



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

TEMA:

**Diseño de una estrategia educativa para la prevención del embarazo
en adolescentes de 15 a 19 años con antecedentes de eventos
obstétricos previos en cuatro consultorios del Centro de Salud
Pascuales Año 2021**

AUTOR:

Tenelanda Duchi Juan Carlos

**Trabajo de investigación previo a la obtención del título de:
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**

DIRECTORA:

Brenda Yesqueny Urgiles Carrión

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *el Dr. Juan Carlos Tenelanda Duchí*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dra. Brenda Yesqueny Urgiles Carrión

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Juan Carlos Tenelanda Duchi

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “Diseño de una estrategia educativa para la prevención del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años con antecedentes de eventos obstétricos previos en cuatro consultorios del centro de salud Pascuales año 2021” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dr. Juan Carlos Tenelanda Duchi



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

AUTORIZACIÓN:

Yo, Juan Carlos Tenelanda Duchi

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “Diseño de una estrategia educativa para la prevención del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años con antecedentes de eventos obstétricos previos en cuatro consultorios del centro de salud Pascuales año 2021”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dr. Juan Carlos Tenelanda Duchi



Document Information

Analyzed document	JUAN CARLOS TENELANDA DUCHI U.pdf (D130521001)
Submitted	2022-03-16T05:31:00.0000000
Submitted by	
Submitter email	juan.tenelanda@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	0%
Analysis address	xavier.landivar.ucsg@analysis.orkund.com

Sources included in the report

Agradecimiento

Quiero agradecer a Dios por darme salud para terminar mis estudios de Cuarto nivel la UCSG y a la Escuela de Graduados a mis Tutores Dr. Yubel y Dra. Sanny, quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento a la Dra. Brenda principal colaboradora durante todo este proceso quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración me permitió desarrollar este trabajo a mis profesores y compañeros de Posgrado muy agradecido con todos para así hacer posible mi sueño de ser Médico Especialista.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a todos quienes me inculcaron por el camino del conocimiento tales como son mis tutores, profesores, docentes hospitalarios y compañeros del posgrado además a todos mis pacientes quienes por medio de ellos me permitieron desarrollar mis habilidades médicas, a mis dos madrecitas Piedad y Narcisa y a querida compañera de vida Sofia y a todos y cada uno que hicieron posible cumplir con este objetivo propuesto a mis hermanos, hermanas, sobrinos, sobrinas, cuñados, cuñadas que Dios les bendiga siempre.



SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO

DIRECTOR DEL POSGRADO

ARANDA CANOSA, SANNY

COORDINADORA DOCENTE

BATISTA PEREDA, YUBEL

OPONENTE



Observaciones: _____ L

TEMA: Diseño de una estrategia educativa para la prevención del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años con antecedentes de eventos obstétricos previos en cuatro consultorios del centro de salud pascuales año 2021 POSGRADISTA: Juan Carlos Tenelanda Duchi FECHA:

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL/100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR.YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

o certifico _____

_____ DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS

DRA. SANNY ARANDA CANOSADIRECTOR DEL POSGRADO
COORDINADORA DOCENTETRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN
DE SUSTENTACIÓN

_____ DR.YUBEL BATISTA PEREDA

OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN TRIBUNAL

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN.....	2
2	EL PROBLEMA	3
2.1	IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO	3
2.2	FORMULACIÓN.....	5
3	OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	6
3.1	GENERAL.....	6
3.2	ESPECÍFICOS.....	6
4	MARCO TEÓRICO.....	7
4.1	MARCO CONCEPTUAL.....	7
	4.1.1 “La adolescencia es un periodo de gran emotividad descontrolada”.....	8
	4.1.2 Antecedentes obstétricos	10
4.2	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.	21
5	MÉTODOS	27
5.1	NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.	27
5.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN.	27
5.3	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.	27
5.4	JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	27

5.5	POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	28
5.5.1	Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	28
5.5.2	Criterios de inclusión.....	28
5.5.3	Criterios de exclusión.....	28
5.6	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	29
5.7	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	30
5.8	TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	32
5.9	VARIABLES.....	33
5.9.1	Operacionalización de variables.....	33
6	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	36
7	CONCLUSIONES.....	46
8	VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	48
9	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52

TABLA

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN TIPOS DE PARTOS. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	36
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES CON ANTECEDENTE DE ABORTOS. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.....	36
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES CON ANTECEDENTES DE ÓBITO FETAL. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.	37
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO QUE SE ENCUENTRE TERMINADO. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	37
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN ESTADO CIVIL. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	38
TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN OCUPACIÓN. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	38
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LA CLASIFICACIÓN FAMILIAR DE ACUERDO A SU ONTOGÉNESIS FAMILIAR EN EL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.....	39
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN CONOCIMIENTO EFECTIVIDAD DE LAS TABLETAS ANTICONCEPTIVAS SON EFICACES SI SE TOMAN SIEMPRE. CENTRO DE SALUD DE PASCUALES. AÑO 2021.....	39
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES CONOCIMIENTO SOBRE ASESORÍA GENERAL EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR PRIMERA VEZ DEBE ACUDIR AL CENTRO DE SALUD. CENTRO DE SALUD DE PASCUALES. AÑO 2021	40
TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SOBRE CONOCIMIENTOS DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES Y ORALES. CENTRO DE SALUD DE PASCUALES. AÑO 2021	40

TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE SI EL PRESERVATIVO PROTEGE DE ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL. CENTRO DE SALUD DE PASCUALES. AÑO 2021	41
TABLA 12. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE PERIODO INTERGENÉSICO ADECUADO. CENTRO DE SALUD DE PASCUALES. AÑO 2021	41
TABLA 13. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES CENTRO DE SALUD DE PASCUALES. AÑO 2021.....	42
TABLA 14. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES. CENTRO DE SALUD DE PASCUALES. AÑO 2021.....	42
TABLA 15. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE TÉCNICA EDUCATIVA. CENTRO DE SALUD DE PASCUALES. AÑO 2021	43
TABLA 16. DISTRIBUCIÓN SEGÚN FRECUENCIA DE LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS CENTRO DE SALUD DE PASCUALES. AÑO 2021	43
TABLA 17. DISTRIBUCIÓN SEGÚN HORARIO DE ACTIVIDADES HORARIO DE ACTIVIDADES. CENTRO DE SALUD DE PASCUALES. AÑO 2021.	44
TABLA 18. DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA DURACIÓN DE ACTIVIDADES DURACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS. CENTRO DE SALUD DE PASCUALES. AÑO 2021	44
TABLA 19. DISTRIBUCIÓN SEGÚN LUGAR DE LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS. CENTRO DE SALUD DE PASCUALES. AÑO 2021	45
TABLA 20. DISTRIBUCIÓN SEGÚN NÚMERO DE PARTICIPANTES PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS. CENTRO DE SALUD DE PASCUALES. AÑO 2021	45

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES.....	59
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTE.....	61
ANEXO 3. ENCUESTA.....	62

RESUMEN

Antecedentes: En la adolescencia ocurren diferentes cambios desde el punto de vista biológico, psicológico, social y hormonal, lo que hace que sea esta después de la infancia, la etapa más vulnerable del ciclo vital, constituyéndose un motivo de preocupación, el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales, lo que puede causar la aparición de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual entre otros problemas, el desconocimiento en el uso de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes que han tenido algún evento obstétrico, el bajo nivel de educación y la falta de oportunidades en mujeres adolescentes hace que este grupo prioritario sea el más vulnerable para que las mujeres no puedan terminar su educación y por lo tanto progresar y sea este un problema de salud pública, por lo tanto no tengan oportunidades para terminar la educación media y peor aún continuar con la educación superior para tener y mejorar su calidad de vida, ya que comprendemos que la etapa de adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano con cambios físicos, psicológicos, hormonales y sociales es una etapa de transición más importante para la vida del ser humano. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo para estimar el nivel de conocimiento sobre sexualidad en adolescentes de la comunidad de San Francisco y Pascuales de los consultorios 3-4 y 7-8 Año 2021, observacional, ya que no existe intervención del investigador, transversal, porque se realizó una sola medición de las variables en estudio y prospectivo dado que los datos se obtuvieron a futuro; con el propósito realizar el diseño de una estrategia educativa para la prevención del embarazo en adolescentes para mejorar o aumentar los conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos y planificación familiar. Para la obtención de la información se aplicó una encuesta a las adolescentes comprendidas entre 15-19 años que cumplen con los criterios de inclusión para este trabajo investigativo. El procesamiento estadístico de la información se realizó con técnicas y procedimientos de estadística descriptiva IBM SPSS Statistics. **Resultados:** Con relación a la ocupación más frecuente es ama de casa con el 58,5%,

Predominó que las pastillas anticonceptivas son eficaces si se toman siempre el 73,2 %, conocimientos sobre asesoría general en planificación familiar responden que el 86,6% conocen, sobre los efectos secundarios o indeseables de los métodos anticonceptivos respondieron que el 56,1% no conocen y el 43,9% si conocen, el uso del preservativo 82,9% si les protegen de las infecciones de trasmisión sexual. **Conclusiones:** Seria necesario que el Estado ecuatoriano impulse la planificación familiar en este grupo de riesgos adolescentes con antecedentes de embarazo u otros eventos obstétricos en nuestro estudio la educación de los adolescentes encuestados el bachillerato predomino sobre la secundaria, la ocupación de las adolescentes ama de casa fue la que predomino, también los conocimientos que tienen las mujeres adolescentes sobre las pastillas anticonceptivas son eficaces si se toman siempre y que deben acudir al centro de salud para realizar planificación familiar por primera ocasión, conocen sobre los efectos secundarios de los anticonceptivos, pero también hay un alto porcentaje del cual no conocen estos efectos, también saben que el preservativo le protege sobre enfermedades de trasmisión sexual.

Palabras Clave: ADOLESCENTE, EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA, METODOS ANTICONCEPTIVOS, PLANIFICACION FAMILIAR, EVENTO OBSTETRICO.

ABSTRACT

Background: Adolescence occurs different changes from the biological, psychological, social and hormonal point of view, which makes it after childhood, the most vulnerable stage of the life cycle, constituting a reason for concern the increasingly early onset of sexual intercourse, which can cause the appearance of unwanted pregnancies, sexually transmitted diseases among other problems, the ignorance of contraceptive methods in adolescent women who have had an obstetric event, the low level of education and the lack of opportunities in adolescent women make this priority group the most vulnerable so that women cannot progress and is a problem of public health, therefore they do not have opportunities **to** finish secondary education and worse continue with higher education to have and improve their quality of life, Since we understand that the adolescence stage is the period of human growth and development with physical, psychological, hormonal and social changes, it is a most important transition stage for the life of the human being. **Methods:** A descriptive study was conducted to estimate the level of knowledge about sexuality in adolescents from the community of San Francisco and Pascuales in offices 3-4 and 7-8 Year 2021, observational, since there is no cross-sectional researcher intervention, because made a single measurement of the variables under study and prospective since the data were obtained in the future; with the purpose of improving their level of knowledge. In order to obtain the information, a survey was applied to adolescents between 15-19 years old who met the inclusion criteria for this research work. The statistical processing of the information was carried out with statistical techniques and procedures IBM SPSS Statistics. **Result:** In relation to the most frequent occupation is housewife with 58.5%, It was predominant that contraceptive pills are effective if 73.2% are always taken, knowledge about general counseling in family planning responds that 86.6% know On the side or undesirable effects of contraceptive methods, they answered that 56.1% do not know and 43.9% do know, the use of condoms 82.9% if they protect them from sexually transmitted infections. **Conclusions:** It would be necessary for the Ecuadorian State to

promote family planning in this group of adolescent risks with a history of pregnancy or other obstetric events in our study, the education of the adolescents surveyed, high school predominated over high school, the occupation of the adolescent housewives was the What predominated, also the knowledge that adolescent women have about contraceptive pills are effective if they are always taken and that they must go to the health center for family planning for the first time, they know about the side effects of contraceptives, but there is also a A high percentage of those who do not know these effects, also know that the condom protects them against sexually transmitted diseases.

Keywords: ADOLESCENT, PREGNANCY IN ADOLESCENCE, CONTRACEPTIVE METHODS, FAMILY PLANNING, OBSTETRIC EVENT.

1 INTRODUCCIÓN

La Organización mundial de la salud (OMS) da el concepto que la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años ⁽¹⁾. Se trata de una de las etapas de cambio más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de transición, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia ⁽²⁾. El embarazo en la adolescencia constituye un problema de salud, debido a las consecuencias significativas que tiene sobre la madre adolescente y su hijo; junto a complicaciones médicas significativas en comparación con las gestantes adultas ⁽³⁾. Las condiciones socioculturales han provocado un aumento considerable en su prevalencia, con una mayor frecuencia en los sectores socioeconómicos más desfavorecidos. La maternidad temprana se relaciona con la pobreza, falta de educación, de comunicación en el hogar, falta de cariño y autoestima, y de un proyecto de vida, tanto de la familia como de las adolescentes afectadas ⁽⁴⁾.

La adolescencia es una etapa de crecimiento y desarrollo, con adquisición de nuevas funciones en las esferas biológica, psicológica y social. Dichos cambios no acontecen de manera simultánea, siendo la capacidad reproductiva el primer evento que se produce. Como resultado de esta asincronía en la maduración de las diferentes esferas (biológica, psíquica y social), una adolescente tiene la posibilidad de quedar embarazada sin haber cumplido todavía las tareas del adolescente para llegar a la adultez. ⁽⁵⁾. En nuestro país se siguen presentando inconvenientes en salud sexual en esta etapa de la vida, la inequidad económica permite identificar lugares en el que la población adolescente presenta un mayoritario porcentaje de problemas como embarazos no planificados, abortos, enfermedades de transmisión

sexual, promiscuidad, entre otros; influenciados por factores como el consumo de sustancias ilícitas sujetas a fiscalización, desconocimiento, ciertas costumbres, la pobreza, volviéndolos aún más vulnerables; considerando que la población de la parroquia Pascuales y la comunidad de San Francisco está rodeada de las condiciones antes expuestas en un contexto pluricultural, se optó por escoger adolescentes de los consultorios 3-4 y 7-8 para analizar esta problemática, ya que hasta la actualidad no se reportan estudios realizados con este problema de salud.

