



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA

TESIS DE GRADO

Previo a la obtención del Título de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

TEMA:

LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES Y SU IMPACTO EN EL
ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL
CENTRO MATERNO INFANTIL DE LA CIUDAD DE BABAHOYO DURANTE
EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012

DIRIGIDA POR:

Lic. Isabel Shirley Olaya Sauhing Msc.

AUTORAS:

Yomaira Lizeth Coello Monserrate

Maddelyn Teresa Cotto Aguilar

BABAHOYO – 2012



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA

Dr. Cesar Noboa Aquino
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dr. Wellington Beltrán Castrellón
SUBDECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Lic. Betty Mazacón Roca. Msc.
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA

Abg. Israel Maldonado Contreras
SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CERTIFICACIÓN

Lic. Isabel Shirley Olaya Sauhing Msc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido y asesorado en la elaboración de la tesis denominada

LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES Y SU IMPACTO EN EL ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO MATERNO INFANTIL DE LA CIUDAD DE BABAHOYO DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012

AUTORAS:

Yomaira Lizeth Coello Monserrate

Maddelyn Teresa Cotto Aguilar

Además encuentro que este trabajo ha sido realizado de acuerdo a las exigencias Metodológicas y Técnicas exigentes para el nivel de Licenciatura en Enfermería, por lo que autorizo su Presentación, Sustentación y Defensa.

Lic. Isabel Shirley Olaya Sauhing Msc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORIA

Los contenidos, procedimientos, criterios y propuesta emitidos en esta tesis, cuyo tema es:

LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES Y SU IMPACTO EN EL ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO MATERNO INFANTIL DE LA CIUDAD DE BABAHOYO DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012

Son de exclusiva responsabilidad de las autoras

Yomaira Lizeth Coello Monserrate

Maddelyn Teresa Cotto Aguilar

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación va dedicado a las adolescentes atendidas en el Centro Materno Infantil de la Ciudad de Babahoyo, así como a las pacientes que asisten a otros centros de Salud, esperando que sirva para concientizar, orientar y dar a conocer la realidad de la juventud en nuestros días, para que las cosas mejoren al pasar del tiempo.

Lo dedico también al Centro Materno Infantil de la Ciudad de Babahoyo, con el objeto de darle una explicación lógica y proponer medidas para disminuir el problema, que desde muchos años atrás es motivo de gran preocupación en las diferentes comunidades, esperando emprendan campañas de prevención del embarazo adolescente, dando a conocer a los jóvenes sus deberes y derechos para con su sexualidad, motivando siempre a propagar la buena información hacia los distintos rincones de nuestra provincia.

Yomaira Lizeth Coello Monserrate

Va dedicado a jóvenes estudiantes que ven truncado su futuro por falta de conocimientos sobre este problema, y los diferentes métodos para prevenirlo, ya que cada vez sigue aumentando.

A los adolescentes que en edad cada vez más temprana viven el drama de la maternidad no deseada, el rechazo de los padres y el desprecio o la indiferencia de los demás que sin preparación alguna para la maternidad, llegan a ella y esa imprevista situación desencadena una serie de frustraciones, sociales y personales.

Maddelyn Teresa Cotto Aguilar

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

Agradezco la confianza y el apoyo brindado por parte de mis padres, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me han demostrado su Amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

A mi querido Esposo Galo Freire que durante estos años de mi carrera ha sabido apoyarme demostrándome que siempre podre contar con él, gracias por su amor incondicional.

A mi Directora de tesis Lic. Shirley Olaya Sauhing Msc. Por su guía y por su inmensa paciencia y responsabilidad en la elaboración de mi tesis de grado.

Yomaira Lizeth Coello Monserrate

Ante todo y en primer lugar a Dios por darme la vida y por haberme guiado.

A mis padres quienes me han apoyado en la culminación de mi carrera creyendo en mí en todo momento y no dudaron de mis habilidades y destrezas.

A mis maestros que me transmitieron sus conocimientos para aplicarlos en a práctica diaria de mi trabajo.

A mi Directora de tesis Lic. Shirley Olaya Sauhing Msc. Quien con su valiosa orientación de conocimientos apporto significativamente en la elaboración de mi tesis de grado.

Maddelyn Teresa Cotto Aguilar

INDICE		
Nº	Contenido	Pág.
CAPITULO I		
INTRODUCCION		
1.	CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO.....	1
1.1.	Contexto nacional, regional, local e institucional.....	1
1.2.	Situación actual del objeto de investigación.....	4
1.3.	Formulación del problema.....	6
1.3.1.	Problema general.....	6
1.3.2.	Problemas derivados.....	6
1.4.	Delimitación de la investigación.....	7
1.4.1.	Delimitación espacial.....	7
1.4.2.	Delimitación temporal.....	7
1.4.3.	Delimitación de la unidad de observación.....	7
1.5.	Justificación.....	8
1.6	Objetivos.....	10
1.6.1.	Objetivo general.....	10
1.6.2.	Objetivos específicos.....	10
CAPITULO II		
2.	MARCO TEÓRICO.....	11
2.1.	Alternativa teórica asumida.....	11
2.2.	Categorías de análisis teórico conceptual.....	11
2.2.1.	Embarazo en adolescentes.....	11
2.2.2.	ENIPLA.....	29
2.2.3.	Planificación familiar.....	31
2.2.4.	Métodos anticonceptivos.....	34

2.3.	Planteamiento de hipótesis.....	52
2.3.1.	Hipótesis general.....	52
2.3.2.	Hipótesis específicas.....	52
2.4.	Operacionalización de las hipótesis específicas.....	53

CAPITULO III

3.	METODOLÓGIA.....	56
3.1.	Tipo de investigación.....	56
3.2.	Universo y Muestra.....	56
3.2.1.	Universo.....	56
3.2.2.	Muestra.....	56
3.3.	Métodos y técnicas de recolección de información.....	57
3.3.1.	Métodos.....	57
3.3.2.	Técnicas.....	57
3.4.	Recursos empleados.....	58
3.5.	Procedimiento.....	58

CAPITULO IV

4.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	60
4.1.	Tabulación e interpretación de datos.....	60
4.1.1	Tabulación e interpretación de datos proporcionados por las Embarazadas Adolescentes que acuden a la Consulta Externa del Centro Materno Infantil de la ciudad de Babahoyo.	60
4.2.	Comprobación y discusión de hipótesis.....	75
4.3.	Conclusiones.....	76
4.4.	Recomendaciones.....	78
4.5.	Presupuesto.....	79

CAPITULO V

5.	PROPUESTA ALTERNATIVA.....	80
5.1.	Presentación.....	80
5.2.	Objetivos.....	81
5.2.1.	Objetivo general.....	81
5.2.2.	Objetivos específicos.....	81
5.3.	Contenidos.....	82
5.4.	Descripción de los aspectos operativos de la propuesta.....	83
5.5.	Recursos.....	84
5.6.	Cronograma de ejecución de la propuesta.....	85

CAPITULO VI

6.	BIBLIOGRAFÍA.....	86
----	-------------------	----

CAPITULO VII

7.	ANEXOS.....	87
----	-------------	----

INTRODUCCION

El embarazo en la adolescencia es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea.

En el ámbito familiar, el embarazo de una adolescente impacta directamente sobre la familia, provocando nuevas cargas y una crisis que desequilibra transitoriamente la homeostasis familiar o agrava los patrones de disfuncionalidad previos (alcoholismo, violencia, drogadicción, migración). La familia entra progresivamente en una fase de ajuste y aceptación, haciendo cambios internos o externos, para cumplir con las exigencias dentro de sus propias capacidades.

El embarazo reduce las posibilidades de que los adolescentes puedan seguir sus estudios y superarse en la vida. Las mujeres son discriminadas por las instituciones educativas y la sociedad por lo que los sueños de una futura educación se ven frustrados.

En algunas ocasiones se presentan dificultades en los vínculos familiares, pérdida de la comunicación con los padres lo que les lleva a matrimonios forzados y de corta duración o quedan con el estigma de ser madres solteras.

A largo plazo en el área social tienen menor instrucción por el alto índice de deserción escolar, menor accesibilidad a un trabajo adecuado y estable, mal remuneradas, explotadas, llevándoles a conseguir un trabajo no acorde a su edad. Las consecuencias de un embarazo temprano son muy costosas para familias, para la sociedad y para el desarrollo nacional; propicia el aumento de las tasas de mortalidad materna e infantil, aumentan los costos para el sistema de salud y seguridad social, reduce las posibilidades de erradicar la

pobreza, disminuye el capital humano calificado y limita las posibilidades de desarrollo personal de las madres y de los hijos.

Este trabajo de investigación trata principalmente sobre los embarazos en adolescentes y el impacto que produce en el entorno familiar y social, además nos entrega estadísticas de la realidad e información sobre el porcentaje de jovencitas que tienen relaciones sexuales a temprana edad sin responsabilidad y sin uso de métodos anticonceptivos. El mismo que contó con un universo de 42 adolescentes embarazadas de edades comprendidas entre 10 a 19 años de edad, para lo cual se utilizó un estudio descriptivo, de campo, y retrospectivo.

La investigación está estructurada en 7 capítulos que se describen a continuación: el I capítulo aborda el campo contextual problemático, planteamiento del problema, la situación real, la justificación de la investigación y los objetivos establecidos.

En el capítulo II se sustenta la investigación con un marco teórico de conocimientos científicos de los embarazos en adolescentes y las hipótesis asumidas en el estudio.

En el capítulo III se visualiza la metodología empleada para el estudio.

En el capítulo IV se analiza, comprueba, y discute las hipótesis planteadas en la investigación y se establecen conclusiones y recomendaciones.

En el capítulo V se describe una propuesta alternativa diseñada como un Plan de capacitación en Educación Sexual y Reproductiva, prevención de embarazos precoces e infecciones de transmisión sexual dirigido a los adolescentes y padres de familia de los sectores urbano-marginales de la ciudad de Babahoyo.

En el capítulo VI se mencionan las referencias bibliográficas y por último en el capítulo VII se anexan los instrumentos utilizados en la investigación.

CAPITULO I

1.- CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO

1.1.- Contexto nacional, regional, local e institucional.

¹En el Ecuador, dos de cada diez chicas iniciaron sus experiencias entre los 12 y 14 años. Según los adolescentes varones y mujeres, conocen casos de chicas de su entorno que han quedado embarazadas.

Algunas terminan siendo mamás, mientras otras recurren al aborto como la alternativa para solucionar un problema personal y social para el que no encuentran otra salida posible. En los sectores populares y marginales, ocho de cada diez chicas embarazadas tienen el bebé. Las dos restantes acuden al aborto. En cambio, en los estratos sociales medios altos y altos, el número de chicas que recurren al aborto es mayor porque en estos grupos la maternidad adolescente es muy mal tolerada.

La adolescencia no es el tiempo para la maternidad ni la paternidad sino para su preparación.

Sin embargo, numerosas adolescentes quedan embarazadas y otro tanto número de chicos embarazan a sus amigas o enamoradas. En su infinita

¹www.hoy.com.ec/libro6/joven1/jo09.htm

mayoría, los embarazos no deseados han llegado a constituir uno de los más graves conflictos sociales de algunos países en desarrollo.

Según investigaciones recientes realizadas en el Ecuador, el 30% de mujeres indica que su último embarazo no fue ni deseado ni planificado. Este porcentaje se refiere a mujeres casadas o que han organizado una familia a través de unión libre consensual. Cuando se trata de adolescentes solteras, este porcentaje bordea el 100%.

La ciudad de Babahoyo es la capital de la provincia de Los Ríos, ubicada en la región Costa del Ecuador, tiene una superficie de 1103,58 km² y una población de 132.824 habitantes que se dedican principalmente a la agricultura, el 58% de ellos perteneces a la zona urbana mientras que el 42% a la zona rural.

La comunidad cuenta con servicios básicos y de saneamiento ambiental así como de instituciones educativas en todos los niveles, la mayoría de sus habitantes son católicos y en menor porcentaje son evangélicos, testigos de Jehová y mormones.

En el caso concreto de nuestra ciudad, no existen estudios que demuestren con claridad la casuística de la problemática que afecta sobre todo a adolescentes de estratos económicos bajos, estudiantes de los primeros años de instrucción, con desinformación acerca de los diferentes métodos de anticoncepción, entre otros.

El Centro Materno Infantil desarrolla sus actividades de atención de salud en la avenida Vargas Machuca al norte de la ciudad en la Parroquia Camilo Ponce del Cantón Babahoyo de la Provincia de Los Ríos.

Se creó en Abril de 1987 como maternidad apoyada por la comunidad y financiada por autogestión, en 1993 pasó a formar parte del Ministerio de

Salud Pública con la denominación de Centro Materno Infantil “Enrique Ponce Luque”, brindando atención 8 horas diarias de lunes a viernes con personal médico y paramédico financiado por el estado además de funcionar como sede administrativa del Área N^o1.

En la actualidad brinda atención de 12 horas diarias de lunes a viernes en consulta externa con los servicios de Medicina General, Pediatría, Ginecología, Odontología, Enfermería, Laboratorio Clínico, Farmacia, Estadística Inspectores Sanitarios, para lo cual se ha incrementado recurso humano, equipos y suministros de tecnología de punta. Además cuenta con una infraestructura para la atención de los servicios que brinda como Distrito de Salud del Área N^o1 donde atiende la demanda de las necesidades de los Subcentros y Circuitos de salud urbano- marginales y rurales de los cantones Babahoyo y Montalvo.

El Centro Materno Infantil tiene una población de responsabilidad de 30571 habitantes de los cuales 15216 son hombres y 15355 son mujeres.

En el Centro Materno Infantil, no se ha investigado el impacto de este problema en el entorno familiar y social. Por lo cual el presente estudio pretende superar el vacío y en base a los resultados, establecer alternativas de solución. Este estudio será de gran utilidad para el Centro de Salud, la sociedad, y los adolescentes.

1.2.- Situación actual del objeto de investigación.

El Centro Materno Infantil en la estadística del primer semestre del año 2012 registra 141 atenciones prenatales en adolescentes.

Es preocupante el gran crecimiento de mujeres adolescentes embarazadas sobre todo en nuestro medio, el cual trae al final grandes repercusiones tanto en lo social como en lo económico.

Este surge como consecuencia de un sinnúmero de causas, entre las cuales pueden resaltarse: falta de campañas de orientación sexual hacia nuestros jóvenes, relaciones sexuales a temprana edad, varias parejas sexuales, falta de uso y de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, analfabetismo, hacinamiento, entre otros.

Hoy, en día este problema va acrecentando en cantidad de casos y se hace más difícil superar para las familias involucradas, esto principalmente por la pobreza en la que nuestros países viven.

