



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**

**DISEÑO DE UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN  
EDUCATIVA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN  
ADOLESCENTES DEL BARRIO CENTRAL, 2015 – 2016.**

**AUTORA: VERÓNICA ELIZABETH VELOZ VERA**

**TUTOR: DRA. VIVAN HERRERA GÓMEZ**

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

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**Riobamba – Ecuador**

**Diciembre, 2016**



## CERTIFICACIÓN:

EL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, “DISEÑO DE UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL BARRIO CENTRAL, 2015 – 2016”, de responsabilidad de la Médica Verónica Elizabeth Veloz Vera, ha sido prolijamente revisado y se autoriza su presentación.

Tribunal

Dra. María de los A: Roger Reyes

**PRESIDENTE**

---

Dra. Vivian Herrera Gómez.

**DIRECTORA**

---

Dra. Diana Belkis Mujica González.

**MIEMBRO**

---

Dra. Soini González Gámez.

**MIEMBRO**

---

Riobamba, 2016.

## DERECHOS INTELECTUALES

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

---

FIRMA

1804158010

## **DEDICATORIA**

A mi padre Celso Veloz, del que nunca faltó el apoyo, la fé, y la sabiduría.

A mi esposo Rómulo Ulloa, por ser el pilar fundamental sobre el que he construido mi vida, por su paciencia, dulzura, y amor infinito.

A mi hijo Sebastián Nicolai, por ser mi inspiración y el motor que impulsa cada uno de mis pasos.

A los tres hombres de mi vida les dedico el éxito de esta investigación.

Verónica

## AGRADECIMIENTO

A Dios por iluminar mi camino y estar siempre presente en los momentos difíciles de mi vida.

Al Economista Rafael Correa Delgado, Presidente de la República del Ecuador, por su visión de futuro, en relación a la importancia de incorporar especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, para contribuir a mejorar los indicadores de salud en el país.

A la Misión Médica Cubana por su labor desinteresada y solidaria con los pueblos de Latinoamérica.

De forma muy especial a mi tutora MsC. Dra. Vivian Herrera Gómez por su entrega, constancia y desvelo para juntas poder culminar esta importante meta.

A mis tutores y profesores de formación, Dra. Marlene del Valle, Dr. Rubén García, Dr. Félix Martínez Soto, Lic. Natasha Pérez, Dra. Soini González Gámez, Dra. Clara Alejandrina Rodríguez, Dra. María de los Ángeles Roger Reyes, Dra. Dayli Ortiz, a todos ellos gracias por confiar en mí, por ayudarme a convertirme en mejor profesional y persona.

Al Centro de Salud Materno Infantil Carlos Julio Arosemena Tola, por brindarme las facilidades para mi desempeño estudiantil, y la realización de esta investigación.

A mis queridas amigas, Mónica Jimbo y Lorena Figueroa, por su apoyo y amistad desinteresada, y haberme enseñado la importancia del trabajo en equipo.

Verónica

# ÍNDICE

Contenido	Págs.
PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
DERECHOS INTELECTUALES.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE.....	vi
LISTA DE TABLAS.....	x
RESUMEN.....	xi
SUMMARY.....	xii

## CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Justificación.....	5
1.3 Objetivos.....	6
1.4 Hipótesis.....	7

## CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	8
2.1 Antecedentes del problema.....	8
2.2 Bases teóricas.....	10
2.2.1 <i>Adolescencia</i> .....	10
2.2.1.1 <i>Adolescencia temprana (10 a 13 años)</i> .....	10
2.2.1.2 <i>Adolescencia media (14 a 16 años)</i> .....	11
2.2.1.3 <i>Adolescencia tardía (17 a 19 años)</i> .....	11

2.2.2 Sexualidad en la adolescencia .....	11
2.2.3 Embarazo adolescente .....	12
2.2.3.1 <i>Complicaciones obstétricas</i> .....	12
2.2.3.2 <i>Complicaciones neonatales</i> .....	13
2.2.4 Planificación familiar .....	14
2.2.5 Anticoncepción en la adolescencia .....	16
2.2.5.1 <i>Requisitos anticoncepción en la adolescencia</i> .....	17
2.2.6 Tipos de métodos anticonceptivos .....	18
2.2.6.1 <i>Métodos de barrera</i> .....	18
2.2.6.1.1 <i>Preservativo femenino</i> .....	18
2.2.6.1.2 <i>Preservativo masculino</i> .....	19
2.2.6.1.3 <i>Espermicidas</i> .....	20
2.2.6.1.4 <i>Diafragma</i> .....	20
2.2.6.1.5 <i>Esponja vaginal</i> .....	21
2.2.6.2 <i>Métodos hormonales</i> .....	21
2.2.6.2.1 <i>Anticoncepción hormonal combinada</i> .....	21
2.2.6.2.1.1 <i>Anticoncepción hormonal combinada oral</i> .....	21
2.2.6.2.1.2 <i>Anticoncepción hormonal combinada transdérmica</i> .....	22
2.2.6.2.1.3 <i>Anticoncepción hormonal combinada vaginal</i> .....	22
2.2.6.2.1.4 <i>Anticoncepción hormonal combinada inyectable</i> .....	23
2.2.6.2.2 <i>Anticoncepción hormonal solo con progestina</i> .....	23
2.2.6.2.2.1 <i>Anticoncepción hormonal oral</i> .....	23
2.2.6.2.2.2 <i>Anticoncepción hormonal inyectable e implante subdérmico</i> .....	23
2.2.6.2.3 <i>Anticoncepción de emergencia</i> .....	24
2.2.6.3 <i>Dispositivos intrauterinos</i> .....	24
2.2.6.4 <i>Métodos quirúrgicos</i> .....	25
2.2.6.5 <i>Métodos naturales</i> .....	25
2.2.6.6 <i>Abstinencia</i> .....	26
2.2.7 Bioética en la anticoncepción .....	26

### CAPÍTULO III

3.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	28
3.1	Universo y muestra .....	28
3.2	Criterios de inclusión .....	28
3.3	Criterios de exclusión.....	28
3.4	Operacionalización de Variables.....	30
3.5	Técnicas de recolección de datos primario y secundario.....	34
3.6	Instrumentos de recolección de datos primarios y secundarios.....	34
3.7	Validación de la encuesta.....	35
3.8	Instrumentos para procesar datos recopilados.....	35
3.9	Aspectos éticos.....	36

### CAPÍTULO IV

4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	37
----	-----------------------------	----

### CAPÍTULO V

5.	PROPUESTA.....	52
5.1	Datos Informativos.....	52
5.2	Antecedentes de la Propuesta.....	53
5.3	Justificación.....	54
5.4	Objetivos.....	55
5.5	Análisis de Factibilidad.....	55
5.6	Fundamentación Teórico - Científica.....	56
5.7	Metodología.....	56
	CONCLUSIONES.....	95
	RECOMENDACIONES.....	96



BIBLIOGRAFÍA  
ANEXOS

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1-4:</b> Distribución según grupo de edad y sexo.....	37
<b>Tabla 2-4:</b> Distribución según etnia y sexo.....	39
<b>Tabla 3-4:</b> Distribución según religión.....	40
<b>Tabla 4-4:</b> Distribución según instrucción y sexo.....	41
<b>Tabla 5-4:</b> Distribución según ocupación y sexo.....	43
<b>Tabla 6-4:</b> Distribución según estado civil y sexo.....	44
<b>Tabla 7-4:</b> Conocimientos sobre planificación familiar y sexo.....	45
<b>Tabla 8-4:</b> Conocimientos sobre planificación familiar y grupo de edad.....	47
<b>Tabla 9-4:</b> Conocimientos sobre planificación familiar y vida sexual.....	48
<b>Tabla 10-4:</b> Conocimientos sobre planificación familiar y embarazo.....	49
<b>Tabla 11-4:</b> Conocimientos sobre planificación familiar y prácticas sexuales.....	51

## **RESUMEN**

Se diseñó una propuesta de intervención educativa sobre planificación familiar en adolescentes del Barrio Central, del Cantón Carlos Julio Arosemena Tola, Provincia del Napo. Se realizó un estudio de corte transversal, observacional, descriptivo, correlacional, con un enfoque cuantitativo, y con una modalidad de campo. El universo estuvo constituido por 45 adolescentes que fueron el total de la población de estudio, en edades comprendidas de 10 a 19 años de edad, del Barrio Central, en el período comprendido de abril 2015 a mayo del 2016. Los materiales utilizados para la recolección de la información fueron una encuesta confeccionada por el autor. Dando como resultado que el 51,1% fue del sexo masculino (23) y el 48,9% del sexo femenino (22). El 62,2% de los adolescentes (28) estuvo ubicado en la adolescencia media de 14 a 16 años. De estado civil soltero un 48,9% (22). Etnia mestiza 62,2% (28) y religión católica 80% (36). Con conocimientos sobre planificación familiar no satisfactorios en un 97,8% (44). En cuanto a las prácticas sexuales no adecuadas, se observó que el 92,8% de los adolescentes tuvieron conocimientos no satisfactorios. Predominaron los adolescentes del sexo masculino, en edades entre los 14 a 16 años, sexo masculino, solteros, mestizos y católicos. Con conocimientos sobre planificación familiar no satisfactorios y prácticas sexuales no adecuadas. Por lo que se recomienda implementar esta intervención educativa sobre planificación familiar en los adolescentes estudiados.

**PALABRAS CLAVES:** <TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS>, <MEDICINA FAMILIAR>, <ADOLESCENTES><PLANIFICACIÓN FAMILIAR><INTERVENCIÓN EDUCATIVA><CONOCIMIENTOS EDUCATIVOS><PRÁCTICAS SEXUALES>

## **SUMMARY**

The present investigation was carried out with aim for designing a proposal about educational intervention on family planning in adolescents at Central District, Carlos Julio Arosemena Tola canton, Napo province. A cross - sectional, descriptive, correlational, quantitative, and field study was performed. The population consisted of 45 adolescents who were the total population, aged between 10 and 19 years from Central District, between April 2015 to May 2016. The methodology used was the validated survey through the statistical program SPSS version 20; As a result 51.1% adolescents were male (23) and 48.9% were female (22). 62.2% adolescents' (28) were between the ages 14 and 16 years old - a single civil status, 48.9% (22), and mestizo ethnicity 62.2% (28); With knowledge of unsatisfactory family planning 97.8% (44). With regard to inappropriate sexual practices, it was observed that 92.8% (92) had unsatisfactory knowledge. It is concluded that male adolescents, aged 14 to 16 years old, single and mestizo, with knowledge about unsatisfactory family planning and sexual practices were not suitable. It is recommended the development of associated research for implementation this educational intervention.

**KEYWORDS:** <ADOLESCENTS MIDDLE AGE> <FAMILY PLANNING>  
<EDUCATIONAL INTERVENTION> <SEXUAL PRACTICES> <CENTRAL  
(BARRIO)> <CARLOS JULIO AROSEMENA TOLA (CANTON)> <NAPO  
(PROVINCE)>

# CAPÍTULO I

## 1. INTRODUCCIÓN

Los adolescentes constituyen un grupo muy susceptible para la práctica de relaciones sexuales de riesgo entre las más relevantes destacan los embarazos no deseados, abortos y el contagio de infecciones de transmisión sexual. Es por ello la necesidad de un conocimiento exacto acerca de planificación familiar que permita la decisión libre, consciente y voluntaria de los adolescentes para determinar cuándo y cuántos hijos quieren tener, mediante la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos y el conocimiento de su sexualidad, protegiendo con ello su salud sexual y reproductiva, todo esto a través de personal calificado para este fin como el médico familiar y comunitario.

La finalidad de la planificación familiar es reducir la morbi-mortalidad materna y neonatal, que las parejas disfruten plenamente de su sexualidad, protegidos contra infecciones de transmisión sexual, lográndose así una paternidad y maternidad responsables. Este conocimiento puede considerarse como un derecho humano y como un medio para aumentar las opciones que los adolescentes tienen en sus vidas de forma responsable.(Cancino et al., 2015)

La falta de información acerca de planificación familiar en la adolescencia aporta muchos problemas sociales y de salud pública en el país, como son los embarazos no deseados, complicaciones obstétricas, complicaciones neonatales, trastornos psicológicos y el contagio de enfermedades de transmisión sexual, incrementando con esto los índices de pobreza y marginación que azotan a la población.(UNICEF, 2011)

La evolución de la gestación en la adolescencia continúa siendo un problema importante para los profesionales de la salud, pues el embarazo en este período de la vida, tiene

trascendentales consecuencias sociales y de salud sobre la madre adolescente y su hijo, entre las más significativas destacan, la anemia, la enfermedad hipertensiva, la desnutrición, las hemorragias obstétricas, la prematuridad neonatal, el bajo peso al nacer, y la falta de preparación de estas madres para afrontar la maternidad y educación de sus hijos.

(Gutiérrez et al., 2013)

Existe anualmente a nivel mundial cerca de 13 millones de niños hijos de madres adolescentes, la mitad de estos nacimientos ocurren especialmente en países como Bangladesh, Brasil, República del Congo, Etiopía, Nigeria, e India, lo que se traduce en el 95% de estos partos en países en vías de desarrollo. El Ecuador no se exime de esta realidad, en donde 2 de cada 10 partos son de adolescentes y 4 de cada 10 mujeres tuvieron su primer hijo en la adolescencia, siendo este uno de los países con mayor índice de embarazos adolescentes en la región andina. (Villacís et al., 2011)

A nivel mundial el desconocimiento acerca de planificación familiar es baja en países desarrollados, sin embargo este desconocimiento es alto y emergente en países en vías de desarrollo como los de América latina, África, Asia, y el Caribe, aunque no se establecen con claridad cifras exactas, pero es una problemática evidente que golpea con gran magnitud a esta población susceptible. (UNICEF, 2011)

En cuanto al conocimiento sobre planificación familiar en Ecuador desde el 2009 gracias a las políticas públicas de salud se ha ido ampliando, y se establece que el 92,5% de mujeres en edad fértil y sexualmente activas conocen sobre los métodos anticonceptivos, sin embargo este estudio no puede ser extrapolado a las mujeres adolescentes por sus características especiales, y no existen estudios sobre el conocimiento de planificación familiar en este grupo prioritario. (Villacís et al., 2011)

En la Provincia del Napo no se tiene datos reales y actualizados, pero lo que si se podrá decir es que en estudios realizados en la Provincia de Pichincha, la desinformación es la principal causa por la que los adolescentes adquieren una paternidad y maternidad temprana, por ejemplo, el 25% de los partos atendidos en la Maternidad Isidro Ayora en

Quito son de parejas entre 14 y 19 años, quienes señalaron no haber tenido información sobre métodos anticonceptivos. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

En los últimos años, se produjo en el Ecuador una más amplia divulgación del uso de métodos anticonceptivos, sin embargo las cifras muestran un incremento del embarazo adolescente en los últimos 5 años del 10,5% al 13,5%, siendo muy baja esta divulgación entre mujeres que viven en zonas rurales, con bajo nivel de instrucción, adolescentes e indígenas, colocándolas en una franca posición de riesgo frente al embarazo no deseado, pero también a su vez vulnerables a adquirir infecciones de transmisión sexual, lo que afecta de manera personal, familiar y comunitaria. (Gómez et al., 2014)

Es por ello que para un adecuado diseño una propuesta de intervención educativa sobre planificación familiar en la adolescencia se debe realizar con un doble aspecto, preventivo, que incluya la prevención del embarazo no planificado y la prevención de infecciones de transmisión sexual, todo esto basado en el conocimiento de su salud sexual y reproductiva, para poder disminuir estos indicadores y a la vez de una manera práctica y didáctica por medio de la educación trabajar como médicos familiares y comunitarios en este grupo poblacional vulnerable.

## **1.1 Planteamiento del problema**

La adolescencia implica una nueva etapa de la vida en la que se producen cambios físicos y psicológicos en cada adolescente que lo expone a relaciones sexuales de riesgo, en el 2010, se calculó que el número de adolescentes en el mundo era de 1200 millones, los adolescentes representan el 18% de la población mundial, el 88% de los adolescentes viven en países en vías de desarrollo. En América Latina y el Caribe, hay más de 100 millones de adolescentes entre 10 y 18 años de edad, aunque la cantidad de los adolescentes se está reduciendo en todo el mundo, la maternidad adolescente y las infecciones de transmisión sexual siguen siendo comunes en muchos países, particularmente en América Latina. (Villacís et al., 2011; Ministerio de Salud Pública, 2015)

La maternidad precoz genera consecuencias graves para la salud y el desarrollo de las jóvenes, el riesgo de discapacidad y muerte materna es mayor para las adolescentes que para las demás mujeres, al mismo tiempo, la maternidad precoz generalmente restringe las oportunidades de las niñas de acceder a educación y capacitación, y de desarrollar medios de subsistencia. (Gómez et al., 2014) En Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años, y representan el 21% del total de la población ecuatoriana, la tendencia de la fecundidad en adolescentes en el país en la última década es al incremento y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada 1000 mujeres. La tasa de natalidad varía en los distintos sectores del país, siendo más altas en Napo (21,3%), Santa Elena (20,8%), Orellana (19,5%) y Chimborazo (18,9%), que están entre las seis provincias con mayor pobreza y mayor número de hijos, falta de acceso a la educación y salud de la nación, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos. (Villacíset al., 2011)

En el Barrio Central del Cantón Carlos Julio Arosemena Tola, el 20% de la población son adolescentes y la falta de conocimiento acerca de planificación familiar es una problemática que más afecta en este sector y pone en peligro a este grupo vulnerable sobre todo al embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual, lo que se refleja en el Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS), en el mismo que se expone que del total de embarazos el 36,3% corresponde a embarazos en este grupo de edad, y esto a su vez se da en el 100% de los casos por una falta de planificación familiar. (Veloz, 2016)

La falta de planificación familiar deteriora la salud sexual y reproductiva, condicionando según estudios internacionales publicados por el Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social, que por cada 10 millones en déficit para estos programas e intervenciones habrá 1,8 millones más de abortos y 19 mil muertes adicionales de madres. Asimismo, según las proyecciones, se estima que por cada dólar invertido en servicios anticonceptivos, los estados ahorran hasta 4 dólares en gastos para la salud de las madres y recién nacidos y hasta 31 dólares en servicios sociales, como educación y vivienda. (Villacíset al., 2011; Ministerio de Salud Pública, 2015)



El diseño de una propuesta de intervención educativa sobre planificación familiar permitirá disminuir estos indicadores y además diagnosticar el conocimiento existente sobre el tema, y como lo creemos servirá para llenar el vacío que existe en los conocimientos sobre planificación familiar en los adolescentes del Barrio Central del Cantón Carlos Julio Arosemena Tola.

### **Formulación del problema**

¿Elevará una propuesta de intervención educativa los conocimientos sobre planificación familiar en los adolescentes de Barrio Central del Cantón Carlos Julio Arosemena Tola una vez implementado?

### **Sistematización del problema**

¿Cuáles son las características del grupo de estudio según variables sociodemográfica?

¿Cuáles son los conocimientos sobre planificación familiar en los adolescentes?

¿Cuál será la relación entre las variables de estudio?

## **1.2 Justificación**

En el Centro de Salud Materno Infantil Carlos Julio Arosemena Tola, no se han identificado oportunamente los conocimientos existentes acerca de planificación familiar y no se ha trabajado eficazmente en la difusión de métodos anticonceptivos en los adolescentes, y prevención de las infecciones de transmisión sexual, información basada en el Análisis de la Situación Integral de Salud. (Veloz, 2016)

La presente investigación es importante debido a que ayudará a conocer los posibles factores socioculturales y el nivel de conocimiento sobre planificación familiar que poseen los adolescentes y por ende las causas que conllevan a un embarazo y contagio de infecciones de transmisión sexual, a fin de contar con información de primera mano que permita una mejor comprensión del problema tanto por el personal de salud como por quienes toman decisiones relacionadas con salud sexual y reproductiva.

Los excelentes resultados que aportará esta investigación podrán ser aprovechados por el Centro de Salud Materno Infantil Carlos Julio Arosemena Tola y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, permitiendo procesos de mejora en la atención a las adolescentes y las unidades de atención primaria para reorientar los programas existentes de prevención de embarazo adolescente, salud sexual y reproductiva.

La investigación es factible y viable en el aspecto científico y técnico, porque se cuenta con la colaboración del Centro de Salud Materno Infantil Carlos Julio Arosemena Tola, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, y la comunidad adolescente del sector, existiendo la apertura necesaria para la recolección de información y los medios para ejecutar el presente trabajo de investigación.

Será beneficioso pues el embarazo adolescente, las infecciones de transmisión sexual o todo deterioro en la salud sexual y reproductiva, constituye un problema también de repercusión social, por lo que la investigación permitirá basándose en la identificación del conocimiento sobre planificación familiar, las características sociodemográficas, y sus posibles relaciones en el grupo de estudio, intervenir en aras de resolver dicha problemática. Además en el futuro con dicha implementación de esta intervención educativa se espera reducir los factores desencadenantes de riesgo que pueden influir en los indicadores de la mortalidad materna y neonatal. (Rodríguez et al., 2012)

### **1.3 Objetivos**

#### ***Objetivo General:***

Diseñar una propuesta de intervención educativa sobre planificación familiar en adolescentes del Barrio Central en el período abril 2015 - mayo 2016, en base al diagnóstico realizado.

***Objetivos Específicos:***

1. Caracterizar el grupo de estudio según variables sociodemográficas.
2. Determinar los conocimientos sobre planificación familiar en el grupo de estudio.
3. Relacionar los conocimientos con algunas variables sociodemográficas.
4. Elaborar una propuesta de intervención educativa para elevar los conocimientos sobre planificación familiar.

**1.4 Hipótesis**

**Hipótesis alternativa**

**Ha:** Un diseño de propuesta de intervención educativa elevará los conocimientos sobre planificación familiar en los adolescentes de Barrio Central del Cantón Carlos Julio Arosemena Tola.

***Hipótesis nula***

**H0:** Un diseño de propuesta de intervención educativa no elevará los conocimientos sobre planificación familiar en los adolescentes de Barrio Central del Cantón Carlos Julio Arosemena Tola.

## CAPÍTULO II

### 2.MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

#### 2.1 Antecedentes del problema

Revisadas las fuentes bibliográficas se encontraron varias investigaciones relativas al tema que se exponen a continuación:

Autores: Parra Villarroel, Jaime; Domínguez Placencia, Jerónimo; Maturana Rosales, José; Pérez Villegas, Ruth; Carrasco Portiño, Mercedes.

Tema: Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile. Se trata de un estudio transversal, con una muestra de 277 adolescentes (15 a 19 años) usuarios del Hospital de El Carmen, en el año 2010. En donde el 12% de varones y mujeres habían iniciado su vida sexual (el 42% de los varones y el 22% de las mujeres, antes de los 15 años). Aunque todos reconocían que la responsabilidad es de ambos, las mujeres consultaron más el Programa de Planificación Familiar que los varones (el 40% y el 13,5% respectivamente) y reconocían haber recibido más información sobre métodos anticonceptivos antes de iniciar su vida sexual que sus pares varones. (Parra et al., 2013)

Conclusión: Los hallazgos sugieren que los programas de planificación familiar tienen un potencial de cobertura aún no alcanzado, y que los adolescentes de ambos sexos siguen teniendo concepciones erradas sobre el uso de métodos anticonceptivos. Por lo tanto, es necesario intensificar las actividades de difusión de los Programas de Planificación Familiar entre los y las adolescentes. (Parra et al., 2013)

Autores: Herney A. Rengifo-Reina, Alexandra Córdoba-Espinal y Mayerlin Serrano-Rodríguez.