2 EL PROBLEMA

2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

La persistencia de altas tasas de fecundidad en adolescentes está relacionada con los contextos más pobres, rurales, indígenas, afros y con menor educación, con factores culturales y políticos, así como con el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales, insuficiente educación de la sexualidad, falta de servicios con atención diferenciada y barreras culturales para su acceso. La tasa mundial de embarazo se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 adolescentes. Según la OMS Las tasas de embarazo en América Latina y el Caribe estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 entre 15 y 19 años, basados en datos del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC)⁽⁶⁾, en el 2014, 49,3 de cada 100 hijos nacidos vivos fueron de madres adolescentes, hasta 19 años. El embarazo en la adolescencia y la educación de la sexualidad como vía para su prevención, constituyen un problema vigente y un tema emergente al cual es ineludible darle solución y así ayudar a contribuir al desarrollo en este grupo etario, se optó por escoger adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron antecedentes de eventos obstétricos para analizar esta problemática, ya que hasta la actualidad se reportan pocos estudios realizados con estos temas de salud y así contribuir a mejorar las conductas de vida saludables para evitar que las adolescentes se queden embarazadas. En la población de la parroquia Pascuales y la comunidad de San Francisco se logró identificar que la población adolescente presenta un mayor porcentaje de estos casos de salud, embarazos no

planificados, abortos, enfermedades de transmisión sexual, promiscuidad, entre otros; influenciados por factores como el consumo de sustancias ilícitas, ciertas costumbres y la pobreza.

Los embarazos en la adolescencia son causa y consecuencia de la deserción escolar y laboral, lo que impide el logro de la autonomía económica y profundiza la reproducción intergeneracional de la pobreza, es por eso que este trabajo investigativo se realizó para determinar identificar las causas que influyen; para que no se produzca el embarazo en adolescentes con eventos obstétricos previos con conocimientos o no de métodos de planificación familiar así también como para identificar las características individuales, factores familiares y sociales, educación sexual y el tipo de familia en la que se presenta el embarazo en adolescentes, con el objeto de establecer una estrategia educativa que contribuyan a la disminución de este problema social. Este trabajo investigativo se realizó para identificar las causas que influyen para que no se produzca embarazo en adolescentes con evento obstétrico previo ya que en las atenciones diarias se puede observar que en su mayoría acude población vulnerable como son las adolescentes y así contribuir ayudar con este problema social que aqueja a esta población de estudio. Esta investigación permitió dar a conocer conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en las adolescentes de 15 a 19 años que es la población de estudio, al poder identificar cuáles son las falencias sobre educación sexual y reproductiva en este grupo de adolescentes vulnerables. De esta manera crear esta estrategia educativa puede contribuir con las acciones integrales de planificación familiar y así evitar la morbi-mortalidad que con lleva un embarazo no planificado o no deseado en las adolescentes que por falta de educación o de conocimiento en temas de educación sexual y planificación familiar pueden volver a quedarse embarazadas.

2.2 **Formulación**

¿Cuáles fueron los componentes que se incluyeron en el diseño de una estrategia educativa de prevención de embarazo en adolescentes con antecedentes de eventos obstétricos previos en cuatro consultorios del centro de salud Pascuales?

3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1 General

Diseñar una estrategia educativa para la prevención del embarazo en adolescentes con eventos obstétricos previos en cuatro consultorios del centro de salud Pascuales año 2021

3.2 Específicos

- 1.- Caracterizar las adolescentes con evento obstétrico previo en cuatro consultorios del centro de salud de pascuales, según tipo de evento.
- 2.- Caracterizar la población de estudio según variables socio-demográficas y familiares.
- 3.- Identificar conocimientos, actitudes y practicas sobre métodos anticonceptivos, planificación familiar y sexualidad en la población de estudio.
- 4.- Determinar los componentes de la estrategia educativa
- 5.- Elaborar la estrategia educativa para la prevención del embrazo en adolescentes con evento obstétrico en el centro de salud en pascuales.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 Marco conceptual.

La expresión pubertad viene del latín “pubere” lo que quiere decir pubis con vellos, quiere decir que es un proceso biológico en donde se desarrolla los caracteres sexuales secundarios, la maduración completa de las gónadas y glándulas suprarrenales, así como la ganancia de masa ósea, grasa y muscular y se logra la talla adulta. La descripción de pubertad obedece a criterios demográficos, si la aparición de los caracteres sexuales secundarios se localiza dentro del intervalo de $\pm 2,5$ (desviación estándar) para el sexo y población de referencia. Se considera inicio de la pubertad a la aparición de telarquia entre los 8-13 años en las mujeres y el aumento del tamaño testicular entre los 9-14 años en los hombres. La palabra adolescencia procede del latín “adolescere” del verbo adolecer y en español tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y crecimiento y maduración. Este proceso se acompaña de grandes cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. Se comienza con la pubertad como aspecto orgánico y finaliza alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completa el crecimiento y desarrollo físico y la maduración psicosocial ⁽⁷⁾. La adolescencia comprende un periodo de tiempo impreciso, y su duración ha ido aumentando en los últimos años debido al comienzo más precoz de la pubertad y a la prolongación del periodo de formación escolar y profesional. La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la adolescencia se encuentra entre los 10 y 19 años ⁽⁸⁾ la juventud entre los 19 y 25 años. La Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia (SAHM) la ubica entre los 10-21 años, diferenciándose 3 etapas que se diferencian entre sí, adolescencia inicial (10-14 años), adolescencia media (15-17 años) y adolescencia tardía (18-21 años) ⁽⁹⁾. Los adolescentes constituyen un grupo poblacional muy importante desde la perspectiva de salud pública, no solo por su número y capacidad reproductora, sino también porque su estado de salud su comportamiento y sus hábitos

actuales tendrán una enorme repercusión en su estilo de vida y su salud futura. La adolescencia es el grupo de edad que menos interés ha motivado entre la comunidad médica ⁽⁹⁾. Aunque determinadas enfermedades infecciosas y nutricionales han ido disminuyendo en los últimos años, los adolescentes continúan expuestos a muchos riesgos: accidentes, violencia, delincuencia, uso y consumo de drogas, conductas sexuales arriesgadas, embarazos, problemas familiares, escolares, tecnologías y trastornos mentales entre otros. Es la raíz de todos los cambios que se producen durante esta etapa, existe una amplia variación en cuanto al desarrollo biológico y psicosocial, asimismo los aspectos biológicos pueden contribuir en el desarrollo psicológico, podemos sintetizar la adolescencia en tres periodos entre sí. La adolescencia inicial: comprende alrededor de los 10 a los 13 años, y se caracteriza por los cambios puberales. La adolescencia media: comprende entre los 14 a los 17 años y se compone por conflictos familiares, debido a la trascendencia que adquiere el grupo es en este periodo es cuando pueden iniciarse con más probabilidad las conductas de riesgo. La adolescencia tardía: abarca desde los 18 hasta los 21 años y se caracteriza por la aceptación de los valores paternos y por la aceptación de tareas y responsabilidades propias de la madurez. Este ciclo de la vida, se alcanza un importante crecimiento y desarrollo físico y se alcanzan todos los objetivos psicosociales necesarios en la evolución del joven a la edad adulta tales como: obtener la independencia, aceptar su imagen corporal, establecer nexos con los amigos y alcanzar su identidad ⁽¹⁰⁾

4.1.1 “La adolescencia es un periodo de gran emotividad descontrolada”.

Fisiología de la pubertad. – En el comienzo de la pubertad está marcado por el inicio de la secreción pulsátil de las gonadotrofinas (LH y FSH) y de la hormona liberadora de gonadotrofinas (GnRH), siendo el resultado de la interacción de variables genéticas y de factores reguladores, los cambios hormonales son debidos a la interacción entre el sistema nervioso central, hipotálamo, hipófisis, gónadas y también suprarrenales, el eje hipotálamo-

hipófiso-gonadal en la infancia, la hormona liberadora de gonadotropinas y las gonadotropinas hipofisarias, están inhibidas por acción de una supresión activa de la secreción de gonadotropinas ⁽⁷⁾. El comienzo de la pubertad está regulado por una red nodal de genes que regula los cambios en los circuitos neuronales del núcleo del hipotálamo. Estos cambios son: cambios transinápticos: incremento de los estímulos excitatorios de las neuronas secretoras de gonadotropinas vía glutamato y vía kisspeptina disminución de los estímulos inhibitorios: por neuronas gabaérgicas, neuronas formadoras de sustancias opioides y neuronas productoras de péptido. En las células gonadotropas hipofisarias (GnRH), la síntesis y liberación pulsátil de las gonadotropinas hipofisarias, hormona luteinizante y la hormona folículo-estimulante, estas actúan en la gónada para incitar la maduración de las células germinales óvulos o espermatozoides.

La mineralización ósea está definida por la interacción de factores genéticos, ambientales y hormonales, cada individuo tiene un potencial genético de desarrollo masa ósea, que solo se alcanza absolutamente si los factores ambientales, como el ejercicio físico y la nutrición con aporte de calcio son adecuados. En las personas sanas, la masa ósea crece durante la infancia con un máximo durante la fase de adolescencia precoz e intermedia y se enlentece en la adolescencia tardía, alcanzando la cima de masa ósea al final de la adolescencia.

Un apropiado desarrollo óseo logrando una adecuada cúspide de masa ósea es ideal para evitar la osteoporosis y la osteopenia en edades futuras de la vida. En la maduración sexual los cambios más llamativos tienen lugar en la esfera sexual y se culminan con la consecución de la fertilidad, la edad gradual tiene poca correlación con la maduración sexual y el crecimiento puede ser muy variable por ello, es necesario conocer en todo adolescente, el índice de maduración sexual, que se evalúa mediante los estadios de Tanner y se fundamenta en el desarrollo de los órganos genitales y caracteres sexuales secundarios. La duración media de la pubertad en las mujeres es de 4 años y en los varones la pubertad puede suceder dos años más tarde que en las

mujeres y por ello ellas pueden parecer más maduras físicamente que sus compañeros. ⁽²⁹⁾

4.1.2 **Antecedentes obstétricos**

Los antecedentes obstétricos desfavorables son vivencias previas relacionadas con un embarazo complicado, que no ha ocurrido según lo previsto, o embarazos no exitosos. Entre los antecedentes obstétricos que son más importantes y comunes en adolescentes en una nueva gestación, destacan los partos prematuros y el retraso del crecimiento intrauterino, muerte fetal o peri natal sobre todo si existió una causa conocida y evitable, abortos a repetición y alteraciones congénitas:

El parto pretérmino o nacimiento prematuro en seres humanos es definido aquel que se produce entre las 22 semana y las 36 semanas 6 días después de la última menstruación. Su incidencia oscila entre el 5% (algunos países de Europa) y 18% (algunos países de África). Sin embargo, y a pesar de los recientes avances en obstetricia, de 65 países que disponen de datos fiables sobre tendencias, todos menos tres han registrado un aumento en las tasas de nacimientos prematuros en los últimos 20 años ⁽¹¹⁾. Actualmente se considera al parto pretérmino (PPT) como un síndrome y no una patología en sí. Por tanto, se postula tenga un origen de muchos factores. No existe consenso acerca de las causas que puedan originar un parto pretérmino. Algunos autores subdividen al parto pretérmino en 2 grandes grupos:

Parto pretérmino espontáneo: responsable de las 2/3 partes de PPT. En este grupo solo 15% de las pacientes tienen antecedente de PPT y 85% son primigestas o han tenido embarazos a término.

Parto pretérmino iatrogénico: aquel que se produce por indicación médica ante la aparición de una complicación del embarazo que impide continuar con la gestación al poner en grave riesgo la vida de la madre, el feto o ambos. La lista de complicaciones incluye:

- Preeclampsia severa

- Restricción del crecimiento intrauterino con alteraciones del Doppler
- Colestasis intrahepática
- Rotura prematura de membranas pretérmino prolongada
- Placenta previa sangrante
- Desprendimiento prematuro de la placenta
- Embarazo monocoriónico complicado.

El estudio de las causas de parto pretérmino se restringe al parto pretérmino espontáneo. La evidencia actual sugiere dos grandes grupos de causas:

a. Intrínsecas, que comprenden

- Activaciones hormonales
- Activaciones neurales.

b. Extrínsecas, entre las que se encuentran

- Sobredistensión uterina
- Infecciones maternas
- Isquemia uteroplacentaria
- Malformaciones uterinas
- Enfermedades cervicales
- Estrés.

El síndrome de muerte fetal se define como la muerte del feto que se presenta después de la semana 20 de gestación, en ausencia de trabajo de parto instaurado. Constituye, en general, un tercio de toda la mortalidad fetal e infantil y más del 50% de todas las muertes perinatales en los países desarrollados. Las causas de muerte fetal raramente se reportan y la mayoría se desconoce. De acuerdo con lo anterior, es importante la identificación del riesgo antenatal con el fin de detectar por primera vez el antecedente, la enfermedad o la alteración que aumenta la posibilidad de muerte fetal, para determinar el riesgo relativo de resultados obstétricos adversos, al compararla con la población general. La evaluación del riesgo por sí sola, parece ser cada

vez menos útil en la predicción de complicaciones en la gestación pues, aun sin importar los riesgos calculados, 90 a 95% de los embarazos dan como resultado un recién nacido vivo y sano, lo cual contrasta con un gran número de óbitos fetales que ocurren en embarazos identificados como de bajo riesgo. A pesar de haber disminuido dramáticamente sus tasas de presentación en los últimos 40 años, todavía se presenta gran dificultad en la evaluación y en la identificación de factores de riesgo, como obesidad, ser el primer parto, edad materna avanzada en la primera gestación y las gestaciones múltiples (12).