² Son innumerables las causas que explican el embarazo en la adolescencia. Están la soledad y la tristeza de una chica que se siente abandonada y no querida. O la muchacha que piensa que no responde al modelo de mujer que los muchachos buscan y aman. Si inician una relación, es probable que la tomen como la única y definitiva oportunidad de su vida. Entonces se hunden sin límites ni condiciones en el deseo del otro, sin tomar en cuenta los riesgos y sin evitarlos. Como si no les importase nada.

Los problemas domésticos conducen con frecuencia al embarazo. Si una niña se construyó en un ambiente lleno de tensión, de violencia, de inseguridades de todo orden, su vida afectiva en la adolescencia podrá ser

² Op.cit. www.hoy.com.ec/libro6/joven1/jo09.htm

errática. Chicas que van de relación en relación, en búsqueda de una estabilidad que no hallan. Siempre exponiéndose a los riesgos hasta que el embarazo les sirve como el mejor de los síntomas para sus conflictos, que no logra superar.

El maltrato, la violencia doméstica, la inestabilidad de la pareja papá - mamá o el acoso sexual por parte de algún familiar pueden transformarse en causas suficientes para que una chica busque relaciones erráticas y sin futuro como una manera de librarse de sus frustraciones, decepciones y angustias.

El embarazo en la adolescencia no se explica únicamente por falta de educación académica. Se trata de una común desinformación en torno a lo que es y significa la adolescencia en la vida de las chicas y los muchachos dentro de los valores, mutaciones y contradicciones que caracterizan a la sociedad contemporánea.

Muchas chicas están seguras de que si hacen el amor por primera vez no quedarán embarazadas porque para el embarazo se requiere mantener una vida sexual frecuente. Conocen de nombre los métodos de control de la fecundidad, pero no saben cómo utilizarlos.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema General

¿Cuál es el impacto que producen los embarazos en adolescentes en el entorno familiar y social en pacientes que acuden al Centro Materno Infantil de la ciudad de Babahoyo durante el primer semestre el año 2012?

1.3.2. Problemas Derivados

¿Qué influencia tiene el entorno familiar y social en las embarazadas adolescentes que acuden al Centro Materno Infantil de la ciudad de Babahoyo durante el primer semestre del año 2012?

¿Cuáles son los métodos anticonceptivos utilizados por las adolescentes que acuden al centro Materno Infantil de la ciudad de Babahoyo durante el primer semestre del año 2012?

¿De qué manera el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre métodos de planificación familiar influye en los embarazos en pacientes que acuden al Centro Materno Infantil de la ciudad de Babahoyo durante el primer semestre del año 2012?

1.4. Delimitación de la Investigación.

1.4.1. Delimitación Espacial

Esta investigación se realizó en el Centro Materno Infantil ubicado en la calle G y Vargas Machuca en la parroquia Camilo Ponce de la ciudad de Babahoyo provincia de Los Ríos.

1.4.2. Delimitación Temporal

De Enero a Junio del año 2012

1.4.3. Delimitación de la Unidad de Observación

Siendo la principal Unidad de Observación las Historias clínicas de las adolescentes embarazadas que acuden a la consulta externa del Centro Materno Infantil.

1.5. Justificación

Adolescentes en edad cada vez más temprana viven el drama de la maternidad no deseada, el rechazo de los padres y el desprecio o la indiferencia de los demás. Sin preparación alguna para la maternidad, llegan a ella las adolescentes y esa imprevista situación desencadena una serie de frustraciones, sociales y personales.

Cabe mencionar que éste tipo de problema social no es reciente, es decir, desde años pasados existe y lo peor es que últimamente se ha expandido considerablemente en nuestro país y especialmente en nuestra provincia debido a muchos factores.

Los riesgos y las consecuencias negativas que para la salud física tiene el embarazo adolescente son bien conocidos tales como. Complicaciones obstetricias y relacionadas con el embarazo, mortalidad y morbilidad materna, bajo peso del recién nacido mortalidad y morbilidad de niños e infantes, aborto en condiciones de riesgos entre otras.

De acuerdo al Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes, publicado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas.

Por medio de esta investigación nos hemos dado cuenta que muchos padres consideran un tema "TABU" los embarazos a temprana edad es por ello que muchas jóvenes caen en este problema el cual las puede llevar a muchos caminos uno de ellos seria la muerte.

Cabe mencionar que éste tipo de problema social no es reciente, es decir, desde años pasados existe y lo peor es que se han realizado muchas investigaciones, pero ninguna ha podido resolver el problema y que

últimamente se ha expandido considerablemente en nuestro país. NO tratamos resolver el problema, sino intentamos darle una explicación lógica y proponer medidas para disminuir el problema, error que encontramos en otras investigaciones cuyo objetivo era, precisamente, resolver el problema, cosa que resulta casi imposible.

Los beneficiados de esta investigación son las jóvenes en general ya que son ellas las principales víctimas de esta situación, pero también se beneficiarán muchos padres ya les evitaríamos una pena a ellos al momento de tocar un tema tan delicado como son los embarazos.

Por la importancia que en la práctica y en la labor diaria que tiene el tema tratado y teniendo en cuenta que constituye un problema de salud pública frecuente son las razones suficientes que justifican el desarrollo del presente trabajo investigativo.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo General

Identificar el impacto que producen los embarazos en adolescentes en el entorno familiar y social en pacientes que acuden al Centro Materno Infantil de la ciudad de Babahoyo durante el primer semestre del año 2012.

1.6.2. Objetivos Específicos

Identificar el entorno familiar y social de las embarazadas adolescentes que acuden al centro Materno Infantil de la ciudad de Babahoyo durante el primer semestre del año 2012.

Identificar los métodos anticonceptivos utilizados por las adolescentes que acuden al Centro Materno Infantil de la ciudad de Babahoyo durante el primer semestre del año 2012.

Medir el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre métodos de planificación familiar y su influencia en los embarazos en pacientes que acuden al Centro Materno Infantil de la ciudad de Babahoyo durante el primer semestre del año 2012.

CAPITULO II

2.- MARCO TEORICO

2.1. Alternativa teórica asumida

³Los datos estadísticos que se registran expresan la crítica situación de las adolescentes provenientes de los sectores marginales, aunado a lo expuesto se precisa que el embarazo precoz es como una patología social, ya que en la actualidad la mayoría de las mujeres adultas controlan su maternidad, lo que refleja una baja en la tasa de fecundidad, mientras que en las adolescentes ocurre lo contrario, en ellas existe un incremento del embarazo precoz, lo cual constituye un problema social.

2.2. Categorías de análisis teórico conceptual

2.2.1. Embarazo en adolescentes

⁴ Definición: Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. La mayoría de

³ Zambrano 1996

⁴ es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_adolescente

los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos.

En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen.

El embarazo en una mujer adolescente puede llegar a término, produciéndose el nacimiento, o interrumpirse por aborto, ya sea éste espontáneo o inducido, en éste último caso de manera legal o ilegal dependiendo de la legislación de cada país.

Determinación de la adolescencia y embarazo adolescente

⁵Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

1. – Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

⁵med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. – Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. – Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar

embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".

⁶La edad media del período de la menarquía (primera menstruación) se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra varía según el origen étnico y el peso. El promedio de edad de la menarquía ha disminuido y continúa haciéndolo. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales.

Las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada deben enfrentarse, con una mayor desprotección, con mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social de la adolescente embarazada.

En los países desarrollados los datos de embarazos en la adolescencia confirman una relación con los niveles educativos más bajos, las mayores tasas de pobreza, y otras situaciones de inestabilidad familiar y social.

El embarazo adolescente en los países desarrollados se produce por lo general fuera del matrimonio y conlleva un estigma social en muchas comunidades y culturas. Por estas razones se realizan estudios y campañas con el objeto de conocer las causas y limitar el número de embarazos de adolescentes.

En países considerados en desarrollo o subdesarrollados y en particular en ciertas culturas, el embarazo adolescente se produce generalmente dentro del matrimonio y no implica un estigma social. La percepción social

⁶ Op. Cit. *es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_adolescente*

del embarazo adolescente varía de unas sociedades a otras e implica un debate profundo sobre aspectos del comportamiento, tanto biológicos como culturales relacionados con el embarazo.

Tasas de nacimientos en adolescentes en el mundo

Según la organización Save the Children cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, más del 90% (11,7 millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10% (1,3 millones). Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres entre las edades de 15 y 19 en dichas zonas.

Causas del embarazo en la adolescencia

En algunas sociedades, el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer, son factores importantes en las altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, en algunos países de África subsahariana, el embarazo adolescente se celebra porque es la prueba de fertilidad de la mujer joven.

En el subcontinente indio, el matrimonio en adolescentes y el embarazo es más común en las comunidades rurales tradicionales, donde es apreciada una numerosa descendencia, en comparación con la tasas de las ciudades.

En las sociedades donde el matrimonio con mujeres adolescentes es poco frecuente, la causa fundamental de los embarazos en adolescentes es la práctica de las relaciones sexuales de las jóvenes sin métodos anticonceptivos por lo que éstos embarazos pueden considerarse como embarazos no planificados o embarazos no deseados.

Comportamiento sexual adolescente

Tener prácticas sexuales a los 20 años se considera un hábito normal en todo el mundo. En los países con bajos niveles de embarazo en la adolescencia no se considera adecuada la maternidad prematura pero sí las relaciones sexuales entre los adolescentes por lo que en estas sociedades se proporciona información completa y equilibrada sobre la sexualidad y se facilita la accesibilidad a los métodos anticonceptivos.

Además de la práctica sexual deseada y consentida pero practicada sin métodos anticonceptivos también existen comportamientos sexuales no deseados por los adolescentes que pueden contribuir a incrementar los embarazos no deseados. Así, un estudio de la *KaiserFamilyFoundation* en adolescentes de EE. UU. Concluyó que el 29% de los adolescentes se sintieron presionados a tener relaciones sexuales, el 33% de los adolescentes sexualmente activos creían que mantenían una relación en las que "las cosas se movían demasiado rápido en el aspecto sexual" y el 24% declaraba que había "hecho algo sexual que realmente no quieren hacer".

Varias encuestas han indicado que la presión de los compañeros es un factor que alienta, tanto a las adolescentes como a los adolescentes, a tener relaciones sexuales.

Asimismo el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas producen una reducción en la inhibición que también puede estimular la actividad sexual no deseada. Aunque esto fuera así, no se sabe si las drogas mismas influyen directamente en los adolescentes en comportamientos sexuales más arriesgados, o si los adolescentes que habitualmente consumen drogas son más propensos a tener relaciones sexuales. Debe advertirse que la correlación no implica causalidad.

El consumo de drogas y medicamentos que han mostrado evidencias en su vinculación con el embarazo de adolescentes son: alcohol, y anfetaminas, (incluyendo MDMA -éxtasis-). Otras drogas y medicamentos que no tienen correlación -o es muy escasa- son los opiáceos, como heroína, morfina, y oxicodona, de los que es conocido el efecto directo en la reducción significativa de la libido. Parece que en la adolescencia el consumo de algunas de éstas últimas ha reducido significativamente las tasas de concepción frente a las drogas como el alcohol y la anfetamina. Las anfetaminas son ampliamente prescritos para el tratamiento de TDAH. Los países con las tasas más altas de prescripción de las anfetaminas a los adolescentes también tienen las tasas más altas de embarazo en la adolescencia.

Falta de información sobre métodos anticonceptivos

Los adolescentes pueden carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos o también no tener un fácil acceso a su adquisición. También pueden sentirse avergonzados tanto para preguntar como para comprar anticonceptivos.

En Estados Unidos las mujeres adolescentes sexualmente activas que desean evitar el embarazo tienen menos posibilidades que las de otras edades para el uso de anticonceptivos. Así, un 18% de las adolescentes entre 15 y 19 años no utilizan métodos anticonceptivos, frente a 10,7% de mujeres de 15 a 44 años.

En las adolescentes más del 80% de los embarazos no son deseados. Y más de la mitad de los embarazos no deseados se producen en mujeres que no usan anticonceptivos y la mayor parte del resto de embarazos no deseados se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos. El 23% de las mujeres jóvenes sexualmente activas admitió haber tenido relaciones

sexuales sin protección con una pareja que no utilizó un preservativo, mientras que el 70% de las adolescentes manifestaron que les daba vergüenza comprar preservativos o cualquier otro anticonceptivo y también solicitar información a un médico.

En muchos casos se usan métodos anticonceptivos pero de modo inadecuado. Muchos adolescentes sin experiencia puede usar el condón incorrectamente y las adolescentes se olvidan tomar con cierta frecuencia los anticonceptivos orales. Las tasas de fracaso anticonceptivo (índice de Pearl) son mayores en las adolescentes, especialmente en las pobres, que para las usuarias de más edad.

Los métodos reversibles a largo plazo, tales como el dispositivo intrauterino, el anticonceptivo subdérmico, el parche anticonceptivo o inyecciones de anticonceptivos inyectables combinados (p.e. DepoProvera), requieren la intervención del usuario con menos frecuencia -una vez al mes a cada varios años-, y puede prevenir el embarazo con mayor eficacia en mujeres que tienen problemas para seguir las rutinas, incluidas las jóvenes.

El uso simultáneo de más de un método anticonceptivo disminuye el riesgo de embarazos no deseados, y si uno de los métodos es de barrera (condón), la transmisión de enfermedades de transmisión sexual también se reduce.

La aprobación, por las autoridades sanitarias de numerosos países, de anticonceptivos de emergencia (Píldora del día después o píldora del día siguiente, método de Yuzpe) incide de manera específica en la reducción de las tasas de embarazos en adolescentes. Además de la denominada píldora del día después también ha aparecido en el mercado la denominada *píldora de los cinco días después (ellaOne* (acetato de ulipristal). Estas píldoras anticonceptivas de uso de emergencia, que pueden requerir o no receta

médica –dependiendo de los países–, no deben confundirse con la denominada píldora abortiva *RU-486* o mifepristona, para la que se requiere prescripción y receta médica y solamente puede usarse dentro de los 49 días siguientes a la concepción.

Cabe mencionar que los padres no deben temer al hablarles de sexualidad a sus hijos ya que es la mejor manera de prevenirlos y apoyarlos, porque si ellos ya han comenzado una vida sexual con su pareja, a veces en la escuela o medios fuera de casa se altera la información y no hay nada como que alguien cercano a ti y de confianza les hable sobre esto; no solo de los métodos anticonceptivos también de las ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) y todas las ventajas y desventajas de embarazarse a corta edad.