Tema: Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. La muestra fue de 406 adolescentes. Se exploraron variables en tres áreas o categorías: sociodemográficas, de conocimiento y de prácticas. Se presentaron conocimientos en niveles altos y muy alto, donde 90,5 % de adolescentes habían recibido información sobre sexo y embarazo. Para el 26,7 % (107) de los adolescentes el sexo seguro significa solo usar preservativo. En cuanto a las prácticas en sexualidad: 42 % expresaron haber tenido relaciones sexuales, con edad de inicio promedio de 13 años. El condón se presenta como el mecanismo de protección más utilizado. (Herney et al., 2012)

Conclusiones: Los adolescentes presentan conocimientos en niveles altos, más éste conocimiento no es suficiente para impedir que inicien su vida sexual tempranamente y/o aumenten la probabilidad de usar condón o anticonceptivos cuando empiezan sus relaciones sexuales. (Herney et al., 2012)

Autores: Manuel Varela Salgado y Javier Paz Esquete.

Tema: Estudio sobre conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes. Se realizó un estudio basado en una encuesta anónima realizada durante el año 2008 con 300 adolescentes y jóvenes entre 13 y 21 años, en España. En donde los varones consiguen en un 30,8% la información sobre sexualidad por internet, las mujeres de sus familias en un 57,6%. La primera relación sexual es a los 15 años en hombres y a los 16 en mujeres. Las mujeres son más conscientes ante el riesgo de embarazo (82,7%). El preservativo es el método anticonceptivo más conocido para los encuestados, pero poco utilizado (el 35% en chicos y el 37% en chicas). El sida es la enfermedad de transmisión sexual más conocida. (Salgado et al., 2010)

Conclusiones: El nivel de información en los adolescentes es insuficiente, por ello es necesaria la inclusión de la educación sexual en los centros escolares. (Salgado, 2010)

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1 Adolescencia**

La palabra adolescencia deriva del latín «adolescere» que significa «crecer hacia la adultez». Es una etapa del desarrollo ubicada entre la infancia y la adultez, en la que ocurre un proceso de maduración física, psicológica y social que lleva al individuo a transformarse en un adulto. En esta etapa, ocurren cambios rápidos y de gran magnitud, la persona sufre de transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, alcanzando la madurez. (Gaete et al., 2015)

La adolescencia ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como el período comprendido entre los 10 y 19 años de edad.(Gaete et al., 2015) Se describe como una etapa de la vida libre de problemas de salud, aunque desde el punto de vista de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso exclusivo, porque es aquí donde comienza su vida sexual activa.

La adolescencia presenta en general características comunes y un patrón progresivo de tres fases, que se describen a continuación:

#### **2.2.1.1 Adolescencia temprana (10 a 13 años)**

Fisiológicamente, es una etapa peri puberal, con numerosos cambios corporales y funcionales como la primera menstruación, y psicológicamente se inicia una independencia de las relaciones paternas y comienza el interés por las amistades fundamentalmente con individuos del mismo sexo. Intellectualmente se desarrollan sus habilidades cognitivas y sus fantasías, no controla sus impulsos y se proponen metas vocacionales irreales. Además se

hacen muy dependientes de sus cambios corporales con inseguridad por su apariencia física. (Vicario et al., 2014; Pérez et al., 2015)

### **2.2.1.2 *Adolescencia media (14 a 16 años)***

Esta etapa es cuando se ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo físico. Psicológicamente se alcanza la máxima relación con sus pares, intercambiando valores propios y se inician conflictos con sus padres. Se reporta como la media de inicio de la actividad sexual y exhiben conductas omnipotentes causantes de riesgo, muy preocupados por su apariencia física y se manifiestan sugestionados con la moda. (Vicario, 2014) (Pérez, 2015)

### **2.2.1.3 *Adolescencia tardía (17 a 19 años)***

Finalmente se cierra el ciclo con pocas modificaciones físicas y comienzan a aceptarse como son, se acercan a sus padres y sus valores exteriorizan una perspectiva más adulta, sus relaciones íntimas son más sólidas y el grupo de pares va perdiendo importancia. Además hay una proyección a sus metas profesionales, dándole un matiz cercano a la adultez. (Vicario et al., 2014; Pérez et al., 2015)

## **2.2.2 Sexualidad en la adolescencia**

La sexualidad en la adolescencia se expresa de manera diferente a como se manifiesta en otras etapas de la vida. En esta etapa surgen sensaciones e impulsos de tipo sexual que se encuentran relacionados con los cambios biológicos que enfrentan los mismos. La actividad hormonal provoca deseos y fantasías eróticas, que estimulan al adolescente a querer sentir placer físico a través del propio cuerpo y del cuerpo de otros. (Corona et al., 2015)

Estas nuevas sensaciones los toman por sorpresa, lo que conlleva a sentimientos de angustia, temor, incertidumbre y confusión que lo exponen a una franca situación de riesgo,

más aún si no se tiene la información necesaria para comprender mejor lo que le está pasando, por lo que se hace necesario el conocimiento de los métodos de planificación familiar en miras de reducir los embarazos no deseados de este grupo y las enfermedades de transmisión sexual.(Corona et al., 2015)

### **2.2.3 Embarazo adolescente**

El embarazo en la adolescencia es un riesgo para la salud, que guarda relación con múltiples factores, que van desde la falta madurez física y psicológica hasta un inadecuado seguimiento antenatal, a lo que suman una sexualidad temprana, múltiples parejas sexuales o la ausencia de planificación familiar. Es frecuente encontrar en este grupo etario otros factores agravantes como son la malnutrición, hábitos tóxicos (consumo de alcohol, tabaco y drogas), que complican la evolución y los resultados del embarazo.(Federación Española de Ginecología y Obstetricia, 2014)

La Organización Mundial de la Salud plantea que el embarazo en la adolescencia es una prioridad en la atención en este grupo pues repercute tanto en la salud de la madre como en la del niño. La mortalidad materna del grupo de 15 a 19 años en los países en vías de desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad con el grupo de 20 a 34 años. Los riesgos se incrementan al asociarse en estas madres, patologías como la malnutrición, enfermedad hipertensiva, anemia, infección urinaria, bajo peso al nacer y parto prematuro. Esto tiene un impacto de considerable magnitud en la vida de las adolescentes, en su salud, en la del niño, la pareja, su familia, ambiente y la comunidad en su conjunto.(Cancino et al., 2015)

#### **2.2.3.1 Complicaciones obstétricas**

El embarazo plantea riesgos concretos que se añaden a los derivados de la inmadurez en la adolescente embarazada, la morbilidad en la gestación de la adolescente, se puede clasificar por períodos de la gestación. En los primeros meses es frecuente el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, en los meses restantes son visibles los cuadros hipertensivos, las



hemorragias asociadas con afecciones placentarias, malnutrición materna, parto prematuro y la rotura prematura de las membranas. El número de cesáreas se incrementa en este grupo al presentarse estrechez pélvica y desproporción céfalo-pélvica, sufrimiento fetal agudo e inducción fallida, los desgarros, los sangrados y las infecciones aparecen con frecuencia, ocasionando afectación de los indicadores materno infantil en esta población. (Ríos et al., 2016)

En el desarrollo de la preeclamsia, existe una posible falla en el mecanismo inmunológico adaptativo se ha relacionado con factores tales como la inmadurez del sistema inmunológico materno, o con una alteración funcional, que en parte podría estar asociada con una condición de mala nutrición materna, muy habitual en gestantes adolescentes, además se invocan otros mecanismos que también están presentes en dicho grupo. (Álvarez et al., 2016)

#### **2.2.3.2** *Complicaciones neonatales*

En relación con el producto se destaca el bajo peso al nacer, tanto por nacimiento pre término como por recién nacido bajo peso para la edad gestacional, APGAR bajo, distress respiratorio y traumatismos obstétricos. Por ende, propenso a presentar sepsis y otras enfermedades, que constituyen un alto riesgo y se convierten en un problema biológico y social. Se reporta en la literatura revisada que el 80% de los recién nacidos hospitalizados por desnutrición grave son hijos de madres adolescentes. (Redondo et al., 2015)

Entre los factores que influyen sobre el incremento del riesgo de embarazo y enfermedades en este grupo etario, se encuentran:

Relaciones sexuales tempranas: cuantiosos estudios señalan que la media de edad de inicio de las relaciones sexuales se corresponde a los adolescentes situados en el grupo de edad media.

- Factores biológicos, familiares y socioculturales como: la disminución de la edad de menarquia, la existencia de familias disfuncionales, la presión del grupo de iguales, la permisividad, sobreexcitación sexual, el consumo de alcohol y otras drogas, limitan en gran medida esta conducta.
- Actividad sexual irregular: con frecuencia y muchas veces no previstas.
- Cambios de pareja con la duración de la pareja que es breve en muchos casos.
- La insuficiente y deficiente utilización de métodos anticonceptivos, atribuible a la desinformación sobre planificación familiar y dificultades de acceso a los servicios.
- El uso de anticonceptivos no está presente en las primeras relaciones sexuales, y cuando son usuarios de los métodos de planificación familiar, el uso es muy irregular y utilizan métodos no eficaces.
- Conflictos en la relación causa-efecto, entre la conducta sexual que suministra placer inmediato y el riesgo futuro de gestación, e infecciones de transmisión sexual. (ITS) (Silva et al., 2014)

Múltiples estudios reportan el consumo de alcohol, drogas, conllevan a los adolescentes ha realizan las primeras relaciones sexuales bajo su influjo, y que hasta un 17% de adolescentes reconoce utilizar menos el preservativo después de haber consumido alcohol.

Este conjunto de factores, unido a su insuficiente valoración del riesgo, la presión del grupo de iguales, sobreexcitación de los medios, deficiente educación sexual y las dificultades de acceso a los servicios sanitarios, sitúa a los adolescentes en una franca situación de riesgo no sólo frente al embarazo no planificado, sino también frente a las ITS. (Silva et al., 2014; Ospino et al., 2016)

#### **2.2.4 Planificación familiar**

El término planificación familiar se refiere “al conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores orientados básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la

práctica de relaciones sexuales”. También se incluye dentro de la planificación familiar la educación de la sexualidad, la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, el asesoramiento pre concepcional, concepcional, durante el embarazo, el parto y el puerperio. (Escobar et al., 2010)

Según se plantea por Barrientos la planificación familiar es “Parte integral en la calidad de vida al ofrecer la decisión respecto a cuándo comenzar a utilizar un método anticonceptivo, y cuál es el que se adecua mejor a los propósitos reproductivos de cada persona, involucra tanto a los interesados como al sector salud”. Además contribuye a reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil a través del espaciamiento intergenésico y el inicio de la gestación. (Barrientos et al., 2014)

La Planificación Familiar se divide en tres etapas:

En una primera etapa se identifica a los usuarios que buscan el control preconcepcional, la segunda etapa comprende a los usuarios que ejercen su derecho al asesoramiento y uso de métodos anticonceptivos, y una tercera etapa va dirigida al asesoramiento y manejo en infertilidad. La salud sexual y reproductiva en particular es probablemente el bien social más trascendental de la familia actual por tanto planificar constituye el eje esencial del bienestar social y económico de la familia y la comunidad. (Escobar et al., 2010; Fernández et al., 2016)

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador se plantean los siguientes conceptos:

**Control preconcepcional:** identifica a las usuarias/os que buscan un embarazo y que planifican su familia para la consecución de este objetivo. Además de identificar cuáles son sus riesgos. (Escobar et al., 2010)

**Infertilidad:** está dirigido hacia las usuarias/os que buscan un embarazo y no lo consiguen con facilidad por lo que planifican su familia para la consecución de este objetivo. (Escobar et al., 2010)

Anticoncepción: comprende a las usuarias/os que ejercen su derecho a la sexualidad y no quieren temporal o definitivamente un embarazo por lo que planifican su familia para la consecución de este objetivo. (Escobar et al., 2010)

### **2.2.5 Anticoncepción en la adolescencia**

Antes de abordar este punto es necesario tener en cuenta conceptos básicos como el de sexualidad, el mismo que es definido según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un aspecto central del ser humano, a lo largo de su vida, que abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. (Zambrano et al., 2016)

La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se viven o se expresan siempre, está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, religiosos y espirituales. Lo que es importante que conozca los adolescentes a través de este diseño de plan de intervención educativa, pues en el mismo no solo se centrara en la educación acerca de los tipos de métodos anticonceptivos, sino que a la vez intervendrá en el conocimiento de la sexualidad, práctica de valores e interacción de la familia y la comunidad. (Zambrano et al., 2016)

En la actualidad la práctica de la sexualidad de los adolescentes se ha transformado debido a cambios en la estructura familiar, que va desde familias disfuncionales, hasta cambios de paradigmas en cuanto a la sexualidad, y aceptación de las diversidades sexuales. El desarrollo de la Medicina Familiar y Comunitaria en el país permite una eficaz atención preconcepcional, donde el equipo básico de atención integral de Salud, juega un papel fundamental en el diagnóstico precoz de las adolescentes con riesgo de embarazo y serán interventores en esta problemática. (Zambrano et al., 2016; Esquivel et al., 2016)

Es importante después de dicho esto conocer los conceptos existentes sobre anticoncepción en la adolescencia y su relación con los derechos sexuales y reproductivos, para brindar una atención preconcepcional no solo desde el consultorio médico de los Centros de Salud, sino también desde las visitas domiciliarias, planificadas con una periodicidad sistemática y con intervención educativa permanente. (Lugones et al., 2016)

La prescripción de un método anticonceptivo a los adolescentes no es igual que en los adultos, se describe que en la adolescencia su indicación depende de las características fisiológicas, aceptabilidad, discontinuación de método anticonceptivo, y evaluación de aspectos biopsicosociales involucrados. Es preciso que los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos reversibles para poder elegir el que mejor se adapten a sus necesidades, valores, preferencias y personalidad. (Calvo et al., 2015) Para ello, es necesario:

- Identificar los requerimientos sobre la anticoncepción de esta etapa.
- Evaluar el estado de salud y madurez psicológica.
- Conocer los valores, creencias y características personales de los adolescentes y su pareja.
- Promover información sobre su eficacia, forma de uso, costo y beneficio.
- Recomendar la doble protección.
- Informar sobre el correcto uso del método elegido y los posibles efectos adversos.

#### **2.2.5.1** *Requisitos anticoncepción en la adolescencia*

Es justo destacar que debe tenerse en cuenta en estas edades determinados requisitos con el fin de evitar iatrogenias en estos pacientes, primero corresponde tener en cuenta el grado de maduración biológica y no interferir en el desarrollo y el crecimiento estatural. De uso reversible salvo que casos excepcionales, como enfermedades o deficiencias psíquicas. Ser adecuado a su actividad sexual y de fácil utilización. (Calvo et al., 2015)

Según las guías de la OMS y la Sociedad Americana de Pediatría recomiendan la siguiente clasificación de métodos anticonceptivos: (Calvo et al., 2015)

- ❖ Recomendables: incluyen preservativos y anticonceptivos orales.
- ❖ Aceptables: incluyen diafragma, esponjas, espermicidas y anticonceptivos inyectables.
- ❖ Poco aceptables: incluyen DIU, anticoncepción quirúrgica y métodos naturales.
- ❖ De emergencia: anticoncepción postcoital.

## **2.2.6 Tipos de métodos anticonceptivos**

### **2.2.6.1 Métodos de barrera**

Actúan impidiendo la unión del óvulo y el espermatozoide imposibilitando y bloqueando que estos alcancen el canal cervical, mediante una barrera mecánica pueden ser preservativo masculino o femenino, en su forma química como espermicidas o mixta diafragma + espermicida, capuchón cervical + espermicida y esponja vaginal, (Osuna et al., 2014) a continuación se describen los mismos:

#### **2.2.6.1.1 Preservativo femenino**

Es un revestimiento de poliuretano, fino, pre-lubricado, que se adapta a las paredes vaginales, y adopta inmediatamente su temperatura corporal, posee aros flexibles en ambos extremos. El aro en el extremo cerrado ayuda a la inserción del preservativo y el aro del extremo abierto ayuda a mantener parte del preservativo fuera de la vagina, mide cerca de 17 centímetros e impide el contacto del esperma con el aparato sexual femenino. (Osuna et al., 2014)

Para su utilización la mujer oprime el extremo cerrado del mismo y lo mete en la vagina. Es necesario introducir el dedo dentro del preservativo para colocarlo completamente y comprobar que queda bien colocado. Al concluir la relación sexual, dar media vuelta al

anillo externo para evitar que el semen se derrame, y sacar. Es importante decir que este método no es reutilizable, su utilización es con un nuevo preservativo en cada relación sexual.(Osuna et al., 2014; Llover et al., 2014)

Es el único método de uso femenino que protege contra el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) y otras ITS. Su eficacia obedece a la forma de uso, se puede obtener una eficacia del 95%, en los casos de uso correcto. (Osuna et al., 2014)

#### **2.2.6.1.2 Preservativo masculino**

Es una funda de látex o poliuretano que retiene el semen evitando que alcance el aparato reproductor, recibe también el nombre de condón, que significa forro. Para su utilización el hombre debe colocar el preservativo en la punta del pene en erección con el lado enrollado hacia fuera, y desenrollar hasta la base del pene, sosteniendo con los pulpejos de la otra mano la punta del pene, haciendo que se forme un pequeño reservorio, que no debe contener aire, por el peligro que pudiera representar que se rompiera el preservativo, inmediatamente después de la eyacuación, se retira el preservativo, y se elimina, se utiliza uno diferente en cada relación sexual. (Escobar et al., 2010)

El preservativo masculino como contraceptivo puede lograr una eficacia del 98% en los casos de uso correcto y en la protección contra el VIH y otras ITS evitan entre el 80 y el 95% de los casos.(Osuna et al., 2014) A criterio del autor los preservativos serian un método anticonceptivo ideal para los adolescentes pues son accesibles, de bajo costo, seguros, de alta eficacia, de fácil uso, rara vez producen efectos adversos, el usuario tiene el control del mismo, tiene la ventaja que puede combinarse con otros métodos reforzando su seguridad. Es conveniente aconsejar a los adolescentes sobre este método de planificación familiar así como de la preservación del mismo, en lugares que no contribuyan a su deterioro.

### **2.2.6.1.3 Espermicidas**

Son sustancias químicas con efecto nocivo sobre los espermatozoides que provocan la rotura de su membrana o enlentecen sus movimientos, su principio activo puede ser el nonoxynol entre los más frecuentes, pueden presentarse comercialmente como óvulos, jaleas y espumas. Se introducen profundamente en la vagina, al menos 8-10 minutos antes de la relación sexual, es un método poco eficaz, como anticonceptivo el 70% al 80%, por lo que no se recomienda su uso en forma aislada, sino en combinación con otros métodos de planificación familiar, disminuyen el riesgo de infecciones de transmisión sexual como gonorrea y clamidia, pero evitan el contagio contra el VIH (Peláez et al., 2016)

### **2.2.6.1.4 Diafragma**

Es un capuchón de látex o silicona, cuyo objeto es cubrir al cérvix, el cual actúa bloqueando la entrada del espermatozoides al cérvix, se lo utiliza comúnmente con un espermicida, y requiere de la colaboración de un profesional sanitario, para calcular la medida del diafragma para cada mujer. Para su uso eficaz se debe aplicar espermicida por ambos lados del diafragma, presionar los bordes juntos e introducirlo, seguidamente verificar que el cuello del útero queda bien cubierto por el diafragma y conservarlo por un periodo de al menos seis horas, después de haber terminado la relación sexual, retirarlo y lavarlo con extremas medidas higiénicas, pues el mismo es reutilizable. (Osuna et al., 2014)

Su eficacia en adolescentes es baja un 60% pues su uso requiere motivación, entrenamiento y privacidad, describiéndose en adultas una tasa de fracaso de 2% aumentando a un 4% en adolescentes. (Peláez et al., 2016) En el Ecuador por el bajo nivel de conocimiento de la sexualidad sobretodo en la adolescencia, la oferta y demanda de este método de planificación familiar es deficiente, pues los usuarios presentan dificultad en el conocimiento de su aparato reproductor, lo que sin duda hace que este método no sea recomendable para este grupo, por el desconocimiento de su sexualidad y bajo nivel socioeconómico y cultural. (Álvarez et al., 2016)



### **2.2.6.1.5 Esponja vaginal**

Se trata de un tampón circular de poliuretano, con espermicida, del que cuelga un hilo, para su utilización debe humedecerse la vagina con agua para activar el espermicida, e introducir en el fondo de la vagina como un tampón, el hilo debe quedar hacia afuera lo que permite su extracción, no debe retirarse la esponja hasta pasadas 6 horas de la última relación sexual. Su eficacia es del 70% al 80%, y en dependencia de la habilidad del usuario. (Osuna et al., 2014)

### **2.2.6.2 Métodos hormonales**

Son métodos anticonceptivos hormonales que funcionan impidiendo la ovulación, modificando las características del moco cervical, disminuyendo la motilidad de las trompas de Falopio, o causando una alteración funcional y estructural del endometrio. Como anticonceptivos son muy eficaces entre el 99,7% en condiciones óptimas, aunque no protege contra las infecciones de transmisión sexual,(Osuna et al., 2014)encontrando los siguientes en su clasificación:

#### **2.2.6.2.1 Anticoncepción hormonal combinada**

Los anticonceptivos hormonales combinadas (AHC), están constituidos por dos hormonas, un progestágeno y un estrógeno, por sus múltiples efectos ventajosos se incluyen dentro de los métodos anticonceptivos de elección para adolescentes, con alta elegibilidad según la OMS, comercialmente los encontramos en forma de píldoras (uso diario), parche (uso semanal) y anillo vaginal e inyectable combinado (uso mensual). (Escobar et al., 2010; Peláez et al., 2016)

##### **2.2.6.2.1.1 Anticoncepción hormonal combinada oral**

La AHC por vía oral deberá ser administrada un comprimido diario a partir del primer día de la menstruación, la toma podrá ser de 21 días, descansando 7 días sin medicación o 28 días seguidos sin descanso y reiniciar, cada 28 días. El comprimido tiene que tomarse a la

misma hora, si hay olvidos menores a las 48 horas se continúa regularmente con el ciclo, si superan estas horas, hay que emplear el preservativo adicionalmente durante 7 días. (Maitrot et al., 2012; Peláez et al., 2016) Por lo tanto los anticonceptivos orales combinados son seguros, eficaces, y usados correctamente no tienen efectos adversos a largo plazo en el desarrollo y la función de los ovarios, además no se describen complicaciones afines con la edad, ni efectos colaterales. (Faucher et al., 2011)

Los médicos familiares y comunitarios, además de todo el personal de salud, les corresponde promover el uso de una doble anticoncepción en adolescentes la cual preconiza a nivel internacional la utilización de AHC por vía oral y además la utilización de preservativos, los dos métodos juntos garantizan una efectividad anticonceptiva del 99,9% y además protegen de ITS, pues a estas edades existe un elevado riesgo de contraerlas. (Peláez et al., 2016)

#### **2.2.6.2.1.2 *Anticoncepción hormonal combinada transdérmica***

Consisten en la administración de un parche que se adhiere a piel, colocándose en diferentes partes del cuerpo que pueden ser la espalda, el abdomen, o los brazos, evitando las mamas por el riesgo de inducir tensión mamaria, comenzando desde el primer día de la menstruación y se cambia semanalmente durante 3 semanas, después durante 7 días no se coloca el parche, después de lo cual se empieza un nuevo ciclo. (Llover et al., 2014)

#### **2.2.6.2.1.3 *Anticoncepción hormonal combinada vaginal***

Se trata de un anillo vaginal flexible que se inserta en el interior de la vagina, libera hormonas que se absorben a través de las paredes vaginales, el primer día del ciclo menstrual y se retira a los 22 días, luego de 6 días sin anillo vaginal se coloca uno nuevo, es un método anticonceptivo recomendado en la adolescencia a nivel internacional, pero por ser de difícil manipulación en el medio en el cual nos desenvolvemos, su difusión y uso adecuado se encuentra subutilizados y restringidos. (Calvo et al., 2015; Osuna et al., 2014)