La mayoría de muertes fetales ocurren en el tercer trimestre de embarazo, y se habla de muerte fetal precoz cuando ocurre en el segundo trimestre o, de forma más precisa, cuando el peso es menor de 1000 gramos y/o el desarrollo es menor de 28 semanas. Se habla de aborto cuando el peso del embrión o feto es menor de 500 gramos y/o el desarrollo de la gestación es menor de 20 semanas. La mayoría de los abortos ocurren en el primer trimestre, y se habla de aborto tardío cuando ocurre en el segundo trimestre.

El aborto espontáneo es un aborto no provocado intencionalmente. Es la muerte no deseada y expulsión de un embrión o feto antes de las semanas 20 o 24 del embarazo. Cuando la pérdida es posterior, ya se habla de muerte fetal. Al criterio del tiempo gestacional, la Organización mundial de la Salud (OMS) añade como criterio que debe pesar menos de 500 gramos. Sin embargo, este criterio ha de ser interpretado con prudencia, ya que a veces un feto de menos de 500 g. expulsado puede ser reanimado y sobrevivir. Si falleciera posteriormente, se registra como muerte neonatal. Se distingue el aborto precoz, cuando tiene lugar antes de las 12 semanas de gestación, y el aborto tardío, con 12 o más semanas.

Los factores que pueden producir aborto espontáneo son muy variados: genéticos o cromosómicos del mismo feto, la exposición a toxinas

ambientales, problemas hormonales de la madre, y otros como el tabaquismo, la drogadicción o el alcoholismo.

Entre los signos y síntomas se encuentran el sangrado vaginal, el lumbago, dolor abdominal sordo, agudo o cólico o la presencia de coágulos que salen de la vagina.

El aborto inducido: es la finalización del embarazo mediante la eliminación de un embrión o feto antes de que pueda sobrevivir fuera del útero. Puede tratarse de un aborto terapéutico, cuando se realiza por razones médicas, o de un aborto por decisión personal (interrupción voluntaria del embarazo), cuando se realiza a petición de la mujer embarazada. Dependiendo de los países, existen diversas legislaciones sobre el aborto inducido, desde aquellas que lo permiten con pocas restricciones por considerarlo como una ampliación de los derechos reproductivos hasta legislaciones que lo prohíben por considerarlo una forma de homicidio. Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según el estudio realizado por Rosen. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. 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⁽¹³⁾. Las adolescentes menores de 16 años tienen un riesgo de muerte materna cuatro veces más elevado que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus hijos neonatos es aproximadamente un 50% superior, según el consultor en salud de los adolescentes James E Rosen, que está a cargo de un estudio de investigación del departamento de Reducción de los riesgos del embarazo de la OMS. Los expertos en salud convienen en que las adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica especial durante el embarazo, el parto y el puerperio para preservar su propia salud y

la de sus bebés ⁽¹³⁾. La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años, y son sólo superadas por las de África subsahariana, indica el informe “Aceleración del progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe” ⁽¹⁴⁾. La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia ⁽¹⁵⁾. El descenso en la edad de la menarquia, el inicio sexual precoz y la prolongación de la edad del matrimonio, incrementan el tiempo durante el cual los adolescentes están sometidos al riesgo de una gestación no deseada y de contraer infecciones de transmisión sexual ⁽¹⁶⁾. Promover el uso de los métodos anticonceptivos (MAC) durante la adolescencia es controversial, pero las evidencias son contundentes en favor de la divulgación y promoción de su uso por este sector poblacional. No existe un MAC ideal para la adolescencia, como tampoco hay razones médicas para negar el uso de ninguno de los métodos considerando únicamente la edad ⁽¹⁶⁾. La Organización Mundial de la Salud considera que el embarazo durante la adolescencia es un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el feto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los adolescentes ⁽¹⁷⁾. Los datos obtenidos de los registros oficiales y de algunas encuestas sobre el comportamiento sexual y reproductivo de los jóvenes en España muestran que su exposición al riesgo de que se produzca un embarazo no planeado, un aborto provocado o una infección de transmisión sexual (ITS) sigue siendo un problema importante ⁽¹⁷⁾.

La sexualidad se define como una forma de expresión integral de los seres humanos vinculada a los procesos biológicos, psicológicos, y sociales del sexo”⁽¹⁸⁾. La OMS entiende por salud sexual a “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”, lo que supera los aspectos reproductivos y patológicos, enfatiza en aspectos afectivos, placenteros, relativos a la comunicación, que sin duda repercuten en el estilo y la calidad de vida de las personas⁽¹⁸⁾. Los criterios actuales, se sobreponen a las concepciones patriarcales que han desvirtuado la sexualidad humana, y más bien la colocan como parte de las nuevas tendencias de las ciencias de la salud acordes con los principios de la bioética. Por tanto, no se concibe el logro de la salud integral sin el desarrollo pleno y armónico de la sexualidad⁽¹⁸⁾. Innumerables preguntas se han planteado sobre la sexualidad; ligada su comprensión al desarrollo inherente de la sociedad humana por tanto de la misma cultura, ésta, históricamente se ha transformado, ya que su expresión, su vivencia, está ligada a la política, la economía, y forma parte constitutiva de las relaciones sociales, es en definitiva expresión misma de la cultura. El tratamiento teórico de la sexualidad no pasa entonces, como se pretende hacerlo, únicamente desde su comprensión biológica, es decir considerarla en el ámbito en el que se lo trata a partir de su función reproductora, ni tampoco desde lo patológico como lo intenta abordar la psicología positivista, reduciendo su abordaje al ámbito de lo científico moral bajo el concepto de búsqueda de la sexualidad sana y que, a decir de Foucault, es el surgimiento de una "scientia sexualis desarrollada a partir del siglo XIX" donde aparece un nuevo discurso sobre el sexo⁽¹⁹⁾. Antes de instaurarse la "scientia sexualis" el tratamiento del sexo pasa por diferentes momentos históricos y su abordaje se extiende por el ámbito de la cultura, en la alta edad media se explicaba la sexualidad desde la narración del pecado, es decir, su explicación se la daba a partir de una explicación teológica, estas dieron posteriormente paso a una comprensión del sexo desde el discurso médico, impulsando lo que Michel Foucault denominaría la pedagogización del sexo⁽¹⁹⁾. Esta pedagogización

del sexo se expresa en la actualidad en el discurso de la educación sexual, que aborda a la sexualidad en el ámbito biológico, donde se describe las funciones del aparato reproductor, informar sobre los métodos anticonceptivos, lo que desemboca en una regulación o reglamentación sobre las prácticas de la sexualidad, en particular sobre el sexo, que lo reduce al ámbito de la reproducción, dejando de lado las significaciones socio-antropológicas y psicosociales que construyen sentidos y mediaciones culturales alrededor de la sexualidad. Ello significa que la comprensión del sexo se relaciona acorde al desarrollo de las sociedades y de su expresión cultural, lo que implica que su configuración obedece a como se han construido las relaciones sociales, las instituciones, los modos de producción y la ideología del sistema predominante, en cuyo caso incide en la construcción ontogenética del individuo en su realidad cercana, como expresión de su sexualidad, en consecuencia, es producto de la historia de la civilización humana. ⁽²⁰⁾. Estas representaciones e imaginarios que se resignifican por la vivencia del sujeto son las que se constituyen como la forma en las que todo individuo percibe los hechos sociales y el mundo de las cosas, que en definitiva se manifiestan en las formas de actuar y conocer la vida social ⁽¹⁹⁾.

La sexualidad como construcción social para analizar la sexualidad, se hace indispensable, entender cómo y en qué forma se ha construido su comprensión durante el proceso histórico. Foucault denomina “la producción de verdad sobre el sexo” lo que implica decir, que partimos de una premisa básica: la sexualidad es la construcción de las relaciones de género, en un contexto histórico cultural determinado y donde el sexo es y forma parte de ella ⁽²¹⁾. La sexualidad se reduce al ámbito del acto sexual y los especialistas hablan de la responsabilidad.

La paternidad y la maternidad son construcciones socio-históricas marcadas por las formas de organización de la sociedad en función del régimen social, y estas construcciones obedecen o se ajustan a los requerimientos de las formas de economía, religión, relaciones sociales, entre otras. La

paternidad que se construye a partir del siglo XIX y que se encuentra en vigencia, pone al padre en el lugar de proveedor, es el que administra la vida social de la familia en el ámbito público y aquel que exige el cumplimiento del rol de la madre con respecto de la crianza de los hijos, se desentiende de los afectos y concentra su actividad de padre en la producción de bienes.

La educación sexual integral (ESI) es un proceso que cuenta con un plan de estudios para dar a conocer los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Su finalidad es dotar a los niños y los adolescentes de conocimientos, aptitudes, actitudes y valores que les permitan disfrutar de salud, bienestar y dignidad, establecer relaciones sociales y sexuales respetuosas, ser conscientes de la manera en que sus elecciones afectan a su propio bienestar y al de otras personas, y conocer sus derechos y velar por su protección durante toda su vida ^(21,22)

La anticoncepción es la prevención voluntaria del embarazo por medios naturales o artificiales ⁽²¹⁾. Permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Existen numerosas opciones anticonceptivas concebidas para su empleo en función del plazo de tiempo y el contexto en que se usan (a largo plazo, permanentes, a corto plazo, de emergencia) y de su modo de funcionamiento (hormonales, no hormonales, de barrera, basados en el conocimiento de la fertilidad) ⁽²³⁾

Factores individuales: En la perspectiva de que todas las unidades operativas de primer nivel abran sus puertas para brindar atención integral a adolescentes, es necesario analizar las causas por las cuales los/las adolescentes no acceden a dichos servicios, en el sistema de salud fácilmente podemos demostrar que no hay la “costumbre” o la tradición en nuestra cultura de acudir para solicitar atención médica para adolescentes ni de ofertar esta atención. A los niños se los lleva a control pediátrico cada mes durante el primer año de vida, luego periódicamente, al menos cada año hasta la etapa escolar, pero durante la adolescencia, ni los padres/madres ni los/as adolescentes se preocupan de acudir a un chequeo o a un screening, tampoco

los prestadores de salud han recibido la capacitación en pregrado ni en postgrado, ni se han preparado para ofertar servicios que respondan a las demandas y necesidades en la adolescencia. La mayoría no acuden a los servicios de salud, existe la percepción tanto de adolescentes como de adultos en general, de que son y están “sanos”, y de que los servicios no están dirigidos para ellos/as; además de que tienen temor a los procedimientos médicos, sienten vergüenza de ser vistos en los establecimientos y les preocupa la falta de privacidad y confidencialidad justamente porque el conocimiento previo que tienen es de que el personal de salud obtiene y da información a la madre o al padre sin tomar en cuenta su preocupación y menos su criterio. Los y las adolescentes ecuatorianos, no saben cuándo ni dónde buscar atención ya que no tienen conocimiento sobre signos o síntomas, desconocen la ubicación de los servicios y cuáles son las prestaciones de los mismos. Además de que los Servicios no están abiertos en los horarios adecuados y a pesar de la gratuidad de la atención, a menudo, el gasto de bolsillo sobrepasa sus posibilidades económicas por lo que muchas veces, se auto diagnostican y auto medican. Un tema alarmante es que sienten vergüenza y/o culpa si experimentaron violencia o abuso sexual y no se atreven a consultar, menos a denunciar Podemos inferir que existen barreras para el acceso de adolescentes a los servicios de salud, tanto socioculturales como económicos, geográficos y de género ⁽²⁴⁾

Factores de los servicios y profesionales de la salud: tanto en nuestro país como en muchos de los países latinoamericanos, hace falta una oferta de servicios amigables e integrales para adolescentes, y en los pocos que hay, no se usan los instrumentos específicos como la historia clínica para adolescentes, ni existe un sistema de monitoreo y evaluación, tampoco los/as adolescentes participan en los comités de usuarios/as. Las prestaciones no incluyen las demandas de adolescentes debido a que los servicios no han pensado en sus necesidades. A esto se suma la falta de capacitación del personal de salud para el abordaje de adolescentes, así como su actitud inadecuada y su falta de involucramiento personal ya que existe inclusive,

dificultad en la identificación del/la adolescente como “paciente”, acostumbrados, como estaban a tratar directamente con los padres durante la época de la niñez. Es importante resaltar la asimetría en la información y la falta de sensibilidad y capacitación del personal de salud para solucionarla ⁽²⁴⁾

De acuerdo con el Censo 2010, el 20,5% de la población nacional es adolescente; de los cuales el 10,6% entre 10 a 14 años y, el 9,8% entre 15 a 19 años. El 49% de adolescentes son mujeres y 51% son hombres; 60,6% reside en áreas urbanas el 39,4% en áreas rurales⁽²⁵⁾ Cuatro de cada diez adolescentes de áreas urbanas y ocho de cada diez de áreas rurales son pobres, medida por necesidades básicas insatisfechas (NBIs); y cerca de la mitad viven en condiciones de extrema pobreza ⁽²⁵⁾ Según datos de registros administrativos del Ministerio de Educación en el periodo comprendido entre 2015 - 2016 en el Ecuador la población estudiantil fue de 4'612.629, estudiantes de los cuales el 9.28% asistían a educación inicial, el 72.35% a educación general básica y 18.37% a bachillerato⁽²⁶⁾ En 2012, alrededor del 84% de las y los ecuatorianos/as entre 15 y 17 años de edad estuvieron en el sistema educativo, sin embargo, tres de cada 10 no asistían a los niveles de grado correspondientes a sus edades, de estos la mitad pertenecía a comunidades indígenas ⁽²⁶⁾ Así mismo, el 68,6% de jóvenes urbanos/as culminó la educación secundaria frente al 36,1% del área rural, es evidente que las mayores brechas educativas se observan en adolescentes indígenas y montubios/as ⁽²⁵⁾ Entre las causas del abandono escolar se identifica al embarazo en niñas y adolescentes, según el Estudio de Costos de Omisión en SSR en el 2015 6.487 adolescentes abandonaron sus estudios por un embarazo. Más de la mitad (56%) cursaba en ese momento la educación básica, lo que da un total de 36.871 años de escolaridad perdidos, con una media de 5.8 años por mujer, esto equivale a 728.5 millones de dólares de ingresos perdidos que habrían percibido de no haber abandonado los estudios antes del nivel superior ⁽²⁹⁾ En Ecuador, los servicios de Protección Especial, buscan restituir los derechos humanos vulnerados o amenazados de niños, niñas y adolescentes y de aquellos/as privados/as de su medio familiar. A

través de estos servicios, se atiende a 12.077 niñas, niños y adolescentes, de los cuales el 48% son mujeres. Del total de niñas y adolescentes atendidas, alrededor del 93% están ente 14 años o menos. Entre las niñas que son usuarias de los servicios de protección especial se ha identificado la presencia de niñas madres ⁽³⁰⁾

En el código de la niñez y adolescencia Art. 4.- Definición de niño, niña y adolescente. Niño o niña es la persona que no ha cumplido doce años de edad. Adolescente es la persona de ambos sexos entre doce y dieciocho años de edad.