Cuando un adolescente ya ha comenzado su vida sexual intenta recabar información de todos lados, informarse ya que en muchos casos sus padres no le han hablado de esto, por este motivo muchos jóvenes están mal informados, y les da pena o miedo preguntarles a los padres. Por esto hay que hacer incapie hacia los padres para que informen a sus hijos.

Diferencia de edades en las relaciones sexuales

Según la organización conservadora «FamilyResearch Council», indican que la diferencia de edad entre las adolescentes y los hombres que las embarazan es un factor a tener en cuenta. Las adolescentes que tienen relaciones con chicos mayores que ellas, y en particular con hombres adultos, tienen más probabilidades de quedarse embarazadas que las adolescentes que tienen relaciones sexuales con chicos de su edad quienes son también más proclives a llevar el embarazo a término en lugar de tener un aborto.

Un estudio de 535 madres adolescentes encontró que el 62 por ciento de las madres habían sufrido abusos o habían sido violadas por hombres de una edad promedio de 27 años. Este estudio encontró que las madres adolescentes habían sufrido abusos incluso antes del inicio de la actividad sexual y habían tenido relaciones sexuales con numerosas parejas de más edad, por lo que habían estado expuestas a más riesgos y de forma más frecuente.

Abusos sexuales

Diversos estudios han encontrado que entre el 11 y el 20 por ciento de los embarazos en adolescentes son un resultado directo de la violación, mientras que un 60 por ciento de las madres adolescentes tenían experiencias sexuales no deseadas anteriores a su embarazo. Antes de los 15 años, la mayoría de las experiencias de la primera relación sexual en mujeres son de carácter no voluntario, el Instituto Guttmacher" encontró que el 60 por ciento de las muchachas que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años fueron obligadas por hombres que en promedio fueron seis años mayores que ellas. Uno de cada cinco padres de hijos de madres adolescentes admite que ha forzado a las chicas adolescentes a tener relaciones sexuales con ellos.

Numerosos estudios en países industrializados indican un fuerte vínculo entre abusos sexuales en la infancia y embarazos en la adolescencia. Hasta el 70 por ciento de las mujeres que dieron a luz en su adolescencia sufrieron abusos siendo niñas; por el contrario, solamente el 25 por ciento de las mujeres que no dan a luz sufrieron abusos siendo niñas.

En la mayoría de países, las relaciones sexuales entre un menor y un adulto no están toleradas por ley, así un menor de edad se cree que carece de la madurez y la competencia para tomar una decisión informada para

tener relaciones sexuales totalmente consentidas con un adulto. En esos países, las relaciones sexuales con un menor de edad se consideran abuso sexual a menores.

Una vez el adolescente ha llegado a la edad de consentimiento sexual, él o ella puede legalmente tener relaciones sexuales con adultos, porque se sostiene que en general (a pesar de ciertas limitaciones), una vez alcanzada la edad de consentimiento sexual se entiende que puede mantener relaciones sexuales con cualquier pareja que como mínimo tiene la edad de consentimiento y voluntariamente. Por tanto, la definición de violación de menores se limita a las relaciones sexuales con una persona con edad inferior a la edad mínima de consentimiento, Lo que constituye violación de menores en última instancia, difiere según la jurisdicción de cada país.

Violencia sobre la mujer

Diversos estudios han indicado que las adolescentes son a menudo víctimas de maltrato por el novio, concretamente en el momento de la concepción.

También los estudios señalan que el conocimiento del embarazo por parte del padre a menudo intensifica el comportamiento violento por parte del novio. Las menores de 18 años tienen el doble de probabilidades de ser golpeadas y maltratadas por el padre de sus hijos que las mujeres mayores de 18 años.

Violencia doméstica

Un estudio del Reino Unido mostró que el 70% de las mujeres que dieron a luz en su adolescencia había sufrido violencia en el hogar de los adolescentes.

Resultados similares se han encontrado en los estudios en los Estados Unidos. Un estudio del estado de Washington que un 70% de las madres adolescentes habían sido golpeadas por sus novios, el 51% había experimentado intentos de sabotaje para usar el control de la natalidad en el último año, y la escuela experimentó un 21% o sabotear el trabajo.

En un estudio en 379 adolescentes embarazadas y los respectivos padres y 95 adolescentes sin hijos, mostró que el 62% de las niñas de 11-15 años y el 56% de las chicas de 16-19 años admitieron haber sufrido violencia doméstica a manos de sus parejas. Por otra parte, el 51% de las chicas indicaron haber sufrido al menos un caso en que su novio intentó sabotear sus esfuerzos por usar métodos anticonceptivos.

Factores socioeconómicos

La pobreza se asocia con altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, países económicamente pobres, como Nicaragua en América, Níger en África y Bangladesh en Asia y, tienen un número mayor de madres adolescentes en comparación con países económicamente más ricos.

En el Reino Unido alrededor de la mitad de todos los embarazos de menores de 18 años se produce en el 30% más pobre de la población.

Ambiente en la infancia

Las mujeres expuestas al abuso, la violencia doméstica y los conflictos familiares en la infancia tienen más probabilidades de quedar embarazadas en la adolescencia, y el riesgo de quedar embarazada aumenta con el número de experiencias adversas en la infancia.

Según un estudio realizado un tercio de los embarazos de adolescentes se podrían evitar mediante la eliminación de la exposición al abuso, la

violencia y los conflictos familiares. Los investigadores señalan que "la disfunción familiar tiene consecuencias duraderas y desfavorables para la salud de las mujeres durante la adolescencia, la edad fértil, y más allá."

Diversos estudios también han encontrado que aquellos niños criados en hogares con una madre que había sido maltratada o que había sufrido violencia física directa, era más propensos a dejar embarazada a una chica.

También se ha indicado que las niñas cuyos padres abandonaron a la familia cuando ellas eran pequeñas tuvieron mayor tasa de actividad sexual temprana y de embarazo adolescente.

Las niñas cuyos padres abandonaron a la familia más tarde tuvieron menor tasa de actividad sexual temprana. Las tasas más bajas de actividad sexual y embarazo se encuentran en las niñas cuyos padres estuvieron presentes durante toda su infancia.

Las niñas tuteladas, criadas en orfanatos, hospicios y centros de acogida son más propensas a quedar embarazadas en la adolescencia que los criados en núcleos familiares.

El estudio nacional de *Antiguos Alumnos Casey*, en el que se entrevistó a alumnos de orfanatos de 23 comunidades en todo Estados Unidos, encontró que la tasa de natalidad de las niñas en orfanatos es más del doble que la tasa de sus compañeros fuera del sistema de estos centros.

Un estudio de la Universidad de Chicago en centros de Illinois, Iowa y Wisconsin encontró que casi la mitad de las mujeres sufrió un embarazo antes de los 19 años de edad.

Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes.

⁷El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

a. – Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

b. – Sociedad Restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

c. – Sociedad Permisiva: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

d. – Sociedad Alentadora: para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

⁷med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

1. – Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.
2. – Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.

A. – FACTORES PREDISPONENTES

1. – Menarca Temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. – Inicio Precoz De Relaciones Sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. – Familia Disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

4. – Mayor Tolerancia Del Medio A La Maternidad Adolescente Y / O Sola
5. – Bajo Nivel Educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
6. – Migraciones Recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
7. – Pensamientos Mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
8. – Fantasías De Esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
9. – Falta O Distorsión De La Información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
10. – Controversias Entre Su Sistema De Valores Y El De Sus Padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
11. - Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

12. - Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

Prevención de los embarazos de adolescentes

⁸La mayoría de profesiones de la educación y la salud señalan que para reducir el número de embarazos en adolescentes es necesaria una completa educación sexual, el acceso a los métodos anticonceptivos (tanto precoitales, coitales como postcoitales) así como a los servicios de planificación familiar.

Es conveniente el apoyo a los padres de los adolescentes para que éstos hablen con sus hijos sobre sexo, relaciones y métodos anticonceptivos, especialmente con aquellos grupos considerados de alto riesgo.

En los estudios obligatorios y especificados en los programas y planes de estudios se incluyen valores, actitudes, habilidades de comunicación y negociación, así como los aspectos biológicos de la reproducción. Los medios de comunicación han alentado el diálogo abierto y claro sobre las relaciones sexuales y el sistema de salud garantiza el acceso a los métodos anticonceptivos así como la absoluta confidencialidad.

En los países denominados en desarrollo, los programas de salud y educativos comienzan a implantarse. Algunos países como Indonesia y Sri Lanka han aprobados un marco normativo sistemático para la educación sexual en las escuelas. Muchas organizaciones no gubernamentales como la International Planned Parenthood Federation (Federación Internacional de Planificación Familiar) prestan asesoramiento sobre métodos anticonceptivos para las mujeres jóvenes en todo el mundo.

⁸ Op. Cit. *es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_adolescente*

Las leyes contra el matrimonio de niños han reducido pero no eliminado estas prácticas. La mejora social de la mujer, mediante la alfabetización, la educación y la protección legal de sus derechos en igualdad al hombre han dado lugar a un aumento en la edad del primer parto en áreas como la Irán, Indonesia, y el estado indio de Kerala.

Apoyo a la maternidad adolescente

También se debe facilitar un mejor apoyo a las madres adolescentes, incluida la ayuda para poder volver a integrarse en la educación obligatoria, asesoramiento y apoyo psicológico y económico, colaboración con los padres jóvenes, mejor cuidado de los niños y el aumento de viviendas específicas, de protección oficial o subvencionadas.

Embarazo adolescente como factor de riesgo

El embarazo adolescente es un factor de riesgo de las siguientes enfermedades:

- Espina bífida
- Síndrome de muerte súbita del lactante

Complicaciones Prenatales

- Anemia
- Hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia)
- Enfermedades de transmisión sexual

2.2.2. ENIPLA

⁹El Ministerio de Salud Pública – MSP en coordinación con los Ministerios de Educación, Inclusión Económica y Social y Coordinador de lo Social, con apoyo de los Gobiernos Autónomos Descentralizados, la Sociedad Civil y la ciudadanía implementa la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar – ENIPLA.

La ENIPLA es una acción del Estado para garantizar los derechos, en particular los derechos sexuales y derechos reproductivos, y en este marco, el acceso real y efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva. En éstos se brindará educación, consejería en sexualidad y planificación familiar.

Es prioritario también para la ENIPLA la transformación de patrones socioculturales relacionados con la sexualidad y la planificación familiar, con el objetivo de que los hombres se involucren y corresponsabilicen en la salud sexual y salud reproductiva.

Los cambios socio-culturales se fomentarán en los ámbitos personal, familiar, comunitario, así como en los prestadores y decisores de políticas del Sistema Nacional de Salud.

La ENIPLA promoverá el acceso y permanencia de las mujeres en el sistema educativo como un factor protector frente a embarazos no planificados.

El derecho de las personas a decidir sobre su vida reproductiva, es un derecho humano que debe ser un ejercicio libre, informado, voluntario y responsable enmarcado en los postulados de la Constitución y el Buen Vivir.

⁹www.farmagecuatoriana.com/descargas/prensa/ENIPLA.pdf

Enfoque del ENIPLA

La Planificación Familiar es un derecho no solo porque está escrito en la Constitución y las leyes, sino porque las personas deben tener la posibilidad de ejercer una planificación familiar; que implica decidir cuándo y cuántos hijos tener. La planificación familiar **NO** significa anticoncepción, significa apoyo a la mujer y a la pareja para que ejerzan un derecho.

En este sentido, el Estado ecuatoriano y el MSP han trabajado arduamente, invirtiendo recursos para garantizar: un adecuado control pre concepcional (antes del embarazo), un control prenatal adecuado y la posibilidad de espaciar un embarazo, así como apoyar a la mujer o pareja infértil, es decir quienes no pueden concebir.

Objetivos y líneas de acción del ENIPLA

Objetivo general.-Garantizar el acceso efectivo a información, orientación, servicios de salud sexual y reproductiva y métodos de anticoncepción basados en las normas constitucionales en el lapso de 3 años.

Líneas de acción

1. Educación e información como estrategias empoderadoras para ejercer el derecho a la salud sexual y salud reproductiva en el marco de los derechos.
2. Acceso y utilización real y efectiva de métodos anticonceptivos en el marco de una atención de calidad en servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva.
3. Promover un proceso de transformación de patrones socio - culturales frente a la sexualidad y reproducción con énfasis en planificación familiar.

4. Promover y/o consolidar los procesos de participación y veeduría social en los aspectos relacionados con educación y acceso a anticoncepción en el marco de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

Beneficios a la ciudadanía de una Estrategia de Planificación Familiar

Reducción de muerte materna y neonatal. La planificación familiar ayuda a reducir hasta el 3% de la mortalidad materna, según datos internacionales. La planificación familiar podría evitar un cuarto de las defunciones maternas, salvándose así las vidas de casi 150.000 mujeres por año. Además prevenir embarazos no planificados puede disminuir las altas tasas de aborto en condiciones de riesgo, que en la subregión andina, y solo en adolescentes se estima en 70.000 anuales. Solo en Ecuador, en el 2009, se reportaron 2.3 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, causadas por aborto no especificado.

2.2.3. Planificación Familiar

¹⁰Derecho básico de la pareja de decidir de manera libre y responsable, cuantos hijos tener y cuando (espaciamento).

Es poder decidir, planear, planificar, cual es el tamaño de la familia que queremos tener.

No todos podemos hacerlo porque para planificar hay que tener conocimientos de cómo hacerlo y además contar con los recursos para ello. Las personas instruidas y de mejor nivel económico generalmente tienen menos hijos que los pobres y menos instruidos.

¹⁰html.rincondelvago.com/planificacion-familiar_3.html

La planificación familiar requerida de un proceso complejo de formación que promueva desde tempranas edades valores, actitudes y habilidades para una paternidad/maternidad responsable y exitosa como producto de una opción libre y consciente. Por supuesto esto requerirá de procesos intencionales permanentes y sistemáticos de educación sexual tanto en el sistema educativo como familiar.

Objetivos globales de la Planificación Familiar

- Evitar embarazos no deseados.
- Regular los intervalos entre embarazos.
- Decidir el número de hijos en la familia.
- Regular el tiempo en que ocurren los nacimientos en relación con las edades de los padres.
- Facilitar los nacimientos deseados para mujeres con problemas de fecundidad.
- Evitar el embarazo cuando agravaría una enfermedad peligrosa presente.
- Brindar a los portadores de enfermedades genéticas la opción o posibilidad de evitar el embarazo.

Finalidad global de la Planificación Familiar

La finalidad global de la planificación familiar consiste en mejorar la salud de la madre, sus hijos y la familia en general. En este sentido, las medidas preventivas de salud reconocida son:

Espaciamiento de los partes, limitación del tamaño de la familia y programación de los nacimientos.

Objetivos de enfermería en la Planificación Familiar

Además de objetivos globales de la planificación familiar los servicios de enfermería tienen finalidad propia en esta área:

- Ser sensible a las necesidades de control de la natalidad de la mujer o la pareja.
- Conservar la objetividad al hablar de los métodos de control de la natalidad, incluso cuando se trate de esterilización y aborto.
- Orientar a la mujer sobre todo los métodos de control de la natalidad.
- Ofrecer ampliar información sobre el método elegido por la mujer.
- Permitir a la paciente tomar una decisión informada.
- Animar a la paciente a buscar ayuda cuando se le presente dudas o problemas.
- Estar a disposición de la paciente cuando necesite consejo o ayuda.

Para una buena planificación familiar, se necesita un concepto básico sobre métodos anticonceptivos.

2.2.4. Métodos anticonceptivos.

Serie de procedimientos utilizando. Objetos, medicamentos, conocimientos o intervenciones quirúrgicas, con el fin de evitar, principalmente el embarazo no deseado.

Aunque no existe un método anticonceptivo perfecto, todas las parejas en edad fértil y sexualmente activas deben emplear alguna forma de control de natalidad si no desean que se produzca un embarazo en el futuro inmediato, puesto que, de lo contrario, lo más probable es que ello ocurra en el plazo de seis a un año.

Clasificación de los métodos anticonceptivos

La clasificación en 2 grandes grupos: Temporales y Definitivos

Naturales

- Método del Ritmo
- Método del Moco cervical
- Método de Lactancia Materna
- Método Retiro (Coito Interrumpido)
- Método Temperatura Basal.

Artificial

- Barrera: Preservativo o condón

Espermicida

Diafragma

Hormonales: Orales, Inyectables, Implantes Norplant

Mecánicos: DIU

Definitivo Ligadura Trompas

Irreversibles Vasectomía

Métodos Temporales ó Reversibles

I) Métodos Naturales.-

Se basan en la abstinencia durante el periodo periovulatoria del ciclo menstrual.

1.- Método del Ritmo.- Es un método que consiste en evitar las relaciones cóitales durante el periodo fértil del ciclo menstrual. El método funciona en mujeres que son irregulares en su regla. No protege del contagio de las ETS.

Se basa en la presunción de que los ciclos menstruales son relativamente constantes, de modo que tal que controlando varios ciclos anteriores se puede predecir el periodo fértil de los siguientes. Ejemplo:

- Si el periodo menstrual consta de 28 días. El 14 día es el día en que se presenta la ovulación, para esto la mujer contará con 3 días antes y 3 días después de este para evitar tener relaciones cóitales durante este periodo.
- Ya que este periodo al que se considera Periodo Fértil.

2.- Método del Moco Cervical.- Requiere conocer los cambios del moco cervical a largo del ciclo menstrual.

Se basa en la presencia de mucosidad en la vagina. Consiste en tomar entre el dedo índice y pulgar un poco de moco cervical (sustancia del fondo vaginal) y separar dichos dedos todo lo que sea posible para observar la elasticidad del moco. Si este se estira más que en los días anteriores, en que era escaso y espeso, indica que está por producirse la ovulación. Por lo tanto se debe evitar tener relaciones cónitales durante este periodo. No protege del contagio de ETS / SIDA.

El moco favorece la supervivencia de los espermatozoides y facilitan su tránsito del cuello del útero o la matriz y luego a las trompas de Falopio donde se produce la fecundación

Este moco fértil tiene las siguientes características:

Acuoso, adherente, resbaladizo, húmedo, abundante, claro, fino y filante, delgado, elástico, continua siendo lubricante,

El moco no fértil tiene las siguientes características:

Sensación de sequedad.

Aumento de la coloración amarillenta

Blanquecina, Consistente.

3.- Método de Lactancia Materna.- Basada en el hecho en que durante la lactancia se produce en la mujer un aumento de la hormona llamado prolactina, que suprime la ovulación, por tanto se impide el embarazo durante este periodo, requiere que la mujer cumpla condiciones durante la lactancia.

Amamantar de 10 - 12 veces durante el día y la noche (lactancia exclusiva).

No menstruar.

Estar en los primeros 6 meses posteriores del parto.

El método de la amenorrea de la lactancia (MELA) es el uso de la lactancia como método anticonceptivo. Este se basa en el efecto fisiológico de amamantar para suprimir la ovulación. Con el fin de utilizar la lactancia como método anticonceptivo eficaz, se requiere que la madre alimente a su bebe sólo leche materna o, que por lo menos, amamante en casi todas comidas. Además, el/la bebe debe tener menos de seis meses.

Indicación

Toda mujer que amamante plenamente que este en amenorrea, utiliza este método el cual es efectivo hasta 6 meses después del parto. Puede utilizarse como método introductorio de planificación familiar, desde el post - parto inmediato y durante la lactancia, protegiendo a esta y obteniendo los beneficios de la infertilidad material que ella provoca, a través de la supresión hormonal de la ovulación.

Ventajas

- Esta disponible universalmente.
- Es muy eficaz en por lo menos un 98 %.
- La protección comienza inmediatamente después del parto.
- Ofrece múltiples beneficios de salud a la madre y al lactante.
- No se requieren productos ni suministros, por lo que carece de costo.
- Se considera una conexión para el uso de otros anticonceptivos.

- Se basa en prácticas religiosas y culturales establecidas universalmente.
- Mejora los factores de lactancia materna y destete.

Desventajas

- El patrón de lactancia puede ser difícil de mantener.
- No protege contra los ITS (Infección de Transmisión Sexual). Incluida la infección por el Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH).
- La duración del método es limitada.
- Es útil solo para mujeres en el posparto que estén amamantando.

4.- Método del Coito Interrumpido (Retiro).- Es un método de planificación familiar tradicional en el que el hombre retira el pene completamente de la vagina antes de eyacular. A consecuencia de ello, los espermatozoides no entran en la vagina y se impide la fertilización.

No hay cifras exactas de su uso que esta influido por patrones culturales.

Mecanismos de acción

Para su empleo eficaz el hombre debe predecir el momento en que la eyaculación es inminente y debe retirar el pene para que el semen eyaculado no entre en contacto con la vagina y ni con los genitales externos de la mujer. Esto es debido a que en la vulva pueda haber moco cervical que facilita la movilización de los espermatozoides hacia la parte superior del tracto genital femenino.

Generalmente antes de la eyaculación se produce la expulsión de un líquido (secreción prostática) que se ha discutido; se podría generar un embarazo. Algunos investigadores sostienen que este líquido no tiene el número suficiente de espermatozoide para producir una fertilización y sería comparable a una oligospermia severa en caso de esterilidad.

Tasa de fallo

De 25 embarazos por cada 100 mujeres.

Ventajas

- Es simple.
- No requiere supervisión profesional.
- No tiene costo.
- Es accesible en todo momento y circunstancia.

Desventajas

1.- El retiro incompleto a tardío durante el periodo fértil de la mujer incrementa la probabilidad de embarazo no deseado, obviamente al retiro tardío fuera del periodo fértil femenino no ocasiona embarazo.

2.- Requiere alta motivación en ambos miembros de la pareja ya que el hombre debe retirarse interrumpiendo todo contacto corporal con su pareja en momentos de máxima excitación sexual. Esto influye en la aceptabilidad del método.

3.- La apreciación de que el retiro produciría trastornos neuróticos no esta suficientemente avalada. Debe evitarse producir iatrogénica con este concepto.

4.- Los urólogos mencionan este método como causante de congestión de la próstata y los ginecólogos como causante de congestión pélvica, todo lo cual tampoco tiene sólida demostración científica.

5.- Está constituida en los casos que hay poco control sobre la eyaculación (eyaculación prematura o en adolescentes).

5.- Método de temperatura Basal.- Este Método se basa en el hecho de que el momento de la ovulación, la temperatura aumenta.

Desde que empieza a aumentar la temperatura debe evitarse tener relaciones cóitales hasta dos o tres días después de observar en el termómetro la elevación de la temperatura en 3- 5 líneas. Esta elevación indica que se ha producida la ovulación.

Por lo tanto, no se debe tener relaciones cóitales en estos días.

No protege el contagio de la ETS/SIDA.

Toma de la Temperatura.

- La temperatura se debe tomar en la mañana, antes de levantarse de la cama, entre 6 y 8 am, de preferencia después de haber dormido tranquilamente ocho horas.
- Debe utilizarse un termómetro controlado. Hay que sacudirlo para que el mercurio baje al fondo. Debe ser siempre el mismo termómetro.

- Al inicio la temperatura debe ser tomada todos los días sin excepción, inclusive durante las reglas, siempre en la misma forma y a la misma hora.
- Además de la temperatura, deberá anotarse todo incidente eventual que pudiera hacerla variar, resfriados, alteración estomacal, otros malestares.
- Conviene anotar la fecha de relaciones sexuales.
- El termómetro debe permanecer en la boca de 4 a 5 minutos, o en el recto por 3 minutos.
- Al evaluar la curva de temperatura basal, se establece el día ovulatorio observando los días que ha aumentado. Luego para el periodo de abstinencia se cuenta 3 días antes y después.

La pareja debe tener coito

Desde el primer día del sangrado menstrual hasta 3 días después de la elevación mencionada y de haberse mantenido por ese lapso en valores alcanzados. Una vez que supero este tiempo, la pareja puede tener relaciones sexuales.

II.- Métodos Artificiales

A) Métodos de Barrera.-

Ofrecen un obstáculo mecánico que impiden al semen ponerse en contacto con el cerviz. Se recomienda para parejas con baja frecuencia coital, especialmente para jóvenes solteros, con relaciones sexuales ocasionales, siempre y cuando eviten el coito en los días de mayor fertilidad;

protegiéndose, así mismo, contra muchas enfermedades de transmisión sexual como el Sida e incluso el Cáncer de Cerviz (en el caso del condón).

1.- Preservativo o Condón.- Es un anticonceptivo para uso masculino el cual es fabricado por látex muy delgado y resistente. Se colocan sobre el pene erecto. Los condones masculinos pueden ser tratados con espermicida para ofrecer mayor protección. Los condones masculinos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los microorganismos (ETS, incluyendo el VIH SIDA) pasen de un miembro de la pareja al otro.

Acción del Condón

- Impide que el semen entre en la vagina.
- Evita la transmisión de enfermedades venéreas

Beneficios o Ventajas colaterales del condón.

- Prevenir de infecciones vaginales o transmitidas por contacto sexual y, posiblemente, de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Mayor comodidad y placer sexual con los dispositivos lubricados.
- Inclusión del condón en el juego sexual.
- Reducción de títulos de anticuerpos en las parejas en que la mujer los produzca contra los espermatozoide se su compañero.

Es un Método:

- Accesible con una amplia posibilidad de distribución comunitaria.
- Prácticamente sin efectos secundarios.

- Protege efectivamente contra ETS/VIH - Sida.
- Es reversible.
- Es de relativamente bajo costo.
- Posible efecto en la prevención del cáncer de cuello uterino.
- Puede ser utilizado como método único de apoyo a otros métodos.
- Permite la participación de los hombres en la responsabilidad de la planificación familiar.

Desventajas:

Para el Usuario:

- Interrumpe el acto sexual para su colocación: interrupción del juego previo.
- “Incomodidad” del método.
- Reducción de la sensibilidad masculina y femenina.
- Dificultad de mantener erección.
- Disminución en el disfrute de la relación sexual.
- “Mal” Concepto del Método.
- Conceptos errados sobre eficacia y efectos secundarios.

Complicaciones

Están dadas por el escape de semen debido a rotura accidental del condón, accidente absolutamente impredecible para el usuario.

Instrucciones para el Hombre

Para saber si un condón está en buen estado, y puede ser usado, hay que ver:

Primero debe fijarse que el sobre no esté roto o dañado.

Antes de abrirlo revise si se mantiene la sensación de “almohadilla de aire” del sobre.

El condón estará en buen estado si no han pasado más de 5 años. Fíjese en la fecha de fabricación que aparece junto a las letras MDF. En algunos condones, al lado EXP aparece el año hasta que se puede usar; no use el condón después de ese año.

Abra el sobre del condón con las manos y por el borde para no dañarlo. No lo haga con los dientes, tijera, navaja.

Colocar el condón desde el inicio de la relación sexual (coito) cuando ocurre la erección, pues puede haber semen previamente en el conducto uretral o puede haber eyaculación precoz.

Hacerlo antes que entre en contacto con la vagina. Coloque el condón en la punta del pene cuando todavía está duro, y despléguelo “córralo” poco a poco hasta cubrir todo el pene; evitar formación de burbujas.

Colocación del condón, demostrando el espacio del extremo que será el reservorio del semen.

- Al colocárselo apriete la punta del condón. Evite que el condón se llene de aire para que no se rompa.
- No use cremas con aceites (como la clásica vaselina) para “humedecer” el condón, porque deterioran el látex y se puede romper. Si se necesita (Lubricante usar uno a base de agua).
- al terminar la relación sexual coital, coja la “boca” del condón con los dedos y retire el pene de la vagina antes que se ponga placido “se muera”, tal como lo indica en el dibujo.
- O También después de la eyaculación retirar al pene inmediatamente de la vagina, sosteniendo el preservativo por su base para evitar que éste se salga y evitar así que se derrame el semen.
- Anudar el preservativo antes de tirarlo.
- bote el condón usado. No lo vuelva a utilizar.
- usar un nuevo condón en cada coito.
- Debe usarse en todas las relaciones sexuales independientemente del momento del ciclo menstrual en que se encuentre la mujer.
- Guarde el condón en donde no se maltrate. No lo ponga en la billetera ni en el bolsillo trasero del pantalón. Puede guardarse en el bolsillo de la camisa.

B).- Métodos Hormonales.

1.- Anticonceptivos Orales.- Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son pastillas que contienen las hormonas estrógenos y progestina. Estas pastillas se toman diariamente. También existen solo de progestágeno. Los

AOC suprimen la ovulación, espesan el moco cervical (impidiendo la penetración de los espermatozoides), cambian el endometrio (haciendo la implantación menos posible), y reducen el transporte de espermatozoide al tracto genital superior (trompas de Falopio).

Mecanismo de Acción

El mecanismo de acción de los ingredientes del comprimido es su efecto sobre el hipotálamo, que suprime la función ovárica para evitar la ovulación. El estrógeno inhibe la ovulación, el transporte del ovulo y la conservación del cuerpo amarillo. El progestágeno influye en la ovulación, el moco cervical, la capacitación y el transporte e implantación del ovulo.

***A.Orales Combinados.-** aquellas píldoras que poseen una combinación de progestágenos y estrógenos debe ser administrado por personal administrado, son de ingesta diaria.

En los siguientes ciclos:

En los paquetes de 21 pastillas reinician luego de 7 días de haber terminado el ciclo anterior.

En el paquete de 28 pastillas se reinicia la toma inmediatamente luego de terminar el paquete anterior.

Efectos Secundarios más frecuentes

- Amenorrea.
- Goteo/ sangrado vaginal anormal.
- Náuseas mareos, vómitos

- Aumento de peso.
- Cefalea persistente y/o progresiva.

Instrucciones para la mujer.

- Tome una píldora cada día si es posible a la misma hora.
- La primera píldora debe tomarla en el 1er y 5to día desde que comenzó su menstruación.
- Si vomito ½ hora después de haber tomado la pastilla tómese otra.
- Si tiene diarrea o vómito durante mas de dos días use por seguridad durante los siguientes 7 días.
- si se olvida de tomar una píldora, tómela apenas se acuerde, puede tomar 2 píldoras en un mismo día.
- Si se olvida de tomar 2 o mas píldoras comience a tomar 1 nuevo paquete y use por seguridad los siguientes 7 días otro método anticonceptivo como condón.

***A. Orales no Combinados (de Progestágeno)**

Son aquellos que poseen solo progestágeno.

Efectos Secundarios más frecuentes

- Amenorrea.
- Sangrado / goteo irregular
- Cefalea

- Nauseas, mareos y Vómitos
- Aumento de peso

Instrucciones para la mujer.

- Desde el comienzo tome la píldora todos los días a la misma hora. Si se retrasa 2 o más horas en tomarlas, pierde su efecto y no la protege.
- si después de ½ hora después de haber tomado la píldora vomita debe tomar otra píldora.
- durante los 2 ó 3 primeros meses es normal que pueda haber cambios en su menstruación. Estos cambios no son peligrosos y no necesitan tratamiento.

Pueden sangrar más o menos de lo normal.

Su menstruación se puede adelantar o atrasar.

Puede tener pequeño sangrados además de su menstruación.

- Algunas mujeres pueden aumentar de peso, sentir dolor de cabeza o dolor en las mamas. Estas molestias desaparecen de a pocos y no son peligrosas.
- Las medicinas para los ataques de epilepsia y la TBC pueden hacer que las píldoras no tengan efecto. Informa a su profesional de Salud si esta tomando o va a tomar estas medicinas.
- si usted uso este método no es necesario que vaya a controlarse.
- Cuando acabe con su paquete de píldora empiece a tomar uno.

Ventajas de la Píldora

Fácil de Utilizar.

Reduce las molestias pre menstrual - buena tolerancia.

Desventajas de las Píldoras

Es menos eficaz que los anticonceptivos orales combinados.

Produce efectos secundarios (primordialmente alteración del patrón de sangrado menstrual, como hemorragias por supresión menstrual irregular e intensa, y amenorrea.

Requiere el empleo de un método de refuerzo durante los tres primeros meses.

Se asocia con una mayor incidencia de vaginitis por monilias o por candida.

2.- Inyectables

Consiste en la aplicación intramuscular de sustancias hormonales que inhiben la ovulación.

***Combinado.-** Los dos anticonceptivos inyectables combinados (AIC), Ciclofen y Mesigina, son inyecciones de las hormonas estrógeno y progestina, las cuales son administradas una vez al mes.

Los AIC suprimen la ovulación, espesan el moco cervical (impidiendo la penetración de los espermatozoides), cambian el endometrio (haciendo la implantación menos probable), y reducen el transporte de espermatozoide al tracto genital superior (trompas de Falopio).

Se usa cada 30 días con intervalos de 27 a 33 días, se administra en la región glúteo o deltoidea sin realizar masaje post - aplicación.

Tasa de Fallo

De 0.5 a 1 embarazo por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Instrucción para la Mujer

- El efecto dura 1 mes.
- No se olvide de regresar al centro o puesto de salud cada mes para que le pongan su inyectable o ampolla.
- Durante el primer año de su uso puede aumentar de peso hasta 1 Kg.
- Puede tener dolor de los senos y dolor de cabeza, son molestias normales.
- Durante los 2 - 3 primeros meses es normal y pueden haber cambios en su regla, estos cambios no son peligroso y no necesitan tratamiento.
- Su menstruación se puede adelantar o puede tener pequeños sangrados fuera de los días de su regla.

*** No Combinado (Progestágenos)**

- Se administra cada 3 meses pudiendo adelantarse hasta 2 semanas o en caso de olvido aplicarlo con una demora de 2 semanas.
- Administrar en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje por aplicación.

Tasa de Falla

De 0.3 a 0.4 embarazo por cada 100 mujeres en el primer años de uso.

Instrucción para la Mujer

- Regrese al establecimiento de salud cada 3 meses para la nueva aplicación.
- Durante los primeros 2 ó 3 meses ampollas puede haber cambios en su menstruación, estos cambios no son peligrosos y no necesitan tratamiento.
- Su menstruación puede desaparecer.
- Puede tener pequeños sangrados durante algunos días.
- Algunas mujeres pueden aumentar de peso, sentir dolor de cabeza o dolor en las mamas. Estas molestias van a desaparecer de a poco.
- Si deja de usar este método puede demorar hasta 14 meses en quedar embarazada.
- La ampolla no causa esterilidad.

2.3. Planteamiento de hipótesis.

2.3.1. Hipótesis General

Con la identificación oportuna del impacto que producen los embarazos en adolescentes en el entorno familiar y social se podrían generar programas de capacitación dirigido a las adolescentes y familiares sobre temas relacionados al problema.

2.3.2. Hipótesis específicas.

Identificando el entorno familiar y social de las embarazadas adolescentes se generarían modificaciones que permitan mejorar su estilo de vida.

Con la identificación oportuna de los métodos anticonceptivos eficaces se implementarían programas de consejería para las adolescentes con lo que reduciría el índice de embarazos en la adolescencia.

Si las adolescentes elevaran su nivel de conocimiento sobre métodos de planificación familiar disminuirían los embarazos no deseados.

2.4. Operacionalización de las hipótesis específicas

Hipótesis Específica # 1.– Identificando el entorno familiar y social de las embarazadas adolescentes se generarían modificaciones que permitan mejorar su estilo de vida.

Concepto	Categoría	Variable	Indicador	Escala de Clasificación
<p>Se refiere a aquellas personas que conviven entre sí, unidos por un vínculo biológico o adoptivo que creó entre ellas una comunidad de afecto y protección mutua.</p> <p>Es la cultura en la que el individuo fue educado y vive abarcando a las personas e instituciones con las que interactúa de forma regular.</p> <p>Es aquel embarazo que se produce en una mujer entre la adolescencia o pubertad.</p>	<p>Entorno Familiar</p> <p>Entorno social</p> <p>Embarazo Adolescente</p>	<p>V.I</p> <p>Entorno familiar y social de las embarazadas adolescentes</p>	<p>Factores predisponentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Crecer en condiciones pobres o precarias • Crecer sin la compañía de su padre, madre o ambas • Falta de educación por parte de los padres • Falta de educación por parte del personal de salud. • Vivir en comunidades donde los embarazos tempranos son comunes • Uso de alcohol y drogas • Sus madres a su vez les han dado a luz a edad temprana
<p>Es el conjunto de actividades y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos.</p>	<p>Estilo de vida</p>	<p>V.D</p> <p>Estilo de vida</p>	<p>Ámbitos del comportamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sedentarismo • Consumo de sustancias tóxicas • Alimentación • Comportamiento sexual adolescente • Relaciones interpersonales

Hipótesis Específica # 2.- Con la identificación oportuna de los métodos anticonceptivos eficaces se implementarían programas de consejería para las adolescentes con lo que reduciría el índice de embarazos en la adolescencia.

Concepto	Categoría	Variable	Indicador	Escala de Clasificación
Es aquel que impide o reduce las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual.	Métodos anticonceptivos	V.I Métodos anticonceptivos eficaces	Tipos de métodos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> • Preservativo • Píldoras anticonceptivas • Inyecciones anticonceptivas • Parches anticonceptivos • Anticonceptivos Subdermicos
Es el periodo que transcurre entre la implantación en el útero del ovulo fecundado y el momento del parto en cuanto a los cambios físicos, fisiológicos, que se producen en la mujer.	Embarazo	V.D Embarazos en la adolescencia	Factores de riesgos	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de información sobre métodos anticonceptivos. • Comportamiento sexual adolescente. • Diferencia de edades en las relaciones sexuales. • Curiosidad • Falta de madurez • Consumo de alcohol y drogas • Abuso sexual. • Nacimiento prematuro.

Hipótesis Específica # 3.– Si las adolescentes elevaran su nivel de conocimiento sobre métodos de planificación familiar disminuirían los embarazos no deseados.

Concepto	Categoría	Variable	Indicadores	Escala de Clasificación
<p>Hechos o datos de información adquiridas por una persona a través de la experiencia o la educación.</p> <p>Es el conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre que están orientadas al control de la reproducción.</p>	<p>Conocimiento</p> <p>Planificación Familiar</p>	<p>V.I</p> <p>Nivel de conocimiento sobre planificación familiar</p>	<p>Beneficios</p> <p>Frecuencia de los controles obstétricos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reducen abortos • Previenen ITS • Previene embarazos no deseados. • Crecimiento de la población controlable • 1 vez al mes • Cada 2 meses • Cada 3 meses • Ninguno
<p>Es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos.</p>	<p>Embarazo no deseado</p>	<p>V.D</p> <p>Embarazos no deseados</p>	<p>Consecuencia</p> <p>Medidas preventivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aborto • Abandono • Rechazo • Culpabilidad • Deserción escolar • Dependencia Familiar. • Educación sexual • Elección y promoción de métodos anticonceptivos • Abstinencia

CAPITULO III

3.- METODOLOGIA

3.1. Tipo de investigación

Se realizó un estudio retrospectivo por el tiempo de ocurrencia de los hechos y el registro de información, También se enmarca en la investigación de campo debido a que los hechos serán verificados en el mismo lugar donde se presenta el problema; descriptiva porque se analiza la situación dada desde el lugar de los hechos. Todo esto con el objetivo de identificar el impacto que producen los embarazos en adolescentes en el entorno familiar y social en pacientes que acuden al Centro Materno Infantil de la ciudad de Babahoyo durante el primer semestre del año 2012.

3.2. Universo y Muestra

3.2.1 Universo

El universo lo constituyen las 141 embarazadas adolescentes atendidas en el primer semestre del año 2012.

3.2.2. Muestra

Se realizó un muestreo aleatorio simple que consiste en: del total de las embarazadas adolescentes que acudieron a la consulta se consideró el 30% para la muestra lo que equivale a 42 embarazadas adolescentes.

3.3. Métodos y técnicas de recolección de información

3.3.1. Métodos

Método científico: nos permite a través de la conceptualización situar la determinación de objetivos para el establecimiento de la relación causa efecto en el campo de la investigación.

Método analítico sintético: facilita la separación en partes del objeto de estudio y la identificación del campo de acción afectado por el problema para llegar a la toma de decisiones en cuanto a su solución mediante el objetivo general presente en el trabajo investigativo.

Método inductivo-deductivo: nos permite en cada fase de la investigación pasar de lo general a lo particular y viceversa, cuyo resultado han sido los cinco capítulos de la tesis.

3.3.2. Técnicas

Para la recolección de la información se utilizó:

Técnicas primarias:

- Encuesta.

Técnicas secundarias:

- Análisis de contenidos bibliográficos.
- Revisión de historias clínicas.

3.4. Recursos empleados

Humanos:

- Investigadores.
- Personal de estadística del centro materno-infantil de la ciudad de Babahoyo.
- Las adolescentes embarazadas atendidas durante el periodo de Enero a Junio del año 2012.

Materiales:

- Historias clínicas de las pacientes.
- Materiales de oficina.
- Datos estadísticos de adolescentes embarazadas atendidas en este establecimiento.
- Encuestas para la recolección de información.

3.5. Procedimiento

En esta parte de la ejecución del proceso de investigación se cumplió con las siguientes actividades:

- Con nuestra directora de investigación, revisamos las características y connotaciones del proyecto investigativo.
- Se acudió a la institución y se le dio a conocer a la directora el objetivo de la investigación, así mismo se entregó el oficio y el consentimiento informado para poder obtener información estadística.
- Se escogieron a las personas que fueron objeto de la investigación, en el presente caso embarazadas adolescentes que acuden a la consulta externa y se les propuso colaborar de forma voluntaria en el estudio.

- Se elaboraron encuestas las cuales constan de 15 preguntas de tipo abiertas y cerradas.
- Antes de la distribución de las preguntas se presentó el tema y los objetivos que pretendíamos, dándoles a conocer que todos los datos obtenidos en las encuestas serian totalmente confidenciales.
- Con la información recolectada procedimos a la presentación de los datos resultantes mediante gráficos estadísticos tipo pasteles y tablas. Para su análisis se utilizó medidas de frecuencia relativa como los porcentajes que resumirán la importancia de la investigación.
- Con los resultados y conclusiones se formuló una propuesta como alternativa de solución a la problemática social del objeto de estudio.

CAPITULO IV

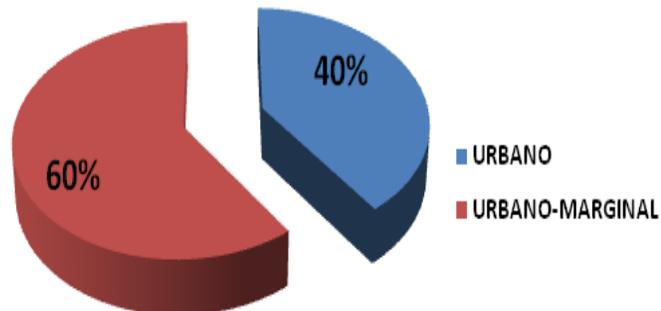
4. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

4.1. Tabulación e interpretación de datos

4.1.1. Tabulación e interpretación de datos proporcionados por las Embarazadas Adolescentes que acuden a la Consulta Externa del Centro Materno Infantil de la ciudad de Babahoyo.

1.- ¿Mencione su lugar de procedencia?

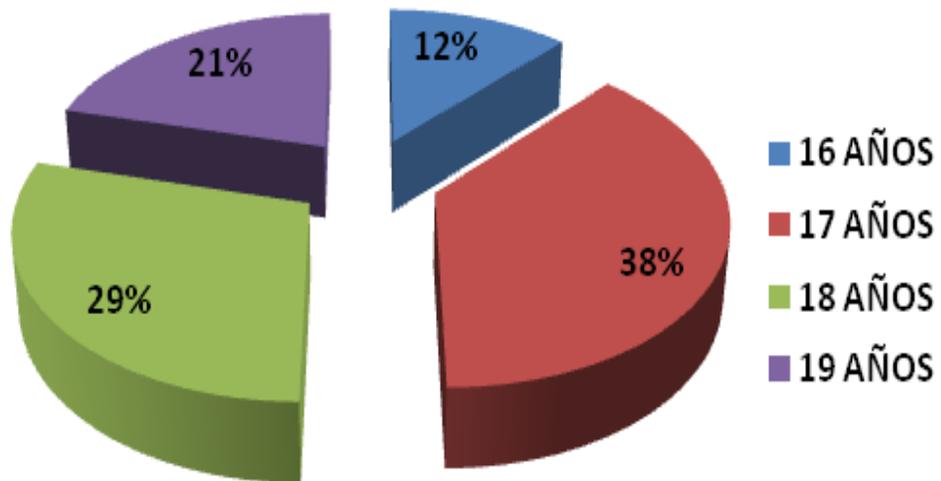
CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbano	17	40%
Urbano-marginal	25	60%
TOTAL	42	100%



Análisis.- El 60% de las adolescentes atendidas en el Centro Materno Infantil proceden de zonas urbano-marginales de la ciudad de Babahoyo, lo cual refleja que realmente existe mayor tendencia al embarazo de las adolescentes residentes en estas zonas.

2.- ¿Cuántos Años tiene?

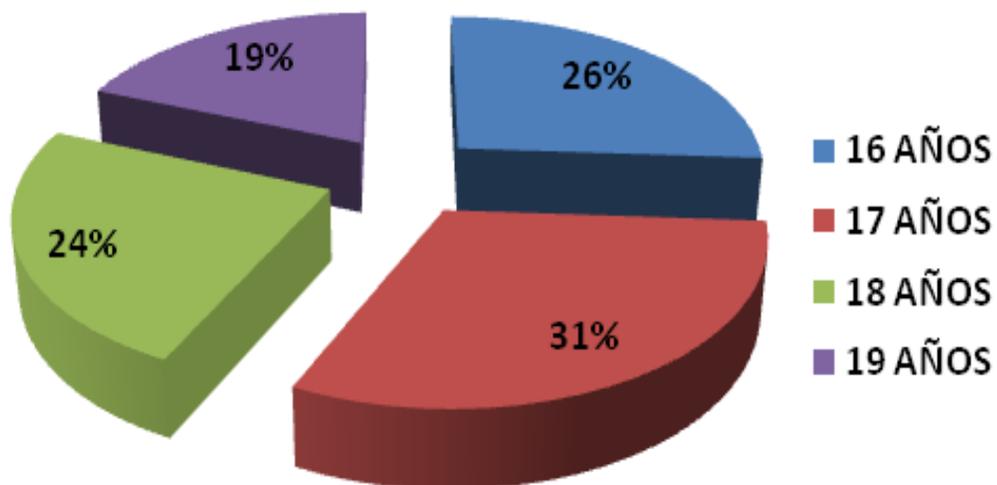
CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
16 años	5	12%
17 años	16	38%
18 años	12	29%
19 años	9	21%
TOTAL	42	100%



Análisis.- Cabe mencionar que se considera un embarazo en la adolescencia desde los 11 años hasta los 19 años. En el gráfico se observa que la edad mínima es de 16 años y la máxima es de 19 años que tiene nuestra muestra. El mayor número de adolescentes se encuentra en el rango de edad de 17 años con un 38%, seguido de un 29% de 18 años, el 21% de 19 años y el menor número se encuentran en el rango de edad de 16 años con el 12%.

3.- ¿A qué edad inicio su vida sexual?

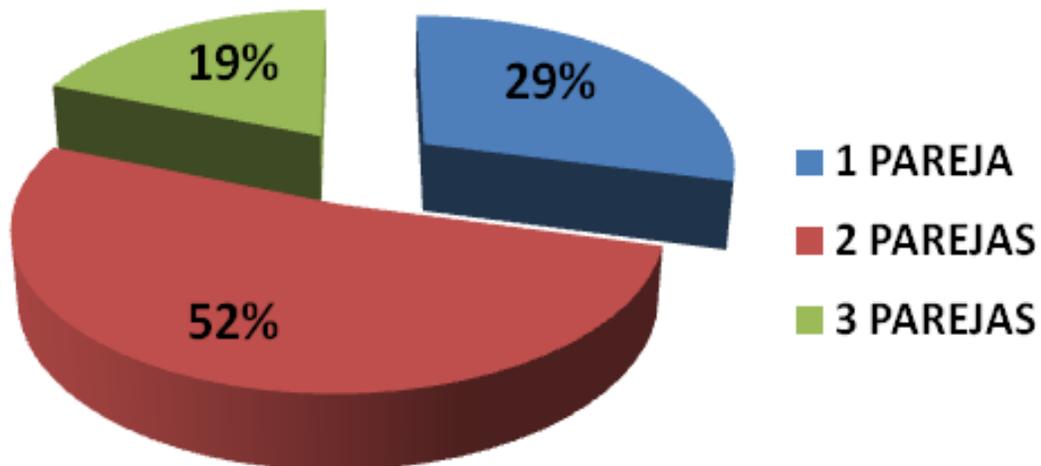
CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
16 años	11	26%
17 años	13	31%
18 años	10	24%
19 años	8	19%
TOTAL	42	100%



Análisis.- La edad promedio de inicio de relaciones sexuales manifestada por las adolescentes es de 17 años alcanzando un 31%, seguido del 26% que inicio a los 16 años, el 24% a los 18 años y un 19% que inicio a los 16 años.

4.- ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

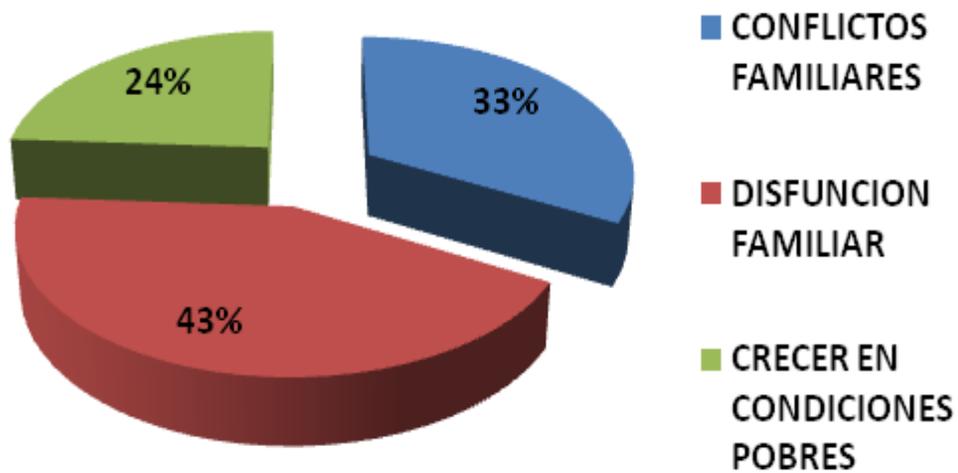
CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 pareja	12	29%
2 parejas	22	52%
3 parejas	8	19%
TOTAL	42	100%



Análisis.- En cuanto al número de parejas sexuales es evidente que la categoría de mayor relevancia corresponde a un 52% de las adolescentes que han tenido 2 compañeros sexuales, luego un 29% que ha tenido un compañero sexual y el 19% que han tenido 3 compañeros sexuales, lo que se puede decir con base a los resultados de este estudio se identifica que cada vez más los adolescentes están en riesgo de contraer un embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual.

5.- ¿Describe el entorno donde vive?

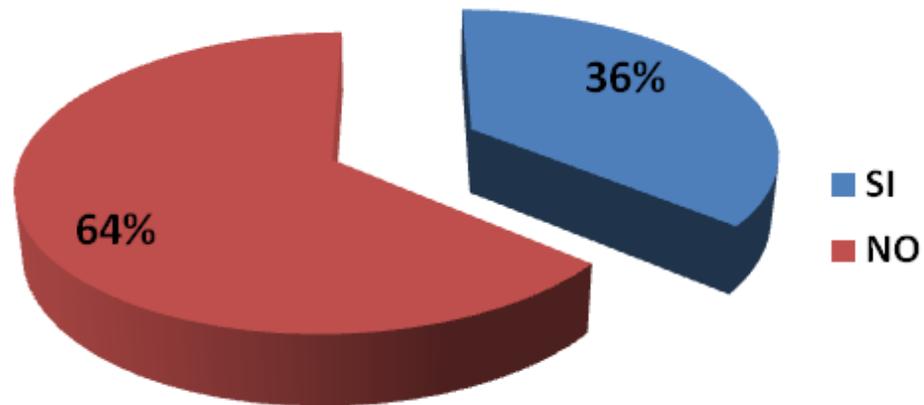
CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Conflictos familiares	14	33%
Disfunción familiar	18	43%
Crece en condiciones pobres	10	24%
TOTAL	42	100%



Análisis.- En este indicador nos podemos dar cuenta que las adolescentes están menos orientadas a tomar decisiones teniendo en cuenta la opinión de sus padres puesto que el 43% de las embarazadas adolescentes crecieron sin la compañía de su padre, madre o ambos, el 33% manifestó que vivía rodeada de conflictos familiares y el 24% creció en condiciones pobres.

6.- ¿Utilizó algún tipo de método anticonceptivo?, si su respuesta es afirmativa conteste la siguiente pregunta, caso contrario déjela en blanco.

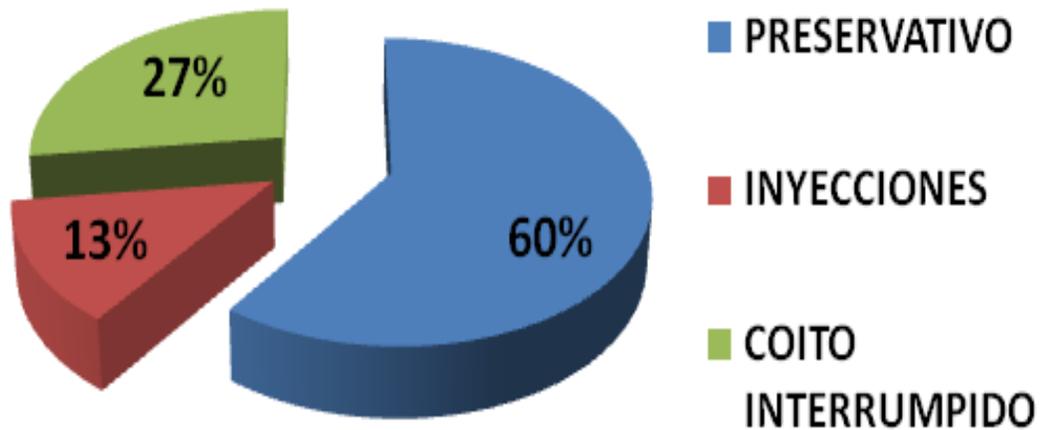
CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	15	36%
No	27	64%
TOTAL	42	100%



Análisis.- El inicio temprano de relaciones sexuales en los adolescentes suele ser espontanea y no planeada lo cual dificulta la decisión de utilizar un método anticonceptivo; de hecho el 64% de los adolescentes tuvieron relaciones sexuales sin protección anticonceptiva, mientras que tan solo el 36% restante usó algún método anticonceptivo.

7.- ¿Qué tipo de método anticonceptivo utilizó?

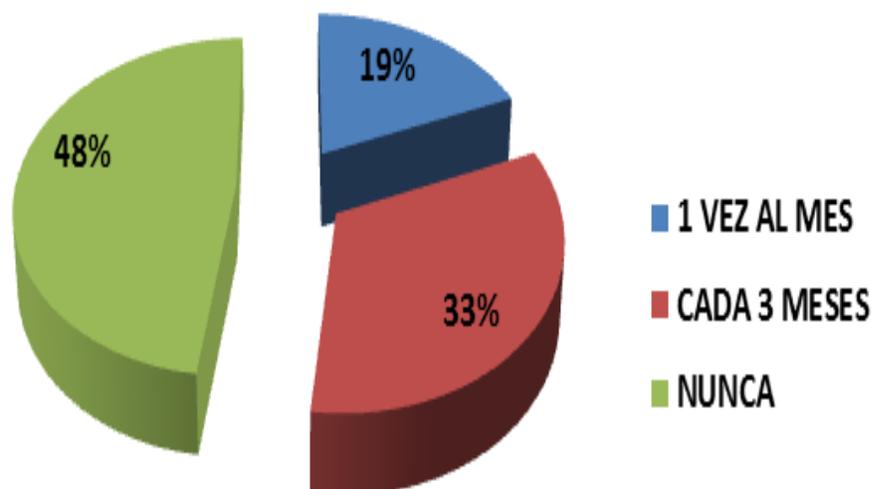
CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Preservativo	9	60%
Inyecciones	2	13%
Coito interrumpido	4	27%
TOTAL	15	100%



Análisis.- En relación a la preferencia de métodos anticonceptivos utilizados por las adolescentes el preservativo es el método más utilizado en un 60%, seguido del coito interrumpido en un 27%, y las inyecciones en un 13%.

8.- ¿Con que frecuencia acudía a los controles obstétricos?

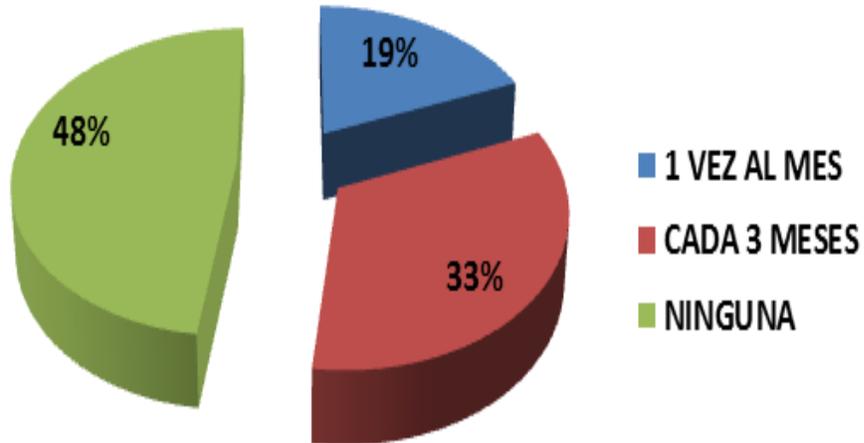
CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 vez al mes	8	19%
Cada 3 meses	14	33%
Nunca	20	48%
TOTAL	42	100%



Análisis.- En este indicador podemos apreciar que el 48% de las adolescentes embarazadas no acudían a los controles obstétricos, el 33% acudía cada 3 meses y tan solo el 19% cada mes.

9.- ¿Con que frecuencia el personal de salud le ha brindado Charlas, consejerías u otro tipo de información sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos en la unidad de salud?

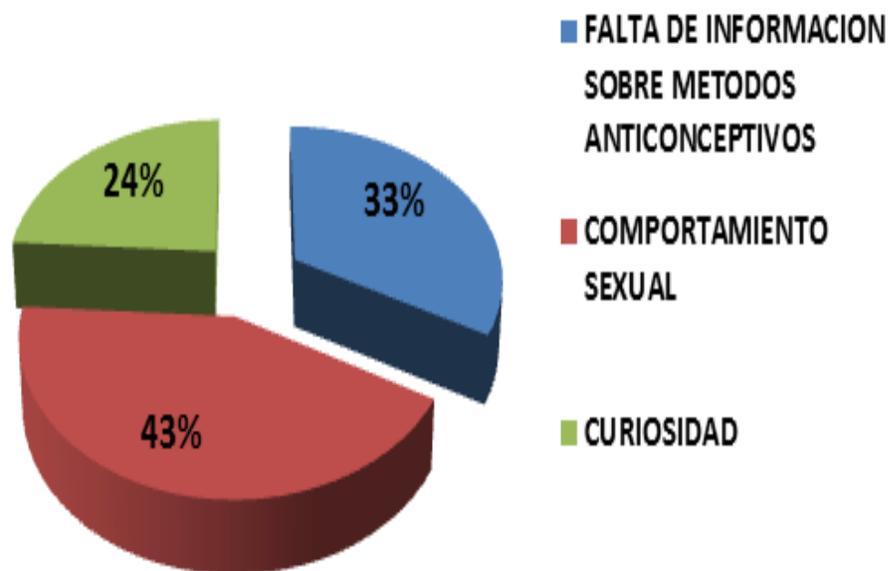
CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 vez al mes	8	19%
Cada 3 meses	14	33%
Ninguna	20	48%
TOTAL	42	100%



Análisis.- En este indicador nos podemos dar cuenta que el 48% de las adolescentes embarazadas no recibieron charlas, consejería u otro tipo de información sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos por lo que no acudían a la unidad de salud, mientras que el 33% recibía cada 3 meses y el 19% una vez al mes.

10.- ¿Cuál cree usted que fue la causa de su embarazo?

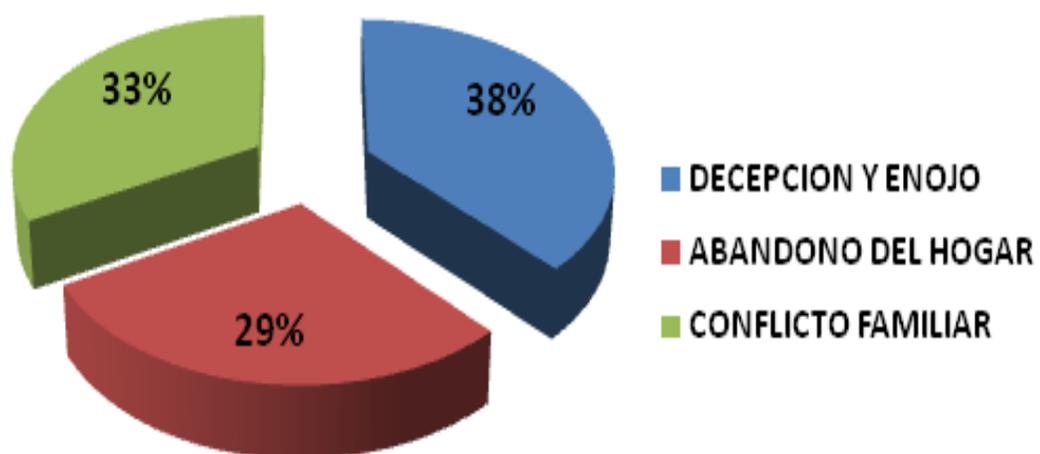
CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Falta de información sobre métodos anticonceptivos	14	33%
Comportamiento sexual	18	43%
Curiosidad	10	24%
TOTAL	42	100%



Análisis.- Al preguntar a las adolescentes embarazadas cual cree que fue la causa de su embarazo el 43% menciono que fue por su comportamiento sexual, el 33% a causa de falta de información de métodos anticonceptivos y el 24% por curiosidad.

11.- ¿Cuál fue la reacción de sus padres al enterarse que usted estaba embarazada?

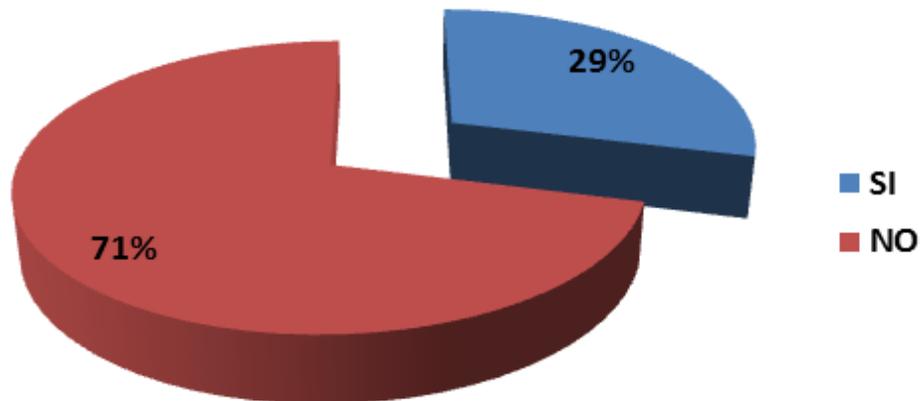
CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Decepción y enojo	16	38%
Abandono del hogar	12	29%
Conflicto familiar	14	33%
TOTAL	42	100%



Análisis.- En este indicador nos podemos dar cuenta que el 38% de los padres de las adolescentes al enterarse que su hija estaba embarazada reaccionaron con decepción y enojo, el 33% formaron un conflicto familiar y el 29% en que deben de abandonar el hogar.

12.- ¿En la actualidad se encuentra estudiando, si su respuesta es negativa mencione por qué?

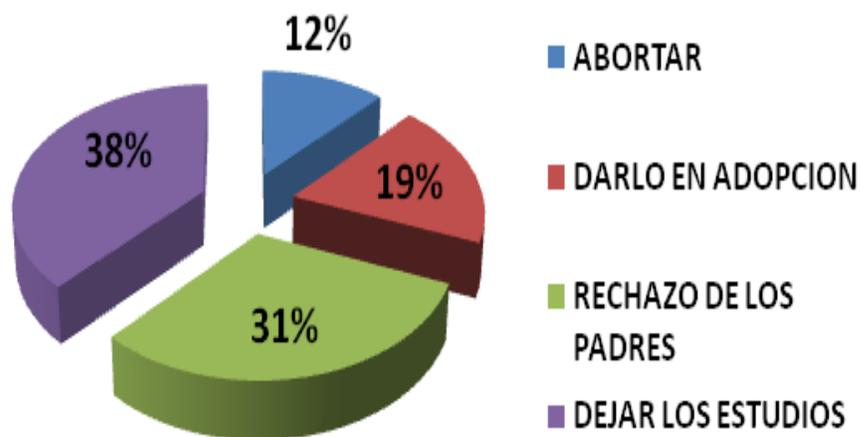
CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	12	29%
No	30	71%
TOTAL	42	100%



Análisis.- En este indicador nos podemos dar cuenta que el 71% de las adolescentes embarazadas han dejado sus estudios debido a la discriminación en las instituciones educativas, mientras que tan solo el 29% continua estudiando.

13.- ¿Cuándo se enteró que estaba embarazada en que pensó usted?

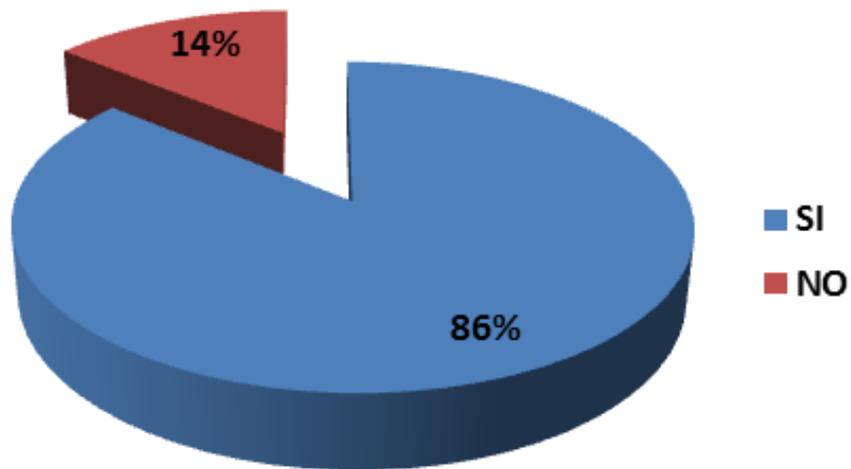
CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Abortar	5	12%
Darlo en adopción.	8	19%
Rechazo de los padres	13	31%
Dejar los estudios	16	38%
TOTAL	42	100%



Análisis.- En este indicador nos podemos dar cuenta que el 38% de las adolescentes al enterarse que estaban embarazadas pensaron en dejar los estudios, el 31% pensó en el rechazo de sus padres, el 19% en darlo en adopción y el 12% en abortar pero no lo hicieron.

14.- ¿Cree usted que su embarazo influye negativamente en el entorno familiar y social, si su respuesta es afirmativa mencione porque?

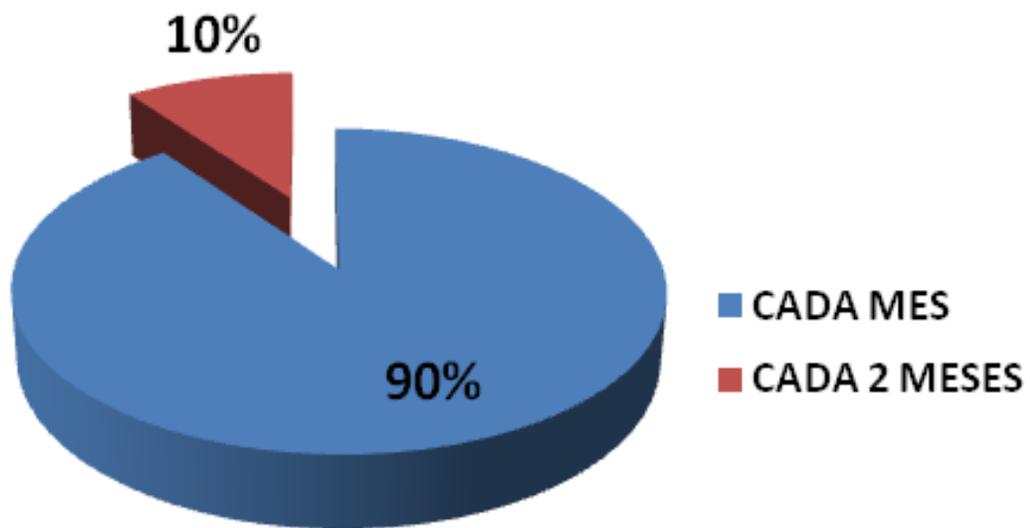
CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	36	86%
No	6	14%
TOTAL	42	100%



Análisis.- En este indicador nos podemos dar cuenta que el 86% de las adolescentes embarazadas si creen que influyen negativamente en el entorno familiar y social porque se crean conflictos familiares, perdida de comunicación con los padres, deserción escolar y menor accesibilidad a un trabajo adecuado.

15.- ¿Con que frecuencia acude a los controles prenatales?

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cada mes	38	90%
Cada 2 meses	4	10%
TOTAL	42	100%



Análisis.- como podemos observar en el grafico la gran mayoría (90%) de las embarazadas adolescentes acuden cada mes a los controles prenatales lo cual es de gran importancia por lo que se previenen complicaciones que se puedan presentar durante el embarazo o en el parto.

4.2. Comprobación y discusión de hipótesis

Con la recopilación de datos, la tabulación y el análisis pudimos demostrar que nuestro tema de investigación: “Los Embarazos en adolescentes y su impacto en el entorno familiar y social en pacientes que acuden al Centro Materno Infantil de la ciudad de Babahoyo durante el primer semestre del año 2012”, sirvió para confirmar la validez de algunas hipótesis planteadas en nuestra investigación ya que identificando oportunamente del impacto que produce los embarazos en adolescentes en el entorno familiar y social se podrían generar programas de capacitación dirigido a las adolescentes y familiares sobre temas relacionados al uso de métodos de planificación familiar.

Por otra parte un factor que juega un papel muy importante el entorno donde crecen los adolescentes como por ejemplo crecer sin la compañía de su padre, madre o ambos, vivir en comunidades donde los embarazos en adolescentes son comunes y a otros factores, algunos de los cuales tiene como origen la información errónea, al ser suministrada sin los conocimientos suficientes sobre temas y que adquieren los adolescentes ya sea a través de los amigos, medios de comunicación entre otros.

4.3. Conclusiones

En el presente estudio del impacto que produce los embarazos en adolescentes en el entorno familiar y social en pacientes que acuden al Centro Materno Infantil de la ciudad de Babahoyo durante el segundo semestre del año 2012, de acuerdo a las variables estudiadas se obtuvieron las siguientes conclusiones:

1.- Según el grupo etáreo de 16 a 19 años, las adolescentes atendidas en el C.M.I. cuya edad oscila entre los 17 años registra como el grupo de mayor frecuencia con un 38% de atención, la mayoría proceden de la zona urbano-marginal de Babahoyo con el 60%, debido a la migración que existe en la ciudad influenciada por el desempleo y falta de apoyo de sus familiares, de las cuales el 71% no estudia y solo un 21% sigue estudiando.

2.- La gran mayoría coinciden que su primera relación sexual la tuvieron entre los 16 a 17 años en un 57%, y que el 71% han tenido entre 2 a 3 parejas sexuales, lo que concluye que en nuestro medio existe una alta tasa de promiscuidad influenciada por la falta de orientación sexual desde sus hogares, o por el libertinaje que se observa en la actualidad en nuestras comunidades; quizá por lo cual el 64% nunca utilizó algún método anticonceptivo lo que hace que aumente el riesgo de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual. Y tan solo el 36% restante si utilizó un método anticonceptivo mencionando el preservativo como método de elección.

3.- Las adolescentes están cada vez menos orientadas a tomar decisiones teniendo en cuenta la educación y opinión por parte de sus padres hecho que se refleja en que el 100% de las embarazadas adolescentes crecieron en un entorno inadecuado como es el de vivir rodeada de conflictos

familiares, crecer en condiciones pobres y sin la compañía de su padre, madre o ambos. Además de que no recibieron charlas, consejería u otro tipo de información sobre métodos de planificación familiar en la unidad de salud debido a que no asistían a los controles obstétricos.

4.- El embarazo de una adolescente impacta directamente sobre la familia, provocando nuevas cargas y una crisis que desequilibra transitoriamente la homeostasis familiar o agrava los patrones de disfuncionalidad previos (alcoholismo, violencia, migración). En algunas ocasiones se presentan dificultades en los vínculos familiares, pérdida de la comunicación con los padres lo que les lleva a matrimonios de corta duración o quedan con el estigma de ser madres solteras.

5.- En el entorno social tienen menor instrucción por el alto índice de deserción escolar, menor accesibilidad a un trabajo adecuado y estable, mal remuneradas, explotadas, llevándoles a conseguir un trabajo no acorde a su edad.

4.4. Recomendaciones

1.- Desde el área educación para la salud involucrar y aumentar la participación de las adolescentes con el personal de salud para que las temáticas referentes a educación sexual y reproductiva sean brindadas de manera completa en cuanto al uso correcto de métodos de planificación familiar impulsando una sexualidad sana y segura.

2.- Se debe incluir la educación sexual como materia en todos los centros de enseñanza en las escuelas, colegios y universidades tanto públicos como privados, por personas capacitadas en este ámbito, para así asegurar la enseñanza de los deberes y derechos de los adolescentes para con su sexualidad.

3.- Se hace necesario dar charlas de educación sexual a los padres de familia de las adolescentes para que ellos desde su hogar, orienten a sus hijos a promover una vida sexual responsable y que sea satisfactoria a su vida futura.

4.- Es necesario que todos los niveles de atención de salud aumenten sus esfuerzos para mejorar la calidad y cantidad de controles obstétricos y prenatales y promover un programa multidisciplinario de educación ante-parto en conjunto con los obstetras, ginecólogos, psicólogos y enfermeras para evitar complicaciones en los embarazos adolescentes que se pudieran presentar.

5.- A nivel de todas las unidades de salud promover la obligatoriedad del llenado correcto y completo de la hoja de Anamnesis, perinatal, y el formulario 0.56 de atención al adolescente, para la recolección de información en forma más precisa y permitan identificar con mayor rapidez los factores de riesgo de cada individuo. Para lo cual es preciso realizar

auditorías periódicas para verificar el cumplimiento de la norma, y de esta manera mejorar su registro estadístico.

4.5. Presupuesto

Cuentas	Dólares
Borrador de tesis.....	15.00
Gastos de transporte.....	12.00
Materiales.....	04.00
Trabajos en computadora.....	02.50
Copias.....	09.00
Impresión del trabajo.....	32.00
Empastado de tesis.....	24.00
Cds y quemada de cds.....	03.50
Otros egresos.....	07.00
Total.....	\$109.00

CAPITULO V

5. PROPUESTA ALTERNATIVA

Plan de capacitación en Educación Sexual y Reproductiva, prevención de embarazos precoces e infecciones de transmisión sexual dirigida a los adolescentes y padres de familia de los sectores urbano-marginales de la ciudad de Babahoyo.

5.1. Presentación

La educación para la prevención del embarazo no deseado en adolescentes e infecciones de transmisión sexual, constituyen motivo de preocupación para quienes observamos cada vez más la falta de orientación acerca de los métodos anticonceptivos y las insuficientes estrategias que hay para la prevención de este gran problema que afecta a nuestra sociedad, teniendo sus consecuencias en los ámbitos psicológicos y fisiológicos, sociales y familiares del adolescente.

Al observar los medios de comunicación audiovisual y leer la prensa, podríamos enumerar diferentes problemáticos en nuestra familia, desde el abandono, migración y maltrato infantil, las madres solteras, el alcoholismo, la falta de la orientación de los padres en el hogar, el hambre, la pobreza y

las enfermedades, la carencia de empleo y la exclusión social no son más que algunos de los graves problemas que confrontan diariamente las familias de nuestra sociedad.

Dada la magnitud y trascendencia de este problema, que ataca, fundamentalmente la población de la edad de la adolescencia vemos importante y necesario implantar en jóvenes adolescentes información sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, lo que nos permitirá reforzar su madurez psicosocial ampliando sus conocimientos y desarrollando influencias positivas que hagan la concientización en la importancia de este tema.

5.2. Objetivos

5.2.1. Objetivo general

Promover una nueva cultura de salud sexual basada en los derechos humanos, en el ejercicio libre, informado y placentero de las sexualidades, en la convivencia y diálogo de las diversidades, en el aprecio entre las personas y en la creatividad resultante de todo ello, así como garantizar el acceso a servicios incluyentes de salud sexual y reproductiva con calidad y calidez.

5.2.2. Objetivos específicos

- Promover la comunicación familiar entre los jóvenes y sus padres, proporcionando la orientación sobre sexualidad que ambos necesiten.
- Difundir valores de respeto, responsabilidad reproductiva y equidad de género entre jóvenes y adolescentes, y el convencimiento de posponer los embarazos hasta una etapa de la vida en la que puedan hacer frente al compromiso de ser padres y madres.

- Desarrollar actitudes positivas hacia la salud sexual juvenil en las comunidades en donde se implementa el Programa.
- Garantizar la participación de los adolescentes y padres de familia en los procesos de toma de decisiones, en el diseño de políticas y de programas juveniles.

5.3. Contenidos

- Salud sexual.
- Salud reproductiva.
- Anatomía sexual masculina y femenina.
- Ciclo menstrual
- Desarrollo sexual.
- Fantasía sexual.
- Infecciones de transmisión sexual
- Planificación familiar.
- Métodos anticonceptivos.
- Proceso de fecundación.
- Embarazo en la adolescencia.
- Embarazo no deseado.
- Aborto.
- Derechos sexuales y reproductivos.

5.4. Descripción de los aspectos operativos de la propuesta

Se realizarán charlas educativas, talleres con los participantes con el desarrollo de dinámicas dependiendo del tema a tratarse, proyección de videos educativos, realización de evaluación mediante la aplicación de un cuestionario al inicio y a la finalización de la intervención. La metodología utilizada se basara en la siguiente planificación:

Proceso que incide la aplicación de la propuesta	Tipos de estrategias
Evaluación de conocimientos previo a la ejecución de la propuesta	Pre – test
Análisis de los resultados	Información generada de la aplicación del pre – test
Difusión de resultados	Reunión con el personal de salud de la unidad operativa
Capacitación a los adolescentes y padres de familia	Modalidad taller
Evaluación de la ejecución de la propuesta	Post – test

5.5. Recursos

ACTIVIDAD	RECURSO HUMANO	RECURSO MATERIAL	RECURSO FINANCIERO
Análisis, revisión y aprobación de la propuesta.	Personal de salud.	-----	-----
Coordinación de acciones.	Personal de salud.	-----	-----
Evaluación de conocimientos previo a la ejecución de la propuesta.	Personal de salud. Adolescentes. Padres de familia.	Hojas. Esferográficos. Impresiones	\$ 10,00
Presentación de los resultados del diagnóstico.	Personal de salud	Alquiler de equipo audiovisual.	\$ 20,00
Capacitación a los adolescentes y padres de familia.	Personal de salud. Adolescentes. Padres de familia.	Trípticos, afiches. Esferográficos. Hojas. Papel periódico. Marcadores.	\$ 60,00
Evaluación de la ejecución de la propuesta	Personal de salud	-----	-----
		TOTAL	\$ 90,00

5.6. Cronograma de ejecución de la propuesta

ACTIVIDAD	1ER MES			2DO MES				3ER MES				
Análisis, revisión y aprobación de la propuesta.	■											
Coordinación de acciones.		■										
Evaluación de conocimientos previo a la ejecución de la propuesta.			■									
Presentación de los resultados del diagnóstico.				■								
Capacitación a los adolescentes y padres de familia.				■	■	■	■	■	■	■	■	■
Evaluación de la ejecución de la propuesta												■

CAPITULO VI

6. BIBLIOGRAFIA

- Aramaya RM, Yacsic W. Embarazo y adolescencia. Rev Boliv Ginecol Obstet 1985; 8(2): 16-9.
- BULLOUGH, B. y BULLOUGH, V. Anticonceptivos para adolescentes. Diario de Asistencia Médica Pediátrica 5 (5): 237-244. Sep.-octubre. 1991.
- EDWARDS, S.R. El papel de hombres en toma de decisiones anticonceptiva: conocimiento corriente y futuras implicaciones. Perspectivas de Planificación familiar 26 (2): 77-82. Abril-marzo. 1994.
- FORREST, J.D. Comportamiento reproductivo adolescente: una comparación internacional de países desarrollados. Anticipos en Salud Mental Adolescente 4: 13-34. 1990. 160. FORREST, J.D.
- www.hoy.com.ec/libro6/joven1/jo09.htm
- es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_adolescente
- med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html
- www.farmagecuatoriana.com/descargas/prensa/ENIPLA.pdf
- html.rincondelvago.com/planificacion-familiar_3.html

CAPITULO VII

7. ANEXOS

**ANEXO # 1: Ficha de encuesta aplicada a las Embarazadas
Adolescentes que acuden a la Consulta Externa del Centro Materno
Infantil de la ciudad de Babahoyo.**

Datos estadísticos.

Parroquia: Camilo Ponce

Entrevistador: Yomaira Coello- Maddelyn Cotto

1. ¿Mencione su lugar de procedencia?

2. ¿Cuántos Años tiene?

3. ¿A qué edad inicio su vida sexual?

4. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

5. ¿Describa el entorno donde vive?

6. ¿Utilizó usted algún tipo de método anticonceptivo, si su respuesta es afirmativa conteste la siguiente pregunta, caso contrario déjela en blanco?

Si () No ()

7. ¿Qué tipo de método anticonceptivo utilizo?

8. ¿Con que frecuencia acudía a los controles obstétricos?
 - a) 1 vez al mes
 - b) Cada 3 meses
 - c) Nunca

9. ¿Con que frecuencia el personal de salud le ha brindado Charlas, consejerías u otro tipo de información sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos en la unidad de salud?

- a) Cada consulta
- b) Cada mes
- c) Cada 3 meses
- d) Ninguna

10. ¿Cuál cree usted que fue la causa de su embarazo?

- a) Falta de información sobre métodos anticonceptivos
- b) Curiosidad
- c) Consumo de alcohol y drogas
- d) Abuso sexual
- e) otro

11. ¿Cuál fue la reacción de sus padres al enterarse que usted estaba embarazada?

12. ¿En la actualidad se encuentra estudiando, si su respuesta es negativa mencione por qué?

Si ()

No ()

.....

13. ¿Cuando se entero que estaba embarazada en que pensó usted?

- a) Aborto
- b) Culpabilidad
- c) Abandono del padre del niño(a)
- d) Rechazo de los padres.
- e) Otro.

14. ¿Cree usted que su embarazo influye negativamente en el entorno familiar y social, si su respuesta es afirmativa mencione por qué?

Si ()

No ()

15. ¿Con que frecuencia acude a los controles prenatales?

- a) 1 vez al mes
- b) 2 veces al mes
- c) Cada 3 meses

ANEXO # 2: MATRIZ DE RELACIONES PROBLEMAS, OBJETIVOS, HIPOTESIS

TEMA: Los Embarazos en adolescentes y su impacto en el entorno familiar y social en pacientes que acuden al Centro Materno Infantil de la Ciudad de Babahoyo durante el primer semestre del año 2012.

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL
¿Cuál es el impacto que producen los embarazos en adolescentes en el entorno familiar y social en pacientes que acuden al Centro Materno Infantil de la Ciudad de Babahoyo durante el primer semestre el año 2012?	Identificar el impacto que producen los embarazos en adolescentes en el entorno familiar y social en pacientes que acuden al Centro Materno Infantil de la Ciudad de Babahoyo durante el primer semestre del año 2012.	Con la identificación oportuna del impacto que producen los embarazos en adolescentes en el entorno familiar y social se podrían generar programas de capacitación dirigido a las adolescentes y familiares sobre temas relacionados al problema.
PROBLEMAS DERIVADOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPOTESIS ESPECIFICAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué influencia tiene el entorno familiar y social en las embarazadas adolescentes que acuden al Centro Materno Infantil de la Ciudad de Babahoyo durante el primer semestre del año 2012? 2. ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos utilizados por las adolescentes que acuden al centro Materno Infantil de la Ciudad de Babahoyo durante el primer semestre del año 2012? 3. ¿De qué manera el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre métodos de planificación familiar influye en los embarazos en pacientes que acuden al Centro Materno Infantil de la Ciudad de Babahoyo durante el primer semestre del año 2012? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar el entorno familiar y social de las embarazadas adolescentes que acuden al Centro Materno Infantil de la Ciudad de Babahoyo durante el primer semestre del año 2012. 2. Identificar los métodos anticonceptivos utilizados por las adolescentes que acuden al Centro Materno Infantil de la Ciudad de Babahoyo durante el primer semestre del año 2012. 3. Medir el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre métodos de planificación familiar y su influencia en los embarazos en pacientes que acuden al Centro Materno Infantil de la Ciudad de Babahoyo durante el primer semestre del año 2012. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificando el entorno familiar y social de las embarazadas adolescentes se generarían modificaciones que permitan mejorar su estilo de vida. 2. Con la identificación oportuna de los métodos anticonceptivos eficaces se implementarían programas de consejería para las adolescentes con lo que reduciría el índice de embarazos en la adolescencia. 3. Si las adolescentes elevaran su nivel de conocimiento sobre métodos de planificación familiar disminuirían los embarazos no deseados.

ANEXO # 3: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	jul-12				ago-12				sep-12				oct-12				nov-12				dic-12				ene-13	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Selección de tema																										
Entrega de tema																										
Selección y Ubicación del Universo																										
Revisión y Análisis de Historias Clínicas																										
Entrevista con Directora de la Tesis																										
Elaboración de Instrumentos																										
Aplicación de Encuestas																										
Análisis y Tabulación de Resultados																										
Análisis del Borrador de la Tesis																										
Primera Revisión																										
Segunda Revisión																										
Tercera Revisión																										
Cuarta Revisión																										
Revisión Final																										
Entrega de Tesis																										
Sustentación de Tesis																										