#### **2.2.6.2.1.4** *Anticoncepción hormonal combinada inyectable*

Estos deben ser inyectados cada 28 días, de preferencia el primer día de la menstruación, tienen una elevada eficacia y aceptabilidad, pero existe la necesidad de acudir todos los meses al Centro de Salud, para la aplicación de este método anticonceptivo, que muchas de las veces desanima a las adolescentes, es de señalar que las inyecciones pueden interrumpirse en cualquier momento, y se regresa inmediatamente a su estado normal de fertilidad. (Peláez et al., 2016)

#### **2.2.6.2.2** *Anticoncepción hormonal solo con progestina*

Es un método anticonceptivo hormonal que consiste en la administración de una sola hormona, llamada progestina, su eficacia anticonceptiva es del 99,7%, no protege contra las ITS, y son de primera elección en adolescentes que presentan contraindicaciones a los estrógenos, no se recomienda en la adolescencia precoz e intermedia, por los cambios del ciclo menstrual que provoca y que es peor tolerado en este grupo. Hay tres presentaciones: píldoras (administración diaria), inyecciones (se coloca cada 2 o 3 meses) y en forma de implante (administrada cada 3 o 5 años). (Llover et al., 2014; Peláez et al., 2016)

##### **2.2.6.2.2.1** *Anticoncepción hormonal oral solo con progestina*

Este tipo de anticoncepción se inicia el primer día de la menstruación y se toma diariamente sin interrupciones, tienen la ventaja, frente a los AHC de que pueden indicarse durante la lactancia, no son trombogénicos y no se relacionan con enfermedad hepática, sus inconvenientes más notables son la elevada incidencia de sangrado intermenstrual, además deben tomarse a la misma hora todos los días. (Escobar et al., 2010; Osuna et al., 2014)

##### **2.2.6.2.2.2** *Anticoncepción hormonal inyectable e implante subdérmico solo con progestina*

En la anticoncepción inyectable, la primera dosis se indicara entre el primer y el quinto día de la menstruación, y se renovará cada ocho o doce semanas, según el tiempo de duración

del anticonceptivo. El implante subdérmico en cambio se administrara entre el primer y el quinto día del ciclo menstrual, y consiste en tubos flexibles que tienen progestina, su inserción es bajo la piel del brazo, necesitando ambos métodos la intervención de personal calificado, el efecto anticonceptivo del implante es de 3 a 5 años, en dependencia del medicamento prescrito. (Peláez et al., 2016)

En la actualidad hay expectativa respecto a la utilización de los implantes y anticonceptivos inyectables sólo de progestina en menores de 16 años, se estudia que el uso de estos métodos anticonceptivos disminuye la concentración de estrógenos, y pudiera afectar al desarrollo de la masa ósea, afectando su crecimiento y desarrollo en algunos casos, aunque no existe hay evidencias sólidas que corroboren esta teoría. (Peláez et al., 2016)

#### **2.2.6.2.3 Anticoncepción de emergencia**

Este tipo de método anticonceptivo es de emergencia, no se aconseja utilizarlo rutinariamente, se administra en forma de píldoras que contienen solo progestina, o una progestina y un estrógeno juntos, son llamadas también píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) y muchas de las veces como anticonceptivos poscoitales. Funcionan esencialmente impidiendo o retrasando la ovulación. No son efectivos si la mujer se encuentra embarazada y ayudan a prevenir el embarazo cuando se administran hasta cinco días después de las relaciones sexuales sin protección, la dosis recomendada es la administración de 1.500 mcg de levonorgestrel, comúnmente. La eficacia en las primeras 24 h alcanza el 95%, disminuyendo al 58% a los 3 días. Están indicadas en caso de coito sin protección, accidente en el uso de un método, violación y riesgo de malformaciones fetales en una situación de coito de riesgo. (Prabakar et al., 2012)

#### **2.2.6.3 Dispositivos intrauterinos**

Los dispositivos intrauterinos (DIUs) se están incluidos en los métodos anticonceptivos reversibles más frecuentemente usados, el mismo que debe ser colocado y retirado del útero por un experto. Su duración es de 5 a 10 años. Su eficacia es de 99,2%. Existen dos

variedades DIUs inertes o sin medicación hormonal o de cobre, y la segunda variedad medicación hormonal. (Pérez et al., 2015; Esquivel et al., 2016)

Según Peláez “Nunca debe insertarse un DIU en una adolescente que tenga o haya tenido una infección genital o una ITS en los últimos tres meses. El DIU puede incrementar el riesgo de EIP y de infertilidad en las mujeres que padecen una ITS que no ha sido tratada. Las adolescentes tienen un mayor riesgo de expulsión del DIU sobre todo las que no han paridos, así como tienen mayor frecuencia de incremento del sangrado y duración de las menstruaciones, de los cólicos menstruales, flujo vaginal patológico y riesgo de padecer de infecciones genitales bajas y Enfermedad Inflamatoria Pélvica” (Peláez et al., 2016)

#### **2.2.6.4 Métodos quirúrgicos**

Son métodos definitivos, utilizados en ambos sexos, en el varón, a través de la vasectomía que es la ligadura de los conductos deferentes, mientras que en la mujer, es la ligadura de las trompas de Falopio, su eficacia es del 100%, no recomendado para los adolescentes que están iniciando su vida reproductiva, solo serían recomendados en este grupo en casos excepcionales, como discapacidades severas y enfermedades de transmisión genética entre los casos más relevantes. (Peláez et al., 2016)

#### **2.2.6.5 Métodos naturales**

Entre los más utilizados se describen el método del ritmo o calendario, método basado en la temperatura basal, el coitus interruptus o marcha atrás, y por último el método de la filancia del moco cervical, entre los más destacados, su eficacia es baja, estos métodos no son idóneos para ser recomendados en la adolescencia, pues en este grupo es frecuentes los trastornos menstruales, además no hay responsabilidad en su utilización, y hay gran estimulación sexual por el influjo hormonal en estas edades. (Peláez et al., 2016; Puerta et al., 2016)

### **2.2.6.6 Abstinencia**

Es el método más efectivo para prevenir el embarazo y las ITS, además no produce efectos perjudiciales para la salud del adolescente, es una opción para los individuos que han iniciado su vida sexual activa, como para los que no la hayan iniciado, la abstinencia demanda motivación, autocontrol, y comunicación, por lo que hay que educarlos respecto a este tema y otras opciones anticonceptivas a las que pueden tener opción.(Cannoni et al., 2015; Peláez et al., 2016)

### **2.2.7 Bioética en la anticoncepción**

El profesional de la salud debe respetar la libre elección del paciente, respondiendo al principio de autonomía, el adolescente tiene derecho a tener una información oportuna y decidir sobre su sexualidad, por lo tanto, si un adolescente tiene una vida sexual activa y, si se le considera competente, se debe respetar la confidencialidad y hacer una adecuada atención sobre planificación familiar. Es importante informarle al adolescente que en caso de embarazo, los responsables legales serán sus padres, mientras sean menores de edad, de modo que si tiene actividad sexual conviene que ellos estén informados.(Montero et al., 2011; Cannoni et al., 2015)

El Gobierno ecuatoriano se trazó como objetivo reducir para el 2013 en un 25% los embarazos adolescentes, lo mismo que no se ha logrado, para lo cual invirtió 29 millones de dólares en el 2012 y 28 millones para el 2013 en un programa que tiene como eslogan "Habla Serio Sexualidad sin misterios", la misma que no ha tenido el impacto esperado, pues no se involucraron todos los actores requeridos y no se ha realizado una eficaz promoción y prevención de esta problemática, ni un adecuado plan de intervención educativa en este aspecto. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

Cabe recalcar que entre las funciones más importantes del médico de familia están las de promoción y prevención de la salud, cae en este campo la planificación familiar, esta debe lograrse con la participación libre, consciente y voluntaria de los adolescentes, por lo que se

necesita que los individuos tengan una adecuada educación sobre planificación familiar, persiguiendo cambios de conducta en este grupo de riesgo.

## **CAPÍTULO III**

### **3. DISEÑO METODOLÓGICO**

Se realizó una investigación descriptiva, con un diseño observacional, correlacional, de corte transversal, con un enfoque cuantitativo, y una modalidad de campo en el período comprendido entre abril 2015 a mayo 2016 en adolescentes de 10 a 19 años de edad del Cantón Carlos Julio Arosemena del Barrio Central, perteneciente al Área de Salud N° 2, Provincia de Napo, país Ecuador.

#### **3.1 Universo y muestra**

El universo estuvo constituido por 45 adolescentes, que fueron el total de adolescentes dispensarizados en el Barrio Central que cumplieron con los criterios de exclusión e inclusión y dieron su consentimiento informado de participar en la investigación.

#### **3.2 Criterios de inclusión:**

- Tener entre 10 y 19 años de edad.
- No se discriminará sexo, condición social, o etnia.
- Dar su consentimiento informado para participar en este estudio.
- Residir en el Barrio Central al momento del estudio.

#### **3.3 Criterios de exclusión:**

- Tener alguna enfermedad psiquiátrica.
- Tener discapacidad intelectual.
- Cambio de domicilio de alguno de los participantes en el estudio.
- Deseo expreso de negarse a participar en el estudio.



### 3.4 Operacionalización de Variables

Variable	Clasificación	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Grupo edad	Cuantitativa continua	10 – 13 años 14 -16 años 17 – 19 años	Adolescencia temprana. Adolescencia media. Adolescencia tardía.	% distribución de adolescentes según grupo edad.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según fenotipo	% adolescentes según sexo.
Etnia	Cualitativa nominal politómica	Indígena Mestizo Blanca Afro ecuatoriano	Autoidentificación étnica referida por el adolescente.	% según etnia.
Religión	Cualitativa nominal politómica	Católica Evangélica Ateo	Según creencia religiosa referida.	% según religión.
Nivel de instrucción	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria	Según nivel educacional vencido.	% según nivel de instrucción.

	Politómica			
Ocupación	Cualitativa nominal Politómica	Estudiante Agricultor Ama de casa	Labor remunerada que recibe cada persona por encontrarse incorporado al trabajo.	% según ocupación.
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Soltero Casado Unión Libre	Según estado civil referido por el paciente.	% según el estado conyugal.
Conocimientos Método anticonceptivo	Cualitativa nominal politómica	a)Un método para no tener hijos b)Un método que me protege de infecciones de trasmisión sexual c)Un método nocivo para nuestro organismo d)No tengo conocimientos	a y b son correctas c y d incorrectas	% respuestas correctas.
Conocimientos Planificación familiar	Cualitativa nominal politómica	a) Decidir cuantos hijos quiero tener y cuando tenerlos ( ) b) Es utilizar métodos	a y c son correctas b y d incorrectas	% respuestas correctas.

		<p>anticonceptivos para la esterilidad ( )</p> <p>c) Es conocer acerca de una vida sexual y reproductiva sana ( )</p> <p>d) Es utilizar un método anticonceptivo para mejorar la salud ( )</p>		
<p>Conocimientos</p> <p>Ventajas de métodos anticonceptivos</p>	<p>Cualitativa</p> <p>nominal</p> <p>politémica</p>	<p>a) Mejora la salud sexual y reproductiva de las mujeres y hombres ( )</p> <p>b) Permite planificar el número de hijos ( )</p> <p>c) Hace engordar ( )</p> <p>d) Mejora el placer sexual en las relaciones íntimas ( )</p>	<p>a y b son correctas</p> <p>c y d incorrectas</p>	<p>% respuestas correctas.</p>
<p>Conocimientos</p> <p>Desventajas de métodos anticonceptivos</p>	<p>Cualitativa</p> <p>nominal</p> <p>politémica</p>	<p>a) Causa enfermedades en las mujeres y hombres ( )</p> <p>b) No permite disfrutar el acto sexual ( )</p> <p>c) Produce algunas veces</p>	<p>c es correctas</p> <p>a, b y d incorrectas</p>	<p>% respuestas correctas.</p>

		como efecto adverso náuseas y vómitos entre las más importantes ( ) d) Produce infecciones de transmisión sexual ( )		
Conocimientos Factores de riesgo embarazo no deseado	Cualitativa nominal politémica	a) El desconocimiento acerca de planificación familiar ( ) b) El inicio de la vida sexual activa a edades tempranas ( ) c) Falta de valores en el hogar ( ) d) Violaciones ( )	a y c son correctas b y d incorrectas	% respuestas correctas.
Conocimientos Tipos de métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal politémica	a) Ritmo ( ) b) Condones ( ) c) Pastillas ( ) d) T de cobre ( ) e) Implante (tubitos en brazo) ( ) f) Coitos Interruptus (Terminar afuera) ( ) h) Parches	Según refiera	% respuestas correctas según tipo de método anticonceptivo.

Relaciones sexuales	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según refiera adolescentes	% según actividad sexual
Embarazos	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según refiera adolescentes	% respuestas correctas según embarazo
Prácticas sexuales	Cualitativo nominal dicotómica	Si No	Cuando si refiera utilizar métodos anticonceptivos es una práctica adecuada.  Cuando no refiera utilizar métodos anticonceptivos es una práctica no adecuada.	% según prácticas sexuales.
Conocimientos sobre planificación familiar	Cualitativo nominal dicotómica	Satisfactorio  No satisfactorio	Puntuación global entre 70 y 100  Puntuación global menos de 70	% nivel de conocimientos.

### **3.5 Técnicas de recolección de datos primario y secundario**

Las técnicas utilizadas para la recolección de datos fueron la observación de los adolescentes en su entorno, observándose las dificultades existentes acerca de planificación familiar. Se aplicó una encuesta acerca del tema con lenguaje claro y sencillo, de fácil comprensión para este grupo seleccionado, además se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica sobre conocimientos de planificación familiar en adolescentes que ayudó abordar el tema seleccionado con profundidad y actualización mediante la revisión de artículos científicos de revistas indexadas, libros, y tesis.

Respecto a lo documental este estudio se basó en información publicada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y de la Organización Mundial y Panamericana de la Salud, a través de reportes, boletines de prensa, normas y protocolos establecidos para este grupo etario. Así como se tomaron referencias de estudios nacionales e internacionales relacionados con el tema.

Los datos primarios fueron obtenidos por la autora mediante la aplicación de una encuesta a los adolescentes del Barrio Central, mientras que los datos secundarios fueron alcanzados por los reportes del Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censo, así como por las Normativas y Regulaciones Ecuatorianas.

### **3.6 Instrumentos de recolección de datos primarios y secundarios**

El instrumento principal a utilizar es la encuesta que consta de 3 partes con un total de 16 preguntas. (Ver Anexo A) La primera parte está conformada por preguntas de datos personales en 7 ítems, la segunda parte está constituida por preguntas de conocimientos acerca de planificación familiar en número de 6, y la tercera parte conformada por 3 preguntas relacionadas con las prácticas sexuales. En la clave evaluativa de cada pregunta se considera correcta la respuesta cuando el encuestado seleccione adecuadamente más del

70% de los incisos afirmativos que abordan el tema a evaluar, lo que está definido a través de un instructivo evaluativo de conocimientos y prácticas sobre planificación familiar(Ver Anexo B)

### **3.7 Validación de la encuesta**

Se validó la encuesta a través de cinco expertos que evaluaron la misma por los criterios de Moriyama, (Ver Anexo C)obteniéndose un porcentaje mayor al 98%, luego de lo cual se aplicó una prueba piloto a 20 adolescentes con características similares a la población de estudio, después se obtuvo el alfa de cronbach con un valor  $> 0,7$  quedando validada la encuesta, después de lo cual se procedió a aplicar el cuestionario a los adolescentes que participaron en la investigación.

*Método de recogida de datos:* la obtención de la información se realizó a través de una encuesta elaborada para este estudio, constituyendo la fuente de información primaria. El cuestionario se lo aplicó a todos los participantes. El instrumento tuvo como objetivo percibir los conocimientos sobre planificación familiar y las características sociodemográficas, una vez se identificó las necesidades de aprendizaje se elaboraron los temas a tratar en la propuesta del diseño de la intervención educativa.

### **3.8 Instrumentos para procesar datos recopilados**

Para el procesamiento de los datos se utilizaron programas como Excel y Word. Además, todos los datos recogidos fueron procesados y analizados en una Pc Pentium 4, a través del paquete estadístico SPSS versión 20. Las variables cuantitativas fueron resumidas en porcentajes. Se recurrió al cálculo de los siguientes estadígrafos en las diferentes etapas del estudio: Coeficiente Alfa de Cronbach, Prueba de Chi cuadrado ( $X^2$ ). Para todos los estadígrafos se utilizó el 95% como nivel de confiabilidad. Se diseñaron tablas y gráficos para el mejor análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

**3.9 Aspectos éticos:** en el desarrollo del trabajo de investigación se tomaron en consideración los principios de bioética, durante la ejecución del estudio se mantuvo en todo momento respeto por la vida, no causando daño alguno, se solicitó la autorización a través del formulario de consentimiento informado (Anexo D) la hoja informativa en la que se indicaron los objetivos y beneficios esperados de la investigación de tal forma que decidieron de manera libre y voluntaria a participar en la investigación dando su aprobación y mostrando su disponibilidad. Además, informándoles que podrían abandonar el estudio cuando deseen sin ninguna consecuencia para ellos.



## CAPÍTULO IV

### 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La sexualidad se encuentra presente durante toda la vida, pero en la adolescencia se exterioriza de manera diferente a como se expresa en otras etapas de la vida, pues en este periodo los adolescentes afrontan retos nuevos, y se inicia un nuevo horizonte de oportunidades, pero se hacen vulnerables a las conductas de riesgo como las relaciones sexuales sin protección, y en el caso de la mujer además al embarazo no deseado. (Fontiveros et al., 2016)

En la tabla número uno se pudo apreciar una distribución de los adolescentes según el grupo de edad y sexo, donde se obtuvo que el grupo de edad predominante fue el ubicado en la adolescencia media con un 62,2%, seguido por la adolescencia tardía con un 22,2%, y adolescencia temprana 15,6%, predominando en el sexo masculino con un 51,1% versus el femenino con el 48,9% del total de los adolescentes estudiados.

**Tabla 1-4:** Distribución según grupo de edad y sexo. Barrio Central. Arosemena Tola, 2016

Grupo de Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
<b>Adolescencia Temprana</b> (10 a 13 años)	4	8,9	3	6,7	7	15,6
<b>Adolescencia Media</b> (14 a 16 años)	15	33,3	13	28,9	28	62,2
<b>Adolescencia Tardía</b> (17 a 19 años)	4	8,9	6	13,3	10	22,2
<b>Total</b>	23	51,1	22	48,9	45	100

**Fuente:** Encuesta sobre planificación familiar en adolescentes del Barrio Central de Arosemena Tola, 2016.

Es de gran importancia tomar en cuenta la distribución estos grupos de edades porque cada etapa tiene cambios físicos y psicológicos específicos, principalmente en la adolescencia

media, donde se describe el mayor porcentaje de inicio de las relaciones sexuales, y a nivel psicológico se muestra un interés más marcado por el sexo opuesto, por lo que las intervenciones educativas sobre planificación familiar deberán ser acoplados según estas etapas. (Pérez et al., 2015)

Es importante señalar que según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo 2010 (INEC), los individuos que se encuentra en el grupo de adolescencia temprana corresponden al 47,2%, media 27%, y finalmente tardía 25,6%, lo último que concuerda con los datos expuestos anteriormente, sin embargo, es urgente identificar estos grupos vulnerables sobre todo los que transitan por la adolescencia media, para disminuir los indicadores de morbi - mortalidad materna y neonatal en los adolescentes. (Ecuador en Cifras, 2011; Hidalgo et al., 2016)

En lo referente al sexo es de notar que en el Ecuador se reporta un predominio el sexo femenino con un 50,4% y para el masculino un 49,6%, lo que concuerda con la presente investigación. (Ecuador en Cifras, 2011) Para el investigador es de suma importancia la identificación de estos grupos etarios y su distribución según el sexo para así de una forma eficaz y eficiente, influir en los cambios de conducta sexual y reproductiva, de manera integral que a su vez favorezcan y modifiquen los indicadores de salud de la población. En el Ecuador es evidente que existe un gran suceso demográfico con un alto crecimiento poblacional, con una población multiétnica y pluricultural, con un deficiente conocimiento sobre planificación familiar, es por ello importante el conocimiento de la etnia y su interculturalidad, para poder intervenir a través de la consejería sobre planificación familiar en los núcleos familiares, la comunidad, y eliminando las inequidades a los que han estado sometidos estos sectores vulnerables. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013; Loayza et al., 2015)

En la tabla dos observamos una distribución de los adolescentes según etnia y sexo, obteniéndose que el 62,2% fueron mestizos, 28,9% indígenas, blancos 6,7%, afroecuatorianos 2,2%, y según el sexo un 51,1% masculino frente a un 48,9% femenino.

**Tabla 2-4:** Distribución según etnia y sexo. Barrio Central. Arosemena Tola, 2016

Etnia	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
<b>Indígena</b>	6	13,3	7	15,6	13	28,9
<b>Mestizo</b>	13	28,9	15	33,3	28	62,2
<b>Blanco</b>	3	6,7	0	0	3	6,7
<b>Afroecuatoriano</b>	1	2,2	0	0	1	2,2
<b>Total</b>	23	51,1	22	48,9	45	100

Fuente: Encuesta sobre planificación familiar en adolescentes del Barrio Central de Arosemena Tola, 2016.

Los resultados de este estudio coinciden con los datos que se comparten estrechamente en el INEC, donde se establece que en el Ecuador en lo correspondiente a la etnia el 71,9% se declararon mestizos, sin embargo no vamos a dejar de señalar que el mayor porcentaje para la Provincia del Napo, la constituye la etnia indígena con un 56,8%. A criterio del autor se evidencia que la población indígena adolescente en el presente estudio ya no se identifica con dicha etnia, sino que en su autopercepción se consideran mestizos, por el contexto cultural en el que se desenvuelven. Este punto es crucial tomarlo en cuenta pues a nivel nacional según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador la etnia indígena es la que está mayoritariamente en riesgo de no realizar ningún tipo de planificación familiar, por las condiciones de pobreza y marginación a los que han estado expuestos en el país. (Ecuador en Cifras, 2011; Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

Múltiples investigaciones abogan en una definición de la sexualidad como un concepto histórico de abundantes caracteres simbólicos que se encuentran influenciados por aspectos biológicos, económicos, culturales y espirituales. Varias investigaciones han descrito que la religión, a través de las experiencias espirituales, estereotipos de conducta y redes de apoyo social, estimulan normas morales que retrasan el inicio de la vida sexual en los adolescentes católicos. (Mazo et al., 2016)

En la tabla número tres se evidenció que treinta y seis (36) adolescentes para un 80% la religión que profesan es la católica, seguido por la evangélica con seis (6) para un 13,3% y tres (3) Ateos para un 6,7%.

**Tabla 3-4:** Distribución según religión. Barrio Central. Arosemena Tola, 2016

<b>Religión</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Católico</b>	36	80
<b>Evangélico</b>	6	13,3
<b>Ateo</b>	3	6,7
<b>Total</b>	45	100

**Fuente:** Encuesta sobre planificación familiar en adolescentes del Barrio Central de Arosemena Tola, 2016.

Al analizar estos resultados y compáralos con los reportes estadístico del país se observó que existe el mismo comportamiento de la religión que a nivel nacional, donde se establece que el 80% de la población ecuatoriana es católica, un punto muy relevante a tratar en esta investigación pues se evidenció que los adolescentes no creyentes todos habían tenido inicio de su vida sexual activa más precozmente y con mayor número de parejas sexuales, versus los creyentes, datos que se correlacionan con lo expuesto en múltiples estudios donde se expone que cuando los adolescentes perciben importante la religión, y están activos en la adoración y las actividades religiosas, está significativamente asociado a la reducción de conductas sexuales de riesgo pues están emocionalmente saludables y demuestran conductas socialmente aceptadas, la religión está directamente correlacionada con la conducta sexual de los adolescentes. (Paredes et al., 2012) Además esta investigación también obtuvo resultados similares a los alcanzados por Mazo en su estudio. (Mazo et al., 2016)

Hay que destacar que es de gran importancia que en etapa de la vida se necesita un apoyo familiar, en la adquisición de valores que le permitan estar acorde con el desarrollo social, para que pueda responder a la realidad que vive en estos momentos, tomar conciencia de los problemas y asumir responsabilidades. (Fontiveros et al., 2016)

A finales del siglo XX la educación sufrió grandes transformaciones cuantitativas en América Latina y el Ecuador, estos cambios fueron encaminados a dar un impulso a la construcción de escuelas y la ampliación de la cobertura del nivel primario, extendiéndose

el sistema educativo público a las áreas rurales, gracias al Gobierno Nacional, se logró incorporar a la mayoría de los adolescentes que se encontraban en regiones equidistantes, lográndose elevar el nivel educacional secundario y bachiller, a más de un 35%. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Existió en el estudio como se aprecia en la tabla número cuatro un predominio de adolescentes con instrucción secundaria correspondiendo al 93,3%, en lo correspondiente al sexo hubo una distribución equitativa el 46% en ambos casos, en lo correspondiente a tener solo instrucción primaria esta se evidenció en un menor porcentaje 6,7%, en el sexo masculino un 4,4% versus el sexo femenino en un 2,2%.

**Tabla 4-4:** Distribución según instrucción y sexo. Barrio Central. Arosemena Tola, 2016

Instrucción	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
<b>Primaria</b>	2	4,4	1	2,2	3	6,7
<b>Secundaria</b>	21	46,7	21	46,7	42	93,3
<b>Total</b>	23	51,1	22	48,9	45	100

**Fuente:** Encuesta sobre planificación familiar en adolescentes del Barrio Central de Arosemena Tola, 2016.

Según la Guía de Atención Integral del Adolescente, del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el 68.6% de los adolescentes asentados en la zona urbana han terminado la secundaria, datos que se comparten con la presente investigación, mientras que en la zona rural lo hicieron el 36.1%. (Ministerio de Salud Pública, 2015) Esta información a su vez es semejante con las investigaciones realizadas por Franco, donde se establece que el 79.5 % han atravesado la secundaria, datos que son similares a esta investigación y concuerdan además con el estudio de González. (González et al., 2010; Hidalgo et al., 2016)

Se evidenció que los adolescentes del Barrio Central del Cantón Carlos Julio Arosemena Tola se encuentran en su mayoría escolarizados acorde con la edad en la que se encuentran transitando, sin embargo no podemos dejar de evidenciar que existió un pequeño porcentaje

considerable de adolescentes solo con instrucción primaria, lo que contribuye a un mayor porcentaje de desconocimiento sobre la sexualidad, y los expone a una franca condición de vulnerabilidad. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

Además a opinión de la autora estos datos se corresponden con las políticas públicas gubernamentales que han sido implementadas en el país para lograr equidad y que todos alcancen un alto nivel de escolaridad proporcionando una amplia cobertura de servicios educacionales y brindar las mismas oportunidades a toda la población, concentrando los recursos en el desarrollo pleno de la personalidad, la formación de una cultura general integral que geste hombres y mujeres inteligentes, instruidos y plenos.

Fomentar el empoderamiento de los adolescentes para así subyugar a la pobreza, favoreciendo el desarrollo económico es uno de los objetivos gubernamentales, por lo que se prioriza que los adolescentes se dediquen a formarse académicamente, para así eliminar las brechas económicas y sociales que exponen al adolescente cuando se dedica a trabajar en esta etapa de la vida, donde le corresponde formarse tanto intelectual como humanísticamente. (Carmona et al., 2016)

En la tabla cinco observamos que en lo correspondiente a la ocupación y sexo, hay un predominio de ocupación estudiante en un 88,6%, seguido de agricultor en un 6,8% y por último ama de casa en un 4,6%. En lo correspondiente al sexo para estudiante se dio en un 44,3% para ambos, ama de casa un 4,6% solo en mujeres y agricultor en un 6,8% solo en hombres.

**Tabla 5-4:** Distribución según ocupación y sexo. Barrio Central. Arosemena Tola, 2016

Ocupación	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	

	No	%	No	%	No	%
<b>Estudiante</b>	20	44,3	20	44,3	40	88,6
<b>Ama de casa</b>	0	0	2	4,6	2	4,6
<b>Agricultor</b>	3	6,8	0	0	3	6,8
<b>Total</b>	23	51,1	22	48,9	45	100

**Fuente:** Encuesta sobre planificación familiar en adolescentes del Barrio Central de Arosemena Tola, 2016.

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se estima que en América Latina y el Caribe, los niños y adolescentes que trabajan tienen un promedio de dos años menos de educación que los que no trabajan, datos que se correlacionan con los expresados anteriormente. Dos años menos de escolarización se traducen, a lo largo de una vida laboral, en un 20% menos de renta mensual como media; Además el ser ama de casa es algo que predominó en el barrio y en el sexo femenino. El 90% de los niños que trabajan como empleados domésticos en su mayoría son niñas entre 12 y 17 años de edad, siendo más vulnerables y explotados pues se les priva de escolarización, relaciones sociales, son vulnerables a maltratos físicos y abusos sexuales, no se reconoce el carácter productivo del trabajo que realizan y no adquieren conocimientos que podrían mejorar sus vidas, por lo que con esta práctica en el cantón se incentiva la pobreza, la desigualdad y se favorece a la morbi – mortalidad en este grupo de adolescentes. (Cañon et al., 2016)

Según los reportes realizados en la investigación de Zambrano, en el Ecuador la ocupación de estudiante fue del 17,8%, datos que se contraponen a los encontrados en esta investigación, sin embargo en este estudio se hace énfasis que el mayor porcentaje de trabajo no remunerado lo realizan las mujeres en un 56%, lo que también se encontró en alguna medida en esta investigación. (Zambrano et al., 2016)

Consideramos preocupante el hecho de que el 11,1% de los adolescentes de este estudio sean agricultores y amas de casa cuando lo óptimo es que tengan un vínculo con el estudio para garantizar su proyecto de vida que es algo que repercutirá en una deficiente preparación para su vida haciéndolos más vulnerables, en el aspecto económico, social, y

con el riesgo cada vez mayor en el aspecto de la salud, de contraer ITS y embarazo no deseado.

En la adolescencia se visualizan transformaciones que aportan a este grupo etario un crecimiento único, pero también se puede dar conductas de peligro como el mantener estados civiles de riesgo en este ciclo de la vida, como son unión libre o casado, exponiéndolos a relaciones sexuales poco saludables, agravándose esta problemática por el escaso acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en las diferentes casas de salud. (Silva et al., 2014)

En la tabla seis respecto al estado civil y sexo, se evidenció que el 95,6% corresponden al estado civil soltero en un 48,9% en hombres y un 46,7% para mujeres, en lo concerniente a unión libre el total es 4,4%, de este porcentaje el 2,2% se da tanto para hombres como para mujeres.

**Tabla 6-4:** Distribución según estado civil y sexo. Barrio Central. Arosemena Tola, 2016

Estado Civil	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No	%
	No	%	No	%		
<b>Soltero</b>	22	48,9	21	46,7	43	95,6
<b>Unión libre</b>	1	2,2	1	2,2	2	4,4
<b>Total</b>	23	51,1	22	48,9	45	100

**Fuente:** Encuesta sobre planificación familiar en adolescentes del Barrio Central de Arosemena Tola, 2016.

Los datos de este estudio se encuentran a la par con los expresados a nivel mundial donde se establece que más del 80% de los adolescentes se encuentran en estado civil soltero, es de señalar que en lo que respecta a la unión libre esta puede comportarse como un factor de riesgo, pues determina una práctica sexual habitual y muchas de las veces sin ningún tipo de planificación familiar por parte del adolescente por la etapa de la vida que se encuentra transitando. Además en resultados obtenidos por Sánchez, sobre conocimiento y uso de



métodos anticonceptivos en adolescentes, se concluye que el estado civil predominante fue el soltero en un 73,6%, seguido de unión libre con un 40,3%, concordando con la presente investigación. (Sánchez et al., 2015)

El desconocimiento acerca de la planificación familiar, está actuando como una barrera para la atención médica integral del adolescente, que inicia sus relaciones sexuales por curiosidad, sin información adecuada de cómo prevenir las ITS y el embarazo no deseado, al no haber planificado el embarazo, ellos quedan desamparados, y esto trae como consecuencia un deficiente control prenatal y las distintas complicaciones obstétricas y neonatales resultantes de este proceso, luego cuando su hijo nace, ambos adolescentes, siguen sin información oportuna sobre planificación familiar y terminan rechazando todo método anticonceptivo que se les oferta, por desconocimiento de su salud sexual y reproductiva. (Pérez et al., 2015; Leal et al., 2016)

En la tabla siete se observó que los adolescentes tenían muy pocos conocimientos sobre planificación familiar. De cuarenta y cinco (45) adolescentes del estudio cuarenta y cuatro (44) para un 97,8%, tenían conocimientos no satisfactorios, de ellos veintitrés (23) para un 51,1% eran del sexo masculino versus veintiuno (21) para un 46,7% para el sexo femenino y con conocimientos satisfactorios solo uno (1) del sexo femenino para un 2,2%.

**Tabla 7-4:** Conocimientos sobre planificación familiar y sexo. Barrio Central. Arosemena Tola, 2016

Sexo	Conocimientos				Total	
	Satisfactorios		No Satisfactorios		No	%
	No	%	No	%		
<b>Hombre</b>	0	0	23	51,1	23	51,1
<b>Mujer</b>	1	2,2	21	46,7	22	48,9
<b>Total</b>	1	2,2	44	97,8	45	100

**Fuente:** Encuesta sobre planificación familiar en adolescentes del Barrio Central de Arosemena Tola, 2016.

Analizando la tabla No. 7, se aprecia que los conocimientos sobre planificación familiar en los adolescentes son muy escasos. Esto está dado porque no tienen suficiente confianza con sus padres como para abordar este tema, pues sus costumbres, tabúes y religión no se lo

permiten. Los resultados obtenidos en este estudio se encuentran en línea con otras investigaciones como en la de Hidalgo, donde se reporta que el 87.5 % de la población de adolescentes del distrito de Querecotillo, sector II, desconoce acerca de su sexualidad. (Hidalgo et al., 2016)

Se reporta por el Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censo que el mayor porcentaje de adolescentes desconocen sobre planificación familiar en un 80%. Coincidiendo también este estudio con el realizado en Perú por Salazary colaboradores, en el cual el 72,5% tiene un conocimiento sobre planificación familiar malo o muy malo, lo mismo que condiciona un inicio de relaciones sexuales precoces, además de aparición de embazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual. (Ecuador en Cifras, 2011)

Al relacionar los conocimientos sobre planificación familiar y sexo se obtuvo una chi cuadrado con el valor de 1,06 y un p con valor de 0,30, a través de estos valores no se encontró asociación estadísticamente entre las variables.

La salud sexual y reproductiva es una etapa permanente de bienestar físico, psicológico, y social, no es solo la ausencia de enfermedades, por lo que es de gran importancia conocerla, en dependencia de las distintas etapas que atraviesa el adolescente, para tener la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos para la salud. (Atehortua et al., 2016)

En la tabla ocho se presentó una distribución según grupo de edad y conocimientos sobre planificación familiar, donde se obtuvo que el 62,2% de adolescentes que presentaron conocimientos no satisfactorio estaban ubicados en el grupo de edad de adolescencia media, un 15,6% en la adolescencia temprana, y un 20% en la adolescencia tardía. En lo correspondiente a conocimientos satisfactorios el 2,2% estuvo en el grupo de edad de adolescencia tardía.

**Tabla 8-4:** Conocimientos sobre planificación familiar y grupo de edad. Barrio Central. Arosemena Tola, 2016

Grupo de Edad	Conocimientos	Total
---------------	---------------	-------

	Satisfactorio		No Satisfactorio			
	No	%	No	%	No	%
<b>Adolescencia Temprana</b>	0	0	7	15,6	7	15,6
<b>Adolescencia Media</b>	0	0	28	62,2	28	62,2
<b>Adolescencia Tardía</b>	1	2,2	9	20	10	22,2
<b>Total</b>	1	2,2	44	97,8	45	100

Fuente: Encuesta sobre planificación familiar en adolescentes del Barrio Central de Arosemena Tola, 2016.

En lo que se refiere a algún estudio en el Ecuador con estas particularidades se encontró que el 82,1% de adolescentes con desconocimiento sobre planificación familiar se asienta en la adolescencia media. (Ecuador en Cifras, 2011) En un estudio realizado por Silva en São Paulo, Brasil, acerca del nivel de los conocimientos y comportamientos de riesgo en adolescentes, se encontró que un 61,9% se encontraba en el grupo de edad correspondiente a la adolescencia media, con conocimientos no adecuados sobre planificación familiar e ITS. (Silva et al., 2014)

Al relacionar los conocimientos sobre planificación familiar y grupo de edad se obtuvo una chi cuadrado con el valor de 0,188 y un p con valor de 0,66, a través de estos valores no se encontró asociación estadísticamente entre las variables.

En las últimas generaciones se ha observado el inicio cada vez más precoz de la maduración sexual y el inicio de la vida sexual activa, además de percibirse una gran participación de los adolescentes en el sector social, económico y cultural, lo que es un reto primordial para los países y en particular para los sistemas de salud, en aras de ayudar a que esta etapa transite de forma satisfactoria, con una calidad de vida saludable. (Soto et al., 2015)

En la tabla nueve se observó que el 31, 1% de adolescentes han tenido una vida sexual activa, de ellos trece (13) para un 28,9% presentaron conocimientos no satisfactorios y solo uno (1) para 2,2% con conocimientos satisfactorios. Con vida sexual no activa tuvimos treinta y uno (31) para un 68, 9%, todos con conocimientos no satisfactorios.

**Tabla 9-4:** Conocimientos sobre planificación familiar y vida sexual. Barrio Central.

Arosemena Tola, 2016

Vida sexual	Conocimientos				Total	
	Satisfactorios		No Satisfactorios		No	%
	No	%	No	%		
<b>Activa</b>	1	2,2	13	28,9	14	31,1
<b>No activa.</b>	0	0	31	68,9	31	68,9
<b>Total</b>	1	2,2	44	97,8	45	100

**Fuente:** Encuesta sobre planificación familiar en adolescentes del Barrio Central de Arosemena Tola, 2016.

Analizando la tabla No. 9 se evidencia que los adolescentes con vida sexual no activa fueron los que menos conocimientos presentaron. Que puede estar determinado por la religión y los tabúes que presentan. Para América Latina y El Caribe, aproximadamente el 50% de los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos. La edad del primer coito es de aproximadamente 14 -16 años (adolescencia media) en muchos países de América Latina, mientras en algunos países del Caribe, inician la vida sexual a una edad tan temprana como los 10 -12 años. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Gutiérrez, en su investigación titulada “Análisis sociocultural y psicológico sobre la maternidad y paternidad en adolescentes”, refiere que el 35,9% de los adolescentes en Ecuador poseen una vida sexual activa, y además que por regiones se observa que en la Amazonía y Galápagos tienen los valores más altos (52,3%), estos valores se asemejan a los encontrados en esta investigación en forma global, sin embargo cuando se compara con los valores obtenidos por regiones estos no concuerdan con esta investigación, dato que llama la atención y que podrían estar dado por los miedos que presentan los adolescentes para enfrentar su sexualidad y no siempre hablar con la verdad, pues por lo observado por la investigadora en esta parte de la Amazonia aún se manejan con recelo y tabúes en este cantón. (Gutiérrez et al.,2013)

Los sujetos de este estudio con vida sexual activa e inactiva, en ambos grupos presentaron conocimientos insatisfactorios notables acerca de planificación familiar, lo que difiere con el estudio realizado por Rodríguez, en donde se encontró que los adolescentes con vida

sexual activa eran los que más conocimientos poseían sobre planificación familiar, lo mismo que es alarmante en la población del Cantón Carlos Julio Arosemena Tola, pues los expone considerablemente a el riesgo de sufrir una ITS y embarazos no deseados. (Rodríguez et al., 2012)

Al relacionar los conocimientos sobre planificación familiar y vida sexual se obtuvo una chi cuadrado con el valor de 0,07 y un p con valor de 0,78, a través de estos valores no se encontró asociación estadísticamente entre las variables.

El embarazo adolescente favorece a la perpetuación de la pobreza, al no adquirir logros educativos y socioeconómicos, pues la maternidad adolescente se asocia a un mayor riesgo de complicaciones obstétricas y neonatales, además los niños criados por madres adolescentes experimentan más riesgo de abuso físico o sexual y presentan más problemas en su comportamiento, pues los adolescentes no están preparados ni física ni psicológicamente para ser padres. (Gómez et al., 2014)

En la tabla No. 10 se describe que de cuarenta y cinco (45) adolescentes, tres (3) para un 6,7% estaban embarazadas y las tres (3) tenían conocimientos no satisfactorios sobre planificación familiar.

**Tabla 10-4:** Conocimientos sobre planificación familiar y embarazo. Barrio Central. Arosemena Tola, 2016

Embarazo	Conocimientos				Total	
	Satisfactorios		No Satisfactorios		No	%
	No	%	No	%		
<b>Si</b>	0	0	3	6,7	3	6,7
<b>No</b>	1	2,2	41	91,1	42	93,3
<b>Total</b>	1	2,2	44	97,8	45	100

**Fuente:** Encuesta sobre planificación familiar en adolescentes del Barrio Central de Arosemena Tola, 2016.

A pesar de que solo tenemos tres (3) adolescentes embarazadas, es importante modificar los conocimientos en ellas sobre planificación familiar de manera urgente y estructurada, porque todas presentaron conocimientos no satisfactorios, pues cuando ellas paran siguen

siendo adolescentes y continúan con riesgo de un embarazo en la adolescencia y todo lo que este representa para ellas.

En cuanto al conocimiento de métodos anticonceptivos en la Provincia del Napo no se tiene datos reales y actualizados, sin embargo en la Provincia de Pichincha, la desinformación es la principal causa por la que los jóvenes adquieren una paternidad y maternidad temprana, por ejemplo, el 25% de los partos atendidos en la Maternidad Isidro Ayora en Quito son de parejas entre 14 y 19 años, quienes señalaron no haber tenido información sobre métodos anticonceptivos. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

Estos resultados coinciden con estudios recientes llevados a cabo en una población de similares características en México por Simón, en donde se reporta que las adolescentes embarazadas eran las que menos conocimientos tenían sobre planificación familiar. (Rosales et al., 2013; Simón et al., 2015)

La conducta sexual y reproductiva de los adolescentes está influenciada por el entorno sociocultural y psico-afectivo, en la que se desenvuelven, por lo que es de suma importancia el conocimiento y uso de la planificación familiar, para reducir el riesgo de ITS, como el VIH, entre los más relevantes, y embarazo no deseado, dando como resultado en este grupo vulnerable un menor riesgo sexual. (Teva et al., 2014)

En la tabla No. 11 el 92,8% de los adolescentes con vida sexual activa, presentaron prácticas sexuales no adecuadas, todos con conocimientos no satisfactorios y solo uno (1) para un 7,2% presentó prácticas adecuadas con conocimientos satisfactorios.

**Tabla 11-4:** Conocimientos sobre planificación familiar y prácticas sexuales. Barrio Central. Arosemena Tola, 2016

Prácticas Sexuales	Conocimientos		
	Satisfactorios	No satisfactorios	Total

	No	%	No	%	No	%
<b>Adecuadas</b>	1	7,2	0	0	1	7,2
<b>No adecuadas</b>	0	0	13	92,8	13	92,8
<b>Total</b>	1	7,2	13	92,8	14	100%

**Fuente:** Encuesta sobre planificación familiar en adolescentes del Barrio Central de Arosemena Tola, 2016.

La planificación familiar se ha mostrado como un claro elemento de protección, pues en este estudio un 92,8% tenían conocimientos no satisfactorios, y usos no adecuados, cifra similar a los estudios realizados por Rodríguez, Sánchez, y Rosales, que hablan de conocimientos insatisfactorios sobre planificación familiar y uso inadecuados de métodos anticonceptivos. (Rodríguez et al., 2012; Sánchez et al., 2015; Rosales, et al., 2013)

Por todo lo descrito en este trabajo investigativo la autora está convencida que los conocimientos sobre planificación familiar a través de la información correcta, de bajo costo o gratuita y de fácil implementación, son elementos claves, por lo que se diseñó una intervención educativa sobre planificación familiar para los adolescentes del Barrio Central, Cantón Carlos Julio Arosemena Tola.

## CAPÍTULO V

### 5. PROPUESTA

## **5.1.- Datos Informativos:**

**5.1.1- Título:**Propuesta de intervención educativa sobre planificación familiar en adolescentes del Barrio Central, Cantón Carlos Julio Arosemena, 2015 - 2016.

### **5.1.2. Institución Ejecutora**

Ministerio de Salud Pública: Centro de Salud Materno Infantil Carlos Julio Arosemena Tola.

### **5.1.3. Beneficiarios**

Adolescentes entre 10 y 19 años.

### **5.1.4. Entidad responsable**

- Coordinador del Centro de Salud.
- Médicos tratantes de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Médicos generales.
- Médicos rurales.
- Psicólogos.
- Obstetras.
- Personal de Enfermería.
- Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS)
- Internos Rotativos de Medicina.
- Presidente del barrio.

### **5.1.5. Ubicación**

Provincia: Napo.

Cantón: Carlos Julio Arosemena Tola.

Parroquia: Carlos Julio Arosemena Tola.



Calle:Av. Amazonas, Km. 54.

### **5.1.6. *Tiempo estimado para la ejecución de la propuesta***

Inicio: Enero 2017.

Final:Junio 2017.

### **5.1.7 *Presupuesto***

El valor estimado para la ejecución y monitoreo de la propuesta es de 2600 dólares americanos, el cual será distribuido para alcanzar los objetivos planteados.

## **5.2 Antecedentes de la Propuesta**

En el estudio realizado en el Barrio Central del Cantón Carlos Julio Arosemena Tola, de la Provincia del Napo, periodo abril 2015 - mayo 2016, se detectó que de un total de 45 adolescentes, presentaron conocimientos acerca de planificación familiar no satisfactorios en el 97,8% de los casos, con un porcentaje muy pequeño de conocimientos satisfactorio 2,2%.

Las principales características sociodemográficas detectadas fueron, el grupo de edad predominante fue el ubicado en la adolescencia media con un 62,2%, predominando el sexo masculino con un 51,1%, la etnia predominante con el 62,2% fue la mestiza, el 80% católicos, de instrucción secundaria (93,3%), ocupación estudiante en un 89%, de estado civil soltero (95,6%), con vida sexual activa el 31,1% y conocimientos no satisfactorios, el 6,6% de las adolescentes estaban embarazadas y tenían conocimientos no satisfactorios sobre planificación familiar, el 92,8% usaban métodos anticonceptivos de una manera no adecuado, y con conocimientos no satisfactorios.

Por todos los antecedentes descritos se requiere en este grupo vulnerable una educación oportuna para un adecuado manejo y control de su salud, a través de una intervención educativa sobre planificación familiar con miras de prevenir el embarazo no deseado y las ITS.

### **E.3 Justificación**

Tanto el equipo de médicos, como los encargados de la coordinación del Centro de Salud Materno Infantil Carlos Julio Arosemena Tola, son responsables de un adecuado manejo de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, deben involucrarse en un esfuerzo conjunto para crear condiciones adecuadas que brinden una información eficaz acerca de la planificación familiar.

Se debe además considerar una adecuada orientación y evaluación periódica de los adolescentes según el grupo de edad que se encuentran transitando por sus características particulares, tanto físicas como psicológicas, además en cuanto a la terapéutica, para prevenir el embarazo no deseado y las ITS, se tendrá en cuenta su eficacia, e indicación justificada, según amerite el caso.

La información y la educación proporcionan la base para que los adolescentes consientan un buen control de su salud sexual y reproductiva, así dando cumplimiento a los siguientes aspectos:

- Mejora el conocimiento, control de su sexualidad, la adherencia y utilización de los métodos de planificación familiar, por medio del conocimiento de los métodos anticonceptivos.
  
- Previene la aparición de complicaciones maternas – neonatales, y reduce los costos en el manejo de las complicaciones por enfermedad.
  
- Aumenta el bienestar biopsicosocial, y aumenta la expectativa de vida.

### **5.4 Objetivos**

#### **5.4.1. General**

- Modificar los conocimientos sobre planificación familiar en los adolescentes.

#### **5.4.2. Específicos**

- Socializar los resultados obtenidos en la investigación realizada a los padres de familia y a los adolescentes.
- Describir los aspectos fundamentales acerca de la planificación familiar
- Describir las características de la sexualidad en la adolescencia.
- Describir los tipos de métodos anticonceptivos que existen.
- Explicar la utilización correcta del método anticonceptivo de barrera, preservativo masculino y femenino.
- Conocer los derechos sexuales y reproductivos
- Enseñar a formular su proyecto de vida.

#### **5.5 Análisis de Factibilidad**

El presente estudio tiene la virtud de ser aplicable en el Centro de Salud Materno Infantil Carlos Julio Arosemena Tola, porque se cuenta con el recurso físico y humano necesario, para su realización, mejorando así las expectativas del cuidado y la prevención de la salud sexual y reproductiva. Se considera que esta propuesta no requiere de fines económicos alarmantes para su ejecución, por lo que es factible de realizarse.

#### **5.6 Fundamentación Teórico - Científica**

En un estudio se realizó una intervención educativa en 123 adolescentes, del tercer año de Educación Secundaria Obligatoria del Instituto de Enseñanza Secundaria de Castilla y

León, para ello, se administra antes y después de la intervención educativa (12 sesiones) un instrumento de evaluación, los resultados de las pruebas confirman que la intervención educativa favorece el desarrollo de actitudes positivas hacia la sexualidad, así como la disminución significativa de las actitudes negativas hacia la masturbación. Además, se constata que la experiencia sexual del alumnado aumenta de forma progresiva. (Sevilla et al., 2016)

En otro trabajo de investigación titulado, Efecto de la promoción a la salud en los conocimientos sobre métodos antifecondativos en los adolescentes de las zonas rurales del municipio de Cardonal, con 22 individuos, mostro que las intervenciones educativas a través de la promoción de la salud influye en los conocimientos sobre los métodos antifecondativos en los adolescentes en las zonas rurales. (García et al., 2016)

Por las bases teóricas expuestas, creemos primordial el diseño de la presente intervención educativa sobre planificación familiar, previo el diagnóstico realizado en esta investigación, a la vez, es menester resaltar la urgencia de la ejecución de este diseño de intervención por el organismo pertinente que le corresponda, para con ello disminuir e incluso eliminar el desconocimiento acerca de planificación familiar.

## **5.7 Metodología**

### *Principios inspiradores:*

- Centrada en los valores y derechos humanos.
- Igualdad de oportunidades
- Dimensión Social.

### *Principios metodológicos:*

- Participación activa, evaluación y reflexión.
- Libertad en la exposición de ideas propias y respeto a las ajenas.

- Cooperación con las/los demás.

*Estrategias metodológicas:*

- Conocimiento, sensibilización e interiorización.
- Grupos de discusión y reflexión.
- Puesta en común de ideas.
- Aprendizaje significativo basado en experiencias.

*Herramientas:*

- Presentaciones en soporte informático.
- Proyección de imágenes.
- Revistas femeninas.
- Elaboración de cuestionarios.

## Modelo Operativo Intervención Educativa Conocimientos sobre Planificación Familiar (Padres)

Tema	Objetivos	Población objeto	Actividades	Duración	Recursos	Fecha de cumplimiento	Responsable de ejecución	Aprendizajes esperados
<p>1. Conocimientos sobre planificación familiar.</p> <p><b>Sumario:</b></p> <p>1.1 Características Sociodemográficas.</p> <p>1.2 Conocimientos sobre sexualidad.</p> <p>1.3 Conocimientos sobre planificación familiar.</p> <p>1.4 Embarazo adolescente.</p> <p>1.5 Papel de la familia en la sexualidad.</p>	<p>Socializar los resultados obtenidos en la investigación realizada a los adolescentes.</p>	<p>Padres de familia.</p>	<p>Sesión expositiva.</p> <p>Debate.</p> <p>Lluvia de ideas.</p> <p>Historia de vida.</p> <p>Dinámica.</p>	<p>45 minutos.</p>	<p>Humanos (expositor, autoridades, público en general).</p> <p>Materiales (salón, computador, infocus, sillas, trípticos, pizarra, marcadores, pelota, historia de vida impresa, lista de participantes, esferos).</p>	<p>Enero 20, 2017.</p>	<p>Médico Familiar.</p> <p>Obstetra.</p> <p>Presidente del barrio.</p> <p>TAPS.</p>	<p>Que los padres se concienticen sobre esta problemática y puedan ayudar a romper el desconocimiento acerca de planificación familiar en sus hijos.</p>

## **Desarrollo:**

La ejecución de la misma se la realizará en una sola sesión de 45 minutos, distribuidos en 10 minutos de bienvenida y presentaciones, 20 minutos la parte expositiva y reflexiva, y por último 10 minutos la parte evaluativa y despedida, su fecha de cumplimiento será hasta el 20 de Enero 2017.

### **1ª Sesión**

**Tema:** Conocimiento sobre planificación familiar. (Padres)

#### **Parte expositiva, reflexiva y evaluativa continúa:**

Primero comenzaremos con el saludo y la presentación de los expositores, además de indicar el tema y los objetivos de la exposición, luego comenzaremos con la presentación de los padres de familia, después nos ayudaremos de material audiovisual a través de una exposición en PowerPoint, para presentar los resultados sociodemográficos más relevantes encontrados en la presente investigación.

Después de la exposición de estas diapositivas haremos las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Qué es la sexualidad para usted?
- 2.- ¿Cuánto crees que saben tus hijos sobre sexualidad?
- 3.- ¿Qué entiende usted por planificación familiar?
- 4.- ¿Está usted de acuerdo en la utilización de métodos anticonceptivos en los adolescentes?
- 5.- ¿Cuándo y cuando habla usted con su hijo acerca de sexualidad?
- 6.- ¿Cuál es el papel de la familia en la sexualidad de los adolescentes?

Después de escuchar cada uno de los criterios de los padres de familia sobre cada una de las preguntas planteadas, iremos dando salida a cada pregunta, con lo que verdaderamente significan las mismas de la siguiente manera:

Primera pregunta, la sexualidad no se refiere solo al hecho de tener relaciones sexuales, sino que es un concepto mucho más amplio, como el conocer tu cuerpo, tus emociones, tu conducta, tu personalidad, la cual se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.

Segunda pregunta, para el desenvolvimiento de esta nos ayudaremos de las diapositivas de nuestra presentación en PowerPoint, donde puntualizaremos que los conocimientos sobre sexualidad y planificación familiar en los adolescentes de la Comunidad Carlos Julio Arosemena Tola son no satisfactorio (malos). Además se enfatizará que el embarazo en la adolescencia es una problemática que está azotando a esta población.

Tercera pregunta, para el desenvolvimiento de la misma se realizara una lluvia de ideas, con la ayuda de una pizarra, donde los padres escribirán que es para ellos la planificación familiar, donde estableceremos con los conceptos dados por los padres de familia, qué es la educación sobre la sexualidad, la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, prevención del embarazo no deseado, el asesoramiento antes, durante y después del embarazo.

Cuarta pregunta, al encontrarnos frente a esta pregunta va a existir padres que estén de acuerdo y otros que no, con la utilización de métodos anticonceptivos en los adolescentes, para que esta pregunta pueda ser desenvuelta de forma eficaz vamos a invitar a los padres de familia a reflexionar sobre lo que significa el embarazo en la adolescencia con la lectura de una historia de vida. (Ver Anexo E)



Después de reflexionar ante esto los padres deberían estar de acuerdo en la utilización de métodos anticonceptivos por los adolescentes, pues al no utilizarlos están en riesgo de contraer enfermedades y embarazo no deseado, haciendo hincapié que no solo es el hecho de conocer y utilizar métodos anticonceptivos, sino el hecho de estar preparados ante cualquier situación que les pueda poner en riesgo su salud sexual y reproductiva.

Quinta pregunta, el hablar acerca de sexualidad con sus hijos debe de ser una labor diaria y continua, para que ellos tengan la mejor y la más oportuna información, acerca del tema, para poder tomar decisiones acerca de su sexualidad, y que los padres estén al tanto de la forma de proceder de sus hijos, y además se ganen la confianza de los mismos. Para lo expuesto anteriormente creemos importante facilitarles un tríptico para el cumplimiento más cabal de este tema llamado “Sexualidad Sana” (VerAnexo F)

Sexta pregunta, por último puntualizaremos al dar salida a esta pregunta que la familia es el eje fundamental, para un desarrollo saludable y pleno de la sexualidad en los adolescentes, pues en la misma debe dar la información veraz en torno al tema, además que es donde se gestan todos los valores de los adolescentes, que a su vez previenen que se produzcan enfermedades y embarazo no deseado, pero esto debe ser una labor articulada con el personal de salud, ya sea del sector público o privado, pues muchas de las veces los padres no saben cómo enfrentar la sexualidad en esta etapa de la vida y es urgente y primordial que ellos se capaciten de manera continua, pidiendo esta formación al Centro de Salud que le corresponda, para eliminar este desconocimiento acerca de planificación familiar.

Para finalizar se realizará la siguiente dinámica, llamada: “tingo- tingo- tango”

El material que se utilizará será una pelota que se irán pasando todos los asistentes previamente les pedimos que se coloquen en círculo, y al pasar la pelota el expositor cerrará los ojos e ira cantando tingo-tingo-tingo, y luego dirá tango en el momento que creyera conveniente, en el momento que se diga tango la persona que esta con la pelota, será

elseleccionado, después de seleccionadas 3 o 4 personas, estas serán las encargadas de decir a los demás participantes las conclusiones más importantes de los temas tratados.

El expositor reafirmara las conclusiones, se despedirá e invitará a que los padres de familia motiven a sus hijos a venir a esta intervención educativa sobre planificación familiar, además se les comprometerá para que se capaciten en torno al tema, para que ellos tengan las herramientas oportunas sobre la educación sexual en sus hijos, prevención del embarazo en la adolescencia y de las infecciones de transmisión sexual.

## Modelo Operativo Intervención Educativa Conocimientos sobre Planificación Familiar (Adolescentes)

Tema	Objetivos	Poblaciónobjeto	Actividades	Duración	Recursos	Fecha de cumplimiento	Responsable de ejecución	Aprendizajes esperados
<p><b>2.Conocimientos sobre planificación familiar.</b></p> <p><b>Sumario:</b></p> <p>2.1 Características Sociodemográficas.</p> <p>2.2 Conocimientos sobre sexualidad.</p> <p>2.3 Conocimientos sobre planificación familiar.</p> <p>2.4 Embarazo adolescente.</p> <p>2.5 Papel de la familia en la sexualidad.</p>	Socializar los resultados obtenidos en la investigación realizada a los adolescentes.	Adolescentes.	Sesión expositiva. Dinámicas. Video.	60 minutos.	Humanos (expositor, autoridades, público en general)  Materiales (salón, sillas, computador, infocus, hojas volantes, vídeo, lista de participantes, copias, preservativos masculinos, preservativos femeninos, pastillas anticonceptivas, pastilla de emergencia, T de cobre, esferos, cuadernos, hojas de papel, camisetas, y globos)	Enero 31, 2017.	Médico Familiar. Obstetra. Presidente del barrio.	Que los adolescentes concientizen sobre la importancia de esta problemática y la resuelvan.

## **Desarrollo:**

La ejecución de la misma se la realizará en una sola sesión de 60 minutos, distribuidos en 10 minutos de bienvenida y presentaciones, 30 minutos la parte expositiva, reflexiva y dinámica, y por último 10 minutos la parte evaluativa y despedida, su fecha de cumplimiento será hasta el 31 de Enero 2017.

### **1ª Sesión**

**Tema:** Conocimientos sobre planificación familiar. (Adolescentes)

#### **Parte expositiva, dinámica, reflexiva y evaluativa continúa:**

Primero comenzaremos con el saludo y la presentación de los expositores, además de indicar el tema y los objetivos de la exposición, luego comenzaremos con la presentación de los adolescentes, después nos ayudaremos del material audiovisual a través de una exposición en PowerPoint, para presentar los resultados sociodemográficos más relevantes, además de exponer que el conocimiento sobre planificación familiar es deficiente y el embarazo no deseado es elevado, en los adolescentes de la Comunidad Carlos Julio Arosemena Tola, datos que fueron encontrados en la presente investigación, para reforzar dichos conocimientos entregaremos una hoja volante con estos datos. (Ver Anexo G)

Luego de esto se procederá a la realización de una dinámica llamada: “El rey manda”.

Para el desarrollo de la misma se necesitara de objetos que se presentarán a los adolescentes como son preservativos masculinos, preservativos femeninos, pastillas anticonceptivas, pastilla del día después o de emergencia, T de cobre, y además otros materiales como esferos, cuadernos, hojas de papel, camisetas, y globos.

Se dividirá al grupo, en subgrupos de seis personas, y en cada uno se elegirá un líder, ubicamos los materiales regados por toda el aula, y el expositor comienza a cantar:

El rey manda que me traigan hojas, todos los integrantes del equipo las buscan pero solo el líder de cada grupo es el que lleva al rey las cosas, así el rey manda que traigan diferentes cosas como los preservativos, etc., el equipo que más cosas logre traer se hará acreedor a un premio, mientras que el grupo, que menos cosas trajo, responderán sus participantes las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Qué es la sexualidad para usted?
- 2.- ¿Cuánto crees saber sobre sexualidad?
- 3.- ¿Qué entiendes por planificación familiar?
- 4.- ¿Estás de acuerdo en la utilización de métodos anticonceptivos?
- 5.- ¿Qué es el embarazo adolescente y cuáles son sus repercusiones?
- 6.- ¿Cuál es el papel de la familia en la sexualidad?

Después de escuchar cada uno de los criterios de los adolescentes sobre cada las preguntas planteadas, y respetando los conceptos y reflexiones que cada uno de los adolescentes tiene, sobre el tema, pero los invitaremos a que formen parte de esta intervención educativa sobre planificación familiar, pues muchos de sus conceptos, reflexiones, y prácticas están erradas y es ahí donde se necesita la ayuda que brinda esta intervención.

Después de dicho esto, se presentará un video para reflexionar, titulado: “Planificación Familiar para Adolescentes”(Ver Anexo H)

Por último el expositor, se despedirá e invitará, al próximo encuentro, y finalizarán con la siguiente dinámica del abrazo, los adolescentes se ubican en un círculo, junto con el expositor, y el comenzará diciendo que linda que es la vida, yo quiero ser feliz, que lindo conocer alguien como tú, y se da un abrazo a la persona de la derecha y así continúa el juego, con la otra persona de la derecha, hasta cerrar el círculo, llegando nuevamente al expositor, el mismo que agradece por la colaboración y compromiso de los adolescentes.

## Modelo Operativo Intervención Educativa Sexualidad

Tema	Objetivos	Población objeto	Actividades	Duración	Recursos	Fecha de cumplimiento	Responsable de ejecución	Aprendizajes esperados
<b>3. Sexualidad.</b>  <b>Sumario:</b> 3.1 Concepto 3.2 Sexo 3.3 Relaciones sexuales. 3.4 Características sexuales	Describir las características de la sexualidad en la adolescencia.	Adolescentes.	Sesión expositiva. Dinámicas. Collage.	45 minutos.	Humanos (expositor, público en general)  Materiales (salón, sillas, mesas, copias, revistas, cartulinas, rotuladores, pegamento, tijeras, periódicos, esferos, plastilina, gigantografía, tarjetas, cartas, lista de participantes)	Febrero 28, 2017.	Médico Familiar Obstetra TAPS	Que los adolescentes conozcan las características de la sexualidad en esta etapa de la vida.

## **Desarrollo:**

La ejecución de la misma se la realizará en dos sesiones de 45 minutos, en días diferentes, distribuidos en 10 minutos de bienvenida y presentaciones, 25 minutos la parte expositiva, reflexiva y dinámica, y por último 10 minutos la parte evaluativa y despedida, su fecha de cumplimiento será hasta el 28 de Febrero 2017.

### **1ª Sesión**

**Tema:** Sexualidad.

**Sumario:**-Concepto.

-Sexo.

-Relaciones sexuales

### **Parte expositiva, dinámica, reflexiva y evaluativa continúa:**

Primero comenzamos con el saludo y la presentación de los expositores, además de indicar el tema y los objetivos de la exposición, luego se procede a la presentación de los adolescentes, a los mismos se les entregará una tarjeta en blanco para que escriban su nombre y se lo coloquen en un lugar visible, para todos.

Para llegar al concepto de sexualidad, se utilizará la técnica participativa denominada Collage sobre sexualidad. Para la ejecución de la misma se necesita: revistas, cartulinas, rotuladores, pegamento, tijeras, y periódicos, dividiremos al grupo, en subgrupos de cinco personas, los mismos que buscarán en las revistas imágenes, que tengan que ver con sexualidad, recortarán las figuras, las pegarán en la cartulina, y posteriormente elegirán un delegado del grupo quien expondrá la obra.

Después de escuchar las obras el expositor tomará partes de ellas y con estas bases aclarará el concepto sobre sexualidad.

Luego de esto haremos la siguiente pregunta: ¿Entonces qué es el sexo?

Propiciando entre los adolescentes el debate, acerca de lo que verdaderamente es el sexo y si están de acuerdo o no con sus compañeros, y por qué.

Al final de la discusión puntualizaremos que el sexo es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que permiten la diferenciación física de los seres humanos, hombres y mujeres, y que las relaciones sexuales son otra forma de expresar la sexualidad, y consisten en intercambiar caricias con el fin de llegar al coito. Se les entregará un tríptico de sexualidad sana. (Ver Anexo F)

Para finalizar la sesión el expositor dará las principales conclusiones y realizará una dinámica de las abejitas, para el efecto los adolescentes se pondrán en un círculo, y comenzarán diciendo a la persona de la derecha, yo soy una abejita y te pico en la cara, y así en la parte del cuerpo que el adolescente escoja, y le pica, al regresar el pinchazo a la primera persona que comenzó con el pinchazo, se indica que ahora hay que decir: yo soy una abejita y por eso te curo y te beso donde te pique, y se besan donde se habían picado. Finalizada la dinámica se motivará a los adolescentes a que sigan viniendo a esta intervención educativa.

## **2<sup>da</sup> Sesión**

**Tema:** Sexualidad.

**Sumario:** - Características sexuales.

### **Parte expositiva, dinámica, reflexiva y evaluativa continúa:**

Primero comenzaremos con el saludo y la presentación de los expositores, además de indicar el tema y los objetivos del mismo, luego se desarrollará la actividad de la siguiente manera:



Pedir a los adolescentes que se dividan en equipos de cuatro personas, distribuir plastilina a cada equipo, y pedir que moldeen los órganos sexuales masculinos y femeninos internos, en un lapso de 15 minutos. Una vez concluidas las figuras, pedir que las comenten en cada equipo. Elegir por votación aquella figura que represente más fielmente los órganos sexuales masculinos y femeninos mostrando los aciertos y fallas de todas ellas, y premiando al equipo ganador.

A continuación el expositor procederá a exponer las características sexuales femeninas y masculinas, ayudado de una gigantografía, lo que después será entregado en forma de tarjetas con dicha ilustración a cada uno de los adolescentes. (Ver Anexo Y)

Para cerrar la actividad los adolescentes harán las conclusiones más importantes con ayuda del expositor, el mismo que recalcará la importancia de nuestro cuerpo de conocerlo cada día, de no tener miedo al cambio, y finalizará con una dinámica, llamada “Si tú tienes muchas ganas”

Para lo que el expositor cantará Si tú tienes muchas ganas de reír, si tú tienes muchas ganas y si tienes la razón y no hay oposición no te quedes con las ganas de reír, y los adolescentes deberán ir haciendo las actividades que se nombren, de manera rápida y divertida.

### Modelo Operativo Intervención Educativa Planificación Familiar

Tema	Objetivos	Poblaciónobjeto	Actividades	Duración	Recursos	Fecha de cumplimiento	Responsable de ejecución	Aprendizajes esperados
<b>4. Planificación familiar.</b>  <b>Sumario:</b> 4.1 Concepto 4.2 Ventajas 4.3 Salud sexual 4.4 Salud reproductiva	Describir los aspectos fundamentales acerca de la planificación familiar	Adolescentes.	Sesión expositiva. Sociodrama Debate Dinámicas	60 minutos.	Humanos (expositor, público en general)  Materiales (salón, esferos, computador, infocus, copias, disfraces, lista de asistentes)	Marzo 15, 2017.	Médico Familiar Obstetra	Que los adolescentes adquierán el conocimiento acerca de los conceptos de planificación familiar, su importancia y sus ventajas.

**Desarrollo:**

El desenvolvimiento de la misma se la realizará en una sola sesión de 60 minutos, distribuidos en 5 minutos de bienvenida y presentaciones, 45 minutos la parte expositiva, reflexiva y dinámica, y por último 10 minutos la parte evaluativa y despedida, su fecha de cumplimiento será hasta el 15 de Marzo 2017.

**1ª Sesión**

**Tema:** Planificación familiar.

**Sumario:** - Concepto.

-Ventajas.

-Salud sexual.

-Salud reproductiva.

**Parte expositiva, dinámica, reflexiva y evaluativa continúa:**

Primero se comienza con el saludo y la presentación de los expositores, además de indicar el tema y los objetivos del mismo, a continuación se muestra un material audiovisual a través de una exposición en PowerPoint, para definir el concepto de planificación familiar, sus ventajas, y que es la Salud sexual y reproductiva.

Luego de la exposición se organiza al grupo para la realización de una dramatización sobre planificación familiar, sirviendo de bases la información expuesta con anterioridad. Se dividirá al grupo en dos subgrupos, todos tendrán un papel, se disfrazarán y se les dará a cada uno las pautas para su actuación, la misma que se desarrollará de la siguiente manera:

**Primer caso:**

Un estudiante hará de doctor, y otra de paciente, la misma que consulta porque uno de sus hijos está enfermo, comenzando con el siguiente diálogo:

**Doctor:** “Buenos días señora, cómo esta, en qué puedo ayudarle”

**Paciente:** “Buenos días doctorcito, venía a consultarle porque mi niño está enfermo desde ayer, con gripe”

**Doctor:** “Esta bien señora, vamos a examinarlo, me he dado cuenta señora que tiene muchos hijos pequeños, los he contado y son como cinco”

**Paciente:** “Si doctor tengo algunos, aquí solo les traje a cinco pero son nueve”

**Doctor:** “ Ohhhhhhhh..... nueve como me dice señora y usted sabe que es la planificación familiar”

**Paciente:** “No doctor no lo sé”

**Doctor:** “Y le gustaría que le explique y como puede cuidar su Salud sexual y reproductiva”

**Paciente:** “No doctor, no quiero saber, no tengo tiempo”

**Doctor:** “Entonces quiere usted tener más hijos”

**Paciente:** “Si doctor, quiero tener un equipo de fútbol”

**Doctor:** “Esta bien señora usted tiene derecho de elegir, su niño tiene solo un resfriado común, dele muchos líquidos, y reposo, pero no se olvide que cuando necesite información acerca de planificación familiar el centro de Salud está a su disposición”

**Paciente:** “Si doctor, gracias”

**Segundo caso:**

Un estudiante hará de doctor, y otra de paciente, la misma que consulta porque uno de sus hijos está enfermo, comenzando con el siguiente diálogo:

**Doctor:** “Buenos días señor, cómo esta, en qué le puedo ayudar”

**Paciente:** “Buenos días, venía para que me maté a los bichos, doctor”

**Doctor:** “Desde cuando no se ha desparasitado”

**Paciente:** “Nunca doctorcito, solo con medicina natural”

**Doctor:** “Esta bien señor le voy ayudar, me he dado cuenta que es buen padre ha traído a sus hijos”

**Paciente:** “Si son dos, los traje porque a la mamá le tocó trabajar, porque ya no nos alcanza para su mantención”

**Doctor:** “Y no le gustaría aprender acerca de planificación familiar”

**Paciente:** “Y qué es eso doctor”

**Doctor:** “Es la educación sobre la sexualidad, la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, prevención del embarazo no deseado, el asesoramiento antes, durante y después del embarazo, le interesa”

**Paciente:** “Claro que si doctor, yo no me había informado por vergüenza de preguntar esas cosas, pero me hace falta conocer sobre esos temas”

**Doctor:** “Es importante que usted conozca cómo cuidar su Salud sexual y reproductiva, a través de la planificación familiar para mejorar su calidad de vida”

**Paciente:** “Si doctor, hábleme más del tema”

**Doctor:** “Te invito para que asistas a la intervención educativa que se está realizando en tu barrio, para que te informes sobre todo lo relacionado sobre planificación familiar”

**Paciente:** “Si doctor, muchas gracias”

Luego de realizada la dramatización, el expositor dirá preguntas que invitarán al debate entre los adolescentes, de la siguiente manera:

¿Qué entendiste que es la planificación familiar?

¿Cómo se cuida la Salud sexual y reproductiva?

¿En el primer caso como actuó la señora en lo referente a la planificación familiar?

¿En el segundo caso como actuó el señor en lo referente a la planificación familiar?

¿Cuáles son las ventajas de la planificación familiar?

Después de debatidos y aclarados estos puntos, el expositor elegirá a tres personas para que realicen las conclusiones más importantes del tema.

Para culminar se procede a realizar la siguiente dinámica:¿Te gusta tu vecino?

Se forma un círculo y el expositor pregunta a algún adolescente ¿te gusta tu vecino? El adolescente puede responder: Si, no, o más o menos.

Si la respuesta es Sí, todos se quedan en el mismo lugar.

Si la respuesta es No, todos cambian de lugar.

Si responde más o menos sólo se cambia esa persona con cualquier otra.

La sesión finalizará estimulando la motivación para que sigan viniendo a esta intervención educativa.

## Modelo Operativo Intervención Educativa Tipos de Métodos Anticonceptivos

Tema	Objetivos	Poblaciónobjeto	Actividades	Duración	Recursos	Fecha de cumplimiento	Responsable de ejecución	Aprendizajes esperados
<b>5. Tipos de métodos anticonceptivos</b>  <b>Sumario:</b> 5.1 Métodos de Barrera 5.2 Anticoncepción hormonal 5.3 Anticoncepción de emergencia 5.4 Métodos Quirúrgicos 5.6 Métodos Naturales	Describir los tipos de métodos anticonceptivos que existen.	Adolescentes	Seminario Debate. Juegos de mesa Dinámicas	45 minutos.	Humanos (expositor, público en general)  Materiales (salón, mesas, sillas, infocus, lista de participantes, juegos de cartas, trípticos, esferos, preservativos masculinos, femeninos, esponjas vaginales, espermicidas, diafragmas, pastillas anticonceptivas, inyecciones, implantes, parches, pelotas, premios)	Abril 15, 2017.	Médico Familiar Obstetra Técnico de Atención Primaria de Salud (TAPS)	Que los adolescentes adquieran el conocimiento acerca de los diferentes métodos anticonceptivos que existen.

**Desarrollo:**

El desenvolvimiento de la misma se la realizará en dos sesiones de 60 minutos, distribuidos en 5 minutos de bienvenida y presentaciones, 45 minutos la parte expositiva, reflexiva y dinámica, y por último 10 minutos la parte evaluativa y despedida, su fecha de cumplimiento será hasta el 15 de abril 2017.

**1<sup>ra</sup> Sesión**

**Tema:** Tipos de métodos anticonceptivos

**Sumario:** -Métodos de Barrera

-Anticoncepción hormonal

-Anticoncepción de emergencia

-Métodos Quirúrgicos

-Métodos Naturales

**Parte expositiva, dinámica, reflexiva y evaluativa continúa:**

Se comienza con el saludo y la presentación de los expositores, se presenta el tema y los objetivos del mismo, posteriormente, utilizando un material audiovisual, a través de una exposición en PowerPoint, que contenga los principales métodos anticonceptivos: de barrera, hormonales, de emergencias, quirúrgicos, y naturales, se les brinda a los participantes todos los contenidos previstos a trabajar en la sesión. Como parte de esta información, se les indicará a los adolescentes, sus ventajas, usos, indicaciones, efectos adversos, y se enfatizará que el mejor método anticonceptivo en esta etapa es la responsabilidad en el inicio y selección de la pareja y la postergación del comienzo de la vida sexualmente activa. Luego de realizada estas dinámicas, se enfatiza en que es urgente que se conozcan estos métodos para estar preparados y enfrentar cualquier situación y no poner en riesgo la salud sexual y reproductiva.



Luego de terminado el seminario, se realizará una dinámica, del método anticonceptivo, para la misma, se divide al grupo en hombres y mujeres, y de desarrolla de la siguiente forma:

Caso: una pareja no está de acuerdo sobre el método anticonceptivo a utilizar; él prefiere la píldora anticonceptiva y ella el preservativo, (o el método que el expositor crea necesario).

Cada grupo tiene que defender con argumentos por qué su personaje prefiere un determinado método. Ellas representarán la postura del chico y ellos representarán la de la chica. Y comienza el debate. El expositor aclara las dudas que surgieran en la dinámica.

En un segundo momento se expondrán métodos anticonceptivos reales, como preservativos masculinos, femeninos, esponjas vaginales, espermicidas, diafragmas, pastillas anticonceptivas, inyecciones, implantes, parches, dejando que el adolescente los toque, los abra, los explore, que los conozca de primera mano, además de despejar las dudas que tuvieran los adolescentes en relación a los mismos.

Para finalizar esta sesión se realizará una dinámica de despedida, sin antes motivar a los adolescentes a seguir viniendo.

**Dinámica:** “Te regalo esta luz”

Primero el expositor hará que los participantes se sienten en el piso, formando un círculo, luego comenzará con la motivación diciendo al adolescente que está sentado a su lado derecho, yo te regalo esta luz para que seas feliz, luego este adolescente tendrá que decir al que se encuentre a su lado derecho yo te regalo esta luz con algún mensaje positivo, y así sucesivamente hasta cuando se cierre el círculo, terminando el expositor con alguna frase reflexiva como: “Dios tiene planes hermosos contigo, tienes un futuro lleno de esperanza”

## **2<sup>da</sup> Sesión**

**Tema:** Tipos de métodos anticonceptivos

**Sumario:** -Métodos de Barrera

-Anticoncepción hormonal

-Anticoncepción de emergencia

-Métodos Quirúrgicos

-Métodos Naturales

### **Parte expositiva, dinámica, reflexiva y evaluativa continúa:**

Primero comenzaremos con el saludo y la presentación de los expositores, además de indicar el tema y los objetivos del mismo, luego nos ayudaremos de métodos anticonceptivos reales, como preservativos masculinos, femeninos, esponjas vaginales, espermicidas, diafragmas, pastillas anticonceptivas, inyecciones, implantes, parches, ya presentados con anterioridad para realizar las siguientes preguntas a los adolescentes:

¿Cuál es el nombre del método anticonceptivo que tengo en mi mano?

¿Cómo se utiliza el método anticonceptivo que tengo en mi mano?

Reafirmando los conocimientos adquiridos, escuchando las fallas, aclarando conceptos y dudas. Después de esto se realizará un juego de cartas sobre los métodos anticonceptivos previamente confeccionados para este fin. (Ver Anexo J)

En este juego, se utilizan cartas que ilustran los métodos anticonceptivos, se reparten dichas cartas entre los participantes, divididos previamente en grupos de cuatro integrantes. El expositor coloca en cada lado de la mesa una carta de un hombre y una mujer y realiza algunas preguntas. Por ejemplo:

¿Cuáles métodos usa la mujer?

¿Cuáles métodos usa el varón?

El facilitador agrega la carta del bebé gestándose y pregunta:

¿Qué métodos evitan el embarazo no planeado?

¿Cuál es el más efectivo?

¿Cuál es el menos efectivo?

¿Cuáles requieren de supervisión médica? Y así a conveniencia del expositor se realizan las preguntas.

Los participantes responden a las preguntas mostrando las cartas que correspondan, gana quién sale antes del juego. Luego de cada grupo sale un ganador los mismos que reciben un premio, y se enfrentan con preguntas cada vez más difíciles. Al tener al ganador universal se lo motiva a que siga activo en esta intervención educativa, se le felicita y se entrega un premio.

Después de esto se realiza una dinámica titulada “el gato y el ratón” en donde se utiliza dos pelotas una mediana que es el gato y una pequeña que el ratón los participantes se ponen en un círculo, y el expositor da primero el ratón para que comience a andar por el grupo, luego entrega el gato, lo van pasando de manera rápida hasta que un participante se quede con los dos en sus manos, y así sucesivamente hasta tener tres perdedores, los mismos que se encargan de ayudar al expositor con las conclusiones más relevantes del tema.

## Modelo Operativo Intervención Educativa Métodos Anticonceptivos Recomendables Adolescencia

Tema	Objetivos	Poblaciónobjeto	Actividades	Duración	Recursos	Fecha de cumplimiento	Responsable de ejecución	Aprendizajes esperados
<b>6.Métodos anticonceptivos, recomendables</b>  <b>Sumario:</b> 6.1Preservativo masculino. 6.2Preservativo femenino y femenino. 6.3Prevención embarazo 6.4Prevención ITS	Explicar la utilización correcta del método anticonceptivo de barrera, preservativo masculino y femenino.	Adolescentes	Taller. Debate. Dinámicas.	45 minutos.	Humanos (expositor, público en general) Materiales (salòn, sillas, lista de participantes, vídeo, pene y vagina didáctica, esferos computador, infocus, fichas, radio, preservativo masculino y femenino, historia de vida)	Abril 30, 2017.	Médico Familiar Obstetra TAPS	Que los adolescentes adquieranelconocimiento y lapráctica acerca del uso de losmétodos anticonceptivos recomendables en esta etapa.

**Desarrollo:**

El desenvolvimiento de la misma se la realizará en dos sesiones de 60 minutos, distribuidos en 5 minutos de bienvenida y presentaciones, 45 minutos la parte expositiva, reflexiva y dinámica, y por último 10 minutos la parte evaluativa y despedida, su fecha de cumplimiento será hasta el 30 de abril 2017.

**1ª Sesión**

**Tema:** Métodos anticonceptivos, recomendables.

**Sumario:**-Preservativo masculino.

-Preservativo femenino.

**Parte expositiva, dinámica, reflexiva y evaluativa continúa:**

Primero comenzaremos con el saludo y la presentación de los expositores, además de indicar el tema y los objetivos del mismo, luego organizaremos al grupo en subgrupos de 4 personas, y comenzaremos con el taller práctico sobre la correcta utilización del preservativo masculino y femenino.

Se solicitará que los miembros de cada grupo recojan unas fichas elaboradas que muestren el uso correcto del preservativo masculino y femenino. Antes de comenzar la actividad se demostrará la puesta en práctica del uso adecuado del preservativo masculino y femenino. Después de esto en cada grupo se solicitará que practiquen la colocación de los preservativos, para lo mismo que se llevarán vaginas y penes didácticos para este fin, y se le dará a cada participante las fichas instructivas que al final de la clase se las obsequiará. (Ver Anexo K)

El expositor observará como lo hacen e intervendrá en cada grupo de manera activa, volviendo a enseñar su correcto uso, a manera de que cada estudiante coloque eficazmente

los preservativos frente al expositor. Luego de esto se procederá a felicitar a los adolescentes por su participación, y se les motivará para que sigan viniendo a esta intervención educativa. Para finalizar se realizará una dinámica y se dirá una frase reflexiva: “No es ningún cobarde aquel que hulle de la tentación sino un sabio”

### **Dinámica: Espalda con Espalda**

Se divide al grupo en parejas y se hace que se sienten en el suelo de espaldas uno al otro con los brazos enlazados, entonces se les dice que se levanten, en dicha posición, luego se indica que formen grupos de cuatro personas, luego de seis y así sucesivamente y se vaya levantando, los que no se pueden levantar son los que van siendo eliminados y al grupo ganador se les entrega un premio.

### **2<sup>da</sup> Sesión**

**Tema:** Métodos anticonceptivos, recomendables.

**Sumario:**-Prevención del embarazo.

-Prevención de la Infecciones de transmisión sexual.

### **Parte expositiva, dinámica, reflexiva y evaluativa continúa:**

Primero comenzaremos con el saludo y la presentación de los expositores, además de indicar el tema y los objetivos del mismo, luego se expondrá la siguiente historia de vida:

### **Lorena 14 años su testimonio:**

“Desde el primer día que supe que estaba embarazada surgieron los obstáculos, experimente muchas inquietudes, miedos y temores, llore muchísimo, porque debía enfrentar a mis padres para darles la noticia. Reconozco que no preste mucha atención a los consejos que mis padres y profesores. Una noticia que debía festejarse con alegría, resulto

la peor de las situaciones en la familia, antes de comunicárselo, me cuestione mucho, de la reacción que tendrían, que me dirían, que dirían de mí los demás.

Yo hasta ese momento no vivía consciente de que podía ser madre, y no es que me molestara solo lo que pensara o dijera mi familia o los demás, sino que era lo que iba hacer yo. El temor de mi familia era que yo iba a ser una “madre adolescente”. Me llamaron irresponsable, irreflexiva e inconsciente, la casa se transformó en un tribunal de justicia, y se escuchaba continuamente, como pensaba criarlo, como hacía para mantenerlo y hasta si sería un buen ejemplo para él. Al principio pensé que todo lo que decían era exagerado, que conseguiría un trabajo, dejar los estudios, y cuidar a mi hijo. Hasta pensé que el padre de mi hijo me ayudaría en esta situación, pero cuanto más pasaban los meses la realidad me golpeaba, y viví muchos momentos de angustia, soledad e incertidumbre.

Atrás quedaron las salidas con amigos, mis estudios, mis ilusiones que se parecían más a un cuento rosa. Empecé a darme cuenta que todo había cambiado, y a ver el verdadero sentido del problema. Ahora después de dos años, tuve que aprender muchas cosas; una de ellas, creo que la más difícil, fue “renunciar”. Ya no soy la hija mimada, sino la madre que duerme poco porque su hijo llora cuando le duele algo, la autoridad que tiene que vencer los caprichos de mi hijo, y la madre que tiene que pensar en qué futuro puedo darle.

Hoy puedo decir que tuve una familia que me apoyo y ya no siento que mi caso fue una tragedia. Ahora entiendo a mis padres cuando me hablaron y aconsejaron. Y puedo darme cuenta cuanto temor debieron sentir frente a la situación.

! Cuantas verdades decían!

Espero que muchas adolescentes reflexionen y tomen precauciones, sobre todo porque cada día la iniciación a la vida sexual se acorta más y la información no es la suficiente. Tener un hijo es lo mejor que le pasa a una mujer, pero es necesario estar preparada, y sobre todo no saltarse etapas que todo adolescente debe vivir.”

Se habría el debate y la reflexión con las siguientes preguntas:

¿Cómo se hubiera podido prevenir esta situación?

¿Creen que los padres estuvieron herrados en esta situación?

¿Si tú estarías en esta situación pedirías consejo a tus padres por qué?

Después de lo mismo se reflexionará con cada pregunta junto a los adolescentes y se enfatizará la importancia de conocer la planificación familiar para eliminar estas situaciones de riesgo. En un segundo momento se expondrá a través de un video titulado “Adolescencia y Enfermedades de Trasmisión Sexual”, (Ver Anexo L) después de esto se procederá con la siguiente dinámica titulada “La fiesta”

Los materiales requeridos son una tarjeta de papel y un esfero por los adolescentes. El 70 % de las tarjetas está marcada con un cuadradito al margen (quiere decir que esas personas no usan el preservativo). El 20 % tiene un círculo (quiere decir que esas personas usan el preservativo). El 10 % tiene un triángulo (quiere decir que esas personas tienen el VIH y no usan preservativo).

Se distribuyen aleatoriamente las tarjetas entre los participantes sin decirles lo que quieren decir las marcas, en primer lugar, en una cara de la tarjeta tienen que escribir el nombre de tres personas del grupo de la intervención, después, se les explica que comienza una fiesta donde tienen que bailar por 10 minutos, se da por finalizada la fiesta y se sientan de nuevo. Se les revela que los nombres que hay en sus tarjetas son los de las personas con quien se supone que han mantenido relaciones sexuales, asimismo, se les explica el significado de los símbolos, se elige algunas personas para que se levante y diga si ha tenido relaciones sexuales con o sin condón, si tiene el VIH y con qué personas ha estado. Estas personas también se levantan y hacen lo mismo. De manera que al final casi toda la clase está de pie y de forma directa o indirecta se observa que casi todo el mundo ha estado en contacto con el VIH.

Se les indica que se sienten y se abre el debate con las siguientes preguntas:



¿Cómo nos sentimos?

¿Quiénes son las únicas personas que no necesitan preocuparse?

¿Los que habían usado el condón tienen el VIH?

¿Cómo he decidido durante la fiesta con quién tener relaciones sexuales?

¿Cómo decidiré con quién uso el preservativo y con quién no?

Después de terminar el debate se harán las conclusiones más relevantes, además de insistir en la prevención del embarazo y las ITS por medio del conocimiento de la planificación familiar.

Dinámica: Espalda con Espalda

Se divide al grupo en parejas y se hace que se sienten en el suelo de espaldas uno al otro con los brazos enlazados, entonces se les dice que se levanten, en dicha posición, luego se indica que formen grupos de cuatro personas, luego de seis y así sucesivamente y se vaya levantando, los que no se pueden levantar son los que van siendo eliminados y al grupo ganador se les entrega un premio.

Culmina la sesión cuando el responsable les pide a los participantes que definan con una palabra cómo se han sentido en la actividad y con otra qué es lo más importante que han aprendido.

## Modelo Operativo Intervención Educativa Derechos Sexuales y Reproductivos

Tema	Objetivos	Poblaciónobjeto	Actividades	Duración	Recursos	Fecha de cumplimiento	Responsable de ejecución	Aprendizajes esperados
<b>7.Derechos sexuales y reproductivos</b>  <b>Sumario:</b> 7.1Vida sexual y reproductiva digna. 7.2Equidad sexual. 7.3Violencia sexual.	Conocer los derechos sexuales y reproductivos.	Adolescentes.	Sesión expositiva. Debate Dinámicas	45 minutos.	Humanos (expositor, público en general)  Materiales (salòn, sillas,computador, lista de participante, papel periódico, cartulinas, marcadores, esferos, hojas con situaciones)	Mayo 15, 2017.	Médico Familiar Obstetra Técnico de Atención Primaria de Salud (TAPS)	Que los adolescentes conozcan sobre los derechos sexuales y reproductivos y como pueden aplicarlos.

## **Desarrollo:**

El desenvolvimiento de la misma se la realizará en una sesión de 45 minutos, distribuidos en 5 minutos de bienvenida y presentaciones, 35 minutos la parte expositiva, reflexiva y dinámica, y por último 5 minutos la parte evaluativa y despedida, su fecha de cumplimiento será hasta el 15 de mayo 2017.

### **1ª Sesión**

**Tema:** Derechos sexuales y reproductivos.

**Sumario:** -Vida sexual y reproductiva digna.

-Equidad sexual.

-Violencia sexual

### **Parte expositiva, dinámica, reflexiva y evaluativa continúa:**

Primero comenzaremos con el saludo y la presentación de los expositores, además de indicar el tema y los objetivos del mismo, y se iniciará diciendo la frase: “Pienso, luego actúo... Coherencia entre lo que decimos, pensamos y hacemos”

Primero el expositor se ayudará para dar a conocer los derechos sexuales y reproductivos, de un mapa conceptual el mismo que será previamente confeccionado, en papel periódico, después de esto se formarán tres grupos y se les entregará una situación problémica a cada uno indicándoles que la deberán resolver y escribir en una cartulina que luego expondrán cuales son los principales derechos sexuales y reproductivos violentados.

### **Situación 1.**

Martha y Juan, de 15 y 17 años respectivamente, son novios y ya han iniciado sus relaciones sexuales; sus padres no lo saben. Ellos quieren empezar a planificar pues

consideran que no están en edad de tener hijos; sin embargo, se sienten angustiados. ¿A quién deben acudir? ¿A quién deberían evitar contarle esta situación?

### **Situación 2.**

Usted, como madre o padre de familia, no sabe cómo hablar de sexualidad a sus hijos. ¿A quién le pediría ayuda? ¿A quién no? ¿Qué derechos sexuales y reproductivos le compartiría como padres, enúncielos?

### **Situación 3.**

Mariela fue abusada desde los 7 años hasta los 15 por su hermano mayor, que comenzó "haciendo juegos" y terminó abusando sexualmente de ella hasta que quedó embarazada. "No lo hablé con nadie porque él me amenazaba, decía que si abría la boca mi madre me iba a matar, incluso me escribió cartas diciendo que me iba a dejar en silla de ruedas", recuerda.

"Mi madre se dio cuenta que estaba embarazada cuando me empezó a crecer la panza" y en ese momento Mariela decidió contarle la verdad. A pesar del esfuerzo "no me creyó" porque su hermano "que era muy hábil para mentir" se encargó de tirar el testimonio al piso.

Su madre "nunca pudo abordar el tema, no logró conversarlo y terminó por enfermarse de los nervios", pero quizá "por instinto" la ayudó a conseguir los medios para abortar. En ese momento "no me daba la capacidad para resolver la situación y buscar una partera", dice Mariela, pero más tarde tomó fuerzas y se fue de su casa.

¿Cuáles derechos sexuales y reproductivos fueron violentados en esta situación?

¿Dónde acudirías en caso de ser esta tu situación?

Es importante destacar que históricamente las mujeres han sido más violentadas y minimizadas, por lo cual se resaltan los derechos de la mujer, para rescatar su libertad y su dignidad a través de la equidad en oportunidades.

Para finalizar se orientará sobre cuáles son las instituciones que se debe acudir para pedir ayuda en caso que sus derechos sexuales y reproductivos fueran violentados, se despedirá con la siguiente dinámica.

### **“Me quiero quedar contigo”**

Los adolescentes se ubicarán formando un círculo, y comenzar a decir a su compañero de la derecha, comenzando el expositor “Me quiero quedar contigo”... pero eres muy coqueto, la siguiente persona le dirá a la siguiente “Me quiero quedar contigo”... pero eres... y lo que la persona piense, pero sin repetirse las palabras, y así sucesivamente.

### Modelo Operativo Intervención Educativa Proyecto de Vida

Tema	Objetivos	Poblaciónobjeto	Actividades	Duración	Recursos	Fecha de cumplimiento	Responsable de ejecución	Aprendizajes esperados
<b>8. Proyecto de vida</b>  <b>Sumario:</b> 8.1 Autoconocimiento 8.2 Autorespeto 8.3 Autoestima 8.4 Papel de la familia	Enseñar a formular su proyecto de vida.	Adolescentes.	Debate Dinámicas	45 minutos.	Humanos (expositor, público en general)  Materiales (salòn, sillas, meses, lista de participantes, cartas, hojas, esferos, pañuelos, huevos, copias de proyecto de vida)	Mayo 31, 2017.	Médico Familiar Obstetra TAPS Psicólogo	Que los adolescentes tengan las bases para formular su proyecto de vida.

## **Desarrollo:**

El desenvolvimiento de la misma se la realizará en dos sesiones de 45 minutos, distribuidos en 5 minutos de bienvenida y presentaciones, 35 minutos la parte expositiva, reflexiva y dinámica, y por último 5 minutos la parte evaluativa y despedida, su fecha de cumplimiento será hasta el 31 de mayo 2017.

### **1ª Sesión**

**Tema:** Proyecto de vida

**Sumario:** -Autoconocimiento

-Autorespeto

-Autoestima

-Papel de la familia

### **Parte expositiva, dinámica, reflexiva y evaluativa continúa:**

El expositor da la bienvenida a los estudiantes y detalla la importancia del autoconocimiento, autorespeto, autoestima, papel de la familia y del diseño de un proyecto de vida, además se indican los objetivos a seguir y la dinámica de trabajo.

El expositor solicita a tres adolescentes una breve descripción de su persona, indicando 3 virtudes y 3 defectos. Posteriormente les indica que realicen una llamada telefónica a una persona muy cercana y le pidan que la describa tomando en cuenta la misma indicación, poniendo el teléfono en altavoz.

El expositor forma equipos de acuerdo a la cantidad de estudiantes presentes y proporciona el material necesario para realizar la actividad: “actitudes positivas”; en la que los estudiantes clasifican las actitudes de acuerdo a las que sería conveniente desarrollar y se

compromete a esforzarse por adoptar las dos actitudes que no posee y le parecen las más importantes

Luego de esto se procede con la siguiente dinámica titulada “Gallinita ciega”, mediante la cual los estudiantes reconocen la importancia de tener metas claras y caminos bien trazados, así como la decisión de solicitar alguna orientación en momentos clave.

Aquí se forman 5 grupos, cada uno delega a un compañero que sea la gallinita, se le vendan los ojos se le vuelan en dependencia de los años que tienen, y se les pide que busquen un huevo previamente escondido por el expositor en presencia de los demás integrantes del grupo, la gallinita tendrá que ayudarse de sus compañeros para encontrar el huevo pero solo con indicaciones, el equipo ganador recibirá un premio

El expositor invita a los alumnos a reflexionar sobre la actividad, dando respuesta a las siguientes preguntas:

¿Qué les ha parecido la dinámica?

¿Qué tan difícil ha sido llegar a la meta?

¿Pidieron mucha ayuda o caminaron por su cuenta?

El expositor organiza a los adolescentes en parejas y los invita reflexionar para determinar si lo que se desea alcanzar depende de ellos mismos o de otros. Finalmente invita a compartir las conclusiones, y se cierra la sesión remarcando la importancia de la elaboración de un proyecto de vida.

## **2<sup>da</sup> Sesión**

**Tema:** Proyecto de vida

**Sumario:** -Autoconocimiento

-Autorespeto



-Autoestima

-Papel de la familia

**Parte expositiva, dinámica, reflexiva y evaluativa continúa:**

El expositor presenta un breve resumen de las sesiones anteriores para introducir a los estudiantes en los temas y objetivos a tratar en la presente sesión, el adolescente, apoyado por el expositor, elaborará su proyecto de vida en hojas de papel, e invitará a los adolescentes que compartan su proyecto de vida con todo el grupo. El tutor motiva para que los estudiantes se comprometan con el proyecto de vida realizado, y se despedirá con la siguiente dinámica.

***“Carta de despedida”***

Se les pedirá que escriban una carta a un compañero/a de la intervención educativa previo a un sorteo. Cada uno debe contarle las vivencias más bonitas o significativas vividas durante todo el curso. Una vez escrita la carta de despedida se entrega al compañero/a para que la lea en voz alta al grupo clase, se leerán tres.

Para finalizar se les motivará para que asistan a la última actividad a desarrollarse el 15 de Junio, donde se evaluarán los conocimientos de los adolescentes sobre planificación familiar, y se realizará la clausura con premios para los mejores evaluados, y público en general.

## **4.9 Evaluación y monitoreo**

### **4.9.1.-Evaluación de la intervención educativa**

Dadas las características de la intervención, participantes y duración, el tipo de evaluación que se impone es la continua, donde se tendrá en cuenta la participación e implicación de las y los participantes en las actividades. Además, en la última sesión se dará a llenar la misma encuesta que se aplicó antes de realizar la intervención y que midió los conocimientos sobre el tema tratado con el objetivo de identificar la modificación de estos.

También se podrá realizar una evaluación de impacto sobre la intervención educativa impartida con el objetivo de medir, los efectos que el programa puede tener sobre su población beneficiaria y conocer si dichos efectos son en realidad atribuibles a su intervención, la misma que se realizará en dos cortes a los tres y seis meses después de recibir la intervención educativa.

## **CONCLUSIONES**

En este estudio predominaron los adolescentes que se encuentran transitando por la adolescencia media de 14 a 16 años de edad, del sexo masculino, solteros, ocupación estudiante, instrucción secundaria, etnia mestiza y religión católica. Con conocimientos sobre planificación familiar no satisfactorios y prácticas sexuales no adecuadas. No existió relación entre conocimientos y variables sociodemográficas seleccionadas. Por lo que se diseñó una propuesta de intervención educativa sobre planificación familiar para los adolescentes del Barrio Central, Cantón Carlos Julio Arosemena Tola.

## **RECOMENDACIONES**

- Implementar esta intervención educativa sobre planificación familiar en los adolescentes estudiados.
- Educar e informar a los padres de familia en todos los aspectos de sus vidas para un desarrollo educativo integral, pues la familia es la que debe brindar la más eficiente y eficaz información en el tema de salud sexual y reproductiva, para que estos puedan dar respuestas a sus hijos, y sean la primera fuente de información al respecto.

## BIBLIOGRAFÍA

**Álvarez, M. R. M., Rodríguez-Figueroa, L., Reyes-Pulliza, J. C., & Colón, H. M.** (2016). Adolescentes de Puerto Rico: Una mirada a su salud mental y su asociación con el entorno familiar y escolar. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 27(2).

**Alvarez-Alvarez, B., Martell-Claros, N., Abad-Cardiel, M., & García-Donaire, J. A.** (2016). Trastornos hipertensivos en el embarazo: repercusión a largo plazo en la salud cardiovascular de la mujer. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 1-8.

**Atehortua Puerta, W., Acosta, S., López, A., Suárez, J., Melo, A., & Carrascal, S.** (2016). Conocimiento métodos anticonceptivos en estudiantes de pregrado. *Ciencia y Cuidado*, 8(1), 47-54. Recuperado de: <http://respuestas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/473/490>

**Barrientos-Guerrero, J. L., & de los Reyes-Cortéz, E.** (2014). Perfil de las usuarias de métodos de planificación familiar en una unidad de medicina familiar de Reynosa, Tamaulipas, México. *Atención Familiar*, 21(2), 39-41.

**Calvo, M. T. M.** (2015). Anticoncepción en la adolescencia y situaciones especiales. *RevEspEndocrinolPediatr*, 6(1), 53-61.

**Cancino, A. M., & Valencia, M. H.** (2015). Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(2), 76-82.

**Cannoni, B. G., González, T. M. I., Conejero, R. C., Merino, M. P., &Schulin-Zeuthen, P. C.** (2015). Sexualidad en la adolescente: consejería. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 81-87.

**Cañon, C. C. G.** (2016). Consecuencias de ser padre a temprana edad sobre los ingresos: Caso colombiano. *Ensayos sobre Política Económica*.

**Carmona G, Aspilcueta J, Cárdenas U, Flores S, Álvarez E, Solary L.**(2016). Intervenciones para optimizar la oferta de métodos modernos de planificación familiar en la región tropical de Loreto, Perú. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 15(30), 142-158. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys15-30.ioom>

**Corona, H. F., & Funes, D. F.** (2015). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 74-80

**Ecuador en Cifras III.** (2011). Hombres y Mujeres. 1-179 Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.com>.

**Escobar, J. L., Yépez, E., León, W., Caicedo, A., & Nieto, B.** (2010). Norma y Protocolo de Planificación Familiar Ecuador. 1-175.

**Esquivel Alvarado, Á. A.** (2016). Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Escuela Universitaria de Enfermería, 1 - 25

**Faucher, P.** (2011). Anticoncepción de emergencia. *EMC-Ginecología-Obstetricia*, 47(3), 1-8.

**Federación Española de Ginecología y Obstetricia.** (2014). Embarazo en la adolescencia (actualizado febrero 2013). *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 57(8), 380-392.

**Fernandez Anderson, C.** (2016). Decriminalizing Abortion in Uruguay: Women's Movements, Secularism, and Political Allies. *Journal of Women, Politics & Policy*, 1-26.

**Fernández, Y. F., López, L. G., Independiente, P., García, M. M. N., & Marrero, M. M.** (2016). La marca país (2010-2014): Ecuador Ama la Vida y su incidencia en la matriz productiva y el plan del Buen Vivir The country brand (2010-2014): Ecuador LovesLife and its impact on the productive matrix and Plan of Good Living. *Nota Editorial*, 103.

**Fontiveros, M. Á. M., Gallardo, I. I., Vera, M. J. M., Muñoz, E. B., & Grupo de Estudio del Adolescente.** (2016). Interrupciones voluntarias del embarazo en adolescentes del medio rural: evolución desde 2008. *Medicina General y de Familia*, 5(2), 49-52.

**Gaete, V.** (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443.

**García, C. A. T., Muñoz, G. M., López, S. M. C., Lozano, S. R., Reyes, M. F., & Dimas, C. I. C.** (2016). Efecto de la Promoción a la Salud en los Conocimientos sobre Métodos Antifecundativos en los Adolescentes de las Zonas Rurales del Municipio de Cardonal. *XIKUA Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan*, 4(7).

- Garrote, J. A. D., Cervantes, C. E., & Díaz, M. S.** (2015). Provisión gratuita de anticonceptivos de larga duración y embarazos en adolescentes. *Semergen: revista española de medicina de familia*, (3), 172-173.
- Gómez, M. A. & Montoya, V. L.** (2014). Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. *Rev. salud pública*. 16 (3): 394-406
- González C., Durán T., Mantecón S., Lugones M., Moya I.** (2010). *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Conocimientos sobre la sexualidad en estudiantes del programa de formación del nuevo médico latinoamericano. 26(1). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252010000100010&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252010000100010&script=sci_arttext)
- Gutiérrez, T. F.** (2013). Análisis sociocultural y psicológico sobre la maternidad y paternidad en adolescentes. Quito: Ministerio de Inclusión Económica y Social. (*MIES*).1- 62.
- Hidalgo, J. P. F.** (2016). Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes del distrito de Querecotillo, sector II, Sullana, 2012. *In Crescendo Ciencias de la salud*, 2(2), 458-474.
- Leal, I., Luttes, C., Troncoso, P., Leyton, C., Molina, T., & Eguiguren, P.** (2016). Conocimientos y práctica clínica de los proveedores de salud para la prevención del embarazo adolescente según marco legal chileno. *Revista médica de Chile*, 144(5), 577-584.



- Llover, M. N., & Jiménez, M. C.** (2014). Evidencias en anticoncepción. *FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 21(4), 228-238.
- Loayza Paladines, J. A.** (2015). Sucesos demográficos del alto índice poblacional en el Ecuador mediante la planificación familiar y social de nuestro entorno (examen complejo). UTMACH, Unidad Académica en Ciencias Sociales, Machala, Ecuador.
- Lugones Botell, Miguel.** (2016). Atención preconcepcional como estrategia básica para prevenir y disminuir la mortalidad materno-infantil. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(1) Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2016000100001&lng=es&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100001&lng=es&tlng=pt).
- Maitrot-Mantelet, L., Plu-Bureau, G., & Gompel, A.** (2012). Anticoncepción. *EMC- Tratado de Medicina*, 16(4), 1-8.
- Mazo, J. P. S., Sierra, J. J., Blandón, K. P., & Casallas, M. A. T.** (2016). Influencia de la religión en la toma de decisiones sobre sexualidad en estudiantes católicos practicantes. *Diversitas*, 12(2), 231-242.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador.** (2013). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS, 1- 211
- Ministerio de Salud Pública.**(2015). Salud en adolescentes. Guía de Supervisión. Dirección Nacional de Normatización, 1ª Edición, Quito, Ecuador, 1-85. Recuperado de: <http://salud.gob.ec>
- Montero, V. A.** (2011). Anticoncepción en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 59-67.

- Ospino, G. A. C., & Rodríguez-De Ávila, U.** (2016). Relación entre el consumo de alcohol y relaciones sexuales en adolescentes. *Duazary*, 13(2), 76-78.
- Osuna, A. F., Juez, M. C. V., & Soto, A. P.** (2014). Métodos anticonceptivos. *Manual práctico de enfermería comunitaria* (pp. 437-444). Elsevier.
- Paredes, C., & CALI, O.** (2012). El derecho a la libertad de expresión. *Caracas, Venezuela: Universidad Central de Venezuela*.1-2
- Parra Villarroel, J., Domínguez Placencia, J., Maturana Rosales, J., Pérez Villegas, R., & Carrasco Portiño, M.** (2013). Adolescents knowledge and perceptions of the family planning service in Chile. *Salud colectiva*, 9(3), 391-400.
- Peláez Mendoza, Jorge.** (2016). El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(1) Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2016000100011&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100011&lng=es&tlng=es).
- Pérez, L., & Aparicio, C.** (2015). Métodos anticonceptivos de elección en el puerperio inmediato en pacientes adolescentes Contraceptivemethods of choice in theimmediatepostpartumperiod in adolescentpatients.
- Prabakar I., Webb I.**(2012). Emergency contraception. *British Medical Journal*. (344) 61-64.

- Redondo, C. N., Alcos, F. A., Laveriano, J. V., & Ventura, W.** (2015). Resultados perinatales en adolescentes nulíparas. Estudio de cohorte retrospectiva. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58(10), 435-440.
- Rengifo-Reina, H., Córdoba-Espinal, A., & Serrano-Rodriguez, M.** (2012). Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Revista de Salud Pública*, 14(4), 558-569.
- Ríos, C., & Vera, R.** (2016). Morbi-mortalidad en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Víctor Lazarte Echegaray. IV. Essalud. Trujillo, 54.
- Rodríguez, C. J., & Traverso B. C.** (2012). Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. *Escuela Universitaria de Trabajo Social de Jerez*, 26(6):519–524
- Rosales-Silva, J. G., Lemoine-Loredo, S., Rodríguez-Pérez, C. V., & de Jesús Andrade-Rodríguez, H.** (2013). Características sociodemográficas de adolescentes embarazadas menores de 16 años de una unidad de medicina familiar en San Luis Potosí, México. *Atención Familiar*, 20(4), 103-105.
- Salgado, M. V., & Esquete, J. P.** (2010). Estudio sobre conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes. *Revista Internacional de Andrología*, 8(2), 74-80.
- Sánchez-Meneses, M. C., Dávila-Mendoza, R., & Ponce-Rosas, E. R.** (2015). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Atención Familiar*, 22(2), 35-38

**Sevilla, D. H., Ortega, F. L., & Hawrylak, M. F.** (2016). Evaluación de los efectos del Programa de Educación Sexual SOMOS sobre la experiencia sexual y las actitudes hacia la sexualidad de adolescentes. *Revista de psicodidáctica*, 21(2), 321-337.

**Silva-Fhon, J., Andrade-Iraola, K., Palacios-Vallejos, E., Rojas-Huayta, V., & Mendonça-Júnior, J.** (2014). Nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres. *Enfermería universitaria*, 11(4), 139-144.

**Simón, T. Y., & Aznar, C. T.** (2015). Influye la familia de origen en el embarazo no planificado de adolescentes y jóvenes. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58(3), 118-124.

**Soto-Acevedo, F., León-Corrales, I. A., & Castañeda-Sánchez, O.** (2015). Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina familiar del estado de Sonora, México. *Atención Familiar*, 22(3), 64-67.

**Teva, I., Bermúdez, M. P., & Ramiro, M. T.** (2014). Satisfacción sexual y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes: evaluación y análisis de su relación con el uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(2), 127-136.

**UNICEF** (2011). *La adolescencia, una época de oportunidades*. Estado Mundial de la Infancia, UNICEF. 1-16

**Veloz, V. E.** (2016). Análisis de la Situación Integral de Salud Parroquia Carlos Julio Arosemena Tola. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 1-60.

**Vicario, M. H., Fierro, M. C. G., & Hidalgo, M. G.** (2014). La adolescencia. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(61), 3579-3587.

**Villacís, B., Carrillo, D., & Martínez, A. G.** (2011). Estadística demográfica en el Ecuador: diagnóstico y propuesta. *Quito: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)*. 1-84.

**Zambrano, A. C. M., Castro, Y. D. R., & Obregón, E. A. M.** (2016). Salud sexual y reproductiva en las mujeres de los cantones Montecristi, Jaramijó y Manta (Ecuador). *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, (79), 4.

## ANEXOS

### Anexo A. Encuesta

Código de identificación: \_\_\_\_\_



## ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO FACULTAD DE SALUD PÚBLICA POSTGRADO MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**TEMA:** Encuesta sobre planificación familiar en adolescentes del Barrio Central de Arosemena Tola, 2015 - 2016.

Dirigida a los adolescentes del Barrio Central, del Cantón Carlos Julio Arosemena Tola - Napo.

**OBJETIVO:** Diseñar una propuesta de intervención educativa sobre planificación familiar en adolescentes del Barrio Central en el período abril 2015 - mayo del 2016.

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

#### **A. Datos de identificación:**

1. Su edad es: .....
2. Su sexo es: .....
3. Su etnia es:.....
4. Su religión es: .....
5. Su último año de estudios aprobados es:.....
6. Su ocupación es:.....
7. Su estado civil es:.....

## **B. Conocimientos:**

### **8. ¿Qué es un método anticonceptivo?**

- a) Un método para no tener hijos ( )
- b) Un método que me protege de infecciones de transmisión sexual ( )
- c) Un método nocivo para nuestro organismo ( )
- d) No tengo conocimientos ( )

### **9. ¿Qué entiende por planificación familiar?**

- a) Decidir cuantos hijos quiero tener y cuando tenerlos ( )
- b) Es utilizar métodos anticonceptivos para la esterilidad ( )
- c) Es conocer acerca de una vida sexual y reproductiva sana ( )
- d) Es utilizar un método anticonceptivo para mejorar la salud ( )

### **10. ¿Cuáles son las ventajas del uso de métodos anticonceptivos?**

- a) Mejora la salud sexual y reproductiva de las mujeres y hombres ( )
- b) Permite planificar el número de hijos ( )
- c) Hace engordar ( )
- d) Mejora el placer sexual en las relaciones íntimas ( )

### **11. ¿Cuáles son las desventajas del uso de métodos anticonceptivos?**

- a) Causa enfermedades en las mujeres y hombres ( )
- b) No permite disfrutar el acto sexual ( )
- c) Produce algunas veces como efecto adverso náuseas y vómitos entre las más importantes ( )
- d) Produce infecciones de transmisión sexual ( )

### **12. ¿Cuáles de los siguientes factores usted cree que sean los que favorecen la aparición de embarazo no deseado?**

- a) El desconocimiento acerca de planificación familiar ( )
- b) El inicio de la vida sexual activa a edades tempranas ( )

- c) Falta de valores en el hogar ( )
- d) Violaciones ( )

**13. ¿Qué métodos anticonceptivos conoce?**

- a) Ritmo ( )
- b) Condones ( )
- c) Pastillas ( )
- d) T de cobre ( )
- e) Implante (tubitos en brazo) ( )
- f) Coitos Interruptus (Terminar afuera) ( )
- g) Inyecciones ( )
- h) Parches

**C. Prácticas Sexuales:**

**14. ¿Ha tenido usted relaciones sexuales?**

Si ( ) No ( )

**15. ¿Ha estado usted embarazada?**

Si ( ) No ( )

**16. ¿Al tener relaciones sexuales usted utiliza métodos anticonceptivos?**

Si ( ) No ( )



## **Anexo B. Instructivo evaluativo de los conocimientos y prácticas sobre planificación familiar**

La puntuación se definió de la siguiente forma y se tomó en cuenta para su evaluación solo las preguntas de conocimientos:

### **Pregunta 1:**Concepto método anticonceptivo

Esta pregunta consta de cuatro incisos, considerando como respuestas correctas los incisos a y c. Se aprobó la pregunta al contestar adecuadamente dos incisos correctos. Fue incorrecta al no cumplir con los requisitos señalados y/o marcar los que no correspondían. La puntuación máxima fue de 20 puntos, diez puntos por cada pregunta.

### **Pregunta 2:**Concepto planificación familiar

Esta pregunta consta de cuatro incisos, considerando como respuestas correctas los incisos a y b. Se aprobó la pregunta al contestar adecuadamente dos incisos correctos. Fue incorrecta al no cumplir con los requisitos señalados y/o marcar los que no correspondían. La puntuación máxima fue de 20 puntos, diez puntos por cada pregunta.

### **Pregunta 3:** Ventajas de métodos anticonceptivos

En estas preguntas se expusieron las ventajas de los métodos anticonceptivos para que los educandos las identificaran. Estuvo representada por cuatro incisos, considerando como respuestas correctas los incisos a y b. Se aprobó la pregunta al contestar adecuadamente dos incisos correctos. Fue incorrecta al no cumplir con los requisitos señalados y/o marcar los que no correspondían.

La puntuación máxima fue de 20 puntos, diez puntos por cada pregunta.

**Pregunta 4:** Desventajas métodos anticonceptivos

Esta pregunta consta de cuatro incisos, considerando como respuestas correctas el inciso c. Se aprobó la pregunta al contestar adecuadamente el inciso correcto. Fue incorrecta al no cumplir con los requisitos señalados y/o marcar los que no correspondían.

La puntuación máxima fue de 10 puntos.

**Pregunta 5:** Factores de riesgo embarazo no deseado

Esta pregunta consta de cuatro incisos, considerando como respuestas correctas los incisos a y c. Se aprobó la pregunta al contestar adecuadamente los dos incisos correctos. Fue incorrecta al no cumplir con los requisitos señalados y/o marcar los que no correspondían.

La puntuación máxima fue de 10 puntos, cinco puntos por cada pregunta.

**Pregunta 6:** Tipos de métodos anticonceptivos

Esta pregunta consta de ocho incisos, las que son de selección múltiple, considerando como respuestas correctas todas las preguntas escogidas. Se aprobó la pregunta al contestar adecuadamente los ocho incisos correctos. Fue incorrecta al no cumplir con los requisitos señalados y/o marcar los que no correspondían.

La puntuación máxima fue de 20 puntos, 2,5 puntos por cada pregunta.

La puntuación total de la encuesta se realizó en base a 100 puntos, después de haber otorgado un valor a cada pregunta, la evaluación final de cada encuestado se obtuvo a partir de la sumatoria del total de puntos alcanzados en el cuestionario y teniendo en cuenta la siguiente escala:

Satisfactorio: Cuando el encuestado obtuvo entre 70 y 100 puntos.

No satisfactorio: Cuando el encuestado obtuvo menos de 70 puntos.

En lo correspondiente a la evaluación de las prácticas sexuales adecuadas estas fueron evaluadas a los adolescentes que tuvieron una vida sexual activa, y se consideró como adecuada cuando respondieron que si utilizan métodos anticonceptivos y no adecuada cuando respondieron que no utilizan métodos anticonceptivos.

## Anexo C. Criterios Moriyama

Criterios Moriyama					
Ítems	Comprensible	Sensible a variaciones	Razonable	Componentes claramente definidos	Datos factibles de obtener
1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
3	93,3	93,3	93,3	93,3	86,7
4	93,3	93,3	93,3	93,3	86,7
5	93,3	93,3	93,3	93,3	86,7
6	93,3	93,3	93,3	93,3	86,7
7	86,7	100,0	100,0	86,7	100,0
8	93,3	100,0	100,0	86,7	100,0
9	93,3	100,0	100,0	86,7	100,0
10	86,7	100,0	100,0	80,0	100,0
11	93,3	100,0	100,0	86,7	100,0
12	93,3	100,0	100,0	80,0	100,0
13	93,3	100,0	100,0	86,7	86,7
14	93,3	100,0	100,0	86,7	86,7
15	93,3	100,0	100,0	86,7	100,0
16	93,3	100,0	86,7	86,7	100,0

## **Anexo D. Consentimiento informado**

**Título:** Encuesta sobre planificación familiar en adolescentes del Barrio Central del Cantón Carlos Julio Arosemena Tola, 2015 - 2016.

**Autora:** Md. Verónica Elizabeth Veloz Vera.

**Comunidad:** Carlos Julio Arosemena Tola.

**Introducción:** Antes de participar en esta investigación vamos a proporcionar verbalmente toda la información sobre el estudio que se pretende realizar con un grupo de adolescentes, es necesario que usted lea cuidadosamente el presente documento, después de haberse informado usted decide entrar en este estudio, deberá firmar este consentimiento en el lugar indicado y entregarlo a la autora de la investigación. Usted recibirá una copia de este consentimiento.

**Objetivo del estudio:** Diseñar una propuesta de intervención educativa sobre planificación familiar en adolescentes del Barrio Central en el período abril 2015 - mayo del 2016, en base al diagnóstico realizado.

Una vez leído el cuestionario de preguntas los adolescentes firmarán la aceptación para participar en el estudio, teniendo en cuenta que la misma no será ningún perjuicio para ellos y con derecho de retirarse del estudio en el momento que lo deseen.

**Procedimiento a seguir:** Una vez que usted decida participar en el estudio, se le hará 16 preguntas a través de una encuesta sobre sus conocimientos y prácticas sobre planificación familiar, el tiempo para el llenado de la misma será de 30 minutos.

**Confidencialidad:** Solo la investigadora tendrán acceso a los datos confidenciales que la identifican por su nombre su identificación no aparecerá en ningún informe ni publicación resultante del presente estudio.

### **Participación voluntaria**

La participación en el estudio es libre y voluntaria. Usted puede negarse a participar o puede interrumpir su participación en cualquier momento durante el estudio, sin perjuicio alguno, ni pérdida de sus derechos.

**Contactos:** en el caso que usted necesite más información acerca de la investigación, le sugiero que se dirija a:

Dra. Verónica Veloz. Celular: 0987123646

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He leído y entendido este consentimiento informado, también he recibido respuestas a todas mis preguntas por lo que acepto voluntariamente participar en este estudio. Al firmar este documento no estoy renunciando a mis derechos legales que tengo como participante en este estudio de investigación.

**Nombre del participante/ Cedula:**

Firma: \_\_\_\_\_

**Nombre de las Investigadoras / Cedula**

Firma:\_\_\_\_\_

## **Anexo E. Historia de Vida**

“Mi nombre es Rosario y trabajo desde hace 12 años como médica en el hospital de Nueva Palmira, el día 14 de agosto viví un hecho que me conmovió de tal forma que me llevó a escribir este testimonio:

Ella tenía 16 años y un bebe de 6 meses, sin padre que se hiciera cargo, que aún amamantaba por las noches, ella tenía educación secundaria incompleta, y una familia numerosa y muy pobre con la que vivía y la que los alimentaba a ella y a su bebé. No tenía novio, tenía un retraso menstrual, tenía mucho miedo de estar nuevamente embarazada, tenía una pastilla para matar, la tenía desde hacía tiempo, la había comprado cuando se enteró de su anterior embarazo ... pero en aquel entonces no se animó a usarla. La tenía guardada...porque nunca se sabe. Jennifer no había tenido nunca acceso a educación sexual y reproductiva. En esas condiciones un embarazo no deseado se vuelve una situación demasiado peligrosa, más jodida aún, si hay problemas en la casa, por la situación económica. Ella sólo tenía un retraso menstrual, un bebe de 6 meses y mucho miedo. Sólo tenía 16 años. ¡Lástima! ... también tenía esa pastilla de veneno que colocó en el interior de su vagina con la idea de abortar.

La recibí en la puerta del Hospital de Nueva Palmira a las once y media de una noche triste, hace una hora que se había puesto la pastilla. Tenía mucho dolor de barriga, una diarrea abundante que olía muy mal y vómitos imparables. Estaba muy pálida y temblorosa, no sabía lo que le estaba pasando y tenía mucho miedo. En la sala de espera un familiar aguardaba a que yo, la médica de guardia, pudiera ayudarla. Ahora yo también tenía mucho miedo. Llamé a cuanto médico y veterinario tuve a mi alcance.

El veterinario que le había vendido el veneno y que podía informarme el nombre del plaguicida, estaba viviendo en España, los otros me daban pistas que no servían, no era un compuesto fosforado ni un anticoagulante, los síntomas no coincidían. El ginecólogo lavó la vagina de Jennifer y sacó restos de veneno que aún no habían sido absorbidos, constató y me mostró la úlcera profunda que había quedado en su vagina. Yo llamaba por teléfono a

Toxicología en búsqueda de un antídoto o de pautas para manejar la situación. Su pulso se iba perdiendo y su presión se hizo intomable, comenzó a adormilarse. Jennifer no te duermas. Jennifer tienes que colaborar, le decía.

El médico de Toxicología estaba tan confundido como nosotras, quedó en llamar a su profesor y tratar de obtener más información. Jennifer tenía mucho frío y le dolía el pecho, de sus brazos salían agujas que nos permitían pasarle suero “a baldes” y mantener su presión.

La enviamos a una unidad de cuidados intensivos para su manejo y mientras lo hacíamos, llega de Toxicología el aviso de que la sustancia era seguramente Fosforo de Aluminio, un potentísimo plaguicida. ¿De dónde lo sacó? me preguntó el médico de Toxicología, este no es de venta libre y además se usa en el campo. Estamos en medio del campo le contesté.

Mándala urgente a una unidad de cuidados intensivos y siguió dándome indicaciones para mantenerla viva hasta que llegara la ambulancia. A las dos de la mañana partió rumbo a la unidad de cuidados intensivos, a sólo 20 km. Con pulso y presión estable, despierta y algo más calentita, despedí a Jennifer. ¿Cómo está? preguntó la madre que no pudo acompañarla porque se quedó a cuidar del bebé. Yo respondí: está mejor que cuando llegó y va a un lugar especializado, yo creo que va a estar bien.

Jennifer hizo un paro cardíaco a las 6 de la mañana en la unidad de cuidados intensivos, varios médicos intensivistas intentaron reanimarla por el lapso de 1 hora, pero su corazón ya no pudo volver a latir, y murió. Tenía 16 años, un bebé de 6 meses y mucho miedo. No tenía apoyo legal, ni social, ni económico, ni cultural, ni médico para afrontar con éxito la situación que le tocó vivir. Según la autopsia Jennifer murió por los efectos directos del veneno y, reveló además, que no estaba embarazada.

Unos meses más tarde, estaba pasando visita en la sala del hospital, cuando desde una rincón una señora desconocida me llama, doctora, doctora, acérquese que quiero agradecerle ... Ud. trató a mi hija. De nada, le respondí ¿cómo está ella ahora? Está muerta



doctora, yo soy la mamá de Jennifer ¿la recuerda? Del rostro de la mamá de Jennifer no me recordaba, pero de Jennifer sí, me senté a los pies de la cama y ella comenzó a llorar, y dijo: fue culpa mía doctora, usted hizo lo que pudo, la culpa fue mía.


No señora, usted no tuvo la culpa, el veneno era muy fuerte. A lo que la madre contesto: pero yo si soy culpable, si ella me hubiera dicho... otro bebé podíamos haberla ayudado a tenerlo. A lo que yo conteste: pero ella no le dijo y usted no podía saberlo. Pensó un rato la madre en silencio y dijo: Yo tengo la culpa doctora, yo permití que alcanzara la miseria. La noche del entierro de Jennifer era un martes 13, ¿se acuerda? y nosotros creíamos que era suerte. Pablito, el bebé, lloraba desesperado, extrañaba su tetita, un tío viejo le dio a Fanny, mi otra hija, la ropa de Jennifer para que se pusiera y así se durmió tranquilo, con el olor de la madre... y así unos días hasta que se acostumbró.

La madre me dijo cuente esta historia para que no mueran más chicas, pues es más fácil ponerse en el lugar del otro, saber que se siente en esta situación o más concretamente que sintió Jennifer y reflexionar que la impulsó a hacer lo que hizo que finalmente, y sin que ella lo deseara, la llevó a la muerte. Muerte que podría ser prevenida en cualquiera de nuestras hijas.


Jennifer a pesar de ser mamá era una adolescente, una adolescente que no sabía cómo controlar su fertilidad, una adolescente que pensaba que no podía darse el lujo de traer otra boca más a la familia, pero no se animó a decirlo, no se animó a consultar a nadie, peor aún a sus padres, sobre lo que le estaba pasando y decidió sola, como creo que lo hace la mayoría de las mujeres que están en esta situación poner en riesgo su vida y la de su bebe, Jennifer, era casi una niña, una niña desesperada, que ya tenía un bebé, que decidió sola, decidió mal y se murió. Ahora... ¿Podía ella haber decidido bien? ¿Tenía ella realmente la posibilidad de elegir? Yo creo que no, si no existe una adecuada educación sexual en nuestros hijos.”

## Anexo F. Tríptico “Sexualidad Sana”


### ¿TE PUEDO HACER UNA PREGUNTA?




¿Como Nacemos? Muchos Nos Dicen que Nos Trae la Cigüeña o que crecimos en las plantas...



**Pero No Es Así... Te Explicaré...** Cuando Tus Padres deciden estar juntos, casarse y formar una familia, se crea un hecho maravilloso llamado fecundación.



Las Madres Aportan Una célula Llamada Ovulo, Y los padres aportan otra célula llamada espermatozoide. Al unirse empieza a formarse lo que se llama huevo o cigoto. Comienza el desarrollo de la gestación o el embarazo. Y es cuando crece la panza de la mama... Dentro de su vientre se esta desarrollando el feto , alimentándose por medio del cordón umbilical, este cordón comunica al feto con la placenta aportándole alimentos y oxígeno...




Así permanecemos en panza de nuestras mamitas por 9 meses, hasta estar completamente formados...

## “Sexualidad Sana”

¿Y Luego? Cuando el bebe esta listo se prepara... y Por fin Nace.

Y es cuando sale del vientre de su madre. Para seguir creciendo aun mas pero ahora afuera. Los padres son los que cuidan del bebe hasta valerse por si mismo.



Y así es como Nacemos todos los seres Humanos...

Debemos Conocer La diferencia entre Sexo y Sexualidad

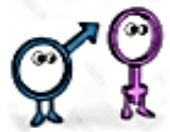


### ¿QUE ES LA SEXUALIDAD?

Sucede con frecuencia que el concepto de sexualidad se confunda con los conceptos de sexo o relaciones sexuales, lo cual limita la vivencia de la sexualidad únicamente al contacto genital, pero, además del placer, el sexo y las relaciones sexuales... la sexualidad comprende aspectos como el afecto y las relaciones humanas.

Por ejemplo, el afecto que una persona siente por sí misma, también llamado autoestima, así como el afecto hacia otras personas hacen parte de la sexualidad.

### ¿QUE ES SEXO?



El sexo es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos femeninos y masculinos. El sexo de un organismo se define por los gametos que produce: los sexo masculino producen gametos masculinos (espermatozoides) mientras que los de sexo femeninos producen gametos femeninos (óvulos) .

### Respeto, cuidado y valoro mi cuerpo



Cuido Mi Cuerpo y mi mente, así logro ser fuerte y listo (a). Cuido mi seguridad en mi vida cotidiana. Me centro en hacer usos positivos de mi tiempo y de mi energía porque merezco solamente lo mejor. Hoy, elijo cuidar de mi mismo (a). Como alimentos saludables, hago ejercicio y escucho las necesidades tanto de mi cuerpo como de mi mente. Reconozco mi importancia porque Valgo!... Yo Cuido, Valoro y Protejo Mi Cuerpo.



Anexo G. Hoja Volante sobre características sociodemográficas y planificación familiar adolescentes de Carlos Julio Arosemena Tola. 2015 -2016.

**AROSEMENA TOLA ADOLESCENTE**

**¿Sabías que?**



Hay más adolescentes **HOMBRES** con un 51,1%



La raza predominante en los adolescentes es la **MESTIZA** con un 62,2%

El 80% de los adolescentes son **CATÓLICOS**

El 95,6% de los adolescentes son **SOLTEROS**

Con **VIDA SEXUAL ACTIVA** el 31, 1%

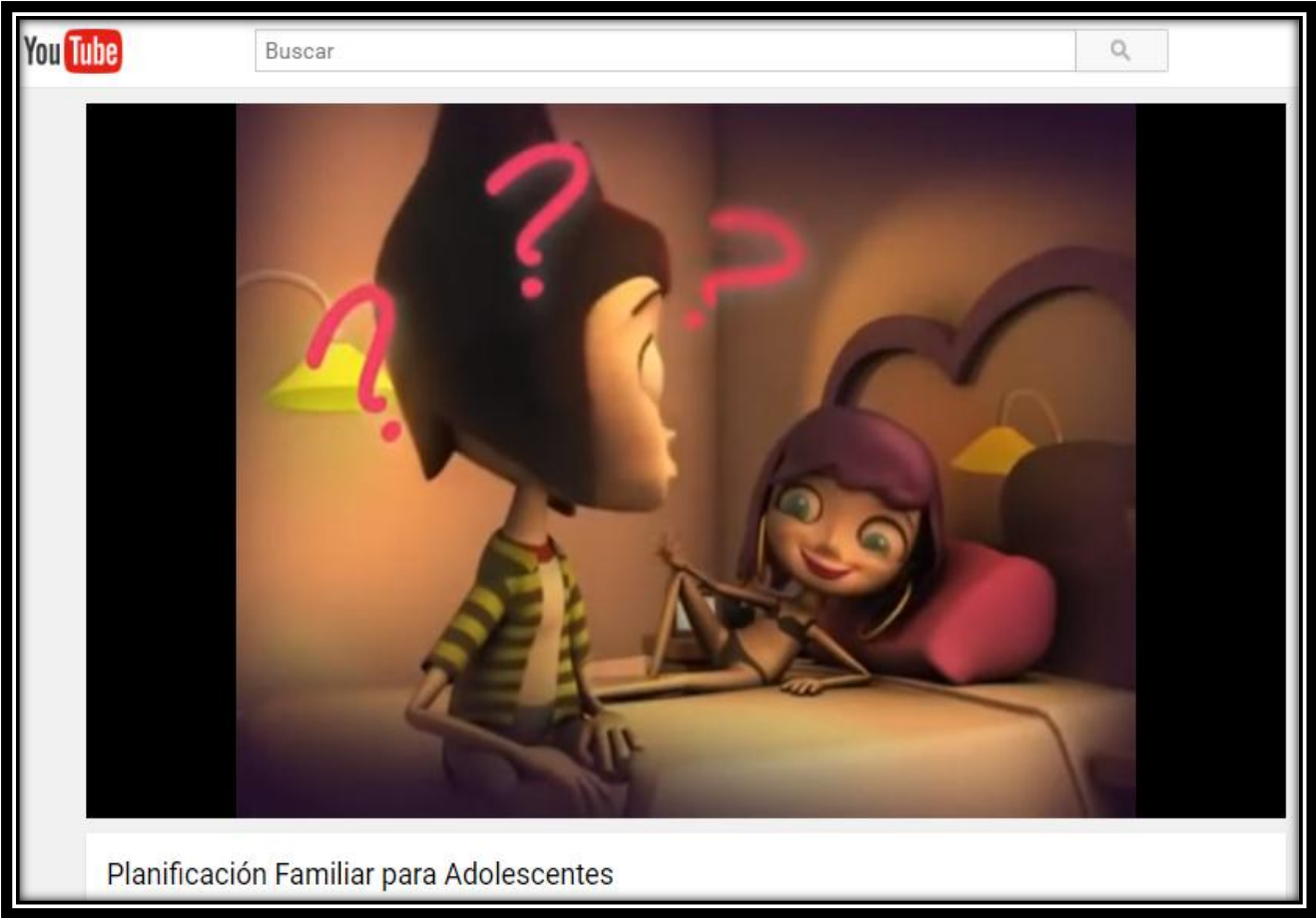
Con **CONOCIMIENTOS MALOS SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**, el 92,8%



**Y CON MUCHOS EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA**



Anexo H. Ilustración del video “Planificación Familiar para Adolescentes”.

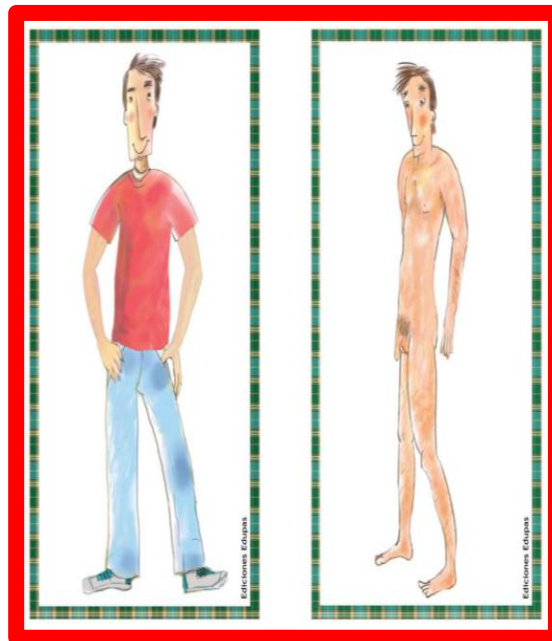
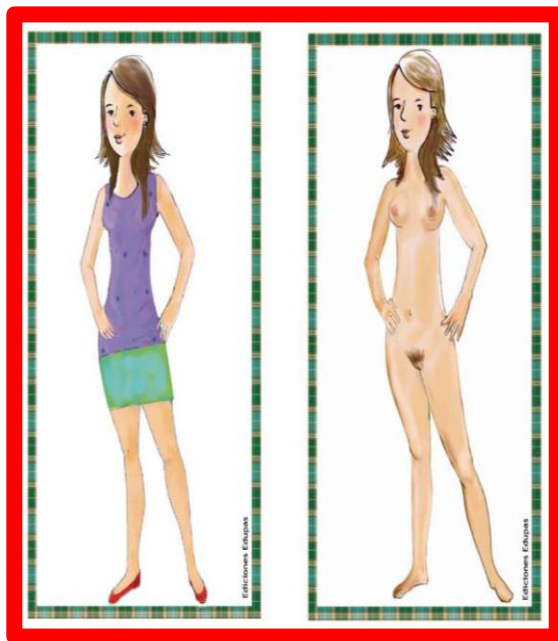


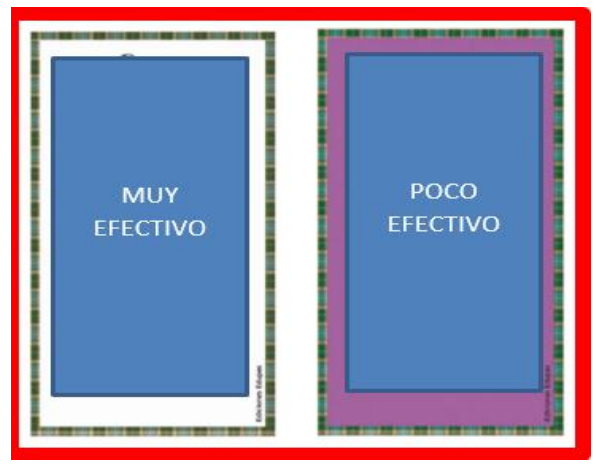
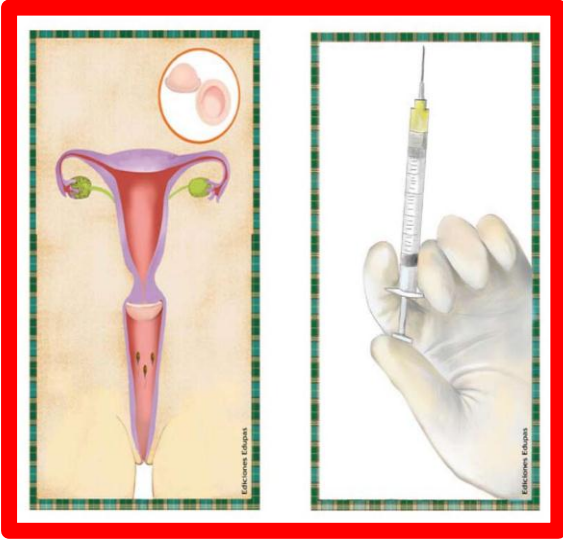
**Anexo Y. Tarjeta Características Sexuales Femeninas y Masculinas.**



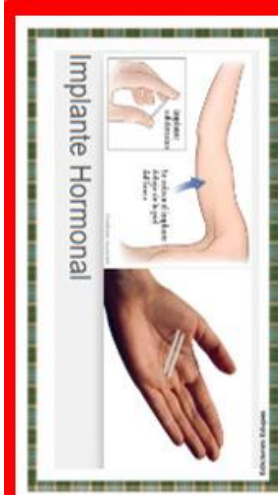
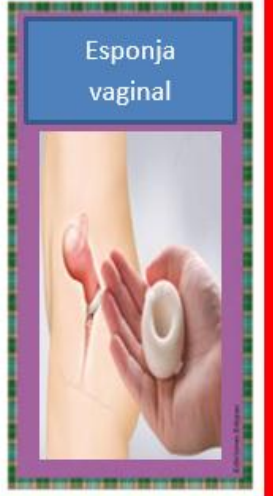
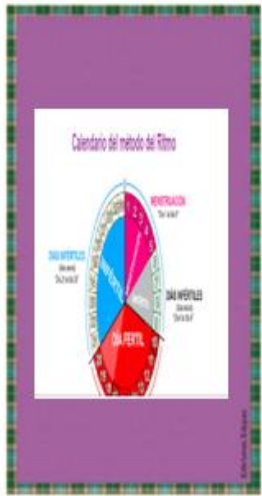


## Anexo J. Juego de cartas sobre métodos anticonceptivo





Coitus interruptus



Abstinencia

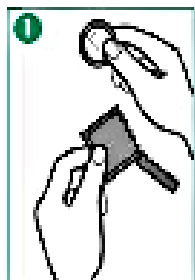


EMBARAZO NO DESEADO

INFECCIONES DE TRANSMISIN SEXUAL



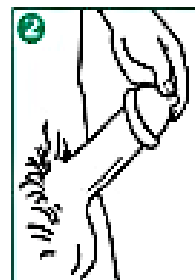
## Anexo K. Fichas uso correcto del preservativo masculino



**Use un condón nuevo para cada acto sexual**



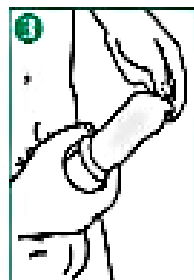
- Abra el paquete cuidadosamente.
- Verifique la fecha de vencimiento o de fabricación.
- Los condones no deben usarse después de 3 años de su fecha de fabricación.



**Coloque el condón en la cabeza del pene con el borde enrollado en dirección contraria al cuerpo**



- Póngase el condón antes de que el pene toque la vagina.
- Si no está circuncidado, tire del prepucio para atrás.



**Desenrolle el condón totalmente hasta la base del pene**



- Si el condón no se desenrolla fácilmente, puede que esté colocado al revés o que sea muy viejo. Si es viejo, deséchelo y use un condón nuevo.
- Pueden usarse lubricantes (a base de agua y no a base de aceite) y deben usarse durante el sexo anal.



**Después de la eyaculación, sostenga el borde del condón para que no se deslice y retire el pene de la vagina mientras que todavía está erecto**



- Aléjese de su pareja primero.
- No derrame semen en la abertura de la vagina.



**Deseché debidamente el condón usado**



Deséchelo siempre en una papetera o basurero según sea apropiado.

**Paso siguiente:**



**Anexo L. Ilustración del video “Adolescencia y Enfermedades de Trasmisión Sexual”.**



Adolescencia y las Enfermedades de Trasmisión Sexual