Art. 6.- Igualdad y no discriminación. Todos los niños, niñas y adolescentes son iguales ante la ley y no serán discriminados por causa de su nacimiento, nacionalidad, edad, sexo, etnia, color, origen social, idioma, religión, filiación, opinión política, situación económica, orientación sexual, estado de salud, discapacidad o diversidad cultural o cualquier otra condición propia o de sus progenitores, representantes o familiares.

Art. 27.- Derecho a la salud. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable.
2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten.
3. Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que las necesiten.

4. Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados.
5. Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente.
6. Información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental, primeros auxilios.
7. Atención con procedimientos y recursos de las medicinas alternativas y tradicionales.
8. El vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permitan un adecuado desarrollo emocional;
9. El acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre.
10. El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas. Se prohíbe la venta de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras que puedan producir adicción, bebidas alcohólicas, pegamentos industriales, tabaco, armas de fuego y explosivos de cualquier clase, a niños, niñas y adolescentes. ⁽³¹⁾

4.2 Antecedentes investigativos.

El embarazo en adolescentes es un problema social, que afecta al Ecuador y la región. Este estudio pretende identificar los factores asociados al uso o falta de uso de anticonceptivos de larga duración, LARC por sus siglas en inglés, que causen que las adolescentes presenten un evento obstétrico subsecuente e incidir en estos factores asociados, para prevenir la ocurrencia de este evento, mediante un protocolo de intervención multidisciplinario en el uso de LARC. Se analizaron todas las historias clínicas de pacientes que fueron valoradas por los servicios de Psicología y Trabajo social que egresaron de la sala de hospitalización para adolescentes HGOIA, de entre

10 a 19 años, con 2 o más eventos obstétricos previos, entre agosto del 2015 y marzo del 2016. Se encontró que el 98% de pacientes estudiadas, no usó un anticonceptivo de larga acción, 94,1% de embarazo subsecuente no fue planificado y 47,1% tuvo aborto en su evento anterior entre otros factores; ante lo cual se desarrolló un protocolo de intervención multidisciplinaria para disminuir el embarazo subsecuente en adolescentes, el cual permite identificar a las adolescentes con factores determinantes de alto riesgo, promueve el uso de anticonceptivos y se recomienda debe aplicarse por un equipo de atención integral, el cual brinde acompañamiento efectivo en la toma de decisiones, en relación a la adopción de un método anticonceptivo LARC, enmarcados en los derechos sexuales y reproductivos de la adolescente.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo de casos y controles que incluyó 54 puérperas adolescentes (de 13 a 19 años). Como controles se tomó una muestra (n = 108) aleatorizada del total de 1,342 adultas embarazadas puérperas (de 20 a 34 años) en el mismo periodo de estudio. En todas las pacientes se investigaron sus antecedentes de control prenatal (número de consultas esperadas y detecciones (infección de vías urinarias, enfermedad hipertensiva del embarazo y diabetes gestacional). Asimismo, se registró si hubo amenaza de aborto o de parto prematuro. De la resolución del embarazo se investigó: semanas de gestación transcurridas desde la fecha de la última menstruación o el tiempo estimado por ultrasonido, la forma de resolución (aborto, óbito o producto vivo), tipo de nacimiento y complicaciones. De 1,342 puérperas que se obtuvieron en el estudio, 56 (4%, IC 95%: 3-5%) fueron adolescentes (mediana de 17 años contra 27.9 años en las adultas). Como se esperaba este grupo tuvo menos mujeres con sobrepeso u obesidad, más solteras, con menor grado de estudios (secundaria contra bachillerato en las adultas), la mayoría estudiantes y con menos tabaquismo o ingesta social de alcohol. Con respecto a los antecedentes obstétricos también obstétricas (hemorragia postparto definida como sangrado > 500 mL en parto o > 1 L durante la cesárea). Dentro de los

resultados obstétricos se detectaron más puérperas adolescentes hipertensas que adultas (7.4% contra 2.9%, $p = 0.18$) y también más partos prematuros (11.1% contra 1.9%, $p = 0.01$). El porcentaje de parto en las pacientes adolescentes fue de 51.2% (21/41) contra 42% (42/97) y para cesáreas de 48.8% (20/41) contra 56.7% (56/97) ($p = 0.36$).

Se realizó un estudio en la ciudad de Guayaquil sobre un “Diseño de intervención educativa para modificar factores de riesgo del embarazo en las adolescentes” Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal, en adolescentes de 15 a 19 años de sexo femenino del consultorio N° 19 de Pascuales, Guayaquil, en el período enero a junio 2016, la muestra fueron 70 adolescentes que constituyen el universo, quienes cumplieron los criterios de inclusión, previo consentimiento informado de las participantes y representantes, se utilizó un formulario, diseñado para la recolección de la información de acuerdo a los objetivos y variables. Resultados: La edad media fue de 15 años, 70% se considera mestiza, 58,6% son estudiantes, 38,6 vive en unión libre el 55,7% han tenido relaciones sexuales de las cuales el 58,9% no usaron ningún método de protección en su primer contacto sexual, además el 64,3 % de las madres de las encuestadas fueron madres adolescentes, hubo un 54,3% de desconocimiento sobre los factores de riesgos del embarazo en la adolescencia Conclusiones: Predominaron las adolescentes de 15 años, estudiantes, un gran número ha tenido relaciones sexuales sin utilizar ningún método anticonceptivo. Se identificó desconocimiento por parte de las adolescentes sobre factores de riesgos del embarazo precoz. Se identifican los componentes y se diseña la estrategia de intervención educativa. ⁽¹²⁾ Se realizó un estudio en la universidad de Cuenca con el tema “Embarazo subsecuente y su relación con el uso o no de anticoncepción en adolescentes de 10 a 19 años, atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, 2018” en el cual se reporta una prevalencia del embarazo subsecuente fue del 21.4%. El primer embarazo se produce en promedio a los 15,6 años, y el subsecuente a los 17.4 años. El 63 % de adolescentes con un segundo embarazo no continúan sus estudios (OR 1.05), ($p 0.05$). Se reporta

que el 79.6% de las adolescentes con embarazo subsecuente no emplearon un método anticonceptivo. En relación al embarazo planeado y el embarazo subsecuente el 83,3% de los embarazos subsecuentes no fueron planeados (13)

Este es un estudio de corte transversal: Embarazo en adolescentes en el hospital de especialidades José Carrasco Arteaga Cuenca Ecuador se obtuvo los siguientes resultados: La prevalencia del embarazo en adolescentes es 5.8 %, el 40 % parto eutócico, el 50.4 % cesárea y el 9.6 % abortos. La adolescencia tardía representó el (65 %), cursan el nivel secundario (83 %), el (63 %) continúan sus estudios. El estado civil: solteras (76 %), residencia urbana (72 %). El 88 % curso su primer embarazo, el 80 % no utilizó métodos anticonceptivos, el 76 % inició su vida sexual a los 14 - 16 años, el 80 % tiene una pareja sexual, el 2.4 % presentaron enfermedades de transmisión sexual y el 100% se reportó serología negativa. Como conclusión de este estudio la prevalencia del embarazo en adolescentes en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga en el año 2015 fue del 5.8%, es menor en comparación con las estadísticas locales, nacionales e internacionales (13)

Se realizó un estudio descriptivo, de corte longitudinal y prospectivo, de enero 2015 - diciembre 2017. Línea de investigación: salud materno-infantil, sexual y reproductiva. Categoría de investigación: investigación aplicada, relacionada con el programa de atención materno-infantil. Lugar: en el Consejo Popular José Martí, perteneciente al Policlínico Universitario No. 1 "Dr. Juan Manuel Páez Inchausti", Nueva Gerona, Isla de la Juventud. Universo y Muestra: 23 embarazadas adolescentes correspondientes al período estudiado, aplicándose un muestreo sistemático en fases, según se diagnosticó su estado de gestación y decidieron continuar con la maternidad.

Se aprecia que de los factores de riesgo de tipo individuales que determinaron el embarazo en estas adolescentes, tuvo un mayor predominio la dificultad para planear proyectos futuros, con un 78.2 %. Referente a los factores de riesgo de tipo familiar que motivaron el embarazo en estas

adolescentes se encontró un mayor predominio en la poca comunicación entre la familia y la adolescente, con un 82.6 %. En lo concerniente a los factores de riesgo de tipo socio-económicos que condicionaron el embarazo en estas adolescentes, se observa el per cápita familiar bajo como el de mayor preponderancia, con un 73.9 %. Los factores de riesgo de tipo psicológicos que motivaron el embarazo en estas adolescentes tuvieron un mayor predominio la incapacidad para entender las consecuencias de la iniciación precoz de las relaciones sexuales, con un 73.9 % ⁽²⁹⁾

Se realizó un estudio en la ciudad de Guayaquil con el tema “Repercusión del embarazo en adolescentes en el funcionamiento familiar, consultorios de medicina familiar, centro de salud pascuales” El embarazo en la adolescencia es una de las preocupaciones médicas más importantes derivadas de la conducta sexual de las jóvenes. En la actualidad la familia se enfrenta a difíciles retos y experimenta cambios que repercuten en su funcionamiento. Esta situación representa un problema de salud pública, en los hogares donde conviven adolescentes embarazadas. Investigación descriptiva, observacional, transversal. La población de estudio, fue la totalidad de las familias que entre sus integrantes vivía al menos una adolescente embarazada, de los consultorios de medicina familiar, del Centro de Salud Pascuales, de la ciudad de Guayaquil, en el período de junio de 2015 a junio de 2016. Predominaron las adolescentes embarazadas, con edades entre 17 y 19 años, mestizas, amas de casa, con estudios secundarios y pareja estable. La mayoría de las familias clasificaron como nucleares, pequeñas y bigeneracionales; presentaban, predominantemente, crisis por los sucesos que acontecen en la adolescencia y por cambios económicos importantes. La mayoría de las viviendas, presentaban malas condiciones estructurales. Sobresalieron las familias moderadamente funcionales y dentro de sus categorías, se pudo comprobar que existía en los hogares, baja armonía y afectividad, entre sus miembros. El embarazo en las adolescentes, repercutió de forma elevada, en la mayoría de las familias, siendo el área socioeconómica la de mayor repercusión. En los hogares donde conviven

adolescentes embarazadas, este evento repercute negativamente sobre el funcionamiento familiar. ⁽³⁰⁾

Se realizó un estudio descriptivo transversal a 60 gestantes en edades comprendidas entre 12 y 19 años, en una clínica particular de Ecuador en el periodo de 2017. Con la finalidad de determinar algunas características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. Los resultados de la casuística fueron: predominó el grupo con edades comprendidas entre 14 y 16 años. Predominaron las gestantes adolescentes solteras (41.6%), con parto anterior (53.3%). La no utilización de algún método anticonceptivo y los antecedentes de infecciones asociadas al embarazo prevalecieron en este grupo ⁽³¹⁾.

5 MÉTODOS

5.1 Nivel de la investigación.

Es un estudio descriptivo ya que, se encarga de describir las características de la realidad a estudiar con el fin de comprenderla de manera más exacta. En este tipo de investigación, los resultados no tienen una valoración cualitativa, solo se utilizan para entender la naturaleza del fenómeno para identificar conocimiento y prácticas sobre planificación familiar de las adolescentes comprendidas en este estudio.

5.2 Tipo de investigación.

De acuerdo con los objetivos y el alcance de la investigación es de tipo observacional, ya que no existe intervención del investigador, transversal, porque se realizó una sola medición de las variables en estudio y prospectivo dado que los datos se obtuvieron a futuro.

5.3 Diseño de investigación.

El estudio corresponde a un diseño de investigación de tipo Descriptivo, Longitudinal, Prospectivo, en el cual se recolectaron datos para describir la situación de las variables a medida que ocurrieron y a lo largo de un periodo determinado.

5.4 Justificación de la elección del método

El método que se utilizó para este trabajo investigativo se adapta para dar cumplimiento al proyecto de investigación, teniendo en cuenta en la elaboración de la estrategia educativa; para prevenir el embarazo en adolescentes con eventos obstétricos previos en cuatro consultorios del centro de salud Pascuales.

Con el nivel, tipo y diseño de la investigación planteados en el método, le podemos dar respuesta a la pregunta de investigación y a los objetivos del estudio.

5.5 Población de estudio.

En este estudio se incluirá a toda la población asignados a cuatro consultorios 3-4 y 7-8 de medicina familiar y comunitaria de adolescentes de 15 a 19 años de edad con antecedentes de eventos obstétricos previos, que acuden al centro de salud de Pascuales en el año 2021 que aceptaron participar de la investigación científica y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. La cifra de pacientes fue de 82 adolescentes con residencia en Pascuales y la comunidad de San Francisco.

5.5.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.

La población está constituida por las personas adolescentes con antecedentes de un evento obstétrico de 15 a 19 años pertenecientes al consultorio médico 3-4 y 7-8 del centro de salud Pascuales, que cumplieron los criterios y procedimientos de participación en la investigación científica.

5.5.2 Criterios de inclusión.

1. Adolescentes de 15 a 17 años 11 meses con eventos obstétricos previos, de los consultorios 3-4 y 7-8 de Medicina Familiar y que sus tutores legales aceptaron que participaran en la investigación y firmaron el consentimiento informado.
2. Adolescentes de 18 y 19 años que aceptaron participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado.

5.5.3 Criterios de exclusión

1. Adolescentes con discapacidad mental que le impidió aportar la información requerida para la investigación.

2. Adolescentes que no fue posible contactar después de dos ocasiones que se citó al consultorio o se visitó en el hogar.

5.6 Procedimiento de recolección de la información

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, para su realización se cumplieron las normas éticas vigentes en el Reglamento de ética del Ecuador. Además, se llevo a cabo con previa autorización del centro de salud de Pascuales y una vez que la participante fue contactada se confirmaron los criterios de inclusión y exclusión. Previo al inicio de la recolección de la información se procedió a la solicitud y firma del consentimiento informado de los representantes de las adolescentes de 15 a 17 años 11 meses y por parte de los adolescentes de 18 a 19 años con eventos obstétricos previos, para participar en la investigación.

Se utilizó una encuesta elaborada por el autor basado en la bibliografía documental revisada y validada por tres expertos, dos especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria y un especialista en Bioestadística. Los expertos se basaron en los criterios de Moriyama para la validación del instrumento, se aplicó la encuesta en el centro de salud, previa cita a los participantes que constan de las siguientes secciones:

Primera sección: se dedicó a caracterizar los adolescentes con eventos obstétricos previos tales como: embarazos anteriores o actuales, tipo de parto, abortos, embarazos ectópicos, y óbito fetal. Con respuestas cualitativas nominales dicotómicas.

Segunda sección: se dedicó a caracterizar las variables sociodemográficas y familiar tales como, escolaridad, estado civil, ocupación y tipo de familia. Con preguntas de opción múltiple de respuesta cerrada.

La tercera sección de la encuesta se dedicó a identificar los conocimientos actitudes y practicas sobre métodos anticonceptivos,

planificación familiar y sexualidad. Los conocimientos consistieron en 5 preguntas cualitativas nominales. Tales como embarazo planificado, eficacia de las pastillas anticonceptivas y sobre asesoría de planificación familiar por primera vez, sobre los efectos secundarios de los anticonceptivos inyectables y orales se le nombro algunos síntomas como cefalea, sangrado, amenorrea, sangrados intermenstruales etc., se consideró que si conoce cuando conozca al menos 1 o más de las signos y síntomas antes mencionadas. Para la evaluación sobre conocimiento sobre si el preservativo protege de las enfermedades de transmisión sexual ITS se le explico cuáles eran las ITS a las participantes (Gonorrea, Clamidia, Tricomona, Sífilis VIH, VPH), etc. se consideró que si conoce cuando responda o conozca al menos 1 o más de las enfermedades antes mencionadas. Para la evaluación del periodo intergenésico se valoró el periodo intergenésico adecuado mayor a dos años ya que menor de este periodo existen alto riesgo obstétrico se valoró con 1 pregunta cuantitativa discreta. Con relación a las prácticas de sexualidad se realizó 2 pregunta cuantitativas discretas que consistieron en edad de inicio de las relaciones sexuales y número de parejas sexuales.

La cuarta sección de la encuesta se dedicó a identificar los componentes de la estrategia educativa para la prevención de embarazo en adolescentes. se preguntó sobre variables como tipo de actividad, horario, duración de las actividades, frecuencia, lugar para desarrollar las mismas y número de personas a participar en las actividades educativas.

5.7 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron:

Variable	Tipo de técnica
Objetivo específico 1	
Embarazos previos o actuales	Encuesta

Tipo de parto	
Antecedentes de Aborto	
Embarazo ectópico	
Óbito fetal	
Objetivo específico 2	
Escolaridad	Encuesta
Estado civil	
Ocupación	
Tipo de Familia	
Objetivo específico 3	
Eficacia de las tabletas anticonceptivos	Encuesta
Planificación familiar	
Efectos secundarios de los anticonceptivos	
Preservativo le protege de las ITS	
Periodo intergenésico adecuado	
Edad de inicio	
Número de parejas	
Objetivo específico 4	
Tipo de técnica educativa	Encuesta
Frecuencia de las actividades educativas	

Horario de las actividades educativas	
Duración de las actividades educativas	
Lugar para el desarrollo de las actividades educativas	
Tamaño de los grupos para el desarrollo de las actividades educativas	

5.8 Técnicas de análisis estadístico

Los resultados fueron obtenidos a través de la aplicación de las encuestas para la recogida de la información, se introdujeron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2013, utilizando las columnas para las variables y las filas para cada uno de las unidades de estudio. El procesamiento de los datos se realizará a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics 22.0 (2019).

El análisis estadístico se realizará con el cálculo de números y porcentajes para el resumen de las variables cualitativas, la información se presentará en forma de tablas para su mejor comprensión.

5.9 Variables

5.9.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, categorías o valor final	Tipo/Escala
Parto	Tipos de partos	Vaginal Cesárea No corresponde	Cualitativa politémica
Aborto	Antecedente de abortos	Si No	Cualitativa nominal dicotómicas
Embarazo ectópico	Antecedente de embarazo ectópico	Si No	Cualitativa nominal dicotómicas
Muerte fetal	Antecedente de Óbito fetal	Si No	Cualitativa nominal dicotómicas
Escolaridad	Nivel de escolaridad terminados	Ninguna Primaria Secundaria Bachiller Superior	Cualitativa nominal ordinal
Estado civil	Estado civil (situación actual relacionada con la pareja)	Soltera Casada Unión libre Viuda Separada Divorciada	Cualitativa nominal politémica
Ocupación	Tipo de ocupación	Ama de casa Estudiante	Cualitativa Ordinal Politémica

		Trabaja	
Familia	Según Ontogénesis familiar	Nuclear completa Extensa Ampliada	Cualitativa Ordinal politómica
Conocimiento sobre si las pastillas anticonceptivas son eficaces si se toman siempre.	Según lo que refiere la adolescente	Sí No	Cualitativa nominal dicotómicas
Conocimiento sobre asesoría general en planificación familiar por primera vez debe acudir al centro de salud.	Según lo que refiere la adolescente	Sí No	Cualitativa nominal dicotómicas
Conocimiento sobre los efectos secundarios de los anticonceptivos inyectables y orales.	Según lo que refiere la adolescente	Sí No	Cualitativa nominal dicotómicas
Conocimiento sobre si el preservativo protege de las enfermedades de transmisión sexual.	Según lo que refiere la adolescente	Sí No	Cualitativa nominal dicotómicas
Conocimiento sobre el periodo intergenésico adecuad.	Según lo que refiere la adolescente	6 meses a 1 año de 1 año a 2 años mayor de 2 años	Cuantitativa discreta
Edad de inicio de relaciones sexuales.	Edad de inicio de relaciones sexuales	Edad 12-14 15-17 18 o mas	Cuantitativa discreta

Número de parejas sexuales en el último año	Número de parejas	Número	Cuantitativa discreta
Objetivo específico 4			
Tipo de técnica educativa	Tipo de técnica educativa	Charlas Videos Talleres	Cualitativa Nominal Politómica
Frecuencia de las actividades educativas	Número de actividades. Unidad temporal	1 vez por semana 1 vez cada 15 días 1 vez por mes	Cuantitativa discreta
Horario de las actividades educativas	Horario de las actividades	Mañana Tarde	Cualitativa ordinal
Duración de las actividades educativas	Duración de las actividades educativas	15 min 30 min 60 minutos	Cuantitativa discreta
Lugar para el desarrollo de las actividades educativas	Lugar para el desarrollo de las actividades educativas	Centro Salud Centro comunal	Cualitativa Nominal
Tamaño de los grupos para el desarrollo de las actividades educativas	Tamaño de los grupos para el desarrollo de las actividades educativas	De 2 a 5 De 6 a 10. De 11 a 15.	Cuantitativa discretas

6 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El 100% de pacientes adolescentes tienen como antecedente previo embarazo o algún evento obstétrico previo. Cabe recalcar que el requisito para este estudio es que las pacientes tengan como antecedentes un o varios eventos obstétrico previo ya sean embarazos, abortos, óbitos o embarazos ectópicos.

Tabla 1. Distribución de adolescentes según tipos de partos. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Tipo de parto	No	%
Parto vaginal	56	68,3%
Parto por cesárea	21	25,6%
No corresponde	5	6,1%
Total	82	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No 1 en la distribución de adolescentes según tipo de parto se observa que el 68,3% de la población adolescentes tienen parto vaginal y el 25,6% tienen parto por cesárea y el 6,1% no corresponde ya que al momento del estudio dichas pacientes estaban en estado de gestación.

Tabla 2. Distribución de adolescentes con antecedente de abortos. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Antecedente de abortos	No	%
No	71	86,6%
Sí	11	13,4%
Total	82	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No 2 distribución de adolescente con antecedentes de aborto el 86,6% de las pacientes adolescentes no tuvieron antecedentes de aborto y el 13,4% de los pacientes tuvieron antecedentes de aborto.

Distribución de adolescente con antecedentes de embarazo ectópico el 100% de pacientes adolescentes no presentan antecedentes de embarazo ectópico.

Tabla 3. Distribución de la población de adolescentes con antecedentes de óbito fetal. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Antecedente de óbito fetal	No	%
No	79	96,3%
Si	3	3,7%
Total	82	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No 3 distribuciones de adolescente con antecedentes de óbito fetal el 96,3% de pacientes adolescentes no presentan antecedentes de óbito fetal mientras que el 3,7% de las adolescentes consultadas presentan este antecedente.

Tabla 4. Distribución de adolescentes según nivel de estudio que se encuentre terminado. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Nivel de escolaridad terminados	No	%
Primaria	9	11,0%
Secundaria	28	34,1%
Bachillerato	45	54,9%
TOTAL	82	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No 4 distribución de adolescente según el nivel de estudio basada en la información recolectada, se evidencio que el 54,9% (45) de las

adolescentes tienen como educación el bachillerato seguido de secundaria con el 34,1%(28) de adolescentes y el 11,0% (9) de las adolescentes consultadas poseen educación primaria.

Tabla 5. Distribución de adolescentes según estado civil. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Estado civil	No	%
Unión libre	42	51,2%
Soltera	29	35,4%
Casada	10	12,2%
Separada	1	1,2%
Total	82	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No 5 Con respecto al estado civil de las adolescentes la mayoría de adolescentes se encuentro en unión libre con el 51,2% seguido adolescentes solteras con el 35,4% y un pequeño grupo de mujeres adolescentes casadas con el 12,2%, y con el 1,2% una adolescente se encontraba separada.

Tabla 6. Distribución de adolescentes según ocupación. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Ocupación	No	%
Ama de casa	48	58,5%
Estudiante	28	34,1%
Trabaja cuenta propia	6	7,3%
Total	82	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No 6 con relación a la ocupación de las adolescentes encuestadas se evidenció que la ocupación más frecuente es ama de casa con el 58,5% (48) seguido de estudiantes con el 34,1% (28) y un pequeño grupo de adolescentes trabajan por cuenta propia con un 7,3% (6).

Tabla 7. Distribución de la Clasificación familiar de acuerdo a su ontogénesis familiar en el Centro de salud Pascuales. Año 2021

Tipo de familia	No	%
Nuclear	56	68,3%
Extensa	21	25,6%
Ampliada	5	6,1%
Total	82	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No 7 tipo de familia de acuerdo a la Ontogénesis Familiar se evidencia que la familia nuclear es la más frecuente con un 68,3% seguida por la clasificación de familia extensa con un 25,6% y un pequeño de adolescentes encuestadas pertenecen a grupo con familia ampliada con el 6,1%.

Tabla 8. Distribución de las adolescentes según conocimiento efectividad de las tabletas anticonceptivas son eficaces si se toman siempre. Centro de salud de Pascuales. Año 2021

Pastillas anticonceptivas son	No	%
Si	60	73,2%
No	22	26,8%
Total	82	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No 8 Predominó que las pastillas anticonceptivas son eficaces si se toman siempre el 73,2 (60) consideran que sin embargo un alto porcentaje con un 26,8% (22) refieren que no son eficaces si se toman siempre.

Tabla 9. Distribución de las adolescentes conocimiento sobre asesoría general en planificación familiar por primera vez debe acudir al centro de salud. Centro de salud de Pascuales. Año 2021

Acudir al centro de salud para	No	%
Si	71	86,6%
No	11	13,4%
Total	82	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No 9 sobre los conocimientos sobre asesoría general en planificación familia por primera vez debe acudir al centro de salud las adolescentes encuestadas responde que el 86,6% (71) si deben acudir al centro de salud para recibir asesoría sobre anticoncepción mientras que el 13,4% (11) responde que no deben acudir al centro de salud.

Tabla 10. Distribución de las adolescentes sobre conocimientos de los efectos secundarios del uso de anticonceptivos inyectables y orales. Centro de salud de Pascuales. Año 2021

Efectos secundarios de los	No	%
No	46	56,1%
Si	36	43,9%
Total	82	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No 10. Con relación a los conocimientos sobre los efectos secundarios o indeseables de los métodos anticonceptivos respondieron que el 56,1% (46) no conocen o no saben sobre los efectos secundarios de los

anticonceptivos y el 43,9% (36) si saben o si conocen de los efectos secundarios de los anticonceptivos.

Tabla 11. Distribución de las adolescentes según conocimiento sobre si el preservativo protege de enfermedades de transmisión sexual. Centro de salud de Pascuales. Año 2021

Preservativo protege sobre	No	%
Si	68	82,9%
No	14	17,1%
Total	82	100

Fuente: Encuesta

En esta tabla No 11 sobre la protección de infecciones sexual con el uso del preservativo las adolescentes encuestas responden que 82,9% (68) si se protegen de las infecciones de transmisión sexual mientras que el 17,1 (14) no les protege el preservativo de las infecciones de transmisión sexual.

Tabla 12. Distribución de las adolescentes según conocimiento sobre periodo intergenésico adecuado. Centro de salud de Pascuales. Año 2021

Periodo intergenésico adecuado	No	%
6 meses a 1 año	10	12,2%
1 año a 2 años	17	20,7%
Mayor a 2 años	55	67,1%
Total	82	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No 12 sobre conocimientos sobre si las adolescentes piensan o consideran que el tiempo que tiene que esperar entre un embarazo y el siguiente con el 67,1 (55) mayor de dos años seguido del 20,7% (17) dicen las adolescentes que el periodo adecuado es de entre 1 y 2 años y con el 12,2% (10) refieren que es ideal el periodo de embarazo de 6 meses a 1 año.

Tabla 13. Distribución de las adolescentes según Edad de inicio de relaciones sexuales Centro de salud de Pascuales. Año 2021

Edad inicio de las relaciones	No	%
12-14	15	18,3%
15-17	56	68,3%
18 0 mas	11	13,4%
Total	82	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No 13 se evidenció que las adolescentes la edad de inicio al tener la primera relación sexual es de 15 a 17 años con un 68,3% (56) seguido de 12 a 14 años con un 18,3% (15) y a continuación con 13,4% (11) la edad de inicio es de 18 años o más. ¿al enterarnos de la edad que inician las relaciones sexuales y al no tener conocimiento de planificación familiar las adolescentes de embarazan”

Tabla 14. Distribución de las adolescentes según Número de parejas sexuales. Centro de salud de Pascuales. Año 2021

Número de parejas	No	%
1	69	84,1%
2	9	11,0%
3	4	4,9%
Total	82	100

Fuente: encuesta

En la tabla No 14 se evidencia que las adolescentes tienen una sola pareja al momento de la encuesta o en su vida con un 84,1% (69) tiene dos parejas con el 11,0% (9) y un reducido número de adolescentes tiene 3 parejas o más con un 4,9% (4)

Tabla 15. Distribución según tipo de técnica educativa. Centro de salud de pascuales. Año 2021

Tipo de técnica educativa	No	%
Charlas	61	74,4%
Videos	14	17,1%
Talleres	7	8,5%
Total	82	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No 15 con relación a la distribución según el tipo de técnica educativa se evidencia que el 74,4% (61) de los pacientes adolescentes prefieren como técnica educativa las charlas, seguido de videos con el 17,1% (14) y por último con un 8,5% (7) decidieron talleres.

Tabla 16. Distribución según Frecuencia de las actividades educativas Centro de salud de Pascuales. Año 2021

Frecuencia de las actividades	No	%
1 vez cada semana	29	35,4%
1 vez cada 15 días	33	40,2%
1 vez al mes	20	24,4%
Total	82	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No 16 son relación a la frecuencia de actividades se evidencia que la frecuencia que desean las adolescentes es 40,2% (33) cada 15 días, seguidamente con un 35,4% (29) una vez cada semana y para terminar con el 24,4% (20) una vez al mes

Tabla 17. Distribución según horario de actividades horario de actividades. Centro de salud de pascuales. Año 2021.

Horario de las actividades	No	%
Mañana	26	31,7%
Tarde	56	68,3%
Total	82	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No 17 según el horario de las actividades las adolescentes prefieren el horario de la tarde con el 68,3 (56) para luego con un porcentaje de 31,7 (26) prefieren la mañana para realizar las actividades

Tabla 18. Distribución según la duración de actividades duración de las actividades educativas. Centro de salud de pascuales. Año 2021

Duración de las actividades	No	%
30 minutos	36	43,9%
15 minutos	30	36,6%
60 minutos	16	19,5%
Total	82	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No 18 según la duración de las actividades se observa que el 43,9% (36) de las adolescentes prefieren una duración de 30 minutos de las actividades, mientras que con el 36,6 (30) prefieren las actividades en 15 minutos y por último con el 19,5% (16) decidieron un tiempo de duración de una hora.

Tabla 19. Distribución según lugar de las actividades educativas. Centro de salud de pascuales. Año 2021

Lugar de actividades	No	%
Centro de salud	73	89,0%
Centro comunal	9	11,0%
Total	82	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No 19 según el lugar de las actividades la mayoría de adolescentes decidieron realizarlo en el centro de salud con un 89,0% (73) y luego en la casa comunal con un 11,0% (9)

Tabla 20. Distribución según número de participantes para realizar las actividades educativas. Centro de salud de pascuales. Año 2021

Numero de participantes	No	%
De 2 a 5 personas	40	48,8%
De 6 a 10 personas	28	34,1%
De 11 a 15 personas	14	17,1%
Total	82	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No 20 según el número de participantes las adolescentes decidieron con un 48,8% (40) que el número de personas sean de 2 a 5 personas seguido de la opción 2 con un 34,1% (28) sean de 6 a 10 personas y por último con un 17,1% (14) el numero de 11 a 15 para participar de las actividades educativas.

7 CONCLUSIONES

En la presente investigación se concluye que en la población de adolescentes de 15 a 19 años del centro de salud de Pascuales refleja que las adolescentes que participaron en el estudio tienen como antecedente previo embarazo. Cabe recalcar que el requisito para este estudio es que las adolescentes tengan como antecedentes uno o varios eventos obstétrico previo ya sean embarazos, abortos, óbitos o embarazos ectópicos, además el parto vaginal prevaleció sobre la cesárea, un pequeño porcentaje tuvieron antecedente de aborto y un pequeño grupo presento óbito fetal.

La mayoría de adolescentes tienen como educación el bachillerato seguido de la secundaria, también más de la mitad de las adolescentes están en unión libre y solteras la ocupación de las adolescentes encuestadas se evidenció que la ocupación más frecuente es ama de casa seguido de estudiantes con y el tipo de familia de acuerdo a la Ontogénesis Familiar se evidencia que la familia nuclear es la más frecuente, seguida por la clasificación de familia extensa.

Según antecedentes de embarazo no es planificado, también los conocimientos que tienen las mujeres adolescentes sobre las pastillas anticonceptivas son eficaces si se toman siempre y que deben acudir al centro de salud para planificación familiar.

Conocen sobre los efectos secundarios de los anticonceptivos, pero también hay un alto porcentaje del cual no conocen estos efectos, también saben que el preservativo le protege sobre enfermedades de transmisión sexual y que el periodo intergenésico es adecuado.

Con relación a la edad de inicio de relaciones sexuales predomino la edad de 15 a 17 años, el número de parejas que predomino son de 1, el uso de algún método anticonceptivo es adecuado, pero también hay un alto porcentaje que no utilizan.

Con relación a la distribución según el tipo de técnica educativa se evidencia que las adolescentes prefieren como técnica educativa las charlas, seguido de videos y por último decidieron talleres, la frecuencia de actividades se evidencia que la frecuencia que desean las adolescentes cada 15 días, seguidamente una vez cada semana, el horario de las actividades las adolescentes prefieren el horario de la tarde luego prefieren la mañana para realizar las actividades, según la duración de las actividades prefieren una duración de 30 minutos de las actividades, luego en 15 minutos y por último decidieron un tiempo de duración de una hora, según el lugar de las actividades la mayoría de adolescentes decidieron realizarlo en el centro de salud y luego en la casa comunal, y el número de participantes las adolescentes decidieron que el número de personas sean de 2 a 5 personas seguido de la opción 2 de 6 a 10 personas y por último el numero de 11 a 15 para participar de las actividades educativas.

8 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

La distribución de adolescentes según tipo de parto se observa que el 68,3% de la población adolescentes tienen parto vaginal y el 25,6% tienen parto por cesárea y el 6,1% no corresponde ya que al momento del estudio dichas pacientes estaban en estado de gestación, la distribución de adolescente con antecedentes de aborto el 86,6% de las pacientes adolescentes no tuvieron antecedentes de aborto y el 13,4% de los pacientes tuvieron antecedentes de aborto, el 100% de pacientes adolescentes no presentan antecedentes de embarazo ectópico, con antecedentes de óbito fetal el 96,3% de pacientes adolescentes no presentan antecedentes de óbito fetal mientras que el 3,7% de las adolescentes consultadas presentan este antecedente.

Según el nivel de estudio basada en la información recolectada, se evidencio que el 54,9% de las adolescentes tienen como educación el bachillerato seguido de secundaria con el 34,1% de pacientes adolescentes y el 11,0% de las pacientes consultadas poseen educación primaria, con respecto al estado civil de las adolescentes la mayoría de adolescentes se encuentro en unión libre con el 51,2% seguido adolescentes solteras con el 35,4% y un pequeño grupo de mujeres adolescentes casadas con el 12,2%, y con el 1,2% una adolescente se encontraba separada, la ocupación de las adolescentes encuestadas se evidenció que la ocupación más frecuente es ama de casa con el 58,5% seguido de estudiantes con el 34,1% y un pequeño grupo de adolescentes trabajan por cuenta propia con un 7,3%, y el tipo de familia de acuerdo a la Ontogénesis Familiar se evidencia que la familia nuclear es la más frecuente con un 68,3% seguida por la clasificación de familia extensa con un 25,6% y un pequeño de adolescentes encuestadas pertenecen a grupo con familia ampliada con el 6,1%.

La distribución de las adolescentes según embarazo planificado se observa que el 64,6% (53) de las pacientes encuestadas el embarazo no fue planificado, mientras que el 35,4% (29) de las encuestadas planificaron el embarazo. Con relación a la edad de inicio de la primera relación sexual es

de 15 a 17 años con un 68,3% (56) seguido de 12 a 14 años con un 18,3% (15) y a continuación con 13,4% (11) la edad de inicio es de 18 años o más. Las adolescentes tienen una sola pareja al momento de la encuesta o en su vida con un 84,1% (69) tiene dos parejas con el 11,0% (9) y un reducido número de adolescentes tiene 3 parejas o más con un 4,9% (4), si la adolescente decide con su pareja de algún método anticonceptivo el 59,8% (49) de las participantes dijeron que si, mientras que el 40,2% (33) dijeron que no deciden con su pareja el uso de algún método anticonceptivo. Ya sea porque al momento de la encuesta estaban sin pareja o les abandono su pareja, con relación a la utilización de algún método anticonceptivo antes del embarazo con un 63,4% (52) las adolescentes si utilizaban algún método anticonceptivo mientras que el 36,6% (30) no utilizaban ningún método anticonceptivo, al momento del estudio y la aplicación de la encuesta el 52,4% (43) de adolescentes utilizan algún método anticonceptivo actualmente y el 47,6% (39) no utilizan ningún método anticonceptivo previo saber que estas pacientes ya tuvieron un antecedente obstétrico previo no utilizan ningún método anticonceptivo. Con relación al periodo intergenésico las adolescentes piensan o consideran que el tiempo que tiene que tienen que esperar entre un embarazo y el siguiente con el 67,1 (55) mayor de dos años seguido del 20,7% (17) dicen las adolescentes que el periodo adecuado es de entre 1 y 2 años y con el 12,2% (10) refieren que es ideal el periodo de embarazo de 6 meses a 1 año, con relación al conocimiento sobre si las pastillas anticonceptivas son eficaces si se toman solo antes de cada relación sexual refieren que el 58,5% (48) no son eficaces las pastillas si se toman solo antes de cada relación sexual y que el 41,5% (34) de las adolescentes consideran que si son eficaces si se toman solo antes de cada relación sexual, las pastillas anticonceptivas son eficaces si se toman siempre el 73,2% (60) consideran que si son eficaces en cambio con un 26,8% (22) refieren que no son eficaces, los conocimientos si para utilizar algún método anticonceptivo inyectable debe acudir al centro de salud las adolescentes encuestadas responde que el 86,6% (71) si deben acudir al centro de salud para recibir asesoría sobre anticoncepción mientras que el 13,4% (11) responde que no deben acudir al centro de salud y que ellas

solas se automedican, sobre los conocimientos si para utilizar algún método anticonceptivo por vía oral (pastillas anticonceptivas) debe acudir al centro de salud las adolescentes encuestadas responde que el 90,2% (74) si deben acudir al centro de salud para recibir asesoría sobre anticoncepción mientras que el 9,8% (8) responde que no deben acudir al centro de salud y que ellas solas se automedican, sobre la protección de infecciones sexual con el uso del preservativo las adolescentes encuestas responden que 82,9% (68) si se protegen de las infecciones de trasmisión sexual mientras que el 17,1 (14) no les protege el preservativo de las infecciones de trasmisión sexual, con relación a los conocimientos sobre los efectos secundarios o indeseables de los métodos anticonceptivos respondieron que el 56,1% (46) no conocen o no saben sobre los efectos secundarios de los anticonceptivos y el 43,9% (36) si saben o si conocen de los efectos secundarios de los anticonceptivos, las adolescentes encuestadas si conocen o han escuchado sobre métodos anticonceptivos dicen que con el 91,5% (75) si conocen o han escuchado y el 8,5% (7) no han escuchado hablar sobre métodos anticonceptivos y sobre el uso o el conocimiento de métodos anticonceptivos ha utilizado o han escuchado o tiene conocimiento el que más conoce es el preservativo con un 52,4% (43) seguido de las pastillas con el 20,7% (17).

Con relación a la distribución según el tipo de técnica educativa se evidencia que el 74,4% (61) de los pacientes adolescentes prefieren como técnica educativa las charlas, seguido de videos con el 17,1% (14) y por último con un 8,5% (7) decidieron talleres, la frecuencia de actividades se evidencia que la frecuencia que desean las adolescentes es 40,2% (33) cada 15 días, seguidamente con un 35,4% (29) una vez cada semana y para terminar con el 24,4% (20) una vez al mes, el horario de las actividades las adolescentes prefieren el horario de la tarde con el 68,3 (56) para luego con un porcentaje de 31,7 (26) prefieren la mañana para realizar las actividades, según la duración de las actividades se observa que el 43,9% (36) de las adolescentes prefieren una duración de 30 minutos de las actividades, mientras que con el 36,6 (30) prefieren las actividades en 15 minutos y por último con el 19,5%

(16) decidieron un tiempo de duración de una hora, según el lugar de las actividades la mayoría de adolescentes decidieron realizarlo en el centro de salud con un 89,0% (73) y luego en la casa comunal con un 11,0% (9), y el número de participantes las adolescentes decidieron con un 48,8% (40) que el número de personas sean de 2 a 5 personas seguido de la opción 2 con un 34,1% (28) sean de 6 a 10 personas y por último con un 17,1% (14) el numero de 11 a 15 para participar de las actividades educativas.

9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- OMS. 2020 Salud de la madre el niño y el adolescente Ginebra, Organización mundial de la salud [internet][citado 03 de marzo del 2020] disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- 2.- Gálvez Espinosa M, Rodríguez Arévalo L, Rodríguez Sánchez CO. El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. Rev Cubana Med Gen Integr. 2016[internet] [citado 25 febrero 2020]; 32(2). Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/225/70>
- 3.- Álvarez Cortés J, Blanco Álvarez A, Torres AlvaradoM, Osiris Taimy Guilarte Selva, Aimara Asprón Fernández Programa educativo sobre el embarazo no deseado dirigido a las adolescentes Dic 2018[internet] [citado 29 de enero de 2020] disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000400003
- 4.- OMS. (2020). EMBARAZO ADOLESCENTE CIFRAS Y DATOS: [internet] [citado 27 de enero de 2020], disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- 5.- *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021*. [internet] [29 de enero de 2020] Disponible: <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%2020>
- 6.- INEC Estadísticas de nacimiento [Internet]. 2014 [citado 14 octubre 2021] Disponible en <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/>

7.- M. Güemes-Hidalgo(1), M.J. Ceñal González-Fierro(2), M.I. Hidalgo Vicario(3) La pubertad y adolescencia [Internet]. 28 de febrero 2017 [citado 14 octubre 2021] Disponible en:

<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf>

8.- OMS https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

9.- M. Güemes-Hidalgo, M.J. Ceñal González-Fierro, M.I. Hidalgo Vicario Desarrollo durante la adolescencia aspectos físicos, psicológicos y sociales [Internet] Junio 2017 [citado 14 octubre 2021] Disponible en:

<https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-06/desarrollo-durante-la-adolescencia-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/>

10.- Gaete Verónica. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2015 Dic [citado 14 octubre 2021] ; 86(6): 436-443. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>.

11.- Huertas Tacchino Erasmo. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2018 Jul [citado 2021 jul 20] ; 64(3): 399-404. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300013&lng=es. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2104>.

12.- S Molina , D.A Alfonso. Muerte fetal anteparto: ¿es una condición prevenible? S Molina, D.A Alfonso Univ. Méd. Bogotá (Colombia), 51 (1): 59-73, enero-marzo, [Internet] 2010 [citado 2021 jul 20] . Disponible en:

file:///C:/Users/User/Downloads/adminpujojs,+Muerte+fetal+P%C3%A1g.+59-73%20(1).pdf

13.- OMS. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo [internet] [citado 27 de julio de 2020] Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>

14.- OPS (Ecuador) América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo [internet] [citado 27 de julio de 2020] Disponible en: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1996:america-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-mas-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mundo&Itemid=360

15.- OMS. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente [internet] [citado 27 de julio de 2020] Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

16.- Jorge Pelaez Mendoza. El uso de anticonceptivos en la adolescencia Rev Cubana Obstet Ginecol vol.42 no.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2016 [internet] [citado 27 de julio de 2020] Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100011

17.- J. Colomer Revuelta Prevención del embarazo en la adolescencia Rev Pediatr Aten Primaria vol.15 no.59 [internet] [citado 28 de julio de 2020] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid

11.- Arturo. G, Sonia .S, Pablo. G. Embarazo adolescente: resultados obstétricos. [Internet] [Citado 29 de Julio del 2020]; 84(1): 8-14. Disponible: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&c>

ad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi4r5O-
6PPqAhUIJt8KHZwBBAAQFjAOegQIBRAB&url=https%3A%2F%2Fwww
.medigraphic.com%2Fpdfs%2Fjuarez%2Fju-
2017%2Fju171c.pdf&usg=AOvVaw2m6Nx9G3AdKDM15ivzeuvt

- 12.- Robin Sanchez A. “Diseño de intervención educativa para modificar factores de riesgo del embarazo en las adolescentes consultorio 19 centro de salud pascuales. 2015-2016.” 2020 [internet] [citado 27 de julio de 2020] disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/7405>
- 13.- Paqui Andrade G, Daniel Vacacela Quizhpe S “Embarazo subsecuente y su relación con el uso o no de anticoncepción en adolescentes de 10 a 19 años, atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, 2018” 2020 [internet] [citado 03 de agosto de 2020] Disponible en: <https://www.google.com/search?planificacion+familiar+en+adolescentes+universidad+de+cuenca+&oq=planificacion+familiar+en+adolescentes+universidad+de+cuenca>.
- 14.- Tomado de: SIISE 2007. SIDEMAIN-CEPAR. Sistema de Indicadores Demográficos y de Salud Materna e Infantil. [internet] [citado 08 de agosto de 2020] Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/480/1/99802.pdf>
- 15.- FOUCAULT, Michel, Historia de la Sexualidad; La Voluntad del Saber, Editorial Siglo XXI, Mexico 28° edición, p. 85. [internet] [citado 08 de agosto de 2020] Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/480/1/99802.pdf>
- 16.- MARCUSE, Herbert, (1969) Eros y Civilización, Edit. Seix Barral, Barcelona, p. 49. [internet] [citado 08 de agosto de 2020] Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/480/1/99802.pdf>
- 17.- CASTORIADIS, Cornelius, (2009, Enero 11) El Imaginario Social Instituyente. Visitado Octubre 15, 2009, [internet] [citado 08 de agosto de 2020] Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/480/1/99802.pdf>
- 18.- Ñauta Baculima Manuel. Estudio de corte transversal. Embarazo en adolescentes en el hospital de especialidades José Carrasco Arteaga Cuenca Ecuador [internet] 2015 [8 de agosto del 2020] Vol. 9 (2) 129 -

133. Disponible en:
<http://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs/index.php/HJCA/article/view/199>
- 22.- La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017. 2020 [internet] 2017 [8 de agosto del 2020] Disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312341/9789243514604-spa.pdf>
- 23.- Edición revisada: Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 2018 [internet] [8 de agosto del 2020] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312341/9789243514604-spa.pdf>
- 24.- Standards for sexuality education in Europe: guidance for implementation. Colonia, Centro Federal de Educación Sanitaria (BZgA), 2013. [internet] [8 de agosto del 2020] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312341/9789243514604-spa.pdf>
- 25.- Guijarro P. Susana PLAN DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ECUADOR [internet] 2017 [8 de agosto del 2020] Disponible en: [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20de%20prevenci%C3%B3n%20del%20embarazo%20en%20adolescentes%20\(Ecuador\).pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20de%20prevenci%C3%B3n%20del%20embarazo%20en%20adolescentes%20(Ecuador).pdf)
- 26.- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. VII Censo de Población y Vivienda 2010 [internet] [10 de agosto de 2020] Disponible en:
<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/base-de-datos-censo-de-poblacion-y-vivienda-2010/>

- 27.- Ministerio de Educación. Estadísticas educativas - Archivo Maestro de instituciones educativas - AMIE [Internet]. 2014. [10 de agosto de 2020] Disponible en: <http://educacion.gob.ec/amie/>
- 28.- Ministerio de Salud, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Costos de Omisión en Salud Sexual y Reproductiva en Ecuador. 417AD.[internet] 2018 . [10 de agosto de 2020] Disponible en: <https://oig.cepal.org/es/documentos/costos-omision-salud-sexual-reproductiva-ecuador>
- 29.- Ministerio de Inclusión Económica y Social. Registros Administrativos – INFOMIES. 2018. .[internet] 2018 [10 de agosto de 2020] Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/>
- 30.- García Odio Amado Antonio, González Suárez Meiglin. Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes en un área de salud. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2018 Jun [citado 2020 Ago 10] ; 22(3): 3-14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942018000300002&lng=es.
- 31.- Viteri Jaramillo AM “Repercusión Del Embarazo En Adolescentes En El Funcionamiento Familiar, Consultorios De Medicina Familiar, Centro De Salud Pascuales, [internet]2015[24 de agosto de 2020] disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7408/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-20.pdf>
- 32.- M. Vinuesa L, H I Bello Embarazo en la adolescencia. Características epidemiológicas Vol. 4 No 1 2018 pags 311-321[internet]2021[citado enero del 2021] disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6313257>

33.- Código de la niñez y adolescencia [internet] 2003 [citado 30 agosto del 2020] disponible en: <https://ttcep.ec/wp-content/uploads/2020/03/Codigo-de-la-Ni%C3%B1ez-y-Adolescencia-2.pdf>

34.- M. Güemes-Hidalgo, M.J. Ceñal González-Fierro, M.I. Hidalgo Vicario
Desarrollo durante la adolescencia Aspectos físicos, psicológicos y sociales Pediatr Integral 2017; XXI (4): 233 – 244 [internet] 2020 [citado 24 agosto del 2020] disponible en:

<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>



ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

Yo soy el Dr. Juan Carlos Tenelanda Duchí con CI 0603619503 Médico Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria, trabajo para el Centro de Salud de Pascuales. Estamos investigando sobre el DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS CON ANTECEDENTES DE EVENTOS OBSTÉTRICOS PREVIOS DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES AÑO 2021 ya que es muy común en nuestro país. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me indica para informarle y darme tiempo a explicarle. Si tiene más preguntas, puede preguntarme a mi persona que le ayude con cualquier inquietud. Los beneficiados en este estudio serán las mujeres adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron algún evento obstétrico previo ya que adquieren nuevos conocimientos sobre educación sexual y planificación familiar. Queda claro que esta investigación es 100% confidencial en cualquier momento de la encuesta si es necesario usted puede abandonar la encuesta si así fuera el caso, El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial. Habrá pequeños encuentros en la comunidad y estos se anunciarán. Después de estos encuentros, se publicarán los resultados de esta investigación serán publicados y expuestos en la plataforma virtual de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Padre/Madre/o representante _____:
he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que consistirá He recibido la información por el médico: Juan

Carlos Tenelanda Duchí número de teléfono: 0996621368 Declaro que he recibido la información sobre la investigación y acepto participar en ella.

La investigación consistirá en (aplicación de una serie de preguntas)

Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas las respuestas recibidas a las mismas.

Padre/Madre o Representante Firma _____

Cédula de identidad No. _____

Fecha:.....



ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTE

Yo: _____; he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que consistirá en: (basado en el objetivo general con lenguaje claro y comprensible. He recibido la información por el médico: Juan Carlos Tenelanda Duchi Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad 0603619503 y número de teléfono: 0996621368 Declaro que he recibido la información sobre la investigación y acepto participar en ella.

Conozco que el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.

La investigación consistirá en (aplicación de una serie de preguntas tipo cuestionario)

Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas las respuestas recibidas a las mismas.

Paciente: Firma _____

Cédula de identidad No. _____

Fecha:.....



ANEXO 3. ENCUESTA

ESCUELA DE GRADUADOS

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA: Encuesta sobre planificación familiar en adolescentes mujeres de 15 a 19 años del Barrio San Francisco II y Pascuales

INSTRUCTIVO: Marque con una X la respuesta que usted crea correcta, o escriba su respuesta según sea el caso, toda información será confidencial, gracias.

1.- ¿Si usted estuvo embarazada su parto fue:

Parto vaginal ()

Parto por Cesárea ()

No corresponde()

2.- ¿Usted a perdido su embarazo? ¿Ha tenido aborto?

Si ()

No ()

3.- ¿Usted tuvo un embarazo ectópico? (Embarazo fuera del útero)

Si ()

No ()

4.- ¿Usted tuvo un óbito fetal? (Muerte del feto antes de nacer)

Si ()

No ()

SOCIODEMOGRAFICOS

5.- ¿Cuál es su último año de estudios terminado?

Ninguna ()

Primaria ()

Secundaria ()

Bachiller ()

6.- ¿Cuál es su estado civil?

Soltera ()

Casada ()

Unión libre ()

Viuda ()

Separada ()

Divorciada ()

7.- ¿Cuál es su ocupación?

Ama de casa ()

Estudiante ()

Trabaja ()

8.- Según el tipo de familia a cuál de los siguientes grupos familiares pertenece? (ontogénesis familiar)

Familia nuclear: presencia de padres e hijos, matrimonio con hijos o sin ellos y hermanos solos ()

Familia extensa o extendida: presencia de dos generaciones o más. Incluye hijos casados o en unión con hijos o sin ello ()

Familia mixta o ampliada: cualquier tipo de familia que rebasa las anteriores; puede incluir otros parientes y amigos ()

EN ESTA SECCION USTED ESCOJERA UNA SOLA RESPUESTA CON RELACION A CONOCIMIENTOS, Y PRACTICAS DE EDUCACION SEXUAL Y PLANIFICACION FAMILIAR

9.- Las pastillas anticonceptivas son eficaces si se toman siempre?

Si ()

No ()

10.- Para decidir la utilización de métodos anticonceptivos por primera vez ud acude a recibir asesoramiento en el centro de salud.

Si ()

No ()

11. ¿Sabe cuáles son los efectos secundarios del uso de anticonceptivos inyectables y orales?

a) náusea

b) dolor de cabeza

c) goteo o sangrado irregular

d) falta de la menstruación

e) ninguno

12.- El único método que protege frente a infecciones de transmisión sexual es el preservativo

Si ()

No ()

13.- ¿Cuál cree usted que es el periodo adecuado entre un embarazo y el siguiente embarazo?

6 meses a 1 año ()

1 año a 2 años ()

Mayor a 2 años ()

14.- ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

15.- ¿Cuál es el número de parejas sexuales que a tenido el último año?

EN ESTA SECCION UD RESPONDERA EL HORARIO LA FRECUENCIA Y LA INFORMACION NECESARIA PARA REALIZAR LA ESTRATEGIA EDUCATIVA.

16. ¿Por qué medio usted estaría de acuerdo en recibir la información?

- 1.- Charlas ()
- 2.- Videos ()
- 3.- Talleres ()

17. ¿Con que frecuencia usted estaría de acuerdo en recibir la información:

- 1.- 1 vez por semana ()
- 2.- 1 vez cada 15 días ()
- 3.- 1 vez por mes ()

18. ¿Qué horario de actividades que le resulta más cómodo?

- 1.- Mañana ()
- 2.- Tarde ()

19. ¿Indique que tiempo usted dispone para realizar las actividades educativas?

- 1.- 15 min ()
- 2.- 30 min ()
- 3.- 60 minutos ()

20. ¿En que lugar para el desarrollo de las actividades educativas estaría de acuerdo?

- 1.- Centro Salud ()
- 2.- Centro comunal ()

21.- ¿Qué número de personas a participar por actividad?

1.- De 2 a 5 ()

2.- De 6 a 10 ()

3.- De 11 a 15 ()

ANEXO 4 diseño de la estrategia educativa

Nombre de la estrategia: DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS CON ANTECEDENTES DE EVENTOS OBSTÉTRICOS PREVIOS EN CUATRO CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES AÑO 2021

ITítulo de la estrategia: Estrategia educativa para la prevención del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años con antecedentes obstétricos previos.

✓ Centro de salud Pascuales

✓ Nombres y apellidos autor Juan Carlos Tenelanda Duchi

✓ Descripción de la problemática y su relación con el contexto.

La educación de la sexualidad es una responsabilidad de la sociedad en su conjunto, se inicia desde el nacimiento dentro del grupo familiar y transcurre durante toda la vida en los sucesivos vínculos que establecen las personas al

interactuar con diferentes grupos. Hoy se aprecian importantes cambios de conductas, actitudes y valores en lo referente a la sexualidad de los adolescentes de distintos sexos. El grado de vulnerabilidad del adolescente en función de su historia anterior, sumada a la susceptibilidad o fortalezas inducidas por los cambios de algunos factores sociales, demográficos, el microambiente familiar, las políticas socioeconómicas, así como el grado de conocimiento que poseen sobre sexualidad. La adolescencia es un momento de la vida en el que las conductas de riesgo son la mayor parte de las causas que originan lesiones, trastornos de salud, secuelas y en oportunidades hasta la muerte en ambos sexos, por otra parte, es en esta etapa donde se van definiendo la mayor parte de las prácticas que determinan las opciones y estilos de vida en los que se sustentan la autoconstrucción de la salud. En las últimas décadas, las ciencias de la salud han redimensionado el proceso salud enfermedad, con énfasis en los conceptos de salud integral de las personas y el de promoción de la salud, los que han adquirido un carácter protagónico. De este modo, la salud emerge como un proceso dinámico de construcción personal, colectiva y social, donde los aspectos macro del contexto económico, político se conjugan con los aspectos micros referidos a los individuos y su entorno. La promoción de la salud constituye un proceso que abarca las acciones dirigidas principalmente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y grupos, así como las encaminadas a modificar las condiciones sociales y ambientales, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de salud cumple sus objetivos mediante una variedad de actividades encaminadas a fomentar comportamientos y estilos de vida saludables. Se centra en las elecciones y responsabilidades personales y en el cambio social del medio. Utiliza una variedad de estrategias complementarias como la comunicación y educación para la salud, la participación comunitaria y el empoderamiento social, las políticas públicas y la abogacía. De ahí que se plantee que ambas se vuelven, cada vez más, un binomio inseparable, por encima mismo de los propios medios, técnicas e instrumentos empleados, y esto fortalece, enriquece y modifica, en forma consciente e informada, conocimientos, actitudes o

comportamientos a favor de la salud. Un enfoque especialmente efectivo es el trabajo en grupo de iguales. Sus principales ventajas son: mayor adecuación de los contenidos y estrategias, más motivación y crédito de la información. En este sentido, los adolescentes y jóvenes conceden mayor valor a la información obtenida en el grupo, que a la suministrada de forma autoritaria y por emisores con pocos puntos de contacto con ellos. La educación juega un papel fundamental, ya que constituye la base del conocimiento y permite el desarrollo de las destrezas que habilitan al adolescente para tomar decisiones y ser responsables en materia de salud. Por tanto, se hace necesaria una educación sexual de carácter alternativo que ofrezca a este grupo la posibilidad de elegir patrones y comportamientos en correspondencia con su forma particular de interpretar la sexualidad y determinar su manera de expresarla y sentirla de forma libre, lo que permite armonizar lo individual y lo social y enriquecerla sin conflictos antagónicos. (2,3) La adolescencia es una edad aún temprana, y resulta favorable modificar enseñanzas rígidas, mitos, tabúes, creencias y formas de conductas que hayan influido en su formación, y así contribuir a que en su etapa de adultos manifiesten autorresponsabilidad en el cuidado de su salud. Los adolescentes en ocasiones carecen de los medios y la preparación para lograrlo, esto se comprueba en la poca percepción de riesgo, en la no protección en sus relaciones sexuales, en el cambio frecuente de parejas y en los embarazos no deseados. (4-7) A partir de que la especificidad de cada generación juvenil está determinada por la situación contextual de la sociedad en que se desenvuelve, es que se considera que este grupo de estudiantes, con las características socioculturales descritas, constituye una población con conducta de riesgo en su salud sexual y reproductiva. Esto se basa en que el grado de vulnerabilidad del adolescente está en función de su historia anterior, sumada a la susceptibilidad o fortalezas inducidas por los cambios de algunos factores sociales, demográficos, el microambiente familiar y las políticas socioeconómicas. A pesar de que casi la totalidad de alumnos requieren de una educación sexual en la institución, esta necesidad no siempre es tenida en cuenta por los responsables de su planificación.

✓ Diagnóstico del estado real del objeto que será sujeto de la intervención y evidencias del problema.

Según la OMS un aproximado de 16 millones de adolescentes paren cada año, cifra que a nivel mundial representa el 11% de todos los nacimientos, El 30% de la población en Ecuador en el año 2011 eran adolescentes. Según el INEC en el 2010 dos de 10 partos son de adolescentes y 4 de cada 10 mujeres de nuestro país tuvieron su primer hijo en la adolescencia (1) En este trabajo se parte del supuesto de que el aprendizaje de la sexualidad es participativo y continuo, que la familia y la escuela son escenarios fundamentales para aprender a ser sexuado y donde cada personalidad desarrolla una sexualidad que le permita su crecimiento y autorregulación, por tanto, se puede considerar que una estrategia educativa sobre la sexualidad para adolescentes fuera de la malla curricular, puede constituir una alternativa favorable para elevar los conocimientos y contribuir a la modificación de comportamientos de riesgos en la Salud sexual y reproductiva.

✓ Planteamiento del objetivo general que se pretenden alcanzar con la estrategia.

El objetivo general promover los conocimientos y brindar información sobre planificación familiar y educación sexual en adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron antecedentes obstétricos previos.

✓ Justificación de la estrategia educativa.

Las grandes cifras estadísticas en los problemas de morbimortalidad entorno a la salud sexual y reproductiva que afectan a los

adolescentes, y pero aun las adolescentes que ya tuvieron un antecedente obstétrico, aun cuando se han tomado medidas dentro de los ministerios de salud y de inclusión económica y social, siendo este problema una de las prioridades en salud pública. Por ello el problema científico que abordo está referido a la búsqueda de realidades, acerca del nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes de 15 a 19 años de la parroquia San Francisco Pascuales y así trazar una estrategia educativa extracurricular dirigida a fortalecer el enfoque de la promoción de la salud sexual y reproductiva.

Esta estrategia, por su propio diseño es factible de ser aplicada a otros escenarios de adolescentes que deseen mejorar su salud sexual y reproductiva, además de brindar una mayor información sobre los adolescentes, propicia disponer de un instrumento que contribuye a su preparación sobre el tema desde la perspectiva de la promoción de salud.

✓ Duración total.

La estrategia educativa tendrá una duración de 3 semanas

✓ Fecha del pre-test (antes de iniciar la intervención y fecha del pos-test

inmediatamente después de concluía la última actividad educativa).

Planeación estratégica:

✓ Número de temas: 3

✓ Número de subtemas por cada tema. 2

✓ Número de actividades por cada subtema y cada una con el tipo de

técnica educativa a utilizar.

✓ Duración de cada actividad educativa. 30 minutos

✓ Lugar: centro de salud Pascuales

✓ Horario: 14:00 a 15:00 am

✓ Número de participantes: 5 personas

✓ Responsable. Dr Juan Carlos Tenelanda

✓ Recursos materiales que se necesitarán.

Tema 1: Conceptos básicos de la sexualidad.

1.1: Nombre del subtema: Sexualidad, Sexo, identificación sexual, orientación sexual

- Actividad 1: Charla
- Duración. 30 minutos.
- Lugar: Centro de Salud Pascuales
- Horario:14:00.
- Número de participantes: 5
- Responsable: Dr. Juan Carlos Tenelanda
- Recursos materiales: Infocus

1.2: Nombre del subtema: Factores de riesgos para el embarazo en la adolescencia.

- Actividad 2: Charla educativa sobre: factores de riesgo en embarazo
- Duración. 30 minutos.

- Lugar: Centro de salud Pascuales
- Horario: 14:00 am.
- Número de participantes: 5
- Responsable: Dr. Juan Carlos Tenelanda
- Recursos materiales: infocus.

1.3: Nombre del subtema: Consecuencias del embarazo en la adolescencia.

- Actividad 3: conferencia sobre las consecuencias del embarazo en la adolescencia, se les mostrará un vídeo.
- Duración. 30 minutos.
- Horario: 14:00.
- Número de participantes: 5
- Responsable: Dr. Juan Carlos Tenelanda.

Tema 2: Enfermedades de Transmisión Sexual

2.1: Nombre del subtema: charla sobre introducción de ETS más frecuentes

- Actividad 1: Se realiza una conferencia sobre las principales ETS y factores de riesgo posteriormente se les mostrará un vídeo.
- Duración. 30 minutos.
- Lugar: Centro de salud pascuales
- Horario: 14:00 am.
- Número de participantes: 5

- Responsable: Dr. Juan Carlos Tenelanda.

- Recursos materiales: infocus.

2.2: Nombre del subtema: sopa de letras (receso)

- Actividad 2: Cada adolescente tiene que decir una palabra que recuerde de la charla.

- Duración. 15 minutos.

- Lugar: Centro de salud pascuales

- Horario: 14:00 am.

- Número de participantes: 5

- Responsable: Dr. Juan Carlos Tenelanda.

- Recursos materiales: infocus.

2.3: Nombre del subtema : síntomas generales y recomendaciones de ETS

- Actividad 3: charla y visualización de un video

- Duración. 30 minutos.

- Horario: 14:00.

- Número de participantes: 15

- Responsable: Dr Juan Carlos Tenelanda

- Recursos materiales: Sillas para todos.

Tema : Métodos anticonceptivos.

3.1: Nombre del subtema: características de los métodos anticonceptivos

- Actividad 1: charla
- Duración. 30 minutos.
- Lugar: Centro de salud pascuales
- Horario: 14:00 am.
- Número de participantes: 15
- Responsable: Dr. Juan Carlos Tenelanda.
- Recursos materiales: Sillas para todos.

3.2: Nombre del subtema: tipos de métodos anticonceptivos hormonales y de barrera

- Actividad 2: se realiza charla con todos los participantes.
- Duración. 30 minutos.
- Lugar: Centro de salud pascuales
- Horario: 14:00 am.
- Número de participantes: 15
- Responsable: Dr. Juan Carlos Tenelanda.
- Recursos materiales: infocus.

3.3: Nombre del subtema: indicaciones y contraindicaciones de los métodos anticonceptivos

- Actividad 3: charla
- Duración. 30 minutos.

- Horario: 11:00.
- Número de participantes: 15
- Responsable: Dr. Juan Carlos Tenelanda.
- Recursos materiales: Sillas para todos.



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



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

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Tenelanda Duchi Juan Carlos, con C.C: # 0603619503 autor/a del trabajo de titulación: Diseño de una estrategia educativa para la prevención del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años con antecedentes de eventos obstétricos previos en cuatro consultorios del Centro de Salud Pascuales año 2021 previo a la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 20 de noviembre de 2021

f. _____

Nombre: Tenelanda Duchi Juan Carlos

C.C: 0603619503



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



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

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Diseño de una estrategia educativa para la prevención del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años con antecedentes de eventos obstétricos previos en cuatro consultorios del Centro de Salud Pascuales Año 2021		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Tenelanda Duchí Juan Carlos		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Brenda Yesqueny Urgiles Carrión		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en ciencias de la Salud		
MAESTRÍA/ESPECIALIZACIÓN	Especialización e Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de noviembre del 2021	No. DE PÁGINAS:	75
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar y comunitaria Ginecobstetricia		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Adolescente, Embarazo en la Adolescencia, Métodos Anticonceptivos, Planificación Familiar, Evento Obstétrico.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>Antecedentes: En la adolescencia ocurren diferentes cambios desde el punto de vista biológico, psicológico, social y hormonal, lo que hace que sea esta después de la infancia, la etapa más vulnerable del ciclo vital, constituyéndose un motivo de preocupación, el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales, lo que puede causar la aparición de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual entre otros problemas, el desconocimiento en el uso de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes que han tenido algún evento obstétrico, el bajo nivel de educación y la falta de oportunidades en mujeres adolescentes hace que este grupo prioritario sea el más vulnerable para que las mujeres no puedan terminar su educación y por lo tanto progresar y sea este un problema de salud pública, por lo tanto no tengan oportunidades para terminar la educación media y peor aún continuar con la educación superior para tener y mejorar su calidad de vida, ya que comprendemos que la etapa de adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano con cambios físicos, psicológicos, hormonales y sociales es una etapa de transición más importante para la vida del ser humano.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-912147	E-mail: juan.tenelanda@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Dr. Xavier Landivar Varas		
	Teléfono: +593-9-3804600 Ext. 1830-1811		
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):