

# UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



## FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

### ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Tema:

---

“COMPETENCIAS PROFESIONALES EN LA IDENTIFICACIÓN Y  
MANEJO DE FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN  
ADOLESCENTES, SAQUISILÍ, 2015 – 2016”

---

Trabajo de Investigación, previo a la obtención del Grado Académico de  
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

**Autor:** Dr. Becquer Humberto Suárez Coba

**Director:** Dr. Orlando Jesús Castro Hayes, Esp.

Ambato – Ecuador

2016

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud

El Tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por Doctor José Marcelo Ochoa Egas, Magíster, e integrado por los señores, Doctor Henry Wilfrido Vinueza Aguay, Especialista, Doctor Josué Acosta Acosta, Especialista, Doctora Leticia Remón Ramírez, Especialista, designados por la Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Investigación con el tema: “COMPETENCIAS PROFESIONALES EN LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN ADOLESCENTES, SAQUISILÍ, 2015 – 2016”, elaborado y presentado por el señor Doctor Becquer Humberto Suárez Coba, para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

-----  
*Dr. José Marcelo Ochoa Ega. Mg.*  
**Presidente del Tribunal**

-----  
*Dr. Henry Vinicio Vinueza Aguay, Esp.*  
**Miembro del Tribunal**

-----  
*Dr. Josué Acosta Acosta, Esp.*  
**Miembro del Tribunal**

-----  
*Dra. Leticia Remón Ramírez, Esp.*  
**Miembro del Tribunal**

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: “COMPETENCIAS PROFESIONALES EN LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN ADOLESCENTES, SAQUISILÍ, 2015 – 2016” le corresponde exclusivamente a: Doctor Becquer Humberto Suárez Coba, Autor bajo la Dirección del Doctor Orlando Jesús Castro Hayes, Especialista, Director del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

-----  
Dr. Becquer Humberto Suárez Coba

*c.c. 1711058360*

**AUTOR**

-----  
Dr. Orlando Jesús Castro Hayes, Esp.

*c.c. E105108*

**DIRECTOR**

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

-----  
Dr. Becquer Humberto Suárez Coba

c.c. 1711058360

## INDICE GENERAL DE CONTENIDOS

### PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	i
AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN .....	III
DERECHOS DE AUTOR.....	IV
INDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	V
INDICE DE TABLAS .....	IX
INDICE DE GRÁFICOS .....	X
AGRADECIMIENTO .....	XI
DEDICATORIA.....	XII
RESUMEN EJECUTIVO .....	XIII
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPITULO 1. EL PROBLEMA.....	4
1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN: .....	4
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2.1 Contextualización macro, meso y micro .....	4
1.2.2 Análisis crítico .....	7
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. <sup>23</sup> .....	8
1.2.3 Prognosis.....	11

1.2.4	Formulación del problema .....	11
1.2.5	Preguntas Directrices .....	12
1.2.6	Delimitación de la investigación .....	12
1.3	JUSTIFICACIÓN. ....	13
1.4	OBJETIVOS .....	14
1.4.1	General.....	14
1.4.2	Específicos .....	14
CAPITULO 2 MARCO TEÓRICO.....		15
2.1	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	15
2.2	FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	34
2.3	FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	34
2.4	CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	36
2.4.1	Variables Dependientes .....	39
2.4.2	Variables Independientes .....	39
2.5	HIPÓTESIS .....	39
2.6	SEÑALAMIENTO DE VARIABLES .....	39
CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA.....		40
3.1	MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN .....	40
3.2	NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN. ....	40

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	41
Criterios de inclusión. ....	41
Criterios de exclusión.....	41
Criterios éticos .....	41
3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	43
3.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	46
3.6 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN .....	48
CAPITULO 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	49
4.1 Y 4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	49
4.3 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS. ....	63
ALGORITMO PARA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DEL RIESGO PRECONCEPCIONAL EN ADOLESCENTES. ....	63
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	65
CAPÍTULO 6. PROPUESTA .....	66
6.1 DATOS INFORMATIVOS .....	66
6.1.1 Tema: .....	66
6.1.2 Institución Ejecutora.....	66
6.1.3 Beneficiarios .....	66
6.1.4 Ubicación .....	66

6.1.5 Tiempo Estimado para la Ejecución.....	66
6.1.6 Equipo Responsable .....	67
6.1.7 Presupuesto .....	67
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.....	67
6.3 JUSTIFICACIÓN .....	68
6.4 OBJETIVOS .....	69
6.4.1 Objetivo General .....	69
6.4.2 Objetivo Específicos .....	69
6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD .....	69
6.6 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-CIENTÍFICA .....	70
6.7 MODELO OPERATIVO .....	72
6.8 ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS .....	73
6.9. PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN.....	73
ANEXOS .....	86
Anexo 1. Consentimiento informado .....	86
Anexo 2. Encuesta.....	87
Anexo 3. Respuestas de las preguntas en la encuesta. ....	89
Anexo 4. Valoración de las preguntas de la encuesta realizada. ....	90
Anexo 5ª. Aspectos para la calificación de la actitud profesional .....	91

Anexo 7. Algoritmo para identificación de riesgo preconcepcional en adolescentes .....	93
--	----

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización de población de estudio .....	43
Tabla 2. Operacionalización de variable independiente .....	44
Tabla 3. Operacionalización de variable dependiente .....	45
Tabla 4. Distribución de población de estudio, según años de experiencia y perfil ocupacional, Saquisilí, 2015-2016.....	49
Tabla 5. Distribución de profesionales según perfil ocupacional, experiencia laboral y nivel de conocimiento, Saquisilí, 2015-2016.....	51
Tabla 6. Distribución de profesionales según perfil ocupacional, experiencia laboral y habilidad, Saquisilí, 2015-2016 .....	52
Tabla 7. Distribución de profesionales según perfil ocupacional, experiencia laboral y actitud, Saquisilí, 2015-2016 .....	53
Tabla 8. Distribución de profesionales según nivel de conocimientos e identificación del riesgo preconcepcional en adolescentes .....	54
Tabla 9. Distribución de profesionales según nivel de conocimientos y manejo del riesgo preconcepcional en adolescentes.....	55
Tabla 10. Distribución de profesionales según nivel de conocimiento sobre actividades preventivas y manejo del riesgo preconcepcional en adolescentes ....	56
Tabla 11. Distribución de profesionales según autopreparación e identificación del riesgo preconcepcional .....	57
Tabla 12. Distribución de profesionales según habilidad e identificación y manejo del riesgo preconcepcional .....	58
Tabla 13. Distribución de profesionales según actitud e identificación y manejo del riesgo preconcepcional .....	59
Tabla 14. Distribución de profesionales según competencias e identificación del riesgo preconcepcional.....	60

Tabla 15. Distribución de profesionales según competencias y manejo de riesgo preconcepcional .....	61
Tabla 16. Necesidad de algoritmo según conocimiento de los profesionales.....	61
Tabla 17. Asociación de variables y resultados del estadístico aplicado.....	63

### **INDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 Cuadro de categorías .....	36
Gráfico 2 Variable Independiente.....	37
Gráfico 3 Variable dependiente.....	38

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero dejar constancia de gratitud a la Universidad Técnica de Ambato, por la oportunidad de formar parte de ella permitiendo mi formación como especialista.

A los profesores por su generosidad para compartir sus conocimientos de manera espontánea y sin límite, en especial a los profesionales cubanos, por el enorme sacrificio que representa el encontrarse lejos de los seres queridos.

A mi tutor: Doctor Orlando Jesús Castro Hayes, quien fue guía permanente para realizar el presente trabajo de investigación.

Finalmente quiero agradecer a mis compañeros Mayra, Mónica y Byron, por su sinceridad, amistad y apoyo moral durante todo el tiempo de estudios.

Bécquer Humberto Suárez Coba

## **DEDICATORIA**

Este nuevo logro y el trabajo de investigación dedico primero al Padre Celestial, quien me ha dado la vida y fortaleza necesaria para seguir adelante, llenando de bendiciones cada momento, aun en las circunstancias adversas que me tocó vivir.

A mi esposa y mis hijos por su apoyo incondicional, por su cariño, paciencia y amor demostrado al tener que sacrificar tiempo de compartir en familia y por estar pendientes de mí.

A mi padre, madre y hermanos quienes nunca me faltaron con una palabra de aliento, alegría y ánimo para no desmayar.

Bécquer Humberto Suárez Coba

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA:**

**“COMPETENCIAS PROFESIONALES EN LA IDENTIFICACIÓN Y  
MANEJO DE FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN  
ADOLESCENTES, SAQUISILÍ, 2015 – 2016”**

**AUTOR:** *Doctor Becquer Humberto Suárez Coba*

**DIRECTOR:** *Doctor Orlando Jesús Castro Hayes, Especialista*

**FECHA:** *08 de agosto de 2016*

### **RESUMEN EJECUTIVO**

Objetivo: establecer la relación que existe entre competencias profesionales del personal de salud con la identificación y manejo de los factores de riesgo preconcepcional en adolescentes de Saquisilí. Método: estudio cualitativo y cuantitativo, Relacional (asociación), transversal, de campo, en profesionales médicos y obstetrices de unidades del primer nivel de atención; los datos se obtuvieron de una encuesta aplicada a los profesionales y de la revisión documental de historias clínicas, participaron 32 profesionales, se usó como estadígrafo para comprobación de hipótesis Chi Cuadrado con una significación de  $p < 0.05$ . Resultados: existe significación estadística al asociar conocimientos con la identificación del riesgo preconcepcional ( $p = 0,029$ ) y con el manejo del mismo ( $p < 0,05$ ), se encontró asociación estadísticamente significativa al asociar las competencias profesionales con la identificación del riesgo preconcepcional ( $p < 0,000$ ) y con el manejo del mismo ( $p = 0,02$ ), el 75% de los participantes no tienen habilidad clínica y actitud no favorable para la identificación y manejo del riesgo preconcepcional, el 62,5% expresaron autopreparación en este tema, sin

embargo los resultados no lo demostraron. Al proponer la necesidad de un algoritmo de atención para solución del problema investigado, el 90,6% consideró necesario. Conclusiones: más de la mitad de profesionales tienen menos de cinco años de experiencia, con relación médico/obstetiz de cinco, la mayoría de los profesionales tienen nivel de conocimiento medio y bajo, mostraron no tener habilidades clínicas y actitud no favorable para identificar y manejar el riesgo, existiendo dependencia del nivel de conocimiento, fue alto el nivel de conocimiento sobre actividades de prevención y de autopreparación referida por los profesionales pero sin embargo casi la totalidad no identificaron ni manejaron el riesgo en adolescentes, existe relación directa entre el nivel de competencias profesional con la identificación y manejo del riesgo preconcepcional en adolescentes.

**Palabras claves:** Riesgo preconcepcional, adolescente, competencias profesionales, conocimientos, habilidad, actitud, identificación de riesgo, manejo de riesgo.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**THEME:**

**"PROFESSIONAL SKILLS IN THE IDENTIFICATION AND  
MANAGEMENT RISK FACTORS IN TEENAGERS PRECONCEPTION,  
SAQUISILÍ, 2015 – 2016"**

**AUTHOR:** *Doctor Becquer Humberto Suárez Coba*

**DIRECTOR:** *Doctor Orlando Jesús Castro Hayes, Especialista*

**DATE:** *August 8, 2016*

#### **EXECUTIVE SUMMARY**

Objective: To establish the relationship between professional skills of health personnel in the identification and management of preconceptional risk factors in adolescents Saquisilí. Method: qualitative and quantitative, cross-sectional study field, medical professionals and midwives in units of the first level of care; data were obtained from a survey of professionals and documentary review of medical records, involving 32 professionals, paragraph testing hypotheses Chi square with a significance of  $p < 0.05$  was used as a statistician. Results: There is statistical significance by associating knowledge with the identification of preconception risk ( $p = 0.029$ ) and the self management ( $p < 0.05$  - Chi-square = 15,909), statistically significant association was found to associate professional skills with identification of preconceptional risk ( $p < 0.000$ ) and the self management ( $p = 0.02$ ), 75% of participants do not have clinical skills and not favorable for the identification and risk management preconceptional attitude, 62.5 % expressed self-preparation on this issue, however the results did not show it. In proposing the need for the algorithm care paragraph problem solution investigated, 90.6%

necessary consider. Conclusions: More than half of professionals have less than five years of experience with medical / midwife relationship five, the most professionals have knowledge level of the middle and lower showed no have clinical skills and unfavorable attitude to identify and manage risk, existing dependence on level of knowledge, high level of knowledge about prevention and self-preparation referred by professionals but almost entirely failed to identify the risk in adolescents handled, there is a direct relationship between the level of professional skills the identification and management of preconceptional risk in adolescents.

**Keywords:** Preconception reproductive risk, teenager, professional skills, knowledge, skill, attitude, risk identification, risk management.

## **Introducción**

La adolescencia es una etapa de la vida, en la que se producen cambios biológicos, psicológicos y sociales, va de los 10 a los 19 años, en esta edad se construye la identidad, autonomía, sexualidad, vocación y proyectos de vida, siendo una etapa en la cual se enfrentan riesgos particulares de salud, que pueden perjudicar el futuro inmediato y la calidad de vida adulta.<sup>1</sup>

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda del 2010 del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), el 20,5% de la población en el Ecuador es adolescente, correspondiendo a las mujeres el 49% de la misma. Las principales causas de morbilidad en los adolescentes son las infecciones, accidentes y violencia, enfermedades quirúrgicas y síndromes ligados a la salud sexual y reproductiva, encontrando una tasa alta de embarazos, incluso en adolescentes menores de 15 años de edad.<sup>1</sup>

El Ministerio de Salud Pública (MSP) promueve la atención integral a los adolescentes en unidades del primer nivel, a partir del desarrollo del paquete normativo para la atención integral de este grupo de edad, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) con énfasis en la prevención y promoción.<sup>1</sup>

El embarazo es una condición fisiológica, pero en la adolescencia es un problema, de consecuencias múltiples, que perjudica el desarrollo personal, social y económico.<sup>2</sup>

Las mujeres en la adolescencia temprana (menores de 15 años) tienen mayor riesgo de morbimortalidad vinculada al embarazo y sobre todo al parto. La edad materna baja (menor a 20 años) es factor de riesgo para prematuridad y para algunas malformaciones específicas como Gastrosquisis y otros defectos.<sup>3</sup>

Se considera que la tasa de Mortalidad Materna y Peri-natal son indicadores que reflejan las condiciones de vida de la mujer, la morbilidad subyacente y la calidad

de vida en una sociedad,<sup>4,5</sup> así como la calidad asistencial de los servicios de salud.<sup>6</sup>

Los recursos humanos para la salud considerada como la cabeza, el corazón y las manos del sistema sanitario, pueden influir considerablemente en el estado de salud de la población.<sup>7</sup> La Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que las competencias esenciales para trabajadores de salud, son los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la práctica de la salud pública, las mismas que facilitan solucionar problemas de salud en la comunidad de manera efectiva y eficiente.<sup>8</sup>

En el año 1985 en la Conferencia de Ottawa, se propuso, que la evaluación de competencias solo estaría dirigida al desarrollo de los profesionales de la clínica, siendo en el año de 1992 generalizada para toda la educación médica.<sup>9</sup> Desde 1988, en Uruguay, el Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional (CINTERFOR),<sup>10</sup> y en 1995 el Consejo de Normalización y Certificación de Competencia Laboral (CONOCER)<sup>11</sup> de México se han convertido en las principales instituciones dedicadas al estudio de la competencia y el desempeño laboral a nivel mundial.<sup>12</sup>

La evaluación de competencias profesionales, se ha venido desarrollando desde finales de los 70's y principios de los 80's, en Alemania, Estados Unidos, Francia e Inglaterra. En esta misma década, la OPS empezó a promover en la región de las Américas, la propuesta de educación permanente al personal de salud, incluyendo la evaluación de la competencia y el desempeño.<sup>13</sup> En la década de los 80, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estudió la necesidad de evaluar el rendimiento de los trabajadores de la salud, para lograr el incremento de la calidad, señalando ideas en cuanto a competencia y desempeño profesionales.<sup>14</sup>

La calidad en un servicio parte del nivel de la competencia y desempeño de los profesionales, para cumplir con las necesidades propias del servicio. La competencia reside en la capacidad de una persona para solucionar problemas

"saber", además es poner en práctica una acción "saber hacer", y el "saber actuar" como parte del desempeño.<sup>15</sup>

En Ecuador durante el año 1987 el MSP, reconoce al perfeccionamiento y la capacitación de los recursos humanos como uno de los ejes para solucionar problemas relacionados con los servicios de salud, constituyendo en 1990 una comisión para evaluación a nivel nacional de las competencias y el desempeño a todos los profesional que forman parte del “Sistema Nacional de Salud”, teniendo como una de sus tareas principales la evaluación de todos los profesionales en los diferentes puestos de trabajo.<sup>13</sup>

La prevalencia de los factores de riesgo preconcepcional en la adolescente, constituyen un problema de salud, hacia el cual se deben orientar esfuerzos para realizar labores de promoción y minimizar el riesgo.<sup>16</sup>

Esta investigación buscó determinar las competencias que poseen los profesionales médicos y obstetrices de las cinco unidades de salud (Centro de Salud Tipo “C” Saquisilí, Subcentros de Salud Canchagua y Cochapamba, Puestos de Salud de Chantilín y Salacalle) pertenecientes al Cantón Saquisilí, para identificar y manejar los factores de riesgo preconcepcional presentes en las adolescentes del sector. Se tomó en cuenta como competencias los conocimientos, las habilidades y las actitudes que poseen los profesionales, para cumplir con lo establecido en los manuales y normas de atención a adolescentes, planificación familiar y los lineamientos para la aplicación del MAIS-FCI propuestos por el MSP.

Los resultados de esta investigación se tomaron como punto de partida para la elaboración de un algoritmo que los profesionales de salud podrán utilizar para identificar y manejar oportunamente los factores de riesgo, minimizándolos o eliminándolos, evitando embarazos no deseados, complicados, abortos y en caso de esperar un embarazo encontrar las mejores condiciones para el desarrollo del mismo.

## **CAPITULO 1. EL PROBLEMA**

### **1.1 Tema de investigación:**

Competencias profesionales en la identificación y manejo de factores de riesgo preconcepcional en adolescentes, Saquisilí, 2015 – 2016.

### **1.2 Planteamiento del problema**

#### **1.2.1 Contextualización macro, meso y micro**

En la primera mitad del siglo XX, se desarrolló el arte para la atención de los partos sin dejar de producirse un elevado número de muertes femeninas. Ya en el año 1950 comienza la tendencia de reducir el número de hijos y al mismo tiempo el deseo de no perder ninguno, estableciéndose como trabajo médico el controlar determinadas características llamadas factores de riesgo.<sup>17</sup> En 1952 en la India, surgió el primer programa nacional de planificación familiar y regulación de la fecundidad, adoptado posteriormente por otros países.<sup>18</sup>

El embarazo de menores de 20 años o embarazo adolescente, implica mayor riesgo biológico, generando situación de riesgo social para la madre y para el recién nacido, siendo un importante problema de salud pública, especialmente para los países en desarrollo.<sup>19</sup>

Según datos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), en el 2010, solo el 50% de los embarazos en España fueron planificados, y de ellos solamente el 10% de las mujeres acudieron de forma voluntaria para atención preconcepcional. Se calcula que el 50% de los embarazos programados y dos tercios de los no programados presentan algún factor de riesgo como el consumo de tabaco, alcohol u obesidad.<sup>20</sup>

El porcentaje de mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional (RPC) en estados que tienen mayor nivel de desarrollo cultural y socioeconómico, es menor al 5% y en países como Suecia y Japón son de 4 % y 3 % respectivamente.<sup>21</sup> En

Cuba se estima que del 15% y al 25% de las mujeres que se encuentran en edad fértil presentan condición que se reconocen como riesgo preconcepcional.<sup>22</sup>

El embarazo en las adolescentes aumentan el riesgo de complicaciones para la salud materna e infantil, que ponen el riesgo al binomio, presentando repercusión en los resultados socioeconómicos, limitando los aspectos relacionados con la educación y empleo futuro de las adolescentes.<sup>23</sup>

Los efectos adversos de la maternidad adolescente también se extienden a la salud de sus infantes. Los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, con riesgos a largo plazo. Entre las menores de 16 años existe un riesgo mayor de defunción materna que es cuatro veces más alto en relación a las mujeres de 20 a 30 años, teniendo los neonatos una tasa de mortalidad superior a un 50%.<sup>24</sup> El riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo, parto y posparto se duplica si las niñas quedan embarazadas antes de los 15 años de edad. Rara vez antes de los 18 años este grupo de edad ejerce el derechos para la educación, la salud, protección y a un nivel de vida apropiado, asumiendo obligaciones de adulto perdiendo su niñez.<sup>25</sup>

A nivel mundial, el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, asociada con alto riesgo de morbilidad y mortalidad. Para su apareamiento se han indicado múltiples factores de riesgo, de orden psicosocial y cultural, en todos los estratos sociales.<sup>26</sup>

La OMS, en el boletín del 2012, estimó que de las niñas entre las edades comprendidas de 15 a 19 años, 16 millones, presentan el parto cada año, Siendo el 95% de dichos partos en países en vías de desarrollo, representando un 11% del total de los nacimientos en el mundo.<sup>24</sup>

El Reino Unido tiene la tasa más alta de embarazos en adolescentes de Europa Occidental.<sup>27</sup> En los países de bajo y medianos ingresos, las complicaciones del embarazo y del parto son las causas principales de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años.<sup>24</sup>

En América Latina el análisis epidemiológico de los últimos años demuestra que la población adolescente representa uno de los grupos más vulnerables, siendo este grupo quienes mayor riesgo de enfermar y morir tienen por causas relacionadas con la gestación. Este análisis además estima que de la población rural el 70 % vive en la pobreza y el 30% en la indigencia, lo que propicia las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, que aparecen entre las principales causas de muerte en las mujeres en edad fértil.<sup>28</sup>

En los Estados Unidos, se registra la tasa más alta de embarazo (10%) y aborto adolescente de los países industrializados.<sup>29</sup> La región de América tiene la mayor fecundidad adolescente en el mundo después de África Subsahariana, un tercio de los embarazos en esta región pertenece a menores de 18 años siendo alrededor de un 20% de estos en menores de 15 años. Antes de ajustar los 20 años de edad, de cada tres jóvenes, una ya es madre. De los países con mayor porcentaje se encuentra Ecuador (21%).<sup>25</sup>

En el país se ha observado, que entre las mujeres que tuvieron su primer hijo, el 44,1 % fue de los 15 a los 19 años, con un 2,4% en edad de los 12 y los 14 años. Siendo estas las etapas de la vida en que se esperaría que las mujeres estén estudiando y fortaleciendo su carrera profesional.<sup>30</sup>

Según el INEC del Ecuador en el censo del año 2010 se encontró que 107 de cada 1000 adolescentes de 12 a 19 años tienen al menos un hijo nacido vivo; las ciudades de Quito, Cuenca y Ambato superan el 66.7 por 1000; el 55,8 de las adolescentes están unidas y el 15,7 % casadas, con el consiguiente riesgo de un nuevo embarazo<sup>31</sup>, en ese año el 19,26% de los embarazos ocurrieron de 15- 19 años de edad.<sup>32</sup>

En la región andina se registran las mayores tasas de embarazos en adolescentes, el 20% ya son madres y dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez.

Al año mueren 165 mujeres al dar a luz y se estima que la tercera parte de estas muertes ocurre en mujeres adolescentes.<sup>33</sup>

En la provincia Orellana en un estudio que se realizó casi el 40% de las niñas de 15 a 19 años están o han estado embarazadas.<sup>34</sup>

En el centro de salud Tipo C Saquisilí, se atendieron en el período comprendido entre el año 2015 al 2016, 142 partos de los cuales el 22,5% correspondieron a adolescentes entre 17 y 19 años, reflejando una falta de identificación y manejo del riesgo preconcepcional por parte de los profesionales.<sup>35</sup>

En el Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS) de Saquisilí del 2015, del sector noroccidental, se identificó como problema de salud que el 63% de mujeres en edad fértil presentaron algún factor de riesgo preconcepcional, siendo la población adolescente femenina el 28 % de este grupo, donde los profesionales deben realizar el control del riesgo preconcepcional.

Por los problemas de salud encontrados en el ASIS, por todos los riesgos que aporta el embarazo en la adolescencia, las complicaciones y muertes maternas e infantiles, se hace necesario en las cinco unidades de salud del cantón Saquisilí, explorar las competencias profesionales en cuanto a conocimientos, habilidades y actitudes, relacionado con la identificación y manejo del riesgo preconcepcional en adolescentes, para conocer el contexto y facilitar la elaboración de un algoritmo que permita una atención integral a la adolescente para controlar o minimizar el efecto de estos riesgos.

### **1.2.2 Análisis crítico**

La morbilidad y mortalidad materna – neonatal, el embarazo en la adolescente en general son eventos modificables mediante la prevención, de manera especial si en el nivel primario de salud se realizan acciones encaminadas a identificar, controlar o eliminar los factores de riesgo preconcepcional en mujeres adolescentes, como elementos clave para lograr mejoría en la calidad de vida en este grupo vulnerable de mujeres, en su familia y en la comunidad.

En relación al embarazo en la adolescencia, la OPS en la implementación de alianzas estratégicas y en la promoción de actividades que buscan abordar este problema en el Caribe y América Latina, se ha convertido en figura clave, debido a que en la región se presentan las tasas más altas de embarazo en adolescentes de todo el mundo.<sup>23</sup>

La salud materna es en la actualidad motivo de preocupación en todo el mundo en especial en la región, constituyendo un problema particular para avanzar en el cumplimiento en la salud universal. En América Latina y el Caribe, el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM), fue uno de los que no se pudo cumplir. A pesar de haber disminuido las defunciones maternas en alrededor del 2,2% cada año, no se consiguió ni la mitad de lo propuesto (5,5%), que era necesario para alcanzar este objetivo. Este resultado deficiente fue debido a la falta de la capacidad en los países para brindar servicios de buena calidad, integrales y accesibles en especial para la atención en salud sexual y reproductiva.<sup>23</sup>

En América Latina, las investigaciones que se han realizado, demuestran que una considerable proporción de jóvenes sobre temas de sexualidad saben poco o nada, no cuentan con información suficiente sobre métodos anticonceptivos, encuentran además grandes dificultades y obstáculos cuando quieren adquirir estos métodos, teniendo problemas en la adopción de medios de protección y prevención en las prácticas sexuales.<sup>23</sup>

En el año 2014, en República Dominicana y Centroamérica, el Consejo de Ministros de Salud, respaldó un plan subregional en busca de evitar el embarazo de las adolescentes, tomando en cuenta los resultados del simposio internacional de comienzos del mismo año. Como prioritarias se tomaron las áreas de: “mejoramiento de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, capacitación del personal de salud, promoción de entornos favorables, tanto legislativos como de política, ampliación y mejoramiento de la educación sexual, y fomento de la participación de los jóvenes, así como prestar apoyo a la ejecución del plan en los países”.<sup>23</sup>

En muchos países sin duda alguna se desarrollan acciones y actividades para prevenir el embarazo de las adolescentes, estas acciones se relacionan con la disponibilidad de servicio de planificación familiar y la educación sexual, medidas que aún siguen siendo insuficientes.<sup>25</sup>

En Ecuador en la Norma y Protocolo de Planificación Familiar del MSP en el capítulo II sobre atención preconcepcional, se describe como parte de atención a cumplir por parte de los profesionales de salud la asesoría preconcepcional que debe ser ofertada con el objetivo de identificar riesgos existentes o potenciales que pueden ser corregidos previo a la concepción; se recomienda que la asesoría preconcepcional se realice dentro del año que precede al comienzo del embarazo; que todos los niveles son encargados de ofrecer esta asesoría preconcepcional; además que esta la realizará todo el personal con capacitación mínima en salud sexual y reproductiva.<sup>36</sup>

En los protocolos de atención Integral al adolescente del año 2009 del MSP, solo se aborda el concepto del cuidado preconcepcional, sin ofrecer las herramientas para este seguimiento.

Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa destinando los recursos necesarios, sean humanos o de otro tipo, para estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado del conocimiento lo permite.<sup>37</sup>

El enfoque de aplicación de integralidad en salud, para atender a las adolescentes, no solo implica considerar los aspectos biológicos, los aspectos reproductivos, sino también incluir los aspectos psicológicos.<sup>25</sup> Lo importante en el sector de salud, es el actuar de manera oportuna antes de la concepción, tratando de eliminar, modificar o por lo menos controlar los factores de riesgo preconcepcional en adolescentes. Siendo actualmente inaceptable y desde ningún punto de vista, esperar el embarazo para empezar a actuar.<sup>38</sup>

Entre las causas por las que muchas adolescentes se embarazan están principalmente la falla de información.<sup>25</sup> Lo esencial del control preconcepcional son las acciones encaminadas a la promoción de la salud de la mujer y su descendencia.<sup>39</sup>

La falta de control de los factores del riesgo preconcepcional (RPC) presentes en las adolescentes por parte de los profesionales, incluyendo las acciones de promoción y prevención que forman parte de las competencias a realizar en la Atención Primaria de Salud (APS), puede ser considerada como causa del bajo control del embarazo en esta etapa de la vida, trayendo consigo incremento de complicaciones que pueden aumentar la morbilidad y mortalidad.

La competencia profesional ocupa un lugar central, se trata de una capacidad para resolver problemas.<sup>40</sup> La eficacia de la atención sanitaria depende enormemente del desempeño de los trabajadores de la salud.<sup>7</sup>

En el Ecuador, trabajos de investigación realizados en Quito, Cuenca, Otavalo y Latacunga, centran su atención en el embarazo y el parto de adolescentes, escribiendo los factores de riesgo en estas etapas, sin embargo se confunde la terminología de los diferentes factores de riesgo reproductivo (preconcepcional, obstétrico, perinatal y neonatal), tratándolos sin diferenciarlos.

Se han diseñado diferentes programas en la atención sexual y reproductiva del adolescente como la Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar (ENIPLA), con esta no se alcanzó los resultados esperados, por estar orientada a la planificación familiar y alejarse de la educación para la salud.

En Saquisilí en años anteriores se realizaba la Atención Diferenciada al Adolescente (ADA), actualmente existen dificultades para el cumplimiento del mismo por déficit del recurso humano especializado.

El profesional que acepta como su responsabilidad social y profesional fomentar salud debe adquirir destrezas en promoción de la salud y reconocer cómo insertarse en las iniciativas de salud basadas en ella.<sup>41</sup>

Las competencias del médico y obstetrix en relación a la atención de la adolescente en salud reproductiva en el primer nivel, deben estar enfocadas a la identificación y manejo de los factores de riesgo preconcepcional, por lo que se hace necesario conocer las deficiencias profesionales en este desempeño.

A pesar de los esfuerzos, se siguen presentando embarazos en la adolescencia, con complicaciones, nacimientos con niños de bajo peso, etc, que pudieron ser prevenidos con la adecuada identificación, control y seguimiento de los factores de riesgo.

### **1.2.3 Prognosis**

De no realizarse este estudio no sería posible identificar el área con debilidad en relación a las competencias profesionales relacionadas con la identificación y el manejo del riesgo preconcepcional.

Se exploraron las competencias que tienen los profesionales de las cinco unidades de salud del Cantón Saquisilí relacionadas a este tema, las dificultades encontradas serán útiles para la elaboración de un algoritmo que sirva para la identificación, manejo oportuno y sistemático de estos factores, con el propósito de disminuir el embarazo en la adolescencia, las complicaciones en el mismo, en el parto, en el puerperio, evitando además inconvenientes o problemas en los neonatos, en caso de producirse una gestación.

### **1.2.4 Formulación del problema**

¿Cuentan los profesionales de las unidades operativas de salud del Cantón Saquisilí con las competencias necesarias para la identificación y manejo del riesgo reproductivo preconcepcional al realizar la consulta médica a las adolescentes del sector?

¿Cómo se puede contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal en Saquisilí, en especial en el grupo de las adolescentes?

### **1.2.5 Preguntas Directrices**

Sub problemas:

- ¿Qué competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) poseen los profesionales sobre riesgo preconcepcional en la atención a la adolescente?
- ¿Qué influencia tienen los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales de salud en la identificación y manejo de los factores de riesgo preconcepcional?
- ¿Cómo pueden modificarse las competencias (conocimientos, habilidad y actitud) en los profesionales de la salud para la identificación y el manejo del riesgo preconcepcional en adolescentes?

### **1.2.6 Delimitación de la investigación**

Delimitación de contenido

- Campo: Médico-social.
- Área: Hebiatría.
- Aspecto: Competencias profesionales respecto a factores de riesgo reproductivo preconcepcional en adolescentes.

Según tiempo, lugar y personas.

- Tiempo: De Junio 2015 a Julio 2016.
- Lugar: Ecuador, Provincia de Cotopaxi, unidades de salud del cantón Saquisilí.
- Personas: Profesionales médicos y obstétricas.

Línea de investigación:

Competencias profesionales.

### **1.3 Justificación.**

En la actualidad el control del riesgo preconcepcional es una estrategia preventiva, para tener mujeres y niños saludables, permitiendo alcanzar coberturas con intervenciones cruciales y asequibles, alineándose con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio cuatro y cinco, propuestos por la Organización Mundial de la Salud y que Ecuador como país ha asumido.

En este trabajo de investigación se identificaron las deficiencias en las competencias profesionales del personal de las cinco unidades operativas del cantón Saquisilí, competencias relacionadas con los conocimientos, habilidad y actitud, para manejar los factores de riesgo preconcepcional de las adolescentes.

Esto evitará embarazos en las adolescentes, mejorará la calidad reproductiva de las mujeres en esta edad, favoreciendo la seguridad de un embarazo futuro obteniendo familias con un buen estado de salud. Además optimizará la formación profesional continua de los servidores de salud a nivel primario, para poder brindar una atención integral con visión preventiva antes que curativa.

El estudio permitió tener una precisión sobre las competencias profesionales para la identificación y manejo de los factores de riesgo preconcepcional. También se propuso un algoritmo de atención preconcepcional durante la consulta que se brinda a las adolescentes.

Fue pertinente la realización del presente trabajo de investigación puesto que los resultados servirán para mejorar el control preconcepcional de las adolescentes en todos los establecimientos de salud, alcanzando así, alta calidad en la atención de la mujer en esta edad, disminuyendo el embarazo o sus complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

El impacto que se espera, será de índole social, en busca de disminuir la tasa de embarazos en las adolescentes, por tanto reducirá la morbilidad y mortalidad materna e infantil, causada por factores prevenibles y controlables.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 General**

Establecer la relación que existe entre competencias profesionales del personal de salud con la identificación y manejo de los factores de riesgo preconceptionales en adolescentes de Saquisilí, 2015 – 2016, para disminuir la morbilidad y mortalidad en el Cantón.

### **1.4.2 Específicos**

- Caracterizar la población de estudio según variables seleccionadas.
- Identificar los conocimientos, habilidades y actitud, de los profesionales sobre la identificación y manejo de los factores de riesgo preconceptional.
- Asociar las competencias profesionales con la identificación y el manejo de factores de riesgo preconceptional en las adolescentes.
- Diseñar un algoritmo, como parte de una estrategia para brindar atención preconceptional a las adolescentes, en la Atención Primaria de Salud.

## CAPITULO 2 MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes investigativos

Tambini G, describe que en diferentes estudios realizados, incluido uno del Banco Mundial en más de 30 países, el análisis de datos demuestra que las principales variables que se correlacionan positivamente para disminuir la frecuencia de embarazo en la adolescente son, la lucha contra la pobreza e inequidad económica, el nivel de participación en la fuerza laboral y el porcentaje de mujeres con empleos remunerados; mientras que se correlaciona negativamente con la tasa de desempleo y la proporción de población rural.<sup>42</sup>

Factores de riesgo preconcepcional como: la edad, el estado civil, la unión consensual, el analfabetismo, mujeres con cuatro a seis hijos, el período intergenésico corto, se han encontrado en estudios donde se recomienda el incremento de las actividades de promoción y prevención como son las charlas educativas y el control de estos factores.<sup>43</sup>

En un trabajo realizado en Cuba en la Provincia de Pinar del Rio en el año 2013, se encontró a las cromosomopatías como riesgo preconcepcional genético en las adolescentes, manifiesto por defectos del cierre del tubo neural, seguidos de los cardíacos. Recomendando el promover en los profesionales de la salud un programa del manejo y control del riesgo preconcepcional.<sup>44</sup> Otro estudio en esta misma provincia y en el mismo año, concluyó que “la adolescencia influye negativamente en indicadores maternos perinatales y neonatales, incrementando los riesgos de enfermedades asociadas al embarazo, prematuridad, bajo peso y depresión al nacer”.<sup>45</sup>

En Ecuador existen cifras alarmantes sobre adolescentes embarazadas. La investigación realizada por Olaya en el 2012 - 2013 en pacientes adolescentes, encontró que el 73 % de las mujeres adolescentes, estuvieron entre las edades de

18 y 19 años de edad, que el 54 % tuvieron entre 3 a 4 compañeros sexuales y que, el 62 % terminó el embarazo entre las 33 y 34 semanas de gestación.<sup>2</sup>

Un estudio realizado por Tixicuro J. en el año 2013, sobre riesgo reproductivo en adolescentes de la ciudad de Otavalo, Provincia de Imbabura, Ecuador, concluyó que existe un gran desconocimiento sobre riesgo preconcepcional en la población investigada. Encontrando a lo largo del trabajo, adolescentes embarazadas, otro grupo que utilizaban métodos anticonceptivos hormonales sin conocer sus consecuencias, y adolescentes que mantenían relaciones sexuales sin protección.<sup>46</sup>

Alba R. y Cabrera D en el año 2010, de Ecuador, en el estudio sobre conocimientos del uso de métodos anticonceptivos y su relación con riesgos preconcepcional en adolescentes, en la misma ciudad, demostró que tienen los adolescentes información adecuada sobre métodos anticonceptivos y su uso; tienen información sobre enfermedades de transmisión sexual; que la información recibida se limita únicamente a lo esencial; en relación al riesgo preconcepcional los adolescentes al momento piensan en el disfrute del momento actuando sin cuidarse y no piensan en las consecuencias que representa el tener un hijo.<sup>47</sup>

Un estudio en el año 2012, sobre factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes en el Azuay, Ecuador, realizado por Cazho, encontró que los factores de riesgo con presencia de complicaciones fueron los riesgo sociales; el estado civil soltero, residencia rural, deficiente funcionalidad familiar, migración de familiar, promiscuidad, analfabetismo o educación primaria incompleta, y difícil acceso a los servicios de salud. Además el inicio temprano de la menarquía e inicio de la vida sexual.<sup>48</sup>

En Cotopaxi, Ecuador, un estudio realizado por Marizande en el Hospital General de Latacunga en el año 2012 demostró como factores de riesgo para la hipertensión arterial inducida por el embarazo, las causas estaban relacionadas con la edad entre 15 – 20 años, unión libre, madres solteras y el nivel de escolaridad primario.<sup>26</sup>

## **Bases teóricas**

Jurado M. en su artículo sobre atención preconcepcional en el Año 2001, señala que los cuidados en obstetricia no han cambiado en los últimos años, siendo las actividades preventivas preconcepcionales, las que han demostrado utilidad en el descenso de la morbilidad y mortalidad. Abordando aspectos como enfermedades genéticas, malformaciones que se asocian al consumo de sustancias teratógenas como fármacos, tóxicos o radiaciones.<sup>39</sup>

En el año 2000, en los Estados Unidos, expertos del Servicio Nacional de Salud recomendaron, el cuidado preconcepcional a toda mujer en edad fértil y a sus parejas, como parte de la Atención Primaria, aprovechando cualquier visita y por cualquier motivo al sistema de salud sanitario. Mientras que la Sociedad Española de Ginecología recomienda realizar el control en el año previo a la concepción prevista.<sup>39</sup>

Se puede deducir que la competencia en salud comprende el conjunto de capacidades que aplica el profesional, para identificar y solucionar los diferentes problemas a los que se enfrenta diariamente en la práctica, sea esta una área o en un determinado servicio de salud.<sup>49</sup>

El contar con las capacidades no representa ser competente, "saber" no es tener posesión, sino utilizar; al practicar una acción frecuentemente es que permite llegar a ser competente. De la misma manera, "saber hacer" no es realizar rutinariamente una acción, es "saber actuar". Esto último conlleva implícito un agregado de acciones, donde el quehacer de cada profesional depende de que se cumpla el todo.<sup>49</sup>

Las competencias incluyen los saberes o conocimientos en las determinadas materias, según las distintas áreas del conocimiento, así como las habilidades en su sentido de conocimiento práctico o aplicado, y las actitudes y valores personales que conforman y dan orientación al comportamiento de las personas.<sup>50</sup>

Silvestre M, y Zilberteín J, describen a las habilidades, “como parte del contenido, encarnan la actividad. El hombre conoce y sabe en la actividad, y a través de ella, integra en las habilidades un conjunto de acciones y operaciones determinado por el objeto que se transforma y estudia”.<sup>51</sup>

En la medicina la competencia es fundamental, ya que se refiere a la capacidad de usar el conocimiento y las destrezas relacionadas con productos y procesos y de actuar de manera efectiva para alcanzar el objetivo de proporcionar servicios de salud con calidad.<sup>52</sup>

La calidad de un buen desempeño se mide en gran medida por su capacidad para enfrentarse a los problemas complejos y aportar alternativas, base de toma de decisiones acertadas.<sup>50</sup>

Sin una formación adecuada, los adolescentes carecen de los conocimientos y la confianza en sí mismos para tomar decisiones bien fundamentadas acerca de su salud y su seguridad que podrían afectarles por el resto de sus vidas.<sup>34</sup>

### **Salud reproductiva**

La OMS, ha definido a la salud reproductiva como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad alguna durante en el proceso de la reproducción. Definición que se amplió en la Conferencia Internacional en el Cairo, sobre Población y Desarrollo del año 1994.<sup>5</sup> Indicando a la salud reproductiva como el estado un estado general de salud con bienestar físico, mental y social, y no únicamente con ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos, involucrando la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear.<sup>53</sup>

La libertad, para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia, llevando implícito el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”.<sup>54</sup>

Según los Protocolos de Atención Integral a Adolescentes del Ecuador, el cuidado preconcepcional se conceptualiza como “un componente del cuidado de la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes para disminuir factores de riesgo que puedan afectar embarazos futuros, con énfasis en la promoción y prevención en salud”.<sup>55</sup>

### **Riesgo y factor de riesgo**

Se conoce como riesgo, a la probabilidad que tiene un individuo o un grupo de individuos, de que ocurra en el futuro un evento adverso a su salud como enfermar o morir.<sup>56</sup> Mientras que un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión por tanto es la vulnerabilidad al daño ante la presencia de ciertas características biológicas, psíquicas, genéticas, ambientales, sociales, culturales, económicas que interactúan entre sí.<sup>38</sup>

### **Clasificación del Riesgo.**

En el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), se clasifican los riesgos en biológicos, ambientales y socioeconómicos.<sup>57</sup>

Factores biológicos de la salud: son inherentes a la fisiología del organismo y menos susceptibles de modificación que los demás factores. Las causas capaces de originar una enfermedad son muy numerosas. Existen causas exógenas – por ejemplo las infecciones y las enfermedades parasitarias y endógenas que pueden aparecer por disfunción de un órgano, por una reacción anormal, o por un trastorno metabólico y funcional de las células.<sup>58</sup>

Factores ambientales: afectan al entorno del hombre, influyendo también en la salud. No sólo el ambiente natural, sino también el semi-natural y artificial que el hombre ha creado.<sup>58</sup>

Factores socioeconómicos: en este grupo de factores se describen a las circunstancias donde la gente nace, crece, vive, realiza su trabajo y llega a su vejez, se incluye al sistema de salud. Son por tanto el resultado en la distribución de los recursos, del dinero y del poder, que depende también de las medidas que se adoptan políticamente.<sup>59</sup>

Los factores de riesgos agrupados en las dimensiones antes mencionadas se encuentran en el MAIS – FCI, de la siguiente forma:

**Dimensión biológica:** son inherentes a la fisiología del género humano.<sup>49</sup> (Edad, estado nutricional, enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles, malformaciones congénitas, ingestión de medicamentos teratogénicos, período intergenésico corto, multiparidad, antecedentes obstétricos desfavorables, riesgos a la salud presentados durante el embarazo).

**Dimensión ambiental:** los factores que afectan al entorno del hombre. No sólo el ambiente natural, sino también el seminatural y artificial que el hombre ha creado, (condiciones ambientales desfavorables, animales intradomiciliarios, agua insegura, contaminación, mal manejo de desechos).<sup>58</sup>

**Dimensión socioeconómica:** como se describió son las circunstancias donde los individuos, nacen, se desarrollan, realizan su vida, trabajan y envejecen, se incluye el sistema de salud de salud disponible, (hábitos tóxicos, nivel educacional, conducta personal y social desordenada, condición socioeconómica desfavorables, desempleo, violencia intrafamiliar, soledad y o abandono, riesgo de accidentes, hacinamiento, trastornos psicológicos).<sup>59</sup>

### **Riesgo reproductivo**

Se define como la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción, el mismo que afectará principalmente a la madre, al feto o al recién nacido pero también al padre y la familia en general.<sup>37</sup> Comprende: Riesgo preconcepcional, riesgo obstétrico, riesgo perinatal, riesgo Infantil.<sup>60</sup>

El riesgo reproductivo se considera como la probabilidad de la mujer o de su producto que tiene, para sufrir algún daño, lesión o muerte en el transcurso de la reproducción, comprende: Riesgo Preconcepcional, Riesgo Obstétrico, Riesgo Perinatal, Riesgo Infantil.<sup>61</sup>

### **Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RPC)**

Este concepto de RPC se aplica a las mujeres en edad reproductiva en los periodos no gestacionales, que de acuerdo al MSP y el (INEC), según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), esta población ecuatoriana en mujeres va desde los 15 años hasta los 49 años. Cabe indicar que esta probabilidad no es igual para todas las mujeres, es decir, que la magnitud del riesgo es individual y así debe considerarse. Por lo tanto, no existe una condición de riesgo que sea medible por igual en cada mujer.<sup>61</sup>

En el libro Norma y Protocolo de Planificación Familiar en el Ecuador, los factores para la búsqueda del riesgo se han agrupado de la siguiente manera<sup>36</sup>:

- Antecedentes personales ginecológicos y obstétricos (preeclampsia, eclampsia, multigravidez, abortos de cualquier tipo, muerte perinatal, bajo peso al nacer o CIUR, cesárea previa, hemorragias obstétricas, espacio intergenésico corto, pérdida habitual o recurrente de la gestación).
- Antecedentes familiares y factores psicosociales (madre soltera sin apoyo. bajo nivel educacional, relaciones sexuales inestables).
- Edad > 35 o < de 19 años.
- Exceso o déficit de peso. IMC < 20 o > 30.
- Enfermedades crónicas (cardiovascular, hipertensión arterial, antecedente de accidente cerebro vascular, dislipidemia, diabetes mellitus, hipotiroidismo, hepatitis B. Ictericia o enfermedad hepática grave)
- Defectos congénitos o de tubo neural previos.
- Tumoraciones mamarias, genitales o extragenitales benignas o malignas.
- ITS/VIH y sida.

- Uso de medicamentos: isotretinoína, anticonvulsivantes (ácido valpróico) o anticoagulantes orales.
- Exposición a tóxicos: tabaco, alcohol, drogas.
- Fenilcetonuria.
- Alteración en el examen físico (talla, pulso. examen general por aparatos y sistemas, exploración genital).
- Enfermedades concomitantes según impresión diagnóstica.
- Trastornos detectados en exámenes (Biometría hemática – hemoglobina /hematocrito, tipificación y factor Rh, pruebas de coagulación, glucosa, VDRL, prueba de VIH en mujeres y sus parejas, pruebas serológicas para: TORCH (IgG–IgM) para toxoplasmosis, rubéola, herpes y citomegalovirus, toma de citología cérvico-uterina)

Otros factores de riesgo a ser detectados que son conocidos y descritos en múltiples artículos como: “Investigación Operacional Riesgo Reproductivo: Su Aplicación en la Salud Materno Infantil”, son los siguientes: <sup>62</sup>

Talla menor de 1,50 metros, que es un indicador antropométrico de riesgo para complicaciones obstétricas, como desproporción céfalo-pélvica, trabajo de parto disfuncional y parto operatorio.

Multigravidez: debido a que se observa un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad debido a distocias de contracción, trabajos de - parto prolongados, rupturas uterinas, hemorragias ante y post parto.

Espacio intergenésico corto: referido al espacio de tiempo entre el último parto y la siguiente concepción, cuando el mismo es menor de 18 meses.

### **Competencias**

El término de competencias tiene diversas acepciones, una capacidad de usar el conocimiento y las destrezas relacionadas con productos y procesos y de actuar de forma eficaz para alcanzar un objetivo,<sup>45</sup> ha sido conceptualizada como el motor y eje para fortalecer los procesos de aprendizaje profesionales, teniendo que ser

objetiva, donde se incluyen los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarios para el servicio al paciente y la comunidad; por tanto es un proceso crucial para el progreso y la construcción permanente del conocimiento, en busca de alcanzar metas personales y colectivas.<sup>63</sup>

La competencia profesional también es definida como la inclusión de las habilidades, las destrezas, las actitudes, los valores y los conocimientos tanto teóricos como prácticos que necesita un profesional de cualquier área o disciplina”.<sup>64</sup>

El concepto de competencias para los Equipos de Atención Primaria, fue puntualizado por primera vez por David McClelland en 1976, como “un conjunto de variables predictoras del desempeño que no están necesariamente relacionadas con raza, género o nivel socioeconómico, sino que están articuladas con el potencial interno de la persona, y que le posibilitan ser productiva en un determinado contexto”.<sup>65</sup>

Competencia es una construcción social de aprendizajes significativos y útiles para el desempeño productivo en una situación real de trabajo obtenida a través de la instrucción y mediante el aprendizaje por experiencia. Es la aptitud del individuo para desempeñar una función con base en los requerimientos de calidad con el desarrollo de conocimientos, habilidades y capacidades, expresadas en el saber, el saber hacer y el hacer. Es la capacidad para lograr un objetivo conforme a los estándares requeridos para responder a demandas cambiantes, construida a partir de una combinación de recursos personales (conocimientos, saber hacer, cualidades o aptitudes) y recursos del ambiente (relaciones, documentos, informaciones y otros). Es la capacidad para actuar con eficiencia, eficacia y satisfacción sobre aspectos de la realidad personal, social, natural o simbólica.<sup>66</sup>

Según Gonzales M, se debe destacar que las competencias; “son características permanentes de las personas; se ponen de manifiesto cuando se ejecuta una tarea o un trabajo; están relacionadas con la ejecución exitosa de una actividad; tienen una relación causal con el rendimiento laboral, es decir, no están asociadas con el

éxito sino que se asume que realmente lo causan; pueden ser generalizadas a más de una actividad y; combinan lo cognoscitivo, lo afectivo, lo conductual”.<sup>67</sup>

### **Perfil de competencia**

Se han definido perfiles de competencia en diferentes países centradas en el rol de los profesionales de la salud a médicos y enfermeras.<sup>68</sup> Estas competencias en salud pública han sido abordadas durante la última década en varios países y con diferentes enfoques. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha propuesto considerar la realidad sanitaria de cada país para el desarrollo de dichas competencias.<sup>8</sup>

Epstein y Hundert luego de realizar una amplia revisión bibliográfica proponen la siguiente definición de las competencias médicas: "el uso habitual y juicioso del raciocinio clínico, conocimiento, habilidades técnicas y de comunicación, emociones y valores en la práctica diaria para el beneficio del individuo y la comunidad atendida".<sup>69</sup>

La evaluación de las competencias y del desempeño laboral de los profesionales de la salud se ha descrito mundialmente desde mediados de Siglo XX, en publicaciones científicas paralelas, en diferentes lugares y de manera aislada que posteriormente se interrelacionaron.<sup>12</sup>

En el documento de Evaluación de Competencias Transversales de la Universidad Europea de Madrid, se describen algunos conceptos de competencias laborales, entre los cuales se destaca el siguiente: “la competencia laboral es la construcción social de aprendizajes significativos y útiles para el desempeño productivo en una situación real de trabajo que se obtiene no solo a través de la instrucción, sino también en gran medida mediante el aprendizaje por experiencia en situaciones concretas de trabajo”.<sup>70</sup>

A criterio del autor y resumiendo, básicamente las competencias son el conjunto de conocimientos (el saber), habilidades (saber hacer), actitudes (ser) que aplicado al campo de la salud en especial en la identificación, manejo y control de factores

de riesgo preconcepcional por parte del profesional de salud son rasgos necesarios en su quehacer cotidiano.

### **Conocimiento**

Es la acción y efecto de conocer. Entendimiento, inteligencia, razón natural. Cada una de las facultades sensoriales del hombre en la medida en que están activas. Noción, ciencia, sabiduría.<sup>71</sup>

Al adquirir el conocimiento, se adquiere saber, asimilando conceptos acerca de los fenómenos reales, se comprende la realidad circundante. El saber es utilizado en la actividad práctica para transformar el mundo, subordinado la naturaleza a las necesidades del hombre.<sup>72</sup>

Los profesionales deben poseer conocimientos necesarios para identificar y manejar los factores de riesgo determinados en la Norma y Protocolo de Planificación Familiar, ofreciendo asesoría preconcepcional que permite identificar y modificar los riesgos conductuales, sociales y biomédicos para precautelar la salud de la usuaria y el desarrollo normal del futuro embarazo mediante su prevención y manejo.<sup>36</sup>

### **Autopreparación para el conocimiento**

Es el desarrollo cognoscitivo del profesional, considerándose como una actividad que tiene la característica de ser bien elaborado, organizada y ejecutada, para evitar esfuerzos que tienden a ser inútiles, provocando pérdida de tiempo y demasiada preocupación. Alcanzando la capacidad necesaria para resolver independientemente los problemas de la profesión. Integra de forma armónica y sistemática los componentes, académico, laboral e investigativo. Ayuda a desarrollar habilidades profesionales, obteniendo métodos de trabajo científicos, fundamental para vencer las dificultades.<sup>73</sup>

## **Habilidad**

Capacidad y disposición para algo. Gracia y destreza en ejecutar algo.<sup>71</sup> Existen numerosas clasificaciones de las habilidades que incluye:

- Habilidades generales: su apropiación conduce a la formación del pensamiento teórico y se clasifican en: intelectuales y docentes.
- Habilidades específicas: son las propias de una disciplina, oficio o profesión y se relacionan con un determinado modo de actuación.

Las habilidades clínicas son habilidades específicas que caracterizan la actuación profesional del médico. Se trata por tanto de las habilidades que posibilitan al médico el trabajo práctico con el paciente, articulan la aplicación de todos los conocimientos que son propios en las ciencias médicas; es un saber hacer específico de la noble profesión, conformando verdaderos subsistemas incluyendo procedimientos y técnicas diferentes, para establecer vínculos y relaciones que posibilitan la integración adecuada.<sup>74</sup>

## **Actitud**

Es un constructo o variable no observable directamente, tiene un papel motivacional de impulsión y orientación a la acción, aunque no se debe de confundir con ella.<sup>75</sup>

Las actitudes son disposiciones o predisposiciones a reaccionar ante determinados objetos, situaciones u otras personas en correspondencia con sus motivos.” Las actitudes se forman y desarrollan a lo largo de la vida de la persona mediante la actividad y la comunicación en un contexto sociocultural, pudiendo ser modificadas.<sup>76</sup>

La actitud no es lo mismo que la motivación, pero es considerada la base de esta, por lo que se deduce que el grado de motivación es marcado por las actitudes.

La palabra motivación proviene etimológicamente del latín “motivus” (movimiento) y el sufijo “-ción” (acción y efecto). O de “motio” (movimiento), siendo la causa para una acción. Para la psicología y la sociología, son los factores que impulsan a la persona a ejecutar determinadas actividades y persistir en ellas hasta cumplirlas. No es directamente observable por lo que sólo es inferible a través de las conductas.<sup>77</sup>

La motivación, está vinculada a la voluntad y al interés, que parte de la existencia de alguna necesidad, sea absoluta, relativa.<sup>77</sup>

### **Competencias esenciales en salud pública**

Las competencias esenciales en salud pública que deben tener los recursos humanos en salud sobre vigilancia y control de riesgos y daños, según la OPS son las siguientes<sup>41</sup>:

- Analizar las amenazas, riesgos y daños a la salud para el diseño e implementación de un efectivo sistema de vigilancia y control de riesgos y daños en salud pública.
- Realizar el seguimiento de los riesgos y las amenazas, en el marco de los determinantes sociales de la salud y de la ocurrencia de daños, para conocer su comportamiento en el tiempo e identificar las necesidades de intervención.
- Definir los riesgos, amenazas y daños en salud que ameritan intervenciones inmediatas y mediatas, para garantizar la respuesta rápida y oportuna del sistema de salud.
- Comunicar la información relevante de la vigilancia a los diversos actores del sistema y la población para mejorar la eficacia de la respuesta local y global frente a los riesgos, amenazas y daños en salud.
- Realizar investigación biomédica, socio-demográfica, ambiental y operativa con precisión y objetividad para explicar los riesgos, amenazas y daños en salud, así como evaluar la respuesta social frente a los mismos.

- Diseñar planes e implementar prácticas que impulsen el mejoramiento continuo en la calidad de los servicios para contribuir al fortalecimiento de la gestión y atención de salud.
- Identificar condiciones mínimas o básicas de seguridad en la atención a las personas, para el diseño e implementación de programas y actividades de control y gestión de los riesgos inherentes a la provisión de servicios de salud.<sup>41</sup>

El profesional debe conocer que la determinación de riesgo preconcepcional incluye fundamentalmente<sup>36</sup>:

- I. Anamnesis.
- II. Examen Físico.
- III. Estudios Complementarios.

### **Anamnesis o interrogatorio**

Proviene del griego, ana: de nuevo y mnesis: memoria, también llamada antecedentes. Aquí se incluyen todos los datos que se obtiene mediante el interrogatorio a la persona enferma, referentes a los síntomas de la enfermedad actual, enfermedades anteriores, alimentación, género, estilos de vida, etc., y enfermedades de su familia.<sup>78</sup>

Debe distinguirse entre la anamnesis próxima y anamnesis remota. La primera se refiere a datos del enfermo en el momento de la consulta, y la segunda se refiere a los datos del pasado de la persona, se incluyen antecedentes patológicos personales y familiares.<sup>78</sup>

El interrogatorio es un recurso del cual se vale el profesional para obtener los datos anamnésicos, con el que se inicia el examen clínico. Consiste en preguntar al paciente o a sus allegados sobre los síntomas de la enfermedad, así como sobre otros datos integrantes de la anamnesis.

El autor tomando en cuenta los documentos de aplicación nacional y el concepto previo seleccionó de la siguiente manera los datos que deben ser tomados en la anamnesis por parte de los profesionales.

- Datos de filiación.
- Antecedentes personales.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes ginecobstétricos.
- Enfermedades crónicas degenerativas.
- Revisión de sistemas.
- ITS – VIH/sida.
- Hábitos tóxicos.
- condición socio-económica.
- Varios grupos de los anteriores.

### **Examen físico**

Es la exploración que realiza el médico de manera personal a todas las personas, con la finalidad de reconocer la existencia o no de signo, o alteraciones físicas causadas por cualquier enfermedad, valiéndose de los sentidos y de aparatos, como son, el termómetro, el estetoscopio, el tensiómetro y otros de utilidad en este proceso.<sup>78</sup> Las técnicas básicas para la exploración clínica por parte del profesional son: la inspección, la palpación, la percusión y auscultación.<sup>79</sup>

El examen físico completo, de manera práctica y para el registro, consta de tres partes: examen físico general, regional y por sistemas.

Para la investigación se tomó en cuenta las actividades que realiza cada profesional en la atención de las adolescentes y como pueden los mismos, determinar el riesgo, quedando de la siguiente manera:

- Antropometría.
- Examen físico general.

- Examen por aparatos y sistemas.
- Examen mamario.
- Examen genital.

### **Estudios de complementarios**

Los exámenes complementarios o auxiliares permiten obtener datos clínicos de las condiciones internas de la persona que se examina, que no pueden ser observadas. Nos permiten observar y conocer sobre el estado anatómico, metabólico y funcional de órganos y tejidos.<sup>80</sup> Actualmente es parte del examen en el paciente, especialmente si se busca factores de riesgo.

Para el trabajo de investigación se tomó en cuenta los que la norma describe, que se deben controlar por parte de los profesionales en busca de riesgo reproductivo.

- Biometría hemática (Bh) – hematocrito (Hcto) y hemoglobina (Hb).
- Grupo y factor.
- Química sanguínea.
- VIH/ITS.
- TORCH (Igm).

Para la ejecución de una actividad es necesario lograr poseer habilidades y así realizar las acciones de la mejor forma posible. El proceso que forma habilidades utiliza acciones, que permite que la información se convierta en un conocimiento real.<sup>81</sup>

Las habilidades posibilitan el trabajo práctico del médico con el paciente, facilitan la aplicación de los conocimientos que son propios de las ciencias médicas siendo un saber hacer específico en la profesión , que además forman verdaderos subsistemas donde se incluye diferentes técnicas y procedimientos, para establecen vínculos y relaciones que permiten su integración sistémica.<sup>74</sup>

Según el autor de la investigación las habilidades en este sentido están determinadas por las destrezas de acuerdo al conocimiento sobre el tema.

El núcleo para excelencia del profesional es saber hacer, sin importar cuál sea la profesión, es decir, es el desarrollo de las habilidades plenas, entendiendo éstas como el dominio de todas las operaciones psicológicas y prácticas para permitir la regulación consciente de la actividad.<sup>88</sup>

En este sentido las habilidades serán recogidas en la historia clínica que es el documento básico de la atención médica primaria, puede ser considerada como la guía metodológica para identificar integralmente los problemas de salud de cada persona y sirve para realizar una ordenada recolección de síntomas, signos, datos de identidad y otros, que permiten al médico plantear un diagnóstico clínico, sindrómico y nosológico. Sirve de base para el planeamiento, la ejecución y el control en cada caso, de las acciones destinadas al fomento, la recuperación y la rehabilitación de la salud, se convierte en un eficaz instrumento para aplicar los programas de atención médica integral a las personas en su contexto familiar y social.<sup>78</sup>

Se conoce que las actitudes en el individuo, son consideradas como el elemento más estable y de mayor importancia para establecer la tendencia motivacional como persona y profesional .<sup>83</sup>

La competencia profesional según González M, es una configuración que tiene un componente psicológico complejo, ya que incluye componentes de orden intelectual y motivacional en su estructura, integrando en los diferentes niveles del desarrollo personal funcional la regulación de su actuación como profesional. Explicando que todo profesional sería competente no sólo por poseer habilidades y conocimientos adecuado para permitirle resolver de manera eficiente los problemas profesionales que se les presenta, sino también porque manifiesta una motivación como profesional reforzada por sus valores e intereses profesionales.<sup>67</sup>

En los lineamientos operativos para la implementación del MAIS-FCI en el grupo de prestaciones preventivas que el profesional debe realizar, por ciclos de vida para adolescentes 10 a 19 años, se señala las siguientes actividades:<sup>84</sup>

- Control de Salud: evaluación del desarrollo físico (valoración nutricional), psicomotriz y emocional del adolescente en relación con su edad.
- Cumplimiento del esquema de vacunación: Hepatitis B y Varicela, hasta terminar las cohortes de edad.
- Atención a crecimiento y desarrollo, atención en salud sexual y reproductiva, salud mental.
- Atención preventiva de adolescentes en riesgo.
- Detección de malnutrición u obesidad.
- Detección de afecciones psicosociales: depresión, consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa), intento de suicidio, violencia.
- Detección, prevención y consejería de infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazo adolescente.
- Detección de tuberculosis (TB), tos por más de 15 días.
- Detección de inactividad física.
- Detección de una deficiencia y/o discapacidad.
- Evaluación del bienestar del adolescente e identificación de anomalías congénitas o problemas médicos adquiridos.
- Evaluación de salud mental: detección de problemas de violencia, aprendizaje, afectivos, emocionales; trastornos de la alimentación; consumo de alcohol y otras drogas; prácticas sexuales de riesgo, embarazos no planificados.
- Detección de la agudeza visual y ceguera.
- Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA.
- Detección de desnutrición: suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad.
- Prevención de riesgos de accidentes en el hogar.
- Prevención de discapacidades, uso de ayudas técnicas.

Para la identificación del RPC es necesario detectar el mismo, los problemas de salud presentes, para realizar el diagnóstico y su manejo se ejecuta de acuerdo al diagnóstico realizado.

En la atención integral a la adolescente, es importante la asesoría y las acciones de educación para la salud, promoción de acciones educativas y saludables y prevención de la enfermedad.<sup>81</sup>

Las acciones que los profesionales deben realizar en el manejo, cuando se sospecha o cuando existe algún riesgo preconcepcional que requieren un plan de manejo multidisciplinario e interdisciplinario, como se indica en la Norma y Protocolo de Planificación Familiar son las siguientes:<sup>36</sup>

- Tratar a la paciente según la conducta estándar de dicha patología o referir de manera oportuna al nivel de resolución superior, a la paciente con la hoja de referencia llena.
- Asesorar y asegurar que la mujer use un método anticonceptivo temporal y seguro mientras se estabiliza o superan los riesgos preconcepcionales.
- Determinar el riesgo preconcepcional y promocionar acciones educativas y saludables según el riesgo.

Las acciones o conductas a seguir en el manejo de la mujer con riesgo preconcepcional indicadas en las Normas y protocolos de Planificación Familiar, son las siguientes:<sup>36</sup>

- Anticoncepción.
- Posibilidades de diagnóstico prenatal.
- Consejo nutricional.
- Evitar o diferir embarazo hasta alcanzar metas nutricionales o estabilizar enfermedades.
- Evitar o diferir el embarazo hasta estabilización de la patología detectada y aplicar el tratamiento de especialidad.
- Estabilizar la diabetes, previo a un embarazo. Determinar la necesidad de insulina.
- Vacunación a mujeres, especialmente aquellas que podrían estar en mayor riesgo
- Levotiroxina o regular la dosis.

- Detección y tratamiento oportunos de Its/VIH y sida, estabilizar la enfermedad con tratamiento antirretroviral.
- Cambio obligatorio de terapéutica previo a un embarazo.
- Suspensión del uso de tóxicos con manejo multidisciplinario de especialidad, o diferir embarazo y si no es posible cese de exposición.
- Dieta baja en fenilalanina en caso de fenilcetonuria.

## **2.2 Fundamentación filosófica**

La presente investigación se fundamenta en el paradigma biosocial, considerando al adolescente como una unidad insertada en un contexto histórico, concibiéndolo de un modo holístico, como la integración de subsistemas y sistemas, enfocándose hacia la promoción y la prevención apuntando a mejorar su calidad de vida.

Este estudio está proyectado hacia esta etapa de la vida, su atención integral, desde el punto de vista biopsicosocial y está enfocado a la búsqueda de soluciones a una problemática que afecta a este grupo etareo.<sup>85, 86</sup>

## **2.3 Fundamentación legal**

El tema de investigación, se encuentra sustentado dentro del siguiente cuerpo normativo y legal del Ecuador. Como fundamento legal se encuentran los artículos 32, 358 - 366 de la Constitución de la República del Ecuador, aprobada en el año 2008, que tratan sobre el derecho a la salud, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.<sup>87</sup>

El art. 44 se señala al Estado, la familia y la sociedad para promover el desarrollo integral de los y las niñas, así como de los adolescentes, de manera prioritaria, asegurando el pleno ejercicio de los derechos correspondientes; atendiendo al interés superior, haciendo prevalecer los derechos sobre los derechos del resto de personas.<sup>87</sup>

La ley determina además que los y las niñas, así como los adolescentes tienen derecho para que su desarrollo sea integral, tomando en cuenta para ello el crecimiento, la maduración y el despliegue de su intelecto como de sus capacidades, sus aspiraciones, y potencialidades. Deben contar con un entorno social, familiar, escolar, comunitario lleno de afectividad y seguridad. El entorno debe permitir satisfacción para todas las necesidades, sean estas sociales, afectivas, emocionales o culturales, deberán contar con políticas intersectoriales nacionales y locales”.<sup>88</sup>

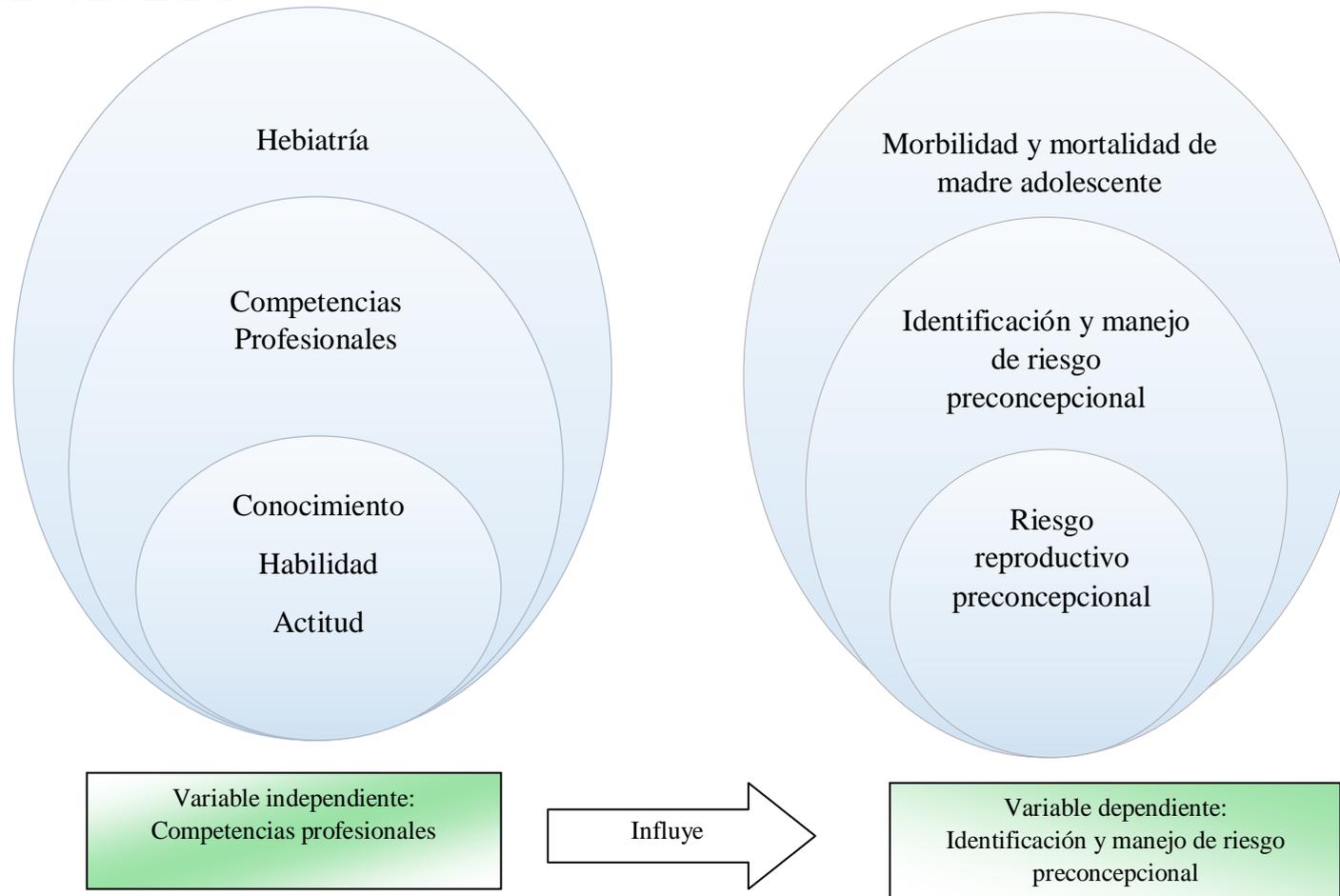
En el capítulo 2 del Código de la Niñez y Adolescencia se determinan los derechos de supervivencia así, el Art. 25 describe “El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes....”.<sup>88</sup>

En los artículos del 3 al 6, de la Ley Orgánica de Salud se proclaman, los objetivos que garantizan el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud. Protegen a las personas de los riesgos y daños a la salud; entre otros. Además establecen, El Plan Integral de Salud, que se debe desarrollar en base al modelo de atención, con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud.<sup>89</sup>

El manual del Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar Comunitario e Intercultural, así como las Norma y Protocolo de Planificación Familiar, establece que el tipo de atención debe ser por ciclos vitales y con enfoque preventivo.<sup>57</sup>

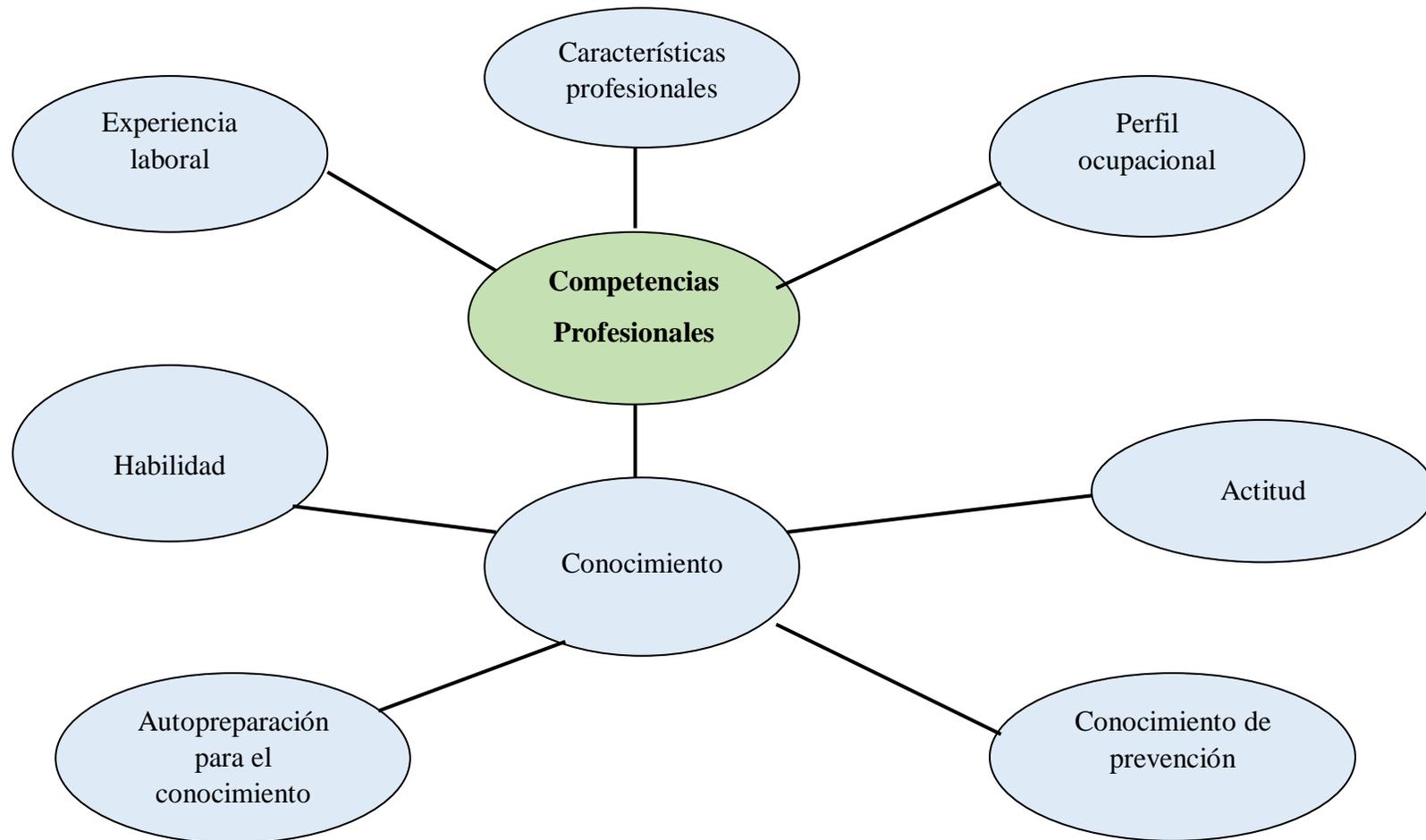
Además en el Registro Oficial Suplemento No. 801, de 2 de octubre del 2012, se publicó la norma técnica que regula el procedimiento para la calificación de obreros y obreras, servidoras y servidores del Sector Público, emitida mediante Acuerdo Ministerial No. MRL-2012-0164, donde se indica que la calificación habilitación a los servidores públicos consiste en el análisis de las actividades que desempeñan.

## 2.4 Categorías fundamentales



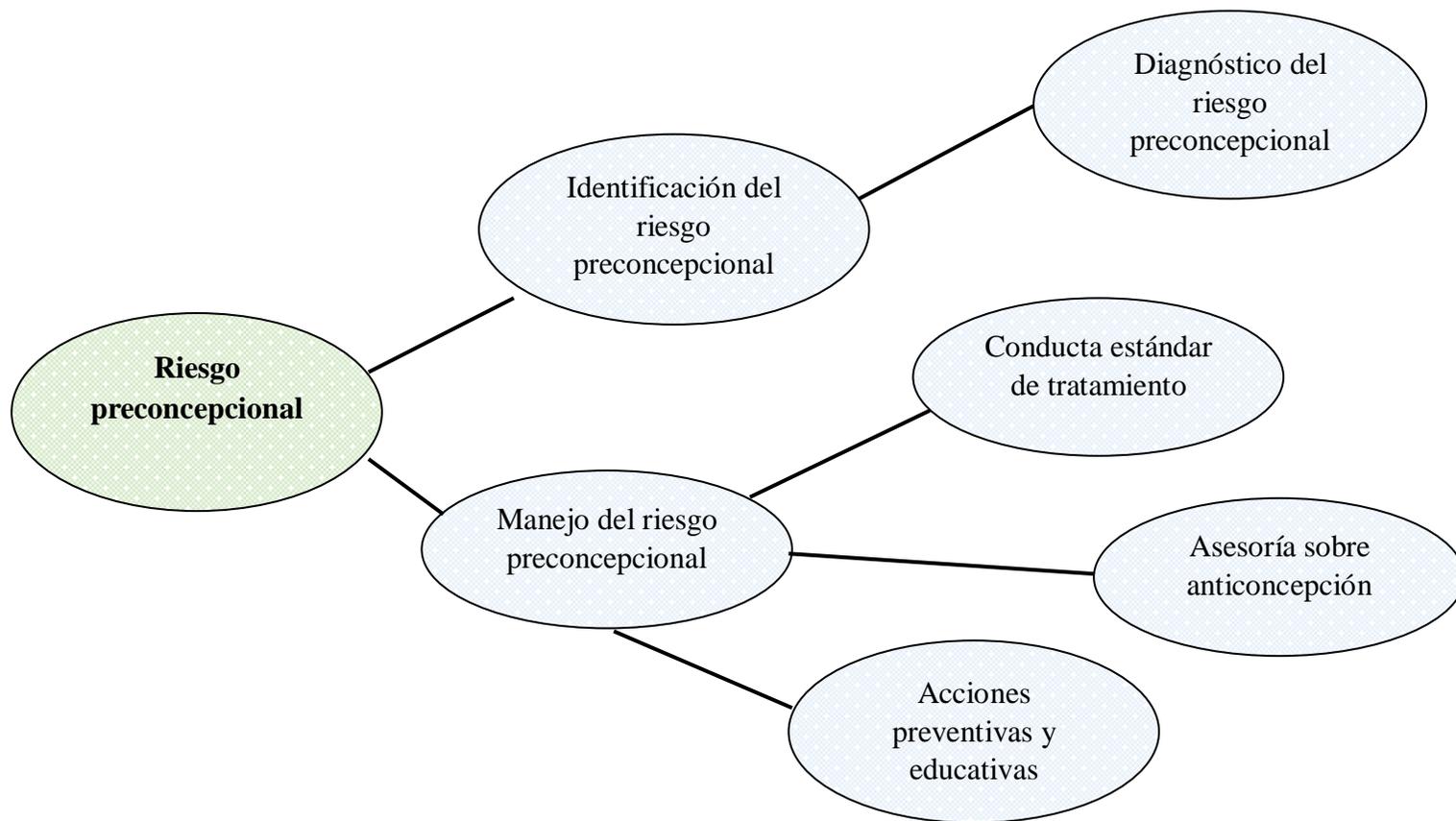
**Gráfico 1:** Cuadro de categorías

**Elaborado por:** Becquer Suárez



**Gráfico 2:** Variable Independiente

**Elaborado por:** Becquer Suárez



**Gráfico 3:** Variable dependiente

**Elaborado por:** Becquer Suárez

### **2.4.1 Variables Dependientes**

Identificación y manejo de factores de riesgo reproductivo preconcepcional en adolescentes.

### **2.4.2 Variables Independientes**

Competencias profesionales (conocimiento, habilidades y actitudes) relacionadas al riesgo preconcepcional en las adolescentes.

### **2.5 Hipótesis**

H<sub>0</sub>: Las competencias profesionales del personal de las unidades operativas de salud de Saquisilí, no inciden en la identificación y el manejo de los factores de riesgo preconcepcional de mujeres adolescentes del sector.

H<sub>1</sub>: Las competencias profesionales del personal de las unidades operativas de salud del cantón Saquisilí, inciden en la identificación y el manejo de los factores de riesgo preconcepcional de las adolescentes del sector.

### **2.6 Señalamiento de variables**

Como variable independiente se estudió las competencias profesionales donde se incluyó el conocimiento, la habilidad y la actitud, por considerar que intervienen directamente en la identificación y manejo del riesgo preconcepcional en adolescentes.

La identificación y manejo del riesgo preconcepcional en este trabajo de investigación se consideró como variable dependiente o de estudio, por ser el resultado de la aplicación de las competencias profesionales con las que cuentan los profesionales.

## **CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA**

Es una investigación que tiene un enfoque predominantemente cualitativo porque los datos recolectados son expresados por los participantes a través de una encuesta, para evaluar los conocimientos y actitudes, mientras que para evaluar las habilidades, se realizó una revisión documental en historias clínicas, de adolescentes mujeres atendidas por los profesionales para identificar y manejar el riesgo preconcepcional, además por ser más subjetivo basándose en la interpretación de los datos obtenidos desde su área de trabajo. No tiene una metodología estructurada o método establecido para recolectar la información. Asumiendo una realidad dinámica y tiene un componente social.

Tiene un enfoque cuantitativo porque se realizó un análisis estadístico donde los resultados numéricos se presentaron en tablas y gráficos.

### **3.1 Modalidad básica de la investigación**

Se utilizó en el presente trabajo de investigación la modalidad de campo, porque los datos se tomaron a través de una encuesta que se realizó a los profesionales en el sitio de trabajo, donde se atiende a las adolescentes, se revisaron las historias clínicas que reposan en las mismas unidades. Además se ejecutó de campo porque la fundamentación bibliográfica indica que es mejor evaluar las competencias en el espacio donde se labora.

### **3.2 Nivel o tipo de investigación.**

Según el nivel de investigación es Relacional y dentro de este nivel es de Asociación, porque se analizó la relación de asociación existente entre las competencias profesionales del personal de las unidades operativas del cantón Saquisilí, con la identificación y manejo de los factores de riesgo preconcepcional en adolescentes del sector y Transversal por su ubicación temporal al recoger la información una sola vez, en un momento determinado a los profesionales

médicos y obstetrices de las cinco unidades operativas del cantón Saquisilí durante el periodo de junio 2015 a mayo 2016.

### **3.3 Población y muestra**

El universo estuvo constituido por 32 profesionales (27 médicos, cinco obstetrices) que realizan control y tratamiento de adolescentes en las unidades de salud del cantón Saquisilí. No se justificó el uso de muestreo dado el tamaño de la población en estudio.

Para la revisión de las historias clínicas se utilizó el muestreo no probabilístico e intencional.

#### **Criterios de inclusión.**

Se incluyó a todos los médicos y obstetrices que se encontraban laborando en las unidades de salud correspondientes al Cantón Saquisilí, que brindaron atención a adolescentes durante los meses de junio del 2015 a marzo del año 2016, y que además dieron su consentimiento para participar en la investigación.

#### **Criterios de exclusión**

Se excluyó a los profesionales que al momento de realizar la encuesta no se encontraron en las unidades de salud.

#### **Criterios éticos**

En la presente investigación se tomó en cuenta el código de Núremberg (Primer código internacional de ética para la investigación en seres humanos), la Declaración de Helsinki adoptada en la Décimo-octava Asamblea de la Asociación Médica Mundial, sus revisiones y modificaciones posteriores, el informe de Belmont de 1978 y actualizaciones. Las normas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, publicadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS, por sus siglas en inglés) y la Organización Mundial de la Salud.

Respetando el principio bioético de autonomía, se solicitó la participación de manera voluntaria a los profesionales, previa autorización del Consentimiento Informado por escrito (Anexo 1), luego de haber explicado las características del estudio, sus objetivos, beneficios y riesgos posibles.

Se respetaron los demás principios bioéticos (beneficencia, no maleficencia y justicia), realizando el registro de los profesionales que formaron parte de la investigación, mediante códigos que segaron los datos obtenidos de la persona a la cual pertenece dicha información, además se informó acerca de su derecho de contribuir colaborativamente sin exponerse a limitaciones para su atención, los resultados obtenidos solo serán utilizados con fines investigativos.

Para realizar este trabajo se solicitó al Director de Salud del Distrito Pujilí – Saquisilí, la autorización respectiva, explicando el alcance, la importancia y las ventajas para los profesionales de las unidades operativas y para las mujeres adolescentes del sector.

### 3.4 Operacionalización de variables

Población de estudio es la colección definida de individuos que tiene como característica similar, trabajar en unidades de salud de Saquisilí y ser profesional médico u obstetriz.

**Tabla 1.** Caracterización de población de estudio

Dimensiones	Tipo de variable	Indicadores	Ítems	Técnica / instrumento
Perfil ocupacional	Cualitativa nominal	Medico Obstetriz	¿Qué profesión tiene?	Encuesta / cuestionario
Experiencia laboral	Cualitativa ordinal	de 0 a 4 años de 5 años y más	¿Cuántos años laborales tiene?	Encuesta / cuestionario

**Fuente:** encuesta

**Elaborado por:** Bécquer Suárez

## Variable Independiente

Variable competencias profesionales. Conjunto de conocimientos (el saber), habilidades (saber hacer), actitudes (ser), que tienen los seres humanos para la vida en el ámbito laboral.

**Tabla 2.** Operacionalización de variable independiente

Dimensiones	Tipo de variable	Indicadores	Ítems	Técnica / instrumento
Conocimientos	Cualitativa ordinal politómica	Alto Medio Bajo	1 ¿Qué factores de RPC identifica por anamnesis, examen físico y estudios complementarios? 2 ¿Qué actividades realiza para la prevención de RPC? 3 ¿Se autopreparó en RPC?	Encuesta / cuestionario
Habilidad	Cualitativa nominal dicotómica	Tiene No tiene	¿Se llenó adecuadamente en la hoja de atención a la adolescente, la anamnesis y de examen físico?	Revisión documental / Historia clínica
Actitud	Cualitativa nominal dicotómica	Favorable No favorable	1 ¿Siente motivación para atender adolescente con RPC? 2 ¿Se considera capacitado para transmitir conocimientos?	Encuesta / cuestionario

**Fuente:** encuesta, historia clínica.

**Elaborado por:** Bécquer Suárez.

## Variable Dependiente

Variable Identificación y manejo de riesgo preconcepcional

Identificación del riesgo, son las acciones para reconocer rasgo, característica o exposición que aumente su probabilidad de sufrir enfermedad o daño.

Manejo del riesgo es el esfuerzo coordinado para reducir o eliminar riesgo, mediante la conducta de tratamiento, asesoría, prevención y educación.

Tabla 3. Operacionalización de variable dependiente

Dimensiones	Tipo de variable	Indicadores	Ítems	Técnica / Instrumento
Diagnóstico de RPC.	Cualitativa nominal dicotómica.	Si identifica. No identifica.	¿Identificó en historia clínica algún riesgo preconcepcional?	Revisión documental / Historia. Observación
Indicaciones para control o eliminación de RPC.	Cualitativa nominal dicotómica.	Si maneja. No maneja.	¿Registró en la historia clínica alguna medida para prevención o control del riesgo?	Revisión documental / Historia clínica. Observación.

Fuente: historia clínica.

Elaborado por: Bécquer Suárez

### **3.5 Plan de recolección de la información**

Inicialmente mediante un oficio se solicitó la autorización correspondiente al Director del Distrito de salud Pujilí – Saquisilí para realizar el trabajo de investigación, al mismo tiempo se solicitó el permiso pertinente para aplicar la encuesta al personal de salud y la revisión de historias clínicas.

Previa explicación a todos los profesionales de los beneficios de la investigación y luego de responder algunas preguntas, se obtuvo el Consentimiento Informado por escrito y se realizó la encuesta sobre las competencias (conocimiento y actitudes) sobre la identificación y manejo del RPC en las adolescentes.

Se realizaron las encuestas a médicos y obstetrices, de las cinco unidades operativas de salud del cantón Saquisilí (Centro de salud tipo “C” Saquisilí, Subcentros de salud Canchagua y Cochapamba, y puestos de salud Chantilín y Salacalle), que trabajaron en el periodo de junio 2015 a mayo 2016.

La encuesta fue elaborada por el investigador tomando en cuenta: El Capítulo II Atención Preconcepcional, de la Norma y Protocolo de Planificación Familiar de agosto del 2010; Protocolos de Atención Integral a Adolescentes año 2009; y El conjunto de prestaciones integrales por ciclo de vida, de los Lineamientos operativos para la implementación del MAIS. (Anexo 2 y 3).

Se aplicó como prueba piloto 12 encuestas a los profesionales médicos y obstetrices del Centro de salud tipo “C” de Lasso. Posteriormente fue validada y corregida por profesionales expertos (ginecólogo, médico familiar y estadístico) de la Universidad Técnica de Ambato.

Las encuestas para evaluación de conocimientos y actitudes, fueron aplicadas al grupo de profesionales investigados, en cada una de las unidades de salud, bajo supervisión del investigador. Previa la explicación del contenido y la veracidad con la que se deben llenar las mismas. Siendo esta la fuente primaria para la obtención de datos en las dimensiones mencionadas.

La encuesta constó de 11 preguntas, donde se incluyó una pregunta para consultar si existe la necesidad de un algoritmo para la identificación y manejo del RPC en la atención a la adolescente, las preguntas se exploraron de la siguiente forma:

- Conocimiento: preguntas de la uno a la ocho.
- Actitud: preguntas nueve y diez.
- Necesidad de un algoritmo: pregunta once.

Para la valoración del conocimiento, se realizó la suma de los valores obtenidos al otorgar un puntaje a cada respuesta consignada por el profesional en la encuesta (Anexo 4). Se tuvo como máximo 36 puntos, clasificando el nivel de conocimientos de cada encuestado en la forma siguiente:

- Alto: valor igual o mayor de 27 puntos (75%).
- Medio: valor de 18 a 29 puntos (50% a 74%).
- Bajo: valor igual o menor de 17 puntos (49%).

La actitud, al igual que el conocimiento se evaluó dando puntaje a las respuestas obtenidas en la encuesta, y acuerdo al resultado se valoró de la siguiente manera: (Anexo 5a):

- Favorable: valor igual a 2.
- No favorable: valor de 0 - 1.

La habilidad clínica se exploró mediante la observación del llenado completo de la anamnesis y el examen físico en la hoja de atención a la adolescente, de las historias clínicas (fuente secundaria), que reposan en los archivos de estadística en cada unidad de salud. Se valoró de la siguiente manera: (Anexo 5b).

- Tiene habilidad: valor igual a 2.
- No tiene habilidad: valor de 0 - 1.

Finalmente se realizó la sumatoria de los tres aspectos correspondientes a las competencias profesionales, los conocimientos, la habilidad y la actitud, de cada profesional, para obtener el puntaje que permitió clasificar las competencias profesionales: (Anexo 6a).

- Alta: valor igual o mayor de 30 puntos (75%).
- Media: valor de 20 a 29 puntos (50% a 74%).
- Baja: valor igual o menor de 19 puntos (49%).

Para la identificación y el manejo de RPC se utilizó como fuente secundaria las historias clínicas, buscando el registro en la hoja para atención a la adolescente o en la hoja de evolución, buscando el o los diagnósticos (identificación) y las indicaciones sobre de educación para la salud donde se incluya acciones o conductas de prevención y promoción (manejo). (Anexo 6b)

### **3.6 Plan de procesamiento de la información**

Con la información obtenida se generó una base de datos en hojas del programa Excel. Se realizó el procesamiento y tabulación de los datos obtenidos en la encuesta de acuerdo al programa Microsoft Excel, en Windows 7, y un microprocesador ADM.

La base de datos fue procesada en el programa estadístico informático SPSS. Los resultados se presentan en tablas y gráficos para mejor análisis y comprensión. Se utilizaron como medidas de resumen el porcentaje y frecuencia absoluta.

Se utilizó la relación entre variables, competencias profesionales con la identificación y manejo del RPC, cruzándolas en tablas de contingencia para estimar la asociación potencial entre estas variables.

Para la prueba de hipótesis, se utilizó como estadístico la prueba de chi-cuadrado de asociación e independencia, porque permitió relacionar variables cualitativas; se utilizó como valor para el margen de error un nivel de significancia 0,05 (5%). Se tomó en cuenta en cada tabla los grados de libertad correspondientes.

## CAPITULO 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

### 4.1 y 4.2 Análisis e interpretación de los resultados

En este capítulo se presentaron los resultados de las encuestas sobre conocimientos y actitud, realizadas a los profesionales médicos y obstetras de las unidades de salud del cantón Saquisilí, provincia Cotopaxi, se presentan también los resultados de la revisión documental de las historias clínicas de las pacientes adolescentes atendidas por los mismos.

El universo estuvo constituida por 32 profesionales, para el análisis se creó un archivo, donde se vació los datos. El procesamiento se realizó en el programa SPSS, y los resultados en tablas.

**Tabla 4.** Distribución de población de estudio, según años de experiencia y perfil ocupacional, Saquisilí, 2015-2016.

Experiencia	Perfil ocupacional					
	Médico		Obstetraz		Total	
	laboral	N°	%	N°	%	N°
0 a 4 años	15	46,9	3	9,4	18	56,3
5 y más	12	37,5	2	6,2	14	43,7
Total	27	84,4	5	15,6	32	100

**Fuente:** Encuesta **Elaborado por:** Bécquer Suárez

La experiencia se presenta a partir de las vivencias, aunada con la práctica habitual y sostenida que facilita la habilidad para realizar cualquier actividad. El mayor protagonismo de la experiencia, está en el campo laboral, la utilidad dependerá de cada persona. Suele asociarse con la edad. A pesar de ello no todas las personas o profesionales capitalizan esta experiencia en conocimientos que sean útiles para su desempeño.<sup>90</sup>

En la tabla 4 se caracteriza la población de estudio, relacionando la experiencia laboral con la profesión. Se demuestra que de los profesionales (médicos y

obstetricas), el mayor porcentaje (56,3%), tienen menos de cinco años de experiencia laboral. Los médicos en el estudio tuvieron mayor representación con el 84,4%.

En el año 2013, el INEC, reportó que a nivel nacional, 35.118 médicos de todas las especialidades y 2120 obstetricas se encontraban trabajando en establecimientos de salud<sup>91</sup>, situación que posiblemente no ha cambiado hasta la fecha.

En la investigación participaron 27 médicos y 5 obstetricas, constituyendo el total de profesionales que están involucrados en la atención del RPC del cantón Saquisilí.

Según el INEC en el año 2013, planteó que existen a nivel nacional 16 médicos por cada obstetrica<sup>91</sup>, lo que difiere del resultado de este estudio que registró la existencia de 5 médicos por cada obstetrica.

Es razonable deducir que para lograr modificar los indicadores en cuanto al control del RPC en la adolescencia, el personal de atención deberá ser eficiente e invertir mayores esfuerzos porque el número de médicos y obstetricas no es el óptimo para la atención e este grupo de edad que es mayoritario en esta población, sumado a que hay predominio de una experiencia laboral menor de 4 años.

**Tabla 5.** Distribución de profesionales según perfil ocupacional, experiencia laboral y nivel de conocimiento, Saquisilí, 2015-2016.

Perfil ocupacional	Experiencia laboral	Nivel de conocimientos							
		Bajo		Medio		Alto		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médico	0 a 4 años	5	15,6	9	28,1	1	3,1	15	46,8
	5 y más	0	0,0	11	34,4	1	3,1	12	37,5
Obstetriz	0 a 4 años	0	0,0	3	9,4	0	0,0	3	9,4
	5 y más	0	0,0	2	6,3	0	0,0	2	6,3
<b>Total</b>	0 a 4 años	5	15,6	12	37,5	1	3,1	18	56,2
	5 y más	0	0,0	13	40,7	1	3,1	14	43,8
	<b>Total</b>	5	15,6	25	78,2	2	6,2	32	100

**Fuente:** encuesta **Elaborado por:** Bécquer Suárez

El perfil ocupacional, son las características actitudinales, habilidades y destrezas generales que un trabajador debe tener para desempeñarse de manera eficiente en un puesto de trabajo. El perfil profesional, es el perfil de las profesiones para ejercer determinadas funciones.<sup>92</sup> Mientras que el conocimiento es la acción y efecto de conocer, entendimiento, inteligencia, razón natural.<sup>71</sup>

En la tabla 5 se muestra la relación existente entre el perfil ocupacional, la experiencia laboral y el nivel de los conocimientos que poseen los profesionales participantes en el estudio, se observa que el 78,2 %, tiene un nivel de conocimiento medio y un 6,2 % alto. Llama la atención que es bajo el porcentaje de profesionales que tiene un nivel alto de conocimiento sobre RPC, pese a la existencia de normas y protocolos relacionados a este tema, que debe ser de dominio generalizado si se quiere reducir los indicadores de mortalidad materna e infantil que se propone en el país.

Todas las obstetrices que participaron en el estudio, presentaron un nivel de conocimiento medio, resultado que alerta sobre la necesidad de brindar especial atención a estos profesionales.

Ramos J, de la Facultad de Enfermería de Murcia, España, encontró resultados similares y plantea la necesidad de superación continuada para elevar el nivel de competencias y desempeño profesional.<sup>93</sup>

**Tabla 6.** Distribución de profesionales según perfil ocupacional, experiencia laboral y habilidad, Saquisilí, 2015-2016.

Perfil ocupacional	Experiencia laboral	Habilidad clínica					
		No tiene		Tiene		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médico	0 a 4 años	10	31,3	5	15,6	15	46,9
	5 y más	9	28,1	3	9,4	12	37,5
Obstetriz	0 a 4 años	3	9,3	0	0,0	3	9,3
	5 y más	2	6,3	0	0,0	2	6,3
<b>Total</b>	0 a 4 años	13	40,6	5	15,6	18	56,2
	5 y más	11	34,4	3	9,4	14	43,8
	<b>Total</b>	24	75,0	8	25,0	32	100

**Fuente:** historia clínica **Elaborado por:** Bécquer Suárez

Las habilidades clínicas son habilidades específicas que caracterizan la actuación profesional del médico, por tanto son habilidades que permiten el trabajo de manera práctica del médico con el paciente, se expresan mediante la aplicación de los conocimientos adquiridos y que son propios para el desarrollo de las actividades médicas que debe poseer todo profesional de las ciencias médicas en un saber hacer específico de la profesión.<sup>74</sup>

En la tabla 6 se muestra la distribución del perfil ocupacional, la experiencia laboral y la habilidad clínica, encontrándose que el 75% de ellos mostraron no tener habilidad, la cual fue medida a través del completamiento adecuado de las historias clínicas de las pacientes adolescentes, siendo este un documento legal donde queda evidenciado lo que se ejecuta en una consulta médica, es llamativo que el 34,4% de los profesionales con experiencia laboral de más de 5 años no presentaron habilidades clínicas, resultado que es proporcional con lo encontrado

en relación al conocimiento, este resultado pudiera estar relacionado con la falta de monitoreo y seguimiento por las autoridades, factores que pueden desencadenar desinterés en los profesionales.

La OPS/OMS plantea la necesidad de que las instituciones de salud conozcan, que saben hacer sus profesionales en aras de establecer planes de superación para así mejorar la calidad de atención.<sup>41</sup>

**Tabla 7.** Distribución de profesionales según perfil ocