida que comprende las edades entre los 10 y 19 años, según varios organismos gubernamentales e intergubernamentales, englobando según la edad comportamientos diferentes. Por lo que, es una situación diferente la vivencia de una adolescente embarazada de 18 años que una de 12 años, es así que ante una extensa franja de edad que comprende la adolescencia, las causas para que se produzca un embarazo pueden diferir, es así que los registros que reportan el embarazo infantil ocurre generalmente por violencia sexual ya sea por los miembros de la familia, personas conocidas, vecinos o extraños, a diferencia de lo que sucede en la franja de 15 a 19 años, en donde la incidencia de embarazos se registran por un inicio sexual temprano. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM, 2016).

Una gama de factores sociales, económicos, culturales y políticos están influenciados con la salud sexual y reproductiva en las adolescentes, cuyos factores pueden incrementar la vulnerabilidad y disminuir comportamientos y decisiones responsables, los mismos que pueden llevar a consecuencias negativas tanto biológicas, psicológicas y socioeconómicas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2015). Por tanto, la salud sexual de los adolescentes se ha convertido en una prioridad para los sistemas de salud es en los países en desarrollo así como en los países desarrollados.

Los países desarrollados se caracterizan por presentar cifras bajas de embarazo adolescente, a diferencia de los países en vías de desarrollo, existiendo gran variabilidad de la tasa de fecundidad adolescente entre países (CEPAL, 2015). Considerando el embarazo en la adolescencia un problema de salud actual a nivel mundial.

CEPAL (2007) refiere que, en América Latina y el Caribe las tasas de la maternidad en la adolescencia continúan siendo altas, lo cual es motivo de preocupación para los gobiernos, las familias y la sociedad civil en general, ya que, en la mayoría de los casos es un embarazo no deseado, conlleva múltiples complicaciones materno-neonatales, los riesgos son mayores en la salud reproductiva y tienen relación con contextos de mayor pobreza y desprotección, siendo generalmente madres solteras, sin pareja y con un nivel escolar bajo.

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2013) a nivel mundial, cerca de 70.000 adolescentes fallecen cada año a causa del embarazo y el parto; en América Latina y el Caribe, el embarazo en la adolescencia es la primera causa de muerte en las adolescentes de 15 a 19 años de edad.

En el Ecuador según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2016) por medio de una encuesta realizada, afirma que el 6% de las adolescentes entre 10 y 17 años indicaron que habían presentado un embarazo y el 13% refirió que alguna de las amigas de 12 a 17 años abortó alguna vez.

1.1 Planteamiento del problema

La OPS (2010) afirma que, el embarazo en la adolescencia es un problema de salud prioritario en el mundo, y que necesita de acciones inmediatas para lograr un mejoramiento de la salud en la Región de las Américas, abordando principalmente de manera integradora sobre la salud sexual y reproductiva, con un enfoque en la prevención del embarazo de las adolescentes, mediante la educación sexual, fácil acceso a métodos de planificación familiar entre otras políticas que sean innovadoras y eficaces, con una participación activa de los adolescentes, las familias y la comunidad.

Según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) a pesar de los avances en la reducción de las tasas de natalidad en la adolescencia, de 135 millones de nacidos vivos en el mundo más de 15 millones corresponden a madres adolescentes entre 15 y 19 años, considerando que el embarazo precoz aumenta los riesgos para la madre y el niño.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010) refiere que, la población adolescente representa el 24,5% de la región con 232 millones de jóvenes y afirma que la adolescencia es una importante etapa del ser humano en donde se producen cambios tanto biológicos como psicológicos, siendo los factores de riesgo comunes en la mayoría de los problemas de salud en la juventud.

En América Latina y el Caribe existen más de 100 millones de adolescentes entre 10 y 18 años. Según la organización Save the Children (2016) América Latina tiene la segunda tasa más alta de embarazo adolescente del mundo, es así que, 80 mujeres de cada mil presentan un embarazo antes de los 19 años.

El Observatorio Social del Ecuador (2014) afirma que en el año 2011, en el Ecuador fallecieron 2.359 adolescentes, en donde la violencia y comportamientos sociales ocuparon la tercera parte de las causas de esas muertes; en el grupo de edad de 12 a 17 años la primera causa de muerte fue el suicidio, los accidentes de tránsito ocupó el segundo lugar, las muertes por embarazo y parto fue la tercera causa de muerte y el homicidio en cuarto lugar. Estas principales causas de muerte en la adolescencia correspondieron al 24% con 211 fallecimientos.

En lo que se refiere a la mortalidad materna en el Ecuador en el año 2011, según el UNICEF (2014) se registraron 241 muertes maternas, de las cuales el 14% ocurrieron en adolescentes, con 33 muertes entre las edades de 15 a 19 años y una muerte materna en una adolescente menor de 14 años.

Por otro lado según el UNICEF (2014) afirma que, en el año 2009 se registraron en el país alrededor de 2083 partos de adolescentes entre 10 y 14 años, mientras que, en las edades de 15 a 19 años se registraron 60623 partos de nacidos vivos.

La OPS (como se citó en el Ministerio de Salud Pública [MSP], 2010) refiere que, la tasa de fecundidad en el Ecuador es de 91 por 1000 mujeres, y se estima que 2 de 10 muertes maternas y 2 de 10 embarazos ocurren en la adolescencia, siendo así que en el año 2010 los embarazos registrados en el grupo de 15 a 19 años de edad fue en un 19,26%.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2015) (como se citó en Habitus-Banco Mundial, 2012) establece como causas para el embarazo precoz las siguientes: la falta de conocimiento de la prevención del embarazo a pesar de que los adolescentes reciban materias relacionadas con educación sexual en los colegios; la poca accesibilidad a los métodos anticonceptivos; desconfianza hacia los padres por miedo a ser juzgados, la falta de valores religiosos y en bajo porcentaje relaciones sexuales forzadas.

En el país, la provincia de Chimborazo presenta una de las cifras más altas de embarazos en adolescentes. Según el UNICEF (2011) en la provincia, en el año 2011, se registraron 2.658 casos de adolescentes en estado de gestación o puerperio.

El embarazo en la adolescencia continúa siendo un problema de salud en la parroquia Calpi, situada en el cantón Riobamba, provincia de Chimborazo. En el período enero - agosto del año 2014, en las comunidades: Asunción, Bayushí San Vicente y Palacio Real, pertenecientes a la parroquia Calpi, se encontraron 18 gestantes, de las cuales 4 fueron adolescentes y primigestas, lo que representa el 22,2%; 8 eran multíparas con un 44,4%, y a pesar de que presentan edades comprendidas entre los 20 y 25 años, cabe recalcar que su primer embarazo también tuvo lugar en la adolescencia.

Durante las visitas domiciliarias realizadas en las comunidades Asunción, Bayushí San Vicente y Palacio Real, se realizaron entrevistas a los líderes comunitarios y a la población adolescente, lo cual sirvió para evidenciar que existe un bajo conocimiento de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia, de ahí la importancia de este estudio.

1.1.1. Formulación del problema

¿Qué relación existe entre el conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia con el nivel de instrucción, estado conyugal, ocupación y número de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años de las comunidades Asunción, Bayushí San Vicente y Palacio Real en el periodo comprendido de enero a junio del 2016?

¿Que componentes pueden ser incorporados en una estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia para la prevención del embarazo en las adolescentes de 15 a 19 años de las comunidades Asunción, Bayushi San Vicente, y Palacio Real?

1.2. Justificación del problema

La adolescencia es una etapa de preparación para llegar a la adultez, en donde se llena de experiencias de desarrollo muy importantes. La OMS (2016) refiere:

Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. (OMS, 2016, [http.....](http://...))

A pesar de que en la adolescencia se alcanza un gran potencial y un crecimiento excepcional, contribuye a un período de riesgos biológicos, psicológicos y socio-económicos.

El embarazo en la adolescencia hace referencia a toda gestación que ocurre en las edades entre 10 y 19 años y es considerado un problema de salud pública en el mundo. La (OMS, 2014) afirma:

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 muchachas. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana.

Siendo en la actualidad el embarazo adolescente el principal factor de riesgo que interviene en la morbilidad y mortalidad materno-neonatal y pobreza.

En lo que se refiere a la educación la OMS (2014), refiere que en porcentaje significativo las adolescentes se encontraban estudiando antes de embarazarse y

posterior al parto apenas el 30% retomó sus estudios. “El embarazo se constituyó en el grupo encuestado, en el cuarto motivo más importante para dejar de estudiar. El 95% de quienes dejaron de estudiar quieren retomar sus estudios”. (ONU, 2015). Las adolescentes embarazadas obligadas a dejar sus estudios, tienen menos oportunidades de conseguir un empleo, teniendo repercusiones sociales y económicas no sólo para la adolescente, sino también para los hijos, la pareja, la familia, el ambiente y la comunidad que los rodea.

Para la OMS (2014), pocas son las adolescentes que desean y planifican un embarazo, en la mayoría de los casos no lo hacen; siendo más probable el embarazo precoz en comunidades rurales, pobres y poco instruidas. Es así que, en los países subdesarrollados las adolescentes ya contraen matrimonio: el 30% corresponden a menores de 18 años y en el 14% a menores de 15 años.

A partir de año 1990 las tasas de natalidad en las adolescentes han disminuido en forma global, aunque con variaciones entre los países, sin embargo, la OMS (2014) refiere que el 11% de los nacimientos a nivel mundial se producen en mujeres entre 15 y 19 años, siendo la mayoría de estos en los países en vías de desarrollo en un 95%.

Es así que América Latina, según especifica el Plan Andino para la prevención del embarazo en adolescentes (2015), se ha convertido en el segundo sub-continente con la tasa más alta de la región, atrás de África sub-Sahariana, presentando cifras muy altas de embarazo adolescente en forma general en todo el continente.

En Ecuador el embarazo precoz es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, el Plan Andino para la prevención del embarazo en adolescentes (como se citó en CELADE, 2007), refiere que, 2 de cada 3 mujeres ecuatorianas entre 15 y 19 años son madres o están embarazadas; siendo la fecundidad adolescente la más alta de la región andina.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2010), reporta que en el año 2010 los nacidos vivos inscritos de madres menores de 15 años fueron 1.505, y de las madres entre 15 y 19 años fueron 42.930.

De acuerdo al (INEC, 2010), en el Ecuador, de cada 100 partos 23 son de adolescentes, del total de las adolescentes ecuatorianas el 15.21% estuvieron embarazadas o tuvieron al menos un hijo. En el país el 17.2% de las adolescentes de 15 a 19 años ya son madres.

El bajo conocimiento acerca de la sexualidad, constituye uno de los principales factores de riesgo para la incidencia del embarazo precoz; los adolescentes pasan en las escuelas y colegios la mayor parte del tiempo, sin embargo en algunas instituciones educativas se restringen a tratar el tema de sexualidad con función reproductiva, por lo que, esto puede llevar a que los adolescentes sean vulnerables a una información errónea a través de fuentes externas poco confiables e influyentes, dentro de los cuales se encuentran los medios de comunicación, opiniones del grupo de amigos, entre otros, que en la mayoría de los casos la información es reproducida dentro de un panorama comercial, superficial, fragmentada y fetichizada de la sexualidad.

Dada la magnitud y trascendencia de este problema que afecta fundamentalmente a la población adolescente es importante y necesario brindar información pertinente y confiable a éste grupo poblacional que permita reforzar su madurez psicosocial ampliando sus conocimientos y desarrollando influencias positivas, a través de una intervención educativa, para que exista la concientización en la importancia de este tema ya que permitirá dar a conocer los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia y su prevención, logrando cambios favorables que permitirán reducir el embarazo precoz en las comunidades Asunción, Bayushí San Vicente y Palacio Real.

1.3. Objetivos de la investigación

Objetivo general:

Diseñar una estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años de las comunidades Asunción, Bayushí San Vicente, y Palacio Real en el periodo de enero a junio 2016.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar al grupo de estudio según variables seleccionadas.
2. Determinar el conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en las adolescentes de 15 a 19 años.
3. Identificar la relación entre el conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia y las variables biosociales seleccionadas.
4. Diseñar una estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo del embarazo en las adolescentes de 15 a 19 años.

1.4. Hipótesis

Existe relación entre el conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia con las variables: nivel de instrucción, estado conyugal, ocupación y número de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años de las comunidades Asunción, Bayushí San Vicente y Palacio Real.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes del problema

Barrozo (2011) en Argentina, realizó la investigación titulada: “Embarazo adolescente entre 12 y 19 años”, tuvo por objetivo identificar los factores que inciden en el aumento de embarazo en adolescentes entre 12 y 19 años del departamento de Santa Rosa durante el año 2010. El método utilizado fue de tipo cuantitativo y el diseño utilizado fue el descriptivo de corte transversal.

La muestra estuvo conformada por 130 adolescentes de entre 12 y 19 años que asistieron a los colegios de Educación General Básica 3 y Polimodal del departamento de Santa Rosa. La técnica utilizada fue la encuesta y como instrumento un cuestionario anónimo. El resultado fue que el 81% corresponde a inicio de su actividad sexual a temprana edad; el 46,20% dio como respuesta haber utilizado algún método anticonceptivo (preservativo) en su primera relación sexual, mientras el 41% respondió no haber utilizado método de anticoncepción.

La tabulación correspondiente al conocimiento que poseen las jóvenes adolescentes sobre embarazo y sus riesgos, se observó tener un buen nivel de percepción en un 91,50%.

Quintero, Castillo, Roba, Padrón y Hernández (2012) en Pinar del Río, Cuba, realizaron la investigación titulada: “Estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia”, tuvo por objetivo elaborar una estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia en los consultorios médicos 1 y 2 del Policlínico Universitario "Luis Augusto Turcios Lima" del municipio de Pinar del Río.

El diseño utilizado fue descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 122 adolescentes de ambos sexos. La técnica utilizada fue la encuesta y como instrumento un cuestionario. El resultado fue que predominaron los adolescentes del sexo femenino y las edades entre 14 a 16 años, plantean tener información previa sobre educación de la sexualidad para prevenir el embarazo en la adolescencia, aunque las reflexiones ante el embarazo y el aborto y sus riesgos y el uso de métodos anticonceptivos son insatisfactorias.

La conclusión es que existen dificultades en la educación de la sexualidad en función de prevenir el embarazo en los y las adolescentes.

Villalobos, et al. (2015) en México, realizaron la investigación titulada: “Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México” tuvo por objetivo caracterizar a las adolescentes que han tenido algún embarazo y analizar la asociación de éste con el rezago educativo, a partir de una encuesta representativa en México. Fue un estudio transversal. La investigación se realizó con información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012, con datos sociodemográficos y reproductivos de 1 790 mujeres de 12 a 19 años de edad con inicio de vida sexual y antecedente de embarazo. Se ajustaron tres modelos estadísticos para observar la asociación entre variables.

Los resultados fueron que el rezago educativo está presente en 74.9% de las adolescentes con antecedente de embarazo; tener embarazo previo está asociado con cohabitar con la pareja (RM=8.4), rezago educativo (RM=2.4), nivel socioeconómico bajo (RM=2.0) y asistencia a la escuela (RM=0.5). El rezago educativo muestra una asociación con el antecedente de embarazo alguna vez en la vida (RM=2.4), no así con el primer embarazo al momento de la encuesta.

La conclusión es que se requieren políticas y estrategias operativas eficientes para favorecer la permanencia escolar y reducir el rezago educativo en adolescentes con y sin hijos.

Menéndez, Navas, Hidalgo y Espert (2012) en Camagüey, Cuba, realizaron la investigación titulada: “El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente”, tuvieron como objetivo disminuir la incidencia del embarazo y sus riesgos en adolescentes. Fue un estudio de intervención educativa. El universo de adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico Arturo Puig Ruiz de Villa, municipio Minas, Camagüey, en el período de enero de 2009 a enero de 2010 estuvo constituido por 72 embarazadas, la población muestral quedó conformada por 32 embarazadas que cumplieron los criterios de inclusión. El instrumento utilizado fue un cuestionario.

La intervención educativa se realizó en tres etapas: diagnóstica, intervención y evaluación; en la primera se tomó un pre test, en un tiempo de una hora en presencia del investigador, en la segunda se desarrolló la intervención educativa y en la tercera etapa se aplicó por segunda vez el cuestionario, el procedimiento de aplicación fue igual al del primer cuestionario.

Los resultados fueron analizados porcentualmente, el 56,2 % desconocía conceptualmente el embarazo en la adolescencia, el 31,2 % manifestó que la primera relación sexual debe ser al cumplir los 14 años o tener la primera menstruación, el 59,3 % conocía los dispositivos intrauterinos como método anticonceptivo, el 68,7 % continuó el embarazo oculto por temor a los padres, el 31,2 % señaló como complicación fundamental la cesárea y los desgarros del tracto vaginal. Una vez finalizado el programa el 87,5 % expresó respuestas correctas.

La conclusión fue que la intervención educativa incremento el nivel de conocimiento ya se lograron transformaciones positivas en el conocimiento de cada uno de los temas impartidos.

Alarcón, Coello, Cabrera y Monier (2009) en Santiago de Cuba, realizaron la investigación titulada: “Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia”, tuvieron por objetivo determinar algunos factores que influyen en el embarazo en adolescencia perteneciente al área de salud del Policlínico José Martí Pérez del Municipio Santiago, Cuba, durante el año 2007.

El método fue observacional y analítico, el estudio se llevó a cabo con todas las adolescentes que se embarazaron y parieron y otro grupo con adolescentes que no se embarazaron. La intervención tuvo una duración de un año. Para la recolección de los datos se realizó una entrevista individual y se estableció una coordinación con los médicos de familia de consultorios donde pertenecían las adolescentes para la revisión de la historia clínica individual y familiar.

Los resultados demostraron que el 60% de las adolescentes embarazadas no recibieron una educación familiar adecuada, no convivían con sus padres en un 36,0%, el 52% llevaban relaciones inadecuadas con sus padres, y el 68% no conversan aspectos de la sexualidad, el 88,0% de las adolescentes que se embarazaron no tenían apoyo espiritual y económico de la pareja, no usaba ningún método anticonceptivo el 68,0%, el 72,0% mantenían una relación inestable y el 72% mostraron un comportamiento sexual promiscuo.

Las conclusiones determinaron que existió asociación causal entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia del embarazo precoz.

Castillo y Suárez (2014) en Santa Elena, Ecuador, realizaron la investigación titulada: “Prevalencia y factores de riesgo en embarazos de adolescentes atendidas en los hospitales del Ministerio de Salud Pública (MSP). Santa Elena. 2014”, tuvo por objetivo determinar la prevalencia e <identificar los factores de riesgo de embarazos en adolescentes en la provincia. Se estudiaron todas las adolescentes que asistieron a la consulta externa de los hospitales del MSP, en el período de Enero 2010 a Diciembre del 2011.

El enfoque utilizado fue retrospectivo, descriptivo, no experimental. La investigación se efectuó mediante el análisis de las historias clínicas de adolescentes. Los resultados demostraron que en el año 2010 existieron más casos de embarazos en adolescentes (14%) que en el año 2011 (11%), el 52,6% de las embarazadas pertenecían a la adolescencia tardía, el 43% eran solteras, el 11% tuvieron relaciones sexuales en la adolescencia temprana y abortaron una vez el 3,6%.

Las adolescentes que consumieron alcohol y tabaco lo hicieron a los 16 años, se evidenció que existe violencia intrafamiliar, problemas de alcohol y drogas en el hogar. Las conclusiones determinaron que los factores personales y familiares influyen en la vida de las adolescentes en la manera de pensar y actuar.

Goicolea, Wulff, Öhman y San Sebastian (2009) en Orellana, Ecuador, realizaron la investigación titulada: “Risk factors for pregnancy among adolescent girls in Ecuador’s Amazon basin: a case-control study”, tuvo por objetivo examinar los factores de riesgo para el embarazo entre las adolescentes en la Amazonía cuenca del Ecuador. Fue un estudio de casos y controles, con una proporción de 1: 2.

Los casos fueron adolescentes embarazadas al momento del estudio o que estuvieron embarazadas 2 años atrás y los controles adolescentes no embarazadas, se determinó el tamaño de muestra en 140 casos y 262 controles. La técnica utilizada fue la entrevista y como instrumento un cuestionario.

Los resultados encontrados fueron abuso sexual durante la infancia-adolescencia en un 3,06%, debut sexual temprano el 8,51%, que experimentan períodos sin madre el 10,67%, vivir en un hogar muy pobre con el 15,23%, estar casado o en unión 44,34%, no estar enrolado en la escuela 6.31% y las adolescentes iniciadas sexualmente que no usaron anticonceptivos en la primera relación sexual en un 4.30%.

El estudio encontró que los factores de comportamiento que aumentan el riesgo del embarazo en la adolescencia en Orellana fueron la iniciación sexual temprana y no haber utilizado métodos anticonceptivos durante la primera relación sexual, mientras que los factores estructurales incluyeron vivir en un hogar muy pobre, abuso sexual durante la infancia-adolescencia, y la desintegración familiar.

2.2. Bases históricas

2.2.1. Adolescencia

2.2.1.1. Definición

La adolescencia es un período intenso de la vida caracterizado por el crecimiento y desarrollo del ser humano, en donde lo social empieza a tener predominio sobre lo familiar, siendo una época clave de la vida que necesita de cuidado y protección. La OMS (2014) afirma:

La adolescencia está comprendida entre los 10 y 19 años, es una etapa muy importante en el curso de la vida en la cual se producen cambios biológicos (crecimiento, caracteres sexuales secundarios y capacidad de reproducción), psicológicos (pensamiento abstracto) y sociales (pertenencia grupal). (P.12)

Es la época en la cual los adolescentes reafirman su autoestima, construyen su identidad, sexualidad, autonomía y aclaran sus proyectos de vida, en medio de dificultades propias de la edad, que en ocasiones, a través de la rebeldía marcan su presencia.

La adolescencia es un período en donde el ser humano generalmente tiene un buen estado de salud en comparación con otras etapas de la vida, sin embargo están expuestos a múltiples riesgos de salud, que pueden traer consigo consecuencias negativas en un futuro mediano e inmediato; además, vale la pena manifestar que, es la etapa en donde se adquiere estilos de vida saludables o perjudiciales que están directamente relacionados con la morbi-mortalidad, incidiendo sobre la calidad de vida del individuo.

2.2.1.2. Etapas de la adolescencia

En la adolescencia existe una amplia franja llena de experiencias que diferencian a los adolescentes más jóvenes de los mayores, los cambios que ocurren son con una admirable rapidez que se reflejan tanto anatómicamente como fisiológicamente, así como en lo social y lo cultural.

El UNICEF (2011) divide a la adolescencia en dos partes: temprana (de 10 a 14 años) y tardía (de 15 a 19 años).

- La adolescencia temprana:

Según el UNICEF (2011) se puede considerar adolescencia temprana, a la etapa comprendida entre los 10 y 14 años, donde generalmente inician los cambios fisiológicos como el crecimiento, el desarrollo de los órganos sexuales femenino y masculino, cambios que son notorios físicamente lo cual puede ser motivo de entusiasmo así como de preocupación, confusión y ansiedad para los adolescentes, frente a la transformación de sus cuerpos.

Del mismo modo en esta etapa existen cambios internos, aunque no sean tan notorios como los físicos, son muy importantes.

Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental. (UNICEF, 2011, p.6)

Durante la adolescencia temprana empieza el desarrollo del lóbulo frontal, que es el que se encarga del razonamiento y de la toma de decisiones.

El sexo femenino entra a la pubertad unos 12 a 18 meses antes que el sexo masculino, teniendo un desarrollo cerebral, físico y sexual más precoz, por lo que, en los varones el pensamiento acrítico y la tendencia a actuar impulsivamente, persiste por más tiempo que en las mujeres.

En esta época es cuando los adolescentes adquieren más conciencia de su género y están expuestos a tener una apariencia y presentar conductas de acuerdo al lugar en donde se están desarrollando, además, pueden ser vulnerables y sentirse confundidos de su identidad personal y sexual; y en ocasiones pueden ser víctimas de acoso e intimidación.

El UNICEF (2011) afirma:

La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. (p.6)

A pesar de los tabúes sociales, es fundamental que en esta etapa de la vida, los adolescentes reciban una correcta educación sexual, con una amplia información para prevenir la morbi-mortalidad multicausal de este grupo poblacional.

- Adolescencia tardía:

La adolescencia tardía es la etapa de crecimiento físico, mental y emocional en el que los adolescentes continuarán buscando su independencia y su propia identidad en el mundo. El UNICEF (2011) refiere que la adolescencia tardía es el período comprendido entre los 15 y 19 años de edad, para entonces, a pesar de que los cambios físicos más importantes ya se dieron, el cuerpo aún sigue en desarrollo. El apoyo familiar es muy importante, ya que los adolescentes deben enfrentar retos y tentaciones, que si no existe un ambiente de confianza y una buena relación familiar, pueden traer consecuencias negativas en su futuro.

En este periodo el cerebro continúa desarrollándose, por lo que aumenta la capacidad del pensamiento analítico y reflexivo, aunque al inicio de esta época aún son importantes las opiniones del grupo en el que se desarrollan, conforme aumenta la edad los adolescentes van adquiriendo más confianza en sí mismos, teniendo sus propias opiniones y aclarando su identidad.

El UNICEF (2011) afirma. “La temeridad – un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”– declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes” (p.6). En esta temprana fase temeraria

se puede adquirir malos hábitos, por curiosidad o deseos de tener experiencias, los adolescentes pueden empezar a fumar cigarrillos, a consumir alcohol y drogas, siendo hábitos que pueden perdurar hasta la edad adulta, teniendo serias repercusiones en la salud.

El UNICEF (2011) afirma. “Se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y los 15 años fuma, y aproximadamente la mitad de los que empiezan a fumar en la adolescencia lo siguen haciendo al menos durante 15 años” (p.6).

En ésta etapa según el UNICEF (2011) las mujeres son más vulnerables que los hombres a tener consecuencias negativas para la salud, pueden presentar depresión, anorexia y bulimia, como respuesta a la ansiedad sobre su imagen corporal alentadas por un estereotipo de belleza femenina.

La adolescencia tardía es una etapa de riesgos, sin embargo, en una época llena de oportunidades, promesas e idealismo, en donde alcanzan sus estudios superiores, consiguen un empleo y empiezan a ser parte activa en la sociedad.

2.2.2. Aspectos biopsicosociales de la sexualidad de los adolescentes

2.2.2.1. Adolescencia y sexualidad

La adolescencia es el periodo crucial del ser humano en el que se alcanza la madurez sexual, los adolescentes se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo y toman una nueva dirección en su desarrollo.

En el ser humano, la conducta sexual es sumamente variable, ya que en ella intervienen factores genéticos, psicológicos y culturales propios de cada individuo. Posiblemente, la conducta sexual de un individuo determinado es el resultado de ciertas disposiciones que están pautadas genéticamente, sobre la que influye: el aprendizaje y los hábitos culturales en la que el individuo ha crecido y se ha educado, y que ha sido moldeada y matizada por las experiencias que el propio sujeto ha ido experimentando en el terreno sexual y en otros ámbitos de la vida. (Vásquez, 2009, p.14)

Una de las características del hombre es desarrollarse dentro de diferentes grupos en la sociedad, para satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales. La familia, es el grupo más importante y fundamental en la que los jóvenes pueden aclarar sus dudas y recibir una educación sexual necesaria y eficaz para evitar consecuencias negativas en la adultez.

En los países en desarrollo así como en los desarrollados, la salud sexual de los adolescentes es una de las prioridades en los sistemas de salud.

La salud sexual y reproductiva de las adolescentes está influenciada por una serie de factores sociales, culturales, políticos y económicos, factores que pueden aumentar la vulnerabilidad de las adolescentes a los riesgos asociados con la salud sexual limitando, por ejemplo, el acceso a la información y los servicios fundamentales para comportamientos y decisiones responsables. CEPAL (como se citó en Svanemyr et al., 2015).

La falta o poca información sobre sexualidad de parte de sus padres, la educación sexual deficiente en los colegios, la incorrecta información recibida por medios de comunicación o por los grupos de amigos, puede llevar a que los adolescentes tengan comportamientos sexuales inadecuados.

Datos obtenidos de algunas encuestas sobre el comportamiento sexual y reproductivo en los/las adolescentes muestran que estos(as) tienden al inicio de relaciones sexuales a más temprana edad y en la mayoría de los casos lo hacen desprovistos de información objetiva, oportuna, clara y veraz acerca del manejo de la sexualidad, de las responsabilidades que implican la maternidad y la paternidad y del uso correcto y sistemático de métodos anticonceptivos modernos. (Secretaría de Salud, 2002, p.13)

Teles situaciones ponen en riesgo a los adolescentes a tener un embarazo no deseado, abortos provocados o Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), que son repercusiones a corto y largo en diferentes dimensiones tanto biológicas como socio-económicas.

2.2.2.2. Aspectos biológicos de la sexualidad adolescente

Desde un punto de vista biológico, la existencia de órganos sexuales en los individuos diferencia el sexo, pero además tienden a un comportamiento sexual, es así que, la sexualidad va más allá de la genitalidad, incluyendo así a diferentes conductas individuales y sociales que el hombre adquiere para dar soluciones a su vida sexual.

Durante este periodo se producen cambios característicos, en las mujeres se presenta la menarquia, crecimiento de los senos y aparición de vello púbico, en los hombres se manifiesta el cambio de voz, surge vello púbico y se producen las primeras emisiones de esperma. El UNICEF (2011) afirma:

Las niñas tienen su primera menstruación generalmente a los 12 años. En los niños, la primera eyaculación ocurre generalmente hacia los 13 años. No obstante, las niñas pueden empezar a menstruar a los 8 años. Hay indicios de que la pubertad está comenzando mucho más temprano; de hecho, la edad de inicio tanto en las niñas como en los niños ha descendido tres años en el transcurso de los últimos dos siglos. Esto obedece, en gran parte, a las mejores condiciones de salud y nutrición. (p.8)

Los cambios biológicos que ocurren en la adolescencia son de gran importancia en la vida y la sexualidad de los jóvenes, indican la madurez sexual cuya consecuencia natural es la capacidad reproductiva.

El impulso sexual suele ser intenso en la adolescencia. El hombre experimenta eyaculaciones relacionadas o no a sueños eróticos, la capacidad de sentir orgasmo depende en gran medida de la presencia de semen en las glándulas seminales, y a través de la eyaculación satisface el impulso sexual. Por otro lado, en la mujer existe un aumento en el grosor de los labios menores y el clítoris; generalmente puede experimentar placer erótico a través de la fantasía.

2.2.2.3. Aspectos psicológicos de la sexualidad adolescente

En la adolescencia el desarrollo psicológico enfoca varios aspectos cognitivos y psicosociales comunes a esta etapa, lo más importante es el sentimiento de confusión en el comportamiento, es decir, no ha abandonado por completo la infancia, pero tampoco

puede enfrentar las demandas de adulto. Calvopiña (como se citó en Aberastury, 1969) afirma:

El adolescente tiene que superar 3 duelos para arribar a la madurez.

- a) Por el cuerpo infantil.- sienten el cuerpo como ajeno.
- b) Por el rol y la identidad infantil.- implica renunciar a la dependencia y aceptar responsabilidades.
- c) Por los padres de la infancia.- implica renunciar a su protección, a sus figuras idealizadas, aceptar sus debilidades y su envejecimiento.

Los cambios físicos, fisiológicos y sociales hacen que los jóvenes tengan confusión en su forma de pensar llevándolos a tener conductas de riesgo y arrebatos emocionales.

En la época de la adolescencia la capacidad física, sexual, imaginativa, intelectual y crítica funcionan con mayor intensidad que en las otras etapas de la vida. Las alteraciones hormonales y emocionales presentes en esta etapa, pueden exagerar diversas situaciones que se presenten.

El desarrollo emocional estará vinculado a la evolución previa que trae el niño y al contexto social y familiar en el que está inserto. En el adolescente se marca una inestabilidad emocional, que se expresa en comportamientos incoherentes, explosiones afectivas intensas, pero superficiales. Estas reacciones se relacionan con la intensificación de los impulsos sexuales y agresivos propios de esta etapa, los cuales generan ansiedad y son difíciles de modular. (Calvopiña, 2012, p.13)

El cambio de la niñez a la adolescencia hace que se presente una transformación de sentimientos, así, el sentimiento de un niño lleno de alegría y diversión se convierten en nuevos sentimientos y emociones, frecuentemente entremezclados y confusos.

La atracción por el sexo opuesto se vuelve importante en la adolescencia, el enamoramiento es común en esta etapa, en la cual deben aprender a controlar sus emociones.

En la adolescencia temprana tiende a haber mayor labilidad emocional y descontrol de impulsos; en la adolescencia media los sentimientos experimentan su mayor intensidad y en la etapa posterior el adolescente irá experimentando una mayor profundidad y duración de sus sentimientos, así como irá desarrollando la responsabilidad, lo que implica pasar de sentirse "víctima" de las circunstancias a sentir un mayor autocontrol. Calvopiña (como se citó en Gumucio, 2002)

Los adolescentes empiezan a tener un conflicto emocional, puesto que, por un lado conserva el cariño y afecto hacia sus padres, y por otro siente la necesidad de buscar independencia, expresión de su sexualidad y un compañero como pareja.

2.2.2.4. Principales fenómenos sociales relacionados con la sexualidad

En la adolescencia, los jóvenes prefieren pertenecer a grupos de la misma edad, ya que es en donde ellos realizan la búsqueda de su identidad y de la integración a la sociedad. En esta época se empieza a manifestar los círculos sociales, en donde cobran interés por pertenecer a un grupo social, ya sean en el colegio, en el barrio, entre otros, teniendo diversas funciones, y aprendiendo a relacionarse con jóvenes de la misma edad.

Es la etapa en la cual los jóvenes aprenden a controlar su conducta en la sociedad, empiezan a tener destrezas propias de la edad, suelen tener un alejamiento con sus padres para compartir sentimientos y problemas comunes entre el grupo social al que pertenece o buscan una relación sentimental con el sexo opuesto.

Según Calvopiña (2012) en la adolescencia temprana se establece la amistad, es decir buscan una relación cercana con personas del mismo sexo y edad, teniendo un vínculo estrecho entre ellos, mientras que el contacto con el sexo opuesto suele hacerse en grupo.

Calvopiña (2012) afirma. "En la adolescencia tardía los valores del grupo dejan de tener tanta importancia, siendo los propios valores acordes a la identidad los que se privilegian. Respecto a las figuras de autoridad, se comienza a producir una reconciliación y reparación" (p.16). Si los jóvenes no son aceptados en un grupo pueden presentar conductas de aislamiento lo que es perjudicial en su desarrollo en la sociedad.

Además en la adolescencia tardía los jóvenes perciben el mundo de una forma diferente y realizan juicios con un pensamiento propio, esto se debe a que los adolescentes adquieren más independencia que en la adolescencia temprana; y conforme aumenta la edad tienen mayor conciencia de la realidad.

Por otro lado, las diferencias sociales entre el sexo femenino y masculino depende de la cultura de cada región, generando frecuentemente una relación de subordinación por parte de la mujer al hombre. La OPS (2010) afirma. “Se necesitan grandes avances en la equidad de género para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población joven” (p.13). El género está condicionado ineludiblemente por la etnia, la clase social, el lugar de residencia y por influencias de cada individuo, lo que conlleva al tipo de participación de las personas dentro del núcleo social.

A pesar de que el sexo femenino tiene la misma capacidad de experimentar deseo y excitación existen mitos y tabúes que hace que algunas mujeres se cohiban de mantener una relación afectiva sexual mientras que los jóvenes la realizan con mayor libertad y tolerancia.

Para la mayoría de las mujeres, establecer una actividad sexual se limita a personas significativas e importantes en su vida y fundamentalmente tienen un pensamiento de reproducción, dejando al sexo por placer para las chicas malas o locas, por el contrario para los hombres las aventuras amorosas son sinónimo de prestigio y masculinidad.

Por lo que esta doble moral conlleva a una inequidad sexual, llevados por diversas creencias culturales y sociales, el prejuicio acerca de la sexualidad puede ser un factor de riesgo para la salud sexual.

2.2.3. Embarazo en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2013) es un problema de salud mundial que requiere de acciones preventivas, con el compromiso entre los países, para fortalecer el libre ejercicio de los derechos a los adolescentes y que vivan su sexualidad de forma segura, ya que si una adolescente

presenta un embarazo, cambia no solo su presente sino también su futuro, que en pocas ocasiones es para su bienestar.

Los adolescentes forman parte fundamental en el presente y futuro del desarrollo de la sociedad. El UNFPA (2016) afirma. “Según las oportunidades y las opciones que tienen durante este periodo de la vida, pueden ingresar a la vida adulta como ciudadanos empoderados y activos o por el contrario, estar desvalorizados, sin poder de opinión e inmersos en la pobreza”. El embarazo precoz puede generar que la adolescente no termine sus estudios, ponga en riesgo su salud y tenga un ingreso económico bajo, siendo vulnerable a la pobreza, impotencia y exclusión.

En todas las regiones del mundo, las niñas rurales empobrecidas y con una educación deficiente son más proclives a quedar embarazadas que las niñas urbanas, más ricas y educadas. Las niñas que pertenecen a una minoría étnica o a un grupo marginalizado, que no tienen opciones ni oportunidades en la vida, o que tienen un acceso limitado o nulo a la salud sexual y reproductiva, incluida la información y servicios sobre anticonceptivos, también son más proclives a quedar embarazadas. (UNFPA, 2013, p. iv)

El embarazo a edades tempranas es un problema de salud pública que trae consigo consecuencias frecuentemente negativas para la salud de la madre y del padre adolescente así como para sus hijos. Además es un problema educativo ya que generalmente las madres adolescentes presentan bajo rendimiento educativo e inclusive deserción escolar, es un problema social y económico ya que si no crecen profesionalmente y no consiguen un buen empleo no tienen un buen ingreso futuro, ni acceso a los derechos de los adolescentes.

Según la OMS (2012), cada año dan a luz cerca de 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años y los recién nacidos de madres adolescentes son aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo; esto está influenciado por múltiples factores causales dependientes de cada cultura, como el matrimonio por presión, perspectivas limitadas de educación y trabajo, por la escasa información de cómo evitar un embarazo, por no tener acceso a los métodos anticonceptivos o por abuso sexual; siendo para la mayoría de las adolescentes embarazos no deseados.

El UNFPA (2013) afirma que en el mundo existen 580 millones de niñas adolescentes, cuatro de cada cinco habitan en los países en vías de desarrollo; cada día 20.000 mujeres menores de 18 años dan a luz en los países en desarrollo, constituyendo el 95% de todos los nacimientos de adolescentes del mundo y se estima que 9 de cada 10 de estos nacimientos son de parejas casadas o unidas.

Los promedios mundiales de fecundidad adolescente varían según la región. La OMS (2009) afirma:

Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América.

Los países desarrollados tienen menos embarazos de adolescentes porque tienen un enfoque diferente con respecto a la educación sexual y salud reproductiva, facilitando el acceso a métodos de planificación familiar.

Por otro lado, el riesgo de abortar en condiciones inseguras es mayor en la adolescencia que en la adultez. La OMS (2013) afirma:

Se estima que se practican cada año unos 3 millones de abortos peligrosos en mujeres de 15 a 19 años. Los abortos peligrosos contribuyen de forma importante al padecimiento de problemas de salud de larga duración y a la mortalidad materna. En los países de ingresos bajos y medios, las complicaciones derivadas del embarazo y el parto constituyen una importante causa de defunción en las adolescentes de entre 15 y 19 años.

El embarazo no deseado es uno de los principales factores que conlleva a que las adolescentes se realicen un aborto no seguro.

En América Latina y en la Subregión Andina, a partir de la década de los setenta, la fecundidad global ha ido disminuyendo, sin embargo, las tasas de fertilidad adolescente

no han descendido en la misma proporción. El Organismo Regional Andino de Salud (ORAS, 2008) refiere:

En este contexto de disminución de la fecundidad general, cabía también esperar un descenso en la fecundidad de las y los adolescentes, que no se ha producido. Acudiendo a datos promedio simple a nivel de país, mientras que en promedio la Tasa Global de Fecundidad general en la Subregión Andina cayó más de 1/3 entre 1975 y 2005, la fecundidad adolescente se redujo solamente 6 por ciento, permaneciendo alta y presentando inclusive tendencias al alza en algunos países.

La tasa específica de fertilidad adolescente continúa siendo alta en la Región de las Américas, lo que conlleva a que las adolescentes que tienen un embarazo, asumen obligaciones de adultas y no siempre pueden ejercer sus derechos.

En algunos países de la Región de las Américas, el inicio de las relaciones sexuales es cada vez a más temprana edad y lo realizan sin el debido conocimiento sobre el riesgo reproductivo. La OPS (2010) afirma. “En diversos países centroamericanos, aproximadamente el 50% de las mujeres de 15–24 años de edad ha iniciado relaciones sexuales a los 15 años” (p.13). Este porcentaje es mayor en los adolescentes con un bajo nivel de educación y que habitan en las zonas rurales.

En los países de bajos y medianos ingresos, según la OMS (2012) las complicaciones del embarazo y del parto en mujeres de 15 a 19 años, constituyen las principales causas de mortalidad adolescente.

La mayoría de los problemas de salud de las adolescentes son consecuencia del embarazo precoz, siendo frecuente la anemia en el embarazo, el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, la malaria, hemorragias puerperales, depresión y la muerte materna. La OMS (2016) afirma. “En América Latina, el riesgo de muerte materna es cuatro veces más elevado en las adolescentes menores de 16 años que en las mujeres veinteañeras”. Este hecho es motivo de preocupación, debido a los riesgos biopsicosociales a que conlleva.

2.2.3.1. Factores de riesgo del embarazo adolescente

La morbilidad y mortalidad materno-neonatal comparte factores de riesgo comunes, que tienen relación con los determinantes sociales de la salud, como el género, la etnia, el nivel educativo, la clase social, el empleo, los ingresos, la migración, las redes sociales la familia y el entorno.

La adolescencia es una etapa normal del ser humano, no es una enfermedad, sin embargo, los embarazos en las adolescentes implican mayores riesgos. El MSP (s.f.) afirma. “Los riesgos derivan de 2 situaciones: una de tipo biológica determinada por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general y la otra condicionada por factores psicosociales”. Una adolescente embarazada está expuesta a presentar enfermedades como la preeclampsia y eclampsia, retardo del crecimiento intrauterino, violencia física y psicológica, además de las consecuencias socio-económicas.

Los adolescentes se encuentran inversos en una serie de factores de riesgo y factores protectores. La OMS (2016) afirma:

Los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta.

Por lo que los padres, la comunidad, y las instituciones de salud y sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes.

Dentro de las posibles causas que influyen en la aparición de los embarazos no planificados se mencionan factores individuales, familiares, institucionales y sociales. Entre los más sobresalientes están la pobre o nula educación sexual, las cuestiones de género, la doble moral sexual, la baja autoestima, el acceso limitado a servicios especializados de salud sexual y reproductiva destinados a los adolescentes, la escasa prevención con que los jóvenes llevan a efecto sus prácticas sexuales, el bajo uso de

métodos anticonceptivos seguros, así como la edad de la primera experiencia sexual y como marco el nivel socioeconómico.

Aunado a lo anterior, el periodo adolescente en sí mismo representa un riesgo, por las características propias de esta época como son: emergencia del impulso sexual, idealismo, impulsividad, sentimiento de invulnerabilidad y necesidad de alcanzar su identidad y autonomía.

Se debe considerar que las condiciones biológicas conjuntamente con las psicológicas y sociales, son una circunstancia de integración muy importante en el proceso de fomento de una cultura de salud entre los adolescentes, ya que algunas veces se les brinda información sobre sexualidad y salud reproductiva, sin embargo desconocen a dónde acudir en caso de necesitar metodología anticonceptiva, o en caso de embarazo, no acuden a una atención prenatal adecuada y oportuna.

- Factores de riesgo individuales:

En la adolescencia existe una influencia en el comportamiento sexual, conforme incrementa la edad aumenta la posibilidad de tener actividad sexual con mayor frecuencia e inclusive con varias parejas.

Se debe tener presente que en la mayoría de las veces los jóvenes tienen su primera relación sexual por factores sociales, como la presión de los amigos, el aumento de las oportunidades de tener relaciones sexuales y la mayor independencia y libertad; se relacionándose con una mayor incidencia de embarazos a temprana edad.

Una buena conexión con la escuela hace que los adolescentes tengan un proyecto de vida más claro, lo que conlleva a que adopten medidas preventivas del embarazo, ya que a más alto nivel escolar mayor será el conocimiento sobre la prevención de embarazos precoces, mientras que si el nivel educativo de los jóvenes es bajo pueden encontrar en el embarazo una salida a una insatisfecha historia dentro del sistema escolar.

Formar parte de grupos pandilleros es un factor de riesgo individual relacionado con el inicio de la actividad sexual a muy temprana edad y con varias parejas, aumentando la incidencia del embarazo adolescente.

La falta educación acerca del comportamiento sexual en la adolescencia por parte de la familia y en el ámbito escolar, le convierte al adolescente vulnerable a cometer errores en su vida sexual, ya que buscan información en otras fuentes, sobre todo entre los grupos de amigos o en medios de comunicación que en la mayoría de las veces es información errada.

La adolescencia es una época de riesgos, crecimiento y desarrollo, desafortunadamente la mayoría de los jóvenes piensan que aquellos riesgos son muestras de madurez, es así que mientras más se exponen a factores de riesgo más crece su autoestima como por ejemplo el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas.

- Factores de riesgo familiares:

Las características de la familia son muy importantes para determinar el riesgo, los adolescentes que viven con ambos padres y tienen una buena relación, tienen un riesgo menor de embarazos no deseados ya que no van a iniciar la actividad sexual a una edad muy temprana y, cuando la inician, lo hacen con menor frecuencia.

Cuando el adolescente proviene de una familia disfuncional: uniparental o con conductas promiscuas y con consumo de drogas, frecuentemente el diálogo entre padres e hijos es inadecuado, lo que impulsa al adolescente a buscar esa comunicación y afecto en los amigos. Calvopiña (como se citó en Valdivia, 2006) afirma:

Si una niña creció en un ambiente lleno de tensión, de violencia, de inseguridades de todo orden, su vida afectiva en la adolescencia podrá ser errática. Chicas que van de relación en relación, en búsqueda de una estabilidad que no hallan. Siempre exponiéndose a los riesgos hasta que el embarazo les sirve como el mejor de los síntomas para sus conflictos que no logra superar. Los varones educados en hogares en los que se golpeaba a la madre o que fueron golpeados ellos mismos, tendrían muchas

más probabilidades de embarazar a su pareja que los varones que no habían tenido esta experiencia.

Además las adolescentes que fueron abandonadas por los padres en su niñez tienen mayor posibilidad de iniciar precozmente una vida sexual y quedar embarazada o de contraer matrimonio o unión a temprana edad.

La falta de comunicación entre los padres y los adolescentes es otro factor de riesgo muy marcado para el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, por un lado cuando la familia tiene censura severa ante la educación sexual los jóvenes actúan equivocadamente por rebeldía, por otro, si la familia es muy liberal, los jóvenes actúan con un pensamiento de igual manera haciendo que su comportamiento sexual sea equivocado. Se ha observado además que cuando la madre o hermana de la joven fueron madres adolescentes es muy alta la posibilidad que la adolescente también lo sea.

- Factores de riesgo institucionales:

A pesar de los avances en la salud pública sobre la promoción y prevención del embarazo adolescente, aún existe déficit en los servicios específicos de atención en consejería sobre salud sexual y reproductiva al adolescente, ya sea por la poca accesibilidad a las instituciones educativas por parte del personal de salud, o por la demanda de pacientes que deben ser atendidos en las diferentes áreas de salud, conlleva a que los adolescentes no tengan un adecuado acceso a la salud y a información sobre la prevención del embarazo.

En la actualidad el acceso de la población adolescente a los servicios de salud sigue siendo insuficiente. La OPS (2010) afirma. “Muchos adolescentes encuentran obstáculos jurídicos, financieros y con entornos hostiles cuando utilizan los servicios de salud, como el incumplimiento de la confidencialidad, los juicios de valor y la desaprobación relacionados con la actividad sexual, y la discriminación” (p.18). Por lo que es compromiso del personal de salud dar una atención de calidad y calidez a este grupo poblacional, con el objetivo de disminuir la morbi-mortalidad materna e infantil.

La falta de accesibilidad de los adolescentes a métodos de planificación familiar en los áreas de salud es otro factor de riesgo para la incidencia del embarazo precoz, los

jóvenes no acuden por temor a ser juzgados por el personal de salud, por vergüenza de adquirir un método anticonceptivo o por desconocimiento.

La OMS (2016) afirma. “Los adolescentes necesitan acceso a una gama completa de servicios de salud sexual y reproductiva, incluido el acceso a los preservativos y a otros métodos anticonceptivos, según proceda”.

Los horarios de prestación de servicios en los diferentes centros de salud pública, no son adecuados para los adolescentes, ya que generalmente se encuentran estudiando o trabajando, lo que dificulta el acceso a esas áreas de salud.

- Factores de riesgo socioeconómicos:

El ejercicio de la sexualidad requiere asumirse como un derecho, pero un derecho que se ejerce de manera informada, con responsabilidad y en condiciones de autonomía y equidad; sin dominio, violencia o imposición.

El medio ambiente social en el que los adolescentes se desarrollan mucha de las veces es perjudicial ya que al existir creencias y prácticas asociadas con la inequidad de género, en donde existe el machismo y una información errada sobre la maternidad y la paternidad, intervienen en forma negativa en el proyecto de vida de los jóvenes.

La soledad y la tristeza constituyen factores de riesgo para el embarazo precoz, ya que esa necesidad de sentirse amada hace que sean vulnerables a tener relaciones sexuales a más temprana edad, ya que al iniciar una relación sentimental es probable que la tomen como la única oportunidad de sentirse amada.

Otro factor social para el embarazo no deseado es el abuso sexual o la violencia en la relación de pareja, con mucha frecuencia, en las menores de 15 años, la experiencia sexual suele ser de manera involuntaria.

Según Calvopiña (2012) las adolescentes tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas cuando no existe educación acerca del comportamiento sexual en la adolescencia o hay distorsión de la información, el embarazo en la adolescencia se trata

de una común desinformación en torno a lo que es y significa ser adolescente, con valores, cambios y contradicciones que caracterizan a la sociedad contemporánea.

Tener relaciones sentimentales a temprana edad es otro factor de riesgo. Calvopiña (2012) afirma. “Las citas a la edad de 12 años están relacionadas con una probabilidad del 91% de tener relaciones sexuales antes de los 19 años y las citas a la edad de 13 se asocian con una probabilidad del 56% de actividad sexual durante la adolescencia”(p. 28).

La OPS (2010) afirma. “La tasa de fecundidad de las adolescentes que viven en la pobreza es tres veces mayor que la de las adolescentes que no viven en la pobreza” (p.16). Además, las jóvenes con recursos económicos bajos usan menos métodos anticonceptivos, siendo mayor la probabilidad de tener un embarazo precoz.

Los adolescentes frecuentemente se ven sometidos a presiones por grupos e inclusive por los padres para realizar actos en muestra de que han alcanzado su madurez. La OMS (2016) afirma:

Muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Ante estas circunstancias, los adolescentes experimentan diversos problemas de adaptación y de salud mental.

2.2.3.2. El embarazo adolescente y la salud materno-infantil en el Ecuador

Según el MSP (2014) de acuerdo al Censo de Población y Vivienda de 2010, de la población total en el Ecuador el 20,5% es adolescente (2 958 879); el 10,6% son adolescentes tempranos de 10 a 14 años (1 539 342) y, el 9,8 son adolescentes tardíos entre 15 a 19 años (1 419 537). El 49% mujeres y 51% hombres; 60,6% reside en áreas urbanas y 39,4% en áreas rurales; existiendo en el país 346. 700 niñas, de las cuales 2.

080 ya han sido madres. Estas cifras ubican al Ecuador liderando la lista de países andinos con el mayor número de embarazos en adolescentes.

Para contextualizar el problema del embarazo adolescente se debe tomar en cuenta los cambios que se han realizado en los últimos años en la sociedad ecuatoriana, sin embargo la desigualdad de género todavía está presente en el país.

Por lo que, a pesar de los avances en la reducción del embarazo adolescente, en el Ecuador, continúa siendo un problema de salud pública. La OPS (2012) refiere:

Según el Ministerio de Salud Pública, la tasa específica de fecundidad es de 91 por 1.000 mujeres. Se estima que 2 de cada 10 embarazos y aproximadamente 2 de cada 10 muertes maternas corresponden a adolescentes. En 2010 el 19,26% de los embarazos ocurrieron en adolescentes de 15 a 19 años de edad.

Según el Plan Andino para la prevención del embarazo en adolescentes (2011) en Ecuador, 2 de cada 3 adolescentes sin educación en edades entre 15 y 19 años son madres o están embarazadas por primera vez, siendo la de fecundidad adolescente en el país la más alta de la región andina, llegando a 100x1000 nacidos vivos.

La pobreza, el no uso de los métodos anticonceptivos, la falta de información clara y educación sexual, las familias disfuncionales así como el abuso sexual son factores que influyen en la incidencia del embarazo adolescente. Valdivies y González (2015) afirman. “Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención” (p.7). Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.

El embarazo puede truncar la educación de las y los adolescentes. El Plan Andino para la prevención del embarazo en adolescentes (2011) afirma:

Es necesario recalcar que las proporciones de maternidad en la adolescencia son hasta 4 veces más altas entre las mujeres adolescentes que no tienen educación (43% comparadas con las de niveles educativos más altas 11% con secundaria completa). Por

otro lado, un embarazo en la adolescencia se traduce a 2.5 años de escolaridad menos para las mujeres. Y por cada hijo adicional, las mujeres tienen un año menos de escolaridad.

Como consecuencia, las adolescentes no terminan sus estudios y se vuelven vulnerables a tener mayor pobreza.

En el año 2009, según el UNICEF (2014) en el país se registraron, 2083 partos de niñas entre 10 y 14 años, y en el grupo de 15 a 19 años, se registraron 60 623 alumbramientos de nacidos vivos. Además, en los últimos 5 años (2009-2014) se registraron que 6740 adolescentes mujeres contrajeron matrimonio.

Un problema que complementa al embarazo precoz, es la apertura de la Ley que permite que las adolescentes en el Ecuador, puedan casarse a partir de los 12 años de edad. El ONU (como se citó en INEC EMPLEO 2012/ Elaboración: OSE, 2014) refiere:

Esto refleja prácticas culturales donde el embarazo adolescente que proviene de estas uniones tempranas será visto como consecuencia natural. Así, 2% de las adolescentes entre 12 y 17 años vive o ha vivido en pareja. De ellas, 1.4% tiene un compromiso en unión libre y 0,6% se han casado. Tres provincias costeras se destacan en el matrimonio o la unión precoz: El Oro, Los Ríos y Manabí. En Los Ríos, el 8% de las adolescentes tienen un compromiso sea éste matrimonio o de unión libre. En Manabí este porcentaje desciende al 6% y en El Oro al 5%.

Cabe recalcar que, el matrimonio adolescente ocurre con mayor frecuencia en la cultura indígena, en donde por tradiciones la mujer desde un punto de vista de procreación, debe permanecer al cuidado y crianza de sus hijos, sin superación laboral.

Por otro lado, el embarazo adolescente contribuye a mayores niveles de mortalidad y morbilidad materna ya que está asociado a complicaciones durante el embarazo y el parto. La OPS (2010) afirma. “El riesgo de complicaciones obstétricas también es más alto en las adolescentes, entre quienes la probabilidad de morir durante el embarazo y el parto supera entre cinco y siete veces a la de las mujeres entre 20 y 24 años” (p.2). Las adolescentes al no recibir una necesaria atención prenatal agrava esta problemática.

La mortalidad materna constituye un serio problema de salud, según el UNICEF (2014) en el año 2011 ocurrieron 241 muertes maternas una de ellas correspondió a una niña menor de 14 años y 33 adolescentes de 15 a 19 años. Del total de muertes maternas, el 14% correspondió a adolescentes.

En 2008 el grupo etario de 10 a 19 años registró una mortalidad de 70,9 por 100.000 habitantes, 38,8% debida a causas externas. Entre las principales causas de egresos hospitalarios en adolescentes, alrededor de 60% se relacionan con el embarazo, el parto y el puerperio 228% parto único espontáneo, 8,4% cesáreas y 4,5% abortos, tasas que sitúan a los adolescentes en situación de riesgo. (OPS, 2012, P.278)

El descenso de la mortalidad infantil es uno de los importantes avances en el Ecuador. La ONU (como se citó en OSE, 2014) afirma:

La mortalidad desciende en los últimos 10 años de 18.5 x mil nacidos vivos a 11 por mil nacidos vivos sin diferencias significativas entre hombres y mujeres. Esto se complementa con el incremento de la cobertura de la atención de salud en instancias estatales de 30% a 77% (2007-2012). Un indicador clave para ello fue que el parto institucional en el 2012 llegó al 94%.

Los efectos adversos de la maternidad adolescente también se extienden a la morbimortalidad de sus hijos.

El bajo nivel educativo y la deserción escolar es un factor que puede llevar a un embarazo adolescente, con consecuencias para la madre y sus hijos. El ONU (2015) refiere:

La relación educación y embarazo adolescente demostró que el 100% de las niñas antes de embarazarse estudiaba y luego del parto solo el 30% volvió a hacerlo. Se manifiesta un retraso educativo de las embarazadas frente al total de la población encuestada. Hasta el 29% de las adolescentes de 15 años que se han embarazado siguen en primaria, mientras que a esta edad solo el 7% de los y las adolescentes en promedio se mantienen en este nivel. El 56% de las embarazadas suspendió su educación por más de un año. El

embarazo se constituyó en el grupo encuestado, en el cuarto motivo más importante para dejar de estudiar. El 95% de quienes dejaron de estudiar quieren retomar sus estudios.

La situación de desventaja de las una joven con un nivel escolar bajo, las hace más vulnerables a tener menos posibilidades de crecer profesionalmente, convirtiéndose en un problema socio-económico para el país.

En la sociedad actual, acceder a recursos que faciliten avanzar hacia su empoderamiento como educación y un buen empleo, son muy bajas para una mujer adolescente embarazada o con hijos.

En cuanto a lo económico, para el 49% de madres adolescentes ganar dinero para el bebé es el sentimiento más común entre las que tuvieron que dejar de estudiar. La mayoría cuenta solamente con el dinero de su familia. En lo que se refiere a sus parejas, el 62% vive con su pareja y el 37% con sus padres. En el nivel socioeconómico alto el 89% vive con sus padres y en el medio bajo el 78%. El 37% de las adolescentes embarazadas son madres solteras ONU (Como se citó en Habitus-Banco Mundial, 2012; OSE, 2014).

Por las grandes inequidades al acceso laboral, se reconoce el embarazo precoz como la falta de oportunidades de las adolescentes especialmente las de bajos recursos económicos.

La posibilidad y responsabilidad de prevenir embarazos en la adolescencia, no corresponde solo a los adolescentes, sino que es un trabajo integral de la familia, la escuela y la comunidad, con responsabilidad se debe garantizar condiciones y oportunidades para el desarrollo pleno de los y las adolescentes ecuatorianas.

2.2.4. Estrategia de intervención educativa

La Organización Mundial de la Salud definió en el artículo 11 de su Carta constitutiva (1946) a la salud como “el más completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” lo que representó un verdadero cambio cualitativo respecto a las concepciones anteriores y amplió ilimitadamente el horizonte

de la salud y las inversiones necesarias para lograrlo. Aprender la salud de manera diferente a la tradicional tiene importantes implicaciones prácticas: entender la salud de tipo holístico, global, centrada en los determinantes sociales y los factores personales que influyen en ella, permiten apreciarla en toda su complejidad y en consecuencia, posibilita incidir en la capacidad de los diversos actores sociales para afrontar los problemas de salud, tanto las formas de comportamiento individual y colectivas que afectan todo el entramado vital y social, y no solo las cuestiones biológicas y de la organización del sistema de salud.

La inclusión de factores de tipo cognitivo y actitudinales apuntan a la creación de una nueva cultura de salud, que implica la posibilidad de transmisión social de los mismos, y el instrumento socialmente más extendido para ello sigue siendo la educación en su sentido más amplio.

Desde los inicios de estas propuestas de la Organización Mundial de la Salud y las sucesivas reformas sanitarias subsecuentes (que permitieron la organización y generalización de la Atención Primaria de Salud como base del sistema sanitario) se ha destacado la especial importancia otorgada a las actividades de promoción y prevención en el tratamiento de la salud y la enfermedad poblacional.

En estas iniciativas se han incluido, desde lo individual y lo colectivo, procesos y estrategias generales de movilización y gestión comunitaria, dirigidas al fomento de la participación y la cohesión social, la potenciación de los propios recursos personales y comunitarios o la formación de coaliciones como forma de colaboración entre diferentes agentes comunitarios para hacer frente a los problemas y necesidades de salud de la población.

Por ello la inclusión de las estrategias educativas como resultado científico de la investigación, es cada vez más extensa y se diseñan para resolver problemas de la práctica con optimización de tiempo y recursos, porque: García, Sáez y Escarbajal (2000) permiten proyectar un cambio cualitativo en el sistema a partir de eliminar las contradicciones entre el estado actual y el deseado; González (2014) implica un proceso de planificación en el que se produce el establecimiento de secuencias de acciones orientadas hacia el fin a alcanzar; lo cual no significa un único curso de las mismas y la

OPS (1990) interrelacionan dialécticamente en un plan global los objetivos o fines que se persiguen y una metodología para alcanzarlos que propicia la sostenibilidad en el tiempo.

Una estrategia se define generalmente como “conjunto de tareas, procedimientos o acciones previamente planificadas que conducen al cumplimiento de objetivos preestablecidos y que constituyen lineamientos para el proceso de perfeccionamiento de los programas”. Para ello se requiere tener claridad en el estado deseado que se quiere lograr y convertirlo en metas, logros, objetivos a largo, mediano y corto plazo y después planificar y dirigir las actividades para lograrlo, lo que generalmente implica una constante toma de decisiones, de elaboración y reelaboración de las acciones de los sujetos implicados en un contexto determinado.

Al final se obtiene un sistema de conocimientos que opera como un instrumento, que permite a los sujetos interesados una determinada forma de actuar sobre el mundo para transformar los objetos y situaciones que estudia. Se describen 5 etapas en el diseño y aplicación de estrategias de intervención:

1. Un diagnóstico de la situación actual, que informe acerca del estado real del objeto de estudio y sobre el problema en torno al cual se desenvuelve la estrategia.
2. Una descripción del estado deseado, expresado en la formulación de objetivos y metas previstos para un período de tiempo en un contexto determinado.
3. Una planeación estratégica que identifique las actividades y acciones que respondan a los mencionados objetivos propuestos y a los recursos logístico-materiales que se emplearán, así como a los recursos humanos e instituciones a cuyo cargo está el cumplimiento de esos objetivos.
4. La instrumentación de la estrategia, que consiste en explicar cómo y en qué condiciones se aplicará, durante qué tiempo, y con la participación de los factores claves.

5. La evaluación de la estrategia, contentiva de indicadores e instrumentos de medición y validación de los resultados esperados y obtenidos, así como para identificar los logros alcanzados y los obstáculos encontrados, teniendo como referente axiológico el de la aproximación lograda al estado deseado.

Las intervenciones en salud se refieren a las acciones o medidas aplicadas a un individuo, a un grupo o una comunidad; con el fin de contribuir a promover, mantener y restaurar la salud. Nuestra salud dependerá finalmente de nuestra implicación individual y colectiva, de nuestra situación familiar, grupal y cultural, así como de nuestra disponibilidad de recursos materiales y competencias para actuar; además del nivel institucional que asegura la salud pública en sus distintos niveles a nivel de la sociedad. Pero esta toma de conciencia no surge espontáneamente en las personas; debe propiciarse a través de espacios de discusión y reflexión sobre los problemas que más los afectan.

La Promoción de la Salud constituye hoy un instrumento imprescindible y una estrategia básica en la respuesta a los problemas y situaciones de salud más relacionales desde la conceptualización de la Atención Primaria, no sólo para el abordaje de un problema o enfermedad sino por la obtención de un nivel de salud compatible con una buena calidad de vida; pero necesita de un cambio de actitudes en los decisores y planificadores de la salud, seguido de la sensibilización y capacitación técnica correspondiente que se haga posible y efectiva en los individuos, las familias, los colectivos sociales y las comunidades, convirtiéndolos a todos en actores que por ellos mismos se responsabilicen en la solución de los problemas de salud, conjuntamente con las organizaciones e instituciones públicas de los distintos sectores implicados.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación (*empowerment* o empoderamiento) de personas y comunidades es una de las acciones más referidas y la educación para la salud el instrumento más utilizado.

La Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud.

Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Además de ser un instrumento de la promoción de salud es asimismo, una parte del proceso asistencial, presente durante todo el proceso desde la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, transversalizando la atención integral.

La educación para la salud permite la transmisión de información, y fomenta la motivación de las habilidades personales y la autoestima, necesaria para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y colectiva. Supone la comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidos a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan a la salud.

Tiene el objetivo de modificar, en sentido positivo, los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades.

La Educación para la Salud requiere para su manejo, tanto nivel teórico como operativo, de las aportaciones de varias disciplinas, sobre todo de la pedagogía, la psicología, la antropología, la sociología y, por supuesto, de la salud pública. Es evidente que la elaboración de programas educativos y de promoción para la salud, tiene un fuerte componente pedagógico y comunicativo.

De modo que se entiende como intervención educativa al “conjunto de actuaciones, de carácter motivacional, pedagógico, metodológico, de evaluación, que se desarrollan por parte de los agentes de intervención, bien sean institucionales o personales, para llevar a cabo un programa previamente diseñado, y cuyo objetivo es intentar que las personas o grupo con los que se interviene alcance, en cada caso, los objetivos propuestos en dicho programa”; es un proceder que se realiza para promover un cambio, generalmente de conducta en términos de conocimientos, actitudes o prácticas, que se constata evaluando

los datos antes y después de la intervención, por lo que se hace necesario tener en cuenta la metodología a seguir.

Para este trabajo se asume el diseño sistematizado por la Jordán Padrón, M en su estudio “Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa” basado esencialmente en elementos aportados por la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba y la Organización Panamericana de la Salud.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de la investigación

Se realizó una investigación no experimental, aplicada (Artiles, 2008), con enfoque cuantitativo y un diseño de tipo descriptivo-correlacional de corte transversal.

3.2 Localización y temporalización

El estudio se realizó en las comunidades Asunción, Bayushí San Vicente, y Palacio Real, Calpi, en el periodo de enero a junio 2016.

3.3 Población de estudio

Estuvo constituida por el universo de cuarenta (40) mujeres adolescentes de 15 a 19 años de las comunidades Asunción, Bayushí San Vicente, y Palacio Real. Se tomaron en cuenta criterios de inclusión, de exclusión y de salida:

Criterios de inclusión:

- Pertenecer al grupo etéreo de 15-19 años de edad.
- Dar el consentimiento informado para participar en la investigación, y las menores de edad tener la aprobación de los padres o representantes.
- Residir al momento del estudio en las comunidades Asunción, Bayushí San Vicente y Palacio Real.

Criterios de exclusión:

- Presentar enfermedad invalidante y/o discapacidad intelectual.

Criterios de salida:

- Adolescentes que decidan abandonar el estudio por cualquier causa.

3.4. Variables de estudio

3.4.1. Identificación

VARIABLES DE ESTUDIO: Conocimiento, nivel de instrucción, número de embarazos, ocupación, estado conyugal, información recibida y vías de información.

Para dar salida a la variable conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia se establecieron cuatro (4) dimensiones:

- Conocimientos sobre los factores de riesgo familiares del embarazo en la adolescencia.
- Conocimientos sobre los factores de riesgo individuales del embarazo en la adolescencia.
- Conocimientos sobre los factores de riesgo socioeconómicos del embarazo en la adolescencia.
- Conocimientos sobre los factores de riesgo institucionales del embarazo en la adolescencia.

3.4.2. Operacionalización

Variable	Tipo variable	Escala	Descripción operacional	Indicador
Nivel de instrucción	Cualitativa ordinal	Básica sin terminar Básica Bachiller	Según último año de educación terminado	Porcentaje de adolescentes por nivel de instrucción
Número de embarazos	Cuantitativa discreta	Ninguno 1 2 o más	Se refiere al número de embarazos, incluyendo abortos y partos	Porcentaje de adolescentes según número de embarazos
Ocupación	Cualitativa nominal	Ama de casa Trabajadora Estudiante	Se refiere a la actividad laboral que realiza	Porcentaje de adolescentes según ocupación
Estado conyugal	Cualitativa nominal	Con pareja Sin pareja	Se refiere unión o vínculo con una pareja	Porcentaje de adolescentes según estado conyugal
Información recibida sobre factores de riesgo embarazo en la adolescencia	Cualitativa nominal	Sí No	Información recibida sobre factores de riesgo embarazo en la adolescencia	Porcentaje de adolescentes según información recibida
Vías de información sobre factores de riesgo	Cualitativa nominal	Centro de Salud Hospital o clínica Comité local de Salud	Se refiere a las vías de información recibida sobre factores de riesgo	Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años

3.5. Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la entrevista. Como instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario diseñado por el investigador, el que fue sometido a la consideración de expertos y pilotaje de prueba con diez 10 adolescentes de 15 a 19 años, con características similares a las del grupo de estudio y que no formaron parte de la investigación, con el objetivo de valorar su inteligibilidad y aceptación.

3.5.1 Características del instrumento

El cuestionario estuvo estructurado en dos partes, una parte inicial que recogió datos sobre variables biosociales: Nivel de instrucción, número de embarazos, ocupación y estado conyugal, con siete preguntas y otra que contempló un test de conocimientos con once preguntas. El conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia, fue evaluado por cada dimensión y de forma general, mediante ítems de opción múltiple, donde se consideró una sola alternativa correcta.

El sistema de puntuación que fue empleado es el simple, a través de la sumatoria de respuestas correctas, calificándolo como: conocimiento satisfactorio cuando responde correctamente el 60 % o más de los ítems realizados, y no satisfactorio cuando responde correctamente menos del 60 % de los ítems realizados.

3.5.1.1 Validación del instrumento

Para comprobar la validez de apariencia y contenido se consultaron expertos escogidos teniendo en consideración la experiencia profesional e investigativa, con conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia. Se seleccionaron jueces expertos, todos docentes universitarios.

Por medio de un formulario, se les solicitó la valoración de cada ítem utilizando como guía los criterios de Moriyama (1968), el examen de la estructura básica del instrumento, el número y alcance de las preguntas; y adición de cualquier otro aspecto que en su experiencia fuera importante. Los criterios para la valoración fueron:

Comprensible: se refiere a que el encuestado entienda qué se le pregunta en el ítem.

Sensible a variaciones: se refiere a que las posibles respuestas del ítem muestren diferencias en las variables medidas.

Pertinencia o con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: Se refiere a si existe una justificación para la presencia de cada una de las categorías que se incluyeron en el instrumento.

Derivable de datos factibles de obtener: se refiere a que sea posible en la práctica obtener la información necesaria para dar respuesta al ítem.

Cada experto evaluó el ítem asignándole un valor para cada uno de los criterios antes expuestos, según la escala ordinal siguiente: Mucho: 3, Suficiente: 2, Poco: 1 y Nada: 0.

Posteriormente, se identificaron aquellos ítems que en alguno de los aspectos evaluados obtuvieron calificación de mucho por menos del 70 % de los expertos. Esos ítems fueron analizados, corregidos y sometidos nuevamente a la opinión de los expertos hasta ser evaluados de mucho por el 70 % o más de ellos.

3.6. Procedimientos

En una primera etapa, se estableció comunicación con las adolescentes, las cuales recibieron una breve explicación sobre la naturaleza del estudio y la confidencialidad con que se manejaron los datos, protegiendo sus identidades, lo que quedó validado a través del consentimiento informado.

Con la aplicación del cuestionario en el primer encuentro se caracterizó al grupo de estudio según las variables biosociales seleccionadas y se determinó el conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.

Seguidamente se procedió a identificar la relación existente entre el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia y las variables biosociales seleccionadas.

A partir de los resultados obtenidos se diseñó una estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia, que incluyó acciones de información, educación y comunicación, así como sus indicadores de ejecución e impacto.

3.7. Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos se incluyeron en una base de datos creada al efecto. La descripción de los resultados se realizó utilizando porcentajes. Se empleó el estadístico Chi-Cuadrado (χ^2) para determinar la relación y diferencias significativas entre las variables de estudio, con un nivel de significancia < 0.05 . Los resultados se reflejaron en tablas para su mejor representación y comprensión.

3.8. Aspectos éticos

Antes de llevar a cabo la investigación se dio a conocer a las adolescentes participantes y a los padres o representantes de las menores de edad, los objetivos de la investigación, además se pidió autorización por medio de un consentimiento informado y de las menores de edad la autorización de los padres o representantes para la participación en la investigación.

Se puso en práctica los principios éticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. Se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio y la información obtenida fue utilizada con fines científicos de acuerdo a los postulados éticos de la convención de Helsinki.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados y Discusión

Para esta investigación se utilizó información obtenida del universo conformado por 40 adolescentes mujeres de 15 a 19 años de edad de las comunidades Asunción, Bayushí San Vicente y Palacio Real. La edad media del grupo de estudio fue de 17 años. El nivel de escolaridad que prevaleció fue la Básica con el 77,5%; el 82,5% no presentaron ningún embarazo, mientras que, el 17,5% tuvieron un embarazo anterior. De las adolescentes que tienen algún tipo de ocupación, 33 son estudiantes que representa el 82,5%, siendo la principal ocupación. El estado conyugal que predominó fue sin pareja con un 62,5%. (Tabla 1).

Los resultados de este estudio, en relación al nivel de instrucción, coinciden con un estudio realizado por Calvopiña (2012) en Quito, Ecuador, donde establece que el 86% de las adolescentes se encuentran en instrucción secundaria. Del mismo modo, Barrozo (2011) en San Martín, Argentina, encontró que el 39% del total de las adolescentes encuestadas tenían una instrucción Básica sin terminar y el 61% polimodal.

Los resultados también concuerdan con otro estudio realizado por Guevara (2012) en Cuenca, Ecuador, donde el nivel de instrucción estaba entre educación básica y bachillerato en el 100%. Los resultados del estudio realizado por Pérez (2016), también concuerdan con esta investigación, en donde la instrucción secundaria prevaleció con el 94,7%; por otro lado, los resultados no coincidieron con un estudio realizado por Portillo (2014) en Chiquimula, Guatemala, ya que, nivel educativo que prevaleció fue la primaria con un 48.33%.

En el estudio realizado por Guevara (2012) coincide con el resultado de esta investigación en relación al número de embarazos, en donde prevaleció ningún embarazo en un 88,38%, datos que no concuerdan con un estudio realizado por Portillo (2014) en donde se aprecia que el 76,67% presentaron un embarazo.

Sustenta este resultado, de acuerdo a la ocupación, el estudio realizado por Guevara (2012) donde la ocupación estudiante prevaleció en un 100%, sin embargo, algunas adolescentes desempeñaban además otra ocupación: trabajadora, de ellas el 6,3% pertenecían al grupo de las que no tuvieron ningún embarazo, mientras que el 11,5% eran del grupo de adolescentes embarazadas. En cambio, un estudio realizado por Portillo (2014) en donde la principal ocupación fue ama de casa con un 91.67% y apenas el 5% estudiantes. Datos que no coinciden con este estudio.

En lo que concierne al estado conyugal los resultados de esta investigación coinciden con otros estudios, es así que, según Guevara (2012) prevaleció el estado conyugal sin pareja en un 59,6%; Calvopiña (2012) encontró que en el del grupo de estudio el 55,0% se encontraba sin pareja.

Tabla1-4. Adolescentes de 15 a 19 años según características biosociales.

Características biosociales	N=40	
	Nº	%
Nivel de instrucción		
Básica sin terminar	7	17,500
Básica	31	77,500
Bachiller	2	5,000
Número de embarazos		
Ninguno	33	82,500
1	7	17,500
Ocupación		
Estudiante	33	82,500
Ama de casa	6	15,000
Trabajadora	1	2,500
Estado conyugal		
Sin pareja	25	62,500
Con pareja	15	37,500

Fuente: Entrevista

Realizado por: Mayra Sánchez, 2016

Teniendo en cuenta las vías de información sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en la población de estudio, el 90,0 % la recibió en la escuela, por otro lado, el 10% la recibió del centro de salud y medios de comunicación. (Tabla 2).

La investigación realizada por Barrozo (2011) evidenció que, la principal vía de información sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia fue la escuela con el 49,2%, coincidiendo con este estudio.

En otra investigación realizada por Quintero, Castillo, Roba, Padrón y Hernández (2012) en Cuba, reflejó de igual manera la escuela como la vía por la cual los adolescentes recibieron información sobre el tema, ocupando el primer lugar con el 25%.

Tabla 2-4. Adolescentes de 15 a 19 años según vías de información sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.

Vías de información	N=40			
		No	Sí	
Familiares	40	100,000	0	0,000
Comité local de Salud	40	100,000	0	0,000
Hospital o Clínica	40	100,000	0	0,000
Otras fuentes	40	100,000	0	0,000
Centro de salud	36	90,000	4	10,000
Medios de comunicación	36	90,000	4	10,000
Escuela	4	10,000	36	90,000

Fuente: Entrevista

Realizado por: Mayra Sánchez, 2016

En cuanto al conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia, los resultados muestran que el 77,5% de las adolescentes del grupo de estudio tenían conocimiento no satisfactorio, mientras que solo el 22,5% tenían conocimiento satisfactorio. (Tabla 3).

Este resultado coincide con otros estudios realizados sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia, que evidencian porcentajes elevados de un conocimiento no satisfactorio acerca del tema. Fuenmayor y Sulbaran (2012) en Venezuela, hallaron que el 73% de las adolescentes presentaron desconocimiento sobre la temática. Alonso

(2011) Cienfuegos, Cuba, encontró que el 43,7% de las adolescentes encuestadas tiene un conocimiento no satisfactorio sobre factores de riesgo del embarazo. Torres, Cedeño, de la Concepción, Guerra y Santiesteban (2014) en Cuba, encontraron que 35 adolescentes tenían conocimiento inadecuado para un 70%. Por otro lado un estudio realizado por Barrozo (2011) los resultados no coinciden con este estudio, en donde el 91,50% si tiene conocimiento sobre el tema.

A pesar de que la tasa de fecundidad adolescente ha ido disminuyendo gradualmente en el mundo, en algunos países aún persiste este problema de salud con cifras elevadas, especialmente en los países de bajos y medianos ingresos, Ecuador es uno de los países en donde la incidencia del embarazo precoz continúa siendo alta, con mayor proporción en las zonas rurales del país, como es el caso de las comunidades rurales en estudio, en donde el embarazo en la adolescencia es un problema actual de salud; esto puede deberse a una deficiencia en educación sexual y salud reproductiva en los colegios, ya que la mayoría de las adolescentes del grupo de estudio tienen instrucción básica, son estudiantes como la ocupación principal, sin embargo los resultados de esta investigación demuestran que el conocimiento es no satisfactorio sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.

Tabla 3-4. Adolescentes de 15 a 19 años según conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.

Conocimiento	No	%
No satisfactorio	31	77,500
Satisfactorio	9	22,500
Total	40	100,000

Fuente: Entrevista

Realizado por: Mayra Sánchez, 2016

Según las dimensiones del conocimiento sobre los factores de riesgos del embarazo en la adolescencia, se observó, en relación a los factores de riesgo sociales, que el conocimiento fue no satisfactorio en un 87,5%; en relación a los factores de riesgo familiares e individuales el conocimiento fue no satisfactorio con un comportamiento similar en un 52,5%. (Tabla 4).

Tabla 4-4. Adolescentes de 15 a 19 años según dimensiones del conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia. Palacio Real, Bayushí San Vicente, Asunción, 2016.

Dimensiones	N=40			
	No satisfactorio		Satisfactorio	
Factores de riesgo sociales	35	87,500	5	12,500
Factores de riesgo familiares	21	52,500	19	47,500
Factores de riesgo individuales	21	52,500	19	47,500
Factores de riesgo institucionales	13	32,500	27	67,500

Fuente: Entrevista

Realizado por: Mayra Sánchez, 2016

Como se ilustra en la tabla 5, al analizar la relación del conocimiento con el nivel de instrucción se observa que no existió relación estadísticamente significativa con un valor de $p=0,180$.

En un estudio realizado por Villalobos, et al. (2015) en México, no existió relación estadísticamente significativa con un valor de $p=0,3$; resultado que coincide con los de esta investigación.

Los adolescentes forman parte fundamental en el presente y futuro del desarrollo de la sociedad, por lo que el embarazo precoz puede generar que las adolescentes no terminen sus estudios, ponga en riesgo su salud y tenga un ingreso económico bajo; se debe recalcar que, de acuerdo a las oportunidades, las acciones y opiniones que tengan en esta época de la vida pueden llegar a la adultez empoderados y activos en la sociedad, o por lo contrario, ser desvalorizados y vulnerables a la pobreza, impotencia y exclusión.

Tabla 5-4. Adolescentes de 15 a 19 años según nivel de instrucción y conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.

Nivel de instrucción	Conocimiento				p
	No satisfactorio		Satisfactorio		
Básica sin terminar	7	22,581	0	0,000	0,180
Básica	23	74,194	8	88,889	
Bachiller	1	3,226	1	11,111	
Total	31	100,000	9	100,000	

Fuente: Entrevista

Realizado por: Mayra Sánchez, 2016

Al analizar la relación del conocimiento con el número de embarazos se pudo observar que no existió relación estadísticamente significativa con un valor de $p=0,496$. (Tabla 6).

Estos resultados coinciden con una investigación realizada por Villalobos, et al. (2015) donde no existió relación estadísticamente significativa con un valor de $p=1,1$.

En América Latina y en la Subregión Andina, a partir de la década de los setenta, la fecundidad global ha ido disminuyendo, sin embargo, las tasas de fertilidad adolescente no han descendido en la misma proporción.

El periodo adolescente en sí mismo representa un riesgo, por las características propias de esta época como son: emergencia del impulso sexual, idealismo, impulsividad, sentimiento de invulnerabilidad y necesidad de alcanzar su identidad y autonomía.

Anudando a lo anterior, el antecedente de embarazo a temprana edad es un factor de riesgo en la adolescencia para volver a presentar un nuevo embarazo, ya que al mantener una relación de pareja, con una deficiente información sobre prevención del embarazo o un escaso acceso a métodos de planificación familiar, duplica la posibilidad de otro embarazo precoz.

Tabla 6-4. Adolescentes de 15 a 19 años según número de embarazos y conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.

Número de embarazos	Conocimiento				p
	No satisfactorio		Satisfactorio		
Ninguno	25	80,600	8	88,889	
1	6	19,355	1	11,111	0,496
Total	31	100,000	9	100,000	

Fuente: Entrevista

Realizado por: Mayra Sánchez, 2016

Según el análisis de la relación del conocimiento con la ocupación se pudo observar que no existió significancia estadística con un valor de $p=0,461$. (Tabla 7).

La tasa específica de fertilidad adolescente continúa siendo alta en la Región de las Américas, lo que conlleva a que las adolescentes que tienen un embarazo, asumen obligaciones de adultas y no siempre puedan ejercer sus derechos, dentro de los cuales está el derecho a la educación.

El análisis de este estudio señala que la mayoría de las adolescentes tienen ocupación estudiante, sin embargo de las seis adolescentes que ya son madres apenas una joven continúa con sus estudios, el resto de madres abandonaron sus estudios y se dedican a quehaceres domésticos, lo cual es motivo de preocupación porque la educación es un factor protector para prevenir el embarazo y además es un mediador para el desarrollo profesional de los individuos, ya que proporciona mayores oportunidades de empleo, ser un ente productivo en la sociedad y sobre todo lograr una equidad social, por lo tanto queda demostrado, y coincidiendo con otros estudios, que una adolescente que esté embarazada o que haya tenido un hijo tiene más probabilidad de abandono escolar.

Tabla 7-4. Adolescentes de 15 a 19 años según ocupación y conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.

Ocupación	Conocimiento				p
	No satisfactorio		Satisfactorio		
Estudiante	24	77,419	9	100,000	0,461
Ama de casa	6	19,355	0	0,000	
Trabajadora	1	3,226	0	0,000	
Total	31	100,000	9	100,000	

Fuente: Entrevista

Realizado por: Mayra Sánchez, 2016

Al relacionar el conocimiento con el estado conyugal, se aprecia que no existió relación estadísticamente significativa con un valor de $p=0,705$. (Tabla 8)

Los resultados de la investigación realizada por Villalobos, et al. (2015) coinciden con este estudio, con un valor de $p=1,6$ existiendo insignificancia estadística.

Un problema que complementa al embarazo precoz en el Ecuador, es la apertura de la Ley que permite que las adolescentes puedan casarse a partir de los 12 años de edad. Se

debe tomar en cuenta que, el matrimonio adolescente en algunos lugares del país refleja a prácticas culturales, donde el matrimonio y el embarazo adolescente es visto como consecuencia natural de las y los jóvenes; persistiendo de este modo, cifras altas del embarazo precoz en las cultura indígena y zonas rurales del país, en donde la mujer desde un punto de vista de procreación, debe permanecer al cuidado y crianza de sus hijos, sin superación profesional ni laboral.

Tabla 8-4. Adolescentes de 15 a 19 años según estado conyugal y conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.

Estado conyugal	Conocimiento				p
	No satisfactorio		Satisfactorio		
Sin pareja	20	64,516	5	55,556	0,705
Con pareja	11	35,484	4	44,444	
Total	31	100,000	9	100,000	

Fuente: Entrevista

Realizado por: Mayra Sánchez, 2016

CAPITULO V

5. PROPUESTA

Estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años.

Fundamentos:

La estrategia de intervención educativa se fundamenta desde una perspectiva filosófica, sociológica y psicológica las cuales se articulan para sustentarla. Desde una perspectiva filosófica se considera la práctica social como punto de partida, se concibe al hombre como un ser de naturaleza social, que se desarrolla según las relaciones dialécticas que establece con la realidad que le rodea como parte del sistema naturaleza-hombre-sociedad.

Desde una perspectiva sociológica se concibe al individuo como históricamente condicionado, producto del propio desarrollo de la cultura que él mismo ha creado conduce a abordar la relación que existe entre la educación, cultura y sociedad: la sociedad como depositaria de toda la experiencia histórico-cultural y la educación como medio y producto de la sociedad y su transformación.

Desde una perspectiva psicológica el enfoque histórico cultural del desarrollo humano, asume que el fin de la educación es la transformación del hombre y la cultura en su interrelación dialéctica: el hombre se educa a partir de la cultura creada y a la vez la desarrolla, y que necesariamente responde a las exigencias de la sociedad en cada momento histórico.

La estrategia se incluye desde la epistemología pedagógica de este tipo de intervención en el paradigma sociocrítico donde el diseño respeta y valoriza tanto el papel del salubrista como al sujeto en el medio en que ambos se desarrollan, preconice un protagonismo integral y dialectico donde no se entiende la intervención en salud sin un

rol activo de los actores sociales, manteniendo la autorreflexión crítica en los procesos de conocimiento lo que demanda una racionalidad sustantiva que incluya los juicios, los valores y los intereses de la sociedad, su objetivo es la transformación de la estructura de las relaciones sociales dando respuesta a los problemas generados por ellas y teniendo en cuenta la capacidades activas y reflexivas de los propios integrantes de la comunidad el conocimiento y la comprensión de la realidad como praxis, la vinculación de la teoría con la práctica, integrando conocimiento, acción y valores; la orientación del conocimiento hacia la emancipación y liberación del ser humano, y su propuesta de integración de todos los participantes, incluido el investigador, en procesos de autorreflexión y de toma de decisiones consensuadas.

Se asume que el tema sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en adolescentes de 15 a 19 años, es hoy un importante problema de salud, de causa multifactorial, que afecta todo el mundo, todo lo cual hace que múltiples profesionales de la salud en el ámbito internacional y del Ecuador en particular, centren sus proyectos investigativos en buscarle solución a esta problemática.

El limitado conocimiento de la población en cuanto a factores de riesgo del embarazo en la adolescencia, fundamenta la estrategia.

Después de realizar un análisis de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos investigativos propuestos se pudo conformar un diagnóstico de la situación inicial.

Diagnóstico educativo

- Escasos conocimientos sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.
- La necesidad de dotar a las adolescentes de los conocimientos necesarios sobre factores de riesgo del embarazo precoz.

En cuanto a los elementos educativos están los conocimientos sobre factores de riesgo del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años.

Recursos disponibles:

Casa comunal de las comunidades en estudio, computadora, infocus, folletos, papelógrafos, pizarra.

Objetivos:

General:

Educar a la población sobre sobre factores de riesgo del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años.

Específico

- Incrementar el conocimiento en relación factores de riesgos familiares, individuales, sociales e institucionales del embarazo en la adolescencia.
- Elevar el conocimiento relacionado con la importancia de la prevención de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.

Límites:

El límite de tiempo para llevar a cabo el programa será con una periodicidad semanal, pueden desarrollarse en una o más sesiones de varias horas de duración (entre 1 y 2 horas cada sesión), se utilizará como escenario para el desarrollo de los talleres las casas comunales de las comunidades Asunción, Bayushí San Vicente y Palacio Real, con el mismo se beneficiarán 40 adolescentes de 15 a 19 años.

Estrategia:

Está conformada con acciones de tipo instructivo-educativas a cumplir, teniendo en cuenta la forma organizativa de la enseñanza, los responsables, participantes, el periodo de cumplimiento y forma de evaluación, que finalizó con orientaciones generales para el cumplimiento de la misma.

El diseño se realizó siguiendo los elementos señalados en la propuesta de la OPS.

Se siguió una metodología activa de enseñanza lo que promoverá el desarrollo de capacidades individuales y grupales, el trabajo independiente, la participación activa, consciente y creadora de todos los participantes.

Las formas organizativas docentes empleadas fueron. Curso Taller y conferencia
Además, se tuvo en cuenta el lugar de la reunión accesible y adecuada para todos, así como la fecha y hora se establecerá de mutuo acuerdo.

Los contenidos se presentan de forma amena, sencilla, sin dejar de incluir todos los elementos necesarios para su comprensión y destacando las invariantes que refuerzan los contenidos principales, estimulando además la realización de preguntas para evacuar las dudas existentes o profundizar en algunos aspectos, se establecerán permanentemente vínculos con la práctica y las nociones cultura de los participantes a través de “aprender haciendo”, incidiendo en la motivación de los individuos para lograr un cambio de actitud.

Actividades:

Se seleccionan y organizan, en función de los objetivos, coordinando los recursos, los contenidos, con el tipo de mensaje, seleccionando adecuadamente las técnicas, los espacios y los medios en función de los posibles sujetos del proceso educativo; de acuerdo a los avances y propuestas metodológicas de la pedagogía contemporánea.

Recursos:

Se seleccionan en función de las actividades, los medios didácticos o los soportes para el aprendizaje, en este caso se utilizaron: papelógrafo, lápices, computadoras, pizarra, computadora, infocus, folletos y el salón de reunión que es las casas comunales de las comunidades Asunción, Bayushí San Vicente y Palacio Real.

Temporalización:

Se establece un cronograma de 5 sesiones con una duración de 2 horas y en función de los objetivos, de las actividades programadas sin perder de vista el problema a solucionar.

Indicadores:

- Conocimiento de las adolescentes de 15 a 19 años factores de riesgo del embarazo en adolescencia.
- Conocimiento de las adolescentes de 15 a 19 años sobre importancia de prevenir el embarazo en la adolescencia.

Evaluación:

Se describen y organizan los pasos que se van a seguir en los diferentes momentos de la evaluación, ya sea de proceso, resultado o impacto.

La evaluación se basa, en este estudio, en un alto componente de intercambio entre las adolescentes que forman parte del estudio y el investigador, con el objetivo de mostrar los resultados en el seno del colectivo.

Se propone que si en el transcurso de las diferentes actividades alguna de las personas demuestra que no ha alcanzado los conocimientos suficientes de acuerdo a los objetivos propuestos, el profesional a cargo de la actividad podrá diseñar otras acciones con el fin de cumplir la finalidad de la estrategia.

Presentación del programa

Para el desarrollo del programa se prevé cinco encuentros, con una periodicidad semanal, pueden desarrollarse en una o más sesiones de 2 horas de duración en dependencia de la complejidad y extensión de los objetivos a lograr.

Se utilizarán métodos activos que propicien el protagonismo, la toma de decisiones y el compromiso con la tarea, por lo que deben emplear situaciones dilemáticas y asignarse roles y tareas individuales y grupales, propiciando la aceptación de la diversidad y del criterio ajeno (alteridad) en un ambiente de fraternidad, se estimula la actividad creadora y la independencia, que promuevan a las participantes a presentar sus

ejercicios con iniciativas, sugiriéndose aplicar técnicas de animación para restablecer la capacidad de trabajo y la atención.

Los estilos de comunicación utilizados por el coordinador, deben estar orientados hacia la participación social, la cual se considera fundamental para los procesos de desarrollo comunitario y en la atención primaria de salud, es un requisito previo esencial para que los individuos y las familias asuman la responsabilidad de desarrollar el bienestar y la propia salud de la comunidad.

Por lo que constituye un elemento indispensable a tener en cuenta para el diseño de talleres que contribuyan a incrementar el conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años de las comunidades Asunción, Bayushí San Vicente y Palacio Real durante el período de enero a septiembre de 2016.

Para su realización se tendrá en cuenta las condiciones de infraestructura que permitan un desarrollo de los talleres según los fines previsto. El local en el que se trabaje debe reunir los siguientes requisitos: espacioso, ventilado y con iluminación adecuada, factores que permiten la correcta interacción entre los participantes de los talleres. Se debe tener en cuenta la privacidad del local, para que no puedan ser interrumpidos y evitar distracciones por ruidos o sonidos del exterior.

Las sillas serán dispuestas en círculo, lo más cerca posible, se incluye en el grupo al facilitador. Esta estructura permite un ambiente afectivo para los sujetos, y logra un clima de trabajo favorable mediante la cercanía física y la disposición de visibilidad entre los participantes.

En general los talleres se caracterizan por incrementar el conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años, mediante la utilización de métodos de elaboración conjunta, demostración y el método expositivo, con la ayuda de las técnicas de apertura y cierre del taller, las cuales motivan la actividad logrando la retroalimentación de las vivencias y opiniones de los participantes, al finalizar se realizará un taller de cierre donde se evaluarán los conocimientos impartidos en los talleres, para comprobar la adquisición de conocimientos en las mujeres en edad fértil en relación a la anticoncepción hormonal.

Estructura del programa:

Título: factores de riesgo del embarazo en la adolescencia, como referente para incrementar el conocimiento sobre factores de riesgo en adolescentes de 15 a 19 años, comunidades Asunción, Bayushí San Vicente y Palacio Real.

Objetivo General: educar a las adolescentes en relación a los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.

Dirigido a: adolescentes de 15 a 19 años.

Horas totales: 10 h

Responsables: Dra. Mayra Elizabeth Sánchez De la Torre.

Centro de salud: Calpi.

Recursos: computadoras, videos, pizarrón, carteles, textos.

Forma organizativa docente: taller.

Métodos: métodos activos de discusión en grupos, de situaciones, de grupo para la solución creativa de problemas, métodos de reflexión y debate.

Fundamentación del Programa:

El programa se fundamenta sobre la base de la necesidad de satisfacer el conocimiento de las adolescentes de 15 a 19 años sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia, teniendo en cuenta que esto es una problemática, de ahí la importancia de diseñar un programa que contribuya a elevar el conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en adolescentes de 15 a 19 años para de esta manera disminuir la incidencia del embarazo precoz.

Plan temático:

Tema 1: introducción al programa educativo.

Objetivos: estimular la participación e integración entre los miembros del grupo, para propiciar la creación de un ambiente fraterno y de confianza.

FOD: taller

Técnicas utilizadas: técnica de presentación “Conociendo a otras personas “

Tema 2: factores de riesgo individuales y familiares del embarazo en la adolescencia.

Objetivos: adquirir conocimientos acerca de los factores de riesgo individuales y familiares del embarazo en la adolescencia.

FOD: taller

Técnicas utilizadas: *“La lluvia de ideas”* y *PNI (positivo, negativo, interesante)*

Tema 3: factores de riesgo sociales e institucionales del embarazo en la adolescencia.

Objetivos: adquirir conocimientos acerca de los factores de riesgo sociales e institucionales del embarazo en la adolescencia.

FOD: taller

Técnicas utilizadas: *“La lluvia de ideas”* y *“Reflexiones del día”*.

Tema 4: métodos de planificación familiar en la adolescencia.

Objetivos: conocer los métodos de planificación familiar para disminuir la incidencia de embarazos en adolescentes.

FOD: taller

Técnicas utilizadas: *“El completamiento de frases”*

Tema 5: taller final de cierre.

Objetivo: consolidar los conocimientos adquiridos en los temas impartidos, a partir de situaciones problemáticas y de esta manera elevar el nivel de conocimiento en relación a los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en adolescentes de 15 a 19 años de las comunidades Asunción, Bayushí San Vicente y Palacio Real.

FOD: taller

Técnicas utilizadas: *“El regalo de la alegría.”*

CONCLUSIONES

En esta investigación se pudo evidenciar, a través de la caracterización del grupo de estudio, que la totalidad de las adolescentes no han recibido información sobre educación sexual y salud reproductiva por parte de sus padres, y que la información que han recibido en los colegios sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia es deficiente.

El presente estudio demostró que las adolescentes entre 15 y 19 años de edad de las comunidades en estudio, poseen un conocimiento no satisfactorio sobre factores de riesgo de embarazo en la adolescencia.

Los resultados de esta investigación demostraron que no existe una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y el nivel de instrucción, la ocupación, el estado conyugal y el número de embarazos.

El diseño de la estrategia de intervención educativa es pertinente y necesario en este grupo de estudio.

RECOMENDACIONES

Promover al personal de salud continuar realizando investigaciones relacionadas con la prevención del embarazo en la adolescencia, de una forma integral del equipo de salud, la escuela, la familia y la comunidad.

Proponer en las instituciones educativas realizar proyectos enfocados a la salud sexual y reproductiva, como conferencias, talleres, seminarios, casas abiertas, entre otros; dirigidas a los adolescentes, con la finalidad de buscar factores protectores, hábitos saludables y comportamientos responsables.

Implementar la estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo del embarazo en adolescentes, en el Subcentro de Salud Calpi, ya que permitirá incrementar el conocimiento y mejorar la orientación sobre la prevención del embarazo precoz.

Sugerir a la dirección de Salud de Chimborazo continuar con la implementación de programas sobre educación sexual y reproductiva a las diferentes áreas de salud de atención primaria de la provincia, para prevenir el embarazo en la adolescencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, Y.** (2011, 3 de octubre). Propuesta de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. *Odiseo*. Recuperado de <http://www.odiseo.com.mx/correos-lector/propuesta-intervencion-educativa-para-prevenir-embarazo-adolescencia>
- Arnold, Y.** (2012, 26 de octubre). Elaboración de programas de promoción y educación en enfermedades crónicas no transmisibles. Aspectos básicos. *Finlay*. Recuperado de <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/62>
- Burneo, C., Córdova, A., Gutiérrez, M., y 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”. Extraída el 28/08/2016 desde <http://saludyderechos.fundaciondonum.org/wpcontent/uploads/2015/06/SEXUALIDAD-ADOLESCENTE-PDF.pdf>
- Barroso, M., y Pressiani, G.** (2011). *Embarazo adolescente entre 12 y 19 años* (tesis de pregrado). Universidad Nacional del Cuyo, San Martín, Argentina.
- Concejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional.** (2014). *La niñez y adolescencia en el Ecuador contemporáneo: avances y brechas en el ejercicio de derechos*. Recuperado de http://www.odna.org.ec/ODNA-PDF/NA_EcuadorContemporaneo.pdf
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe.** (2007). *Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos*. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35990/1/desafios_4_esp_Fin_al_es.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2015). Fecundidad adolescente en los países desarrollados: niveles, tendencias y políticas. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38770/S1500642_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres. (2016). *Niñas Madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe.* Recuperado de <http://www.cladem.org/pdf/nin%CC%83as-madres-balance-regional>

Calvopiña, A. (2012). *Factores de riesgo psicosociales que influyeron en el embarazo y maternidad adolescente* (tesis de pregrado). Universidad Central, Quito, Ecuador.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012). *Demografía, salud materna e infantil y salud sexual y reproductiva.* Recuperado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/SaludSexual_y_Reproductiva/141016.Ensanut_salud_sexual_reproductiva.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2012). *Promesas que cumplir.* Recuperado de <http://www.unfpa.org.ec/public/publicaciones/publicaciones-mundiales/>

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2013). *Maternidad en la niñez.* Recuperado de <http://www.unfpa.org.ec/public/publicaciones/estado-de-la-poblacion-mundial/>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2011). *La adolescencia una época de oportunidades.* Recuperado de [https://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011\(1\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011(1).pdf)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes*. Recuperado de http://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_%282%29.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016). *Niñez y adolescencia desde la intergeneracionalidad, Ecuador 2016*. Recuperado de https://www.unicef.org/ecuador/Ninez_Adolescencia_Intergeneracionalidad_Ecuador_2016_WEB2.pdf

Fuenmayor, D., y Sulbaran, M. (2012, enero-septiembre). Intervención educativa sobre prevención de embarazo en la adolescencia. *Portales Médicos*. Recuperado de <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/prevencion-embarazo-adolescencia/>

García, A., Sáez, J., y Escarbajal, A. (2000). “Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida”. Extraída el 26/08/2016 desde https://books.google.com.ec/books?id=RR6m7eU_Vb8C&pg=PA37&lpg=PA37&dq=estrategias+educativas+en+salud+definicion&source=bl&ots=L_cvKwljnO&sig=Kp8--Ft4x34FoZ7D-N4LuECTnOE&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjM4pO5h93PAhVMXB4KHeWaCnU4ChDoAQgoMAI#v=onepage&q=estrategias%20educativas%20en%20salud%20definicion&f=true

Guillén, A. (2014). Nivel de conocimiento y percepción de los y las adolescentes de 14 a 18 años sobre el uso de métodos anticonceptivos frente a la prevención del embarazo no deseado en la institución educativa ludoteca de septiembre a diciembre del 2014 (tesis de maestría). Universidad Central, Quito, Ecuador.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2010). *Embarazo Adolescente*. Recuperado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Infografias/embarazos_adolescentes1.pdf

- Instituto Nacional de Estadística y Censos.** (2012). *Embarazo Adolescente*. Recuperado de <http://www.unfpa.org.ec/public/publicaciones/publicaciones-locales/>
- Jordán, M., Pachón, L., Blanco, M., y Achiong, M.** (2011, junio-julio). Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. *Rev Méd Electrón*. Recuperado de: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema17.htm>
- Llerena, M.** (2013). Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores psicosociales asociados, en colegios de Cuenca- Ecuador 2012 (tesis de posgrado). Universidad de Cuenca, Quito, Ecuador.
- Menéndez, G., Cabrera, I., Rodríguez, Y., y Espert, J.** (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre Adolescente. *Scielo*. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n3/gin06312.pdf>
- Ministerio de Salud Pública.** (2014). Ecuador sin muertes maternas. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/ecuador-sin-muertes-maternas/#mp1>
- Moriyama, I.** (1968). Indicators of social change. Problems in the measurements of health status. New York: Rusell Sage Fundation.
- Organización Panamericana de la Salud.** (1990). *Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud: Guía para técnicos medios e auxiliares*. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3283/Evaluaci%C3%B3n%20para%20el%20planeamiento%20de%20programas%20de%20educaci%C3%B3n%20para%20la%20salud.pdf?sequence=1>

Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Manual de comunicación social para programas de la promoción de salud de los adolescentes.* Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/comSocial.pdf>

Organismo Regional Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue. (2008). *El embarazo en adolescentes en la subregión andina.* Recuperado de <http://orasconhu.org/documentos/Diagnostico%20Final%20%20Embarazo%20en%20adolescentes.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Las niñas ahora: Ecuador 2015.* Recuperado de <http://onumujeres-ecuador.org/beijing/las-ninas-ahora-ecuador-2015/>

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo.* Recuperado de <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias.* Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78253/1/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Salud de la mujer.* Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>

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. (2016). *Embarazo en la adolescencia.* Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/es/

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Salud reproductiva del adolescente.*

Recuperado de

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/reproductive_health/es/

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Desarrollo en la adolescencia.*

Recuperado de

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Panamericana de Salud. (2010). *Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-2018.* Recuperado de

<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>

Organización Panamericana de Salud. (2012). *Salud en la Américas. Ecuador.*

Recuperado de

http://www.paho.org/saludenlasamericas2012/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=202&Itemid=

Plan andino para la prevención del embarazo en adolescentes. (2015). *Más planificadoras, menos embarazos adolescentes.* Recuperado de

<http://www.planandino.org/portal/?q=node/505>

Plan andino para la prevención del embarazo en adolescentes. (2011). *Prevención del embarazo en adolescentes. Ecuador.* Recuperado de

<http://www.planandinopea.org/?q=node/61>

Portillo, A. (2014). Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia (tesis de pregrado). Universidad de San Carlos, Chiquimula, Guatemala.

Sanabria, G. (2007). “Diseño del programa Educativo”. Recuperado de <http://200.11.218.113/normativa/documentos/1-Dise%C3%B1o/7-PLANIFICACI%C3%93N%20DOCENTE%20DEL%20CURSO%202013/6-SEXTO%20A%C3%91O/Servicio%20Comunitario%20Estudiantil/BIBLIOGRAF%C3%8DA/Dise%C3%B1o%20programa%20intervGiselda.pdf>

Secretaría General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2003) *Formación en Promoción y Educación para la Salud. Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.* Recuperado de <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwi-kry5htvPAhVIJB4KHc3nDfMQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.msssi.gob.es%2Fprofesionales%2FsaludPublica%2FprevPromocion%2Fdocs%2FformacionSalud.pdf&usg=AFQjCNH4NMLsOQU3PDLuOyVYDmHOVILm9g&sig=2=lqFIPngtdLobmdlryWzZuw&bvm=bv.135974163,d.dmo>

Save the Children. (2016). *Embarazo y maternidad en la adolescencia.* Recuperado de <http://www.hastaelultimonino.mx/pdf/embarazo-y-maternidad-adolescente.pdf>

Secretaría de Salud. México. (2002). *Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes.* Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>

Torres, L., Cedeño, A., Lastres, E., Guerra, S., y Remón, Y. (2014, octubre-enero). Intervención educativa para prevenir embarazos en la adolescencia. *Multimed.* Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2014/mul144g.pdf>

Valdivies, M., y Gonzáles, Y. (2015). “El embarazo en la adolescencia como principal riesgo obstétrico y perinatal en el Ecuador”. Extraída el 28/08/2016 desde <http://www.uniandes.edu.ec/web/wp-content/uploads/2016/04/El-embarazo-en-la-adolescencia-como-principal-riesgo-.pdf>

Valentín, F. (2014). *Estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer* (tesis de posgrado). Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, Cárdenas, Cuba.

Vásquez, Y. (2010). “El docente como orientador de información sexual en los Liceos Bolivarianos de la Parroquia Ayacucho Cumaná Estado Sucre”. Extraída el 28/III/2016 desde http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/178/1/TESIS_YV.pdf

Villalobos, A., Campero, L., Suárez, L., Atienzo, E., Estrada, F., y De la Vara, E. (2015). *Embarazo adolescente y rezago educativo: Análisis de una encuesta nacional en México. Salud Pública de México*. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v57n2/v57n2a8.pdf>

ANEXOS

ANEXO A. CUESTIONARIO

Código: _____

Buenos días/tardes

Srta./Sra. _____, mi nombre es Dra. Mayra Elizabeth Sánchez De la Torre, del Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, que me encuentro realizando una investigación titulada. Diseño de estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años, que tiene como objetivo identificar el conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia y realizar una intervención educativa según los resultados que se obtengan. Se realizará una entrevista que durará aproximadamente 30 minutos utilizando un cuestionario. La información brindada y los resultados serán de uso exclusivo para la investigación, por lo que se solicita que responda con veracidad las preguntas. Agradezco anticipadamente su colaboración.

Fecha: _____

1.- ¿Cuántos años tiene usted?: _____

2.- ¿Cuál fue su último año escolar aprobado?

- 1) _____ Primaria
- 2) _____ Secundaria
- 3) _____ Superior
- 4) _____ Ninguna

3- ¿Cuantos embarazos usted ha tenido?

- 1) _____ Ninguno
- 2) _____ 1
- 3) _____ 2
- 4) _____ más de 2

4.- ¿A qué labores (ocupación) se dedica usted?

- 1) _____ Ama de casa

2) ____ Trabajadora

3) ____ Estudiante

5- ¿Usted tiene relación de pareja?

1) ____ Con pareja

2) ____ Sin pareja

6- ¿Usted ha recibido información sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia?

1) ____ Si

2) ____ No

7. – Si la respuesta es afirmativa ¿por qué vía la recibió?

a) ____ Familiares

b) ____ Comité Local de Salud

c) ____ Centro de salud

d) ____ Hospital o clínica

e) ____ Escuela

e) ____ Medios de comunicación

f) ____ Otras fuentes

8- El embarazo en la adolescencia es:

1) ____ El embarazo que se produce fuera del matrimonio

2) ____ Se produce entre 10 y 19 años

3) ____ Se produce después de los 20 años

4) ____ Es cuando ocurre el primer embarazo

9- El embarazos en la adolescencia se producen por:

1) ____ Tener sexo sin protección

2) ____ No tener madurez emocional y si madurez sexual

3) ____ Ser capaz de manejar las situaciones de riesgo

4) ____ Poseer información sobre el tema

10- ¿Cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos que usted conoce?

- 1) ___ Hormonal
- 2) ___ Dispositivos intrauterinos (T de cobre)
- 3) ___ Condón
- 4) ___ Natural (Coito interruptor y método del ritmo)
- 5) ___ Aborto
- 6) ___ Método de luna llena

11- Los factores de riesgo individuales del embarazo en la adolescencia son:

- 1) ___ La edad, el desarrollo físico y el género
- 2) ___ La influencia de los amigos
- 3) ___ Tener sexo con libertad e independencia
- 4) ___ Conexión con la escuela y el éxito escolar
- 5) ___ Cuando el nivel educativo es bajo
- 6) ___ Falta educación acerca del comportamiento sexual en la adolescencia
- 7) ___ La elevada autoestima

12- Los factores de riesgo familiares del embarazo en la adolescencia son:

- 1) ___ Los adolescentes que viven con ambos padres y tienen una buena relación
- 2) ___ Familia con adecuadas relaciones y orientación sexual
- 3) ___ Familia con nivel cultural bajo
- 4) ___ Abandonado del hogar por los padres en edades tempranas

13- Los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia relacionados con la sexualidad son:

- 1) ___ Familia con conductas promiscua
- 2) ___ Si su madre y su hermana también fueron madres adolescentes
- 3) ___ Censura familia severa hacia las relaciones sexuales entre adolescentes
- 4) ___ Adecuada orientación sexual familiar

14- Los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia relacionados con la violencia familiar son:

- 1) ____ Los varones que fueron golpeados desde la niñez
- 2) ____ Familia con consumo de drogas
- 3) ____ Padres violentos
- 4) ____ Familia con adecuadas relaciones y comunicación
- 5) ____ Existe abuso sexual o violencia en la relación de pareja
- 6) ____ Familias donde se resta valor a la mujer

15- ¿Cómo usted consideran influyen los grupos de amigos en la ocurrencia del embarazo en la adolescencia?

- 1) ____ Búsqueda del reconocimiento de los amigos
- 2) ____ Cuando el adolescente no ha desarrollado la habilidad comunicativa
- 3) ____ La diferencia de edades en la pareja
- 4) ____ Adecuada comunicación con los amigos

16- Los factores sociales que influyen en la ocurrencia de embarazos en la adolescencia son:

- 1) ____ Aislamiento social
- 2) ____ Promiscuidad en las relaciones sexuales
- 3) ____ Imagen estereotipada de la mujer
- 4) ____ Nivel institucional alto

16- Los factores institucionales que influyen en la ocurrencia de embarazos en la adolescencia son:

- 1) ____ Déficit en los servicios de consejería para adolescentes
- 2) ____ Deficiente educación sobre sexualidad.
- 3) ____ Falta de promoción sobre los derechos sexuales y reproductivos
- 4) ____ Servicios de salud poco atractivos para los adolescentes
- 5) ____ Los horarios de prestación de servicios en los centros de salud u hospitales, son inadecuados para las personas jóvenes que estudian y/o trabajan

17- Conoce usted cuales son las complicaciones médicas del embarazo en la adolescencia, marque con una cruz las respuestas correctas.

- 1) ___ Preclampsia
- 2) ___ Bebés con bajo peso al nacer y prematuros
- 3) ___ Anemia
- 4) ___ Enfermedades congénitas

18- Las complicaciones socioeconómicas y psicológicas del embarazo en la adolescencia son:

- 1) ___ Abandonar los estudios
- 2) ___ Riesgo suicida
- 3) ___ Puede afectar el desarrollo psicosocial del bebé
- 4) ___ Los bebés tienen un desarrollo académico muy pobre en su niñez

ANEXO B. TABLA DE MORIYAMA

Dimensiones	Comprensible		Sensible		Pertinente		Factible	
	%	%	%	%	%	%	%	%
	1ra	2da	1ra	2da	1ra	2da	1ra	2da
Factores de riesgo sociales del embarazo en la adolescencia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Factores de riesgo familiares del embarazo en la adolescencia	15,6	0,0	28,6	0,0	28,6	0,0	28,6	0,0
Factores de riesgo individuales del embarazo en la adolescencia	29,5	0,0	43,8	14,3	43,8	14,3	43,8	0,0
Factores de riesgo individuales del embarazo en la adolescencia	0,0	0,0	14,3	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0

ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código: _____

Yo, Mayra Elizabeth Sánchez De La Torre, posgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, estoy realizando mi trabajo de tesis sobre el tema “Diseño de estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años. Asunción, Bayushí San Vicente y Palacio Real, enero - septiembre 2016” como requisito para obtener el título de especialista. Se entrevistará a las adolescentes de estas comunidades para determinar el conocimiento que poseen sobre factores de riesgo del embarazo en la adolescencia y su relación con variables seleccionadas. A partir de los resultados obtenidos, se diseñará una estrategia de intervención educativa con el propósito de disminuir la incidencia del embarazo precoz. Se garantiza que toda la información brindada será estrictamente confidencial y solo será utilizada con fines investigativos. La participación en el estudio no supone gasto alguno.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en la investigación. La decisión de participar es totalmente voluntaria, pudiendo abandonar la misma cuando considere conveniente, sin que eso traiga consigo medidas represivas contra su persona.

Yo _____ estoy de acuerdo en participar en la investigación, habiendo sido informada sobre la importancia de esta investigación.

Para que conste mi libre voluntad,

Firmo la presente el día ____ del mes _____ del año _____.

Firma _____

ANEXO E. RECURSOS / PRESUPUESTO

Los recursos que se utilizarán en el proyecto serán financiados por el investigador.

Gastos del proyecto

1. Material de oficina

Producto	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Hojas de papel	Resma	4	5,00	20,00
Tonner impresora láser	Unidad	3	80,00	240,00
Perforadora	Unidad	1	5,00	5,00
Calculadora	Unidad	1	10,00	10,00
Total				275,00

Total de gastos por material de oficina: \$ 275,00

2. Equipamiento

Equipo	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
PC Portátil	Unidad	1	800,00	800,00
Impresora Láser	Unidad	1	380,00	380,00
Total				1180,00

Total de gastos por equipos: \$1,180

3. Servicios

1. Servicios	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Impresión	Hoja	500	0,05	20,00
Anillado	Hoja	10	2,50	25,00
Fotocopias	Hoja	200	0,05	10,00
Total				55,00

Total de gastos por servicios: \$ 55,00

4. Otros gastos

Otros gastos	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Viajes (gastos en pasajes)	Unidad	72	2,00	144,00
Alimentación	Porciones	36	2,50	90,00
Total				234,00

Resumen del presupuesto en gastos directos

Gastos directos	Costo en dólares
Material de oficina	275,00
Equipos	1,180,00
Servicios	55,00
Otros gastos	234,00
Total	1,774,00

Total de gastos directos: \$ 1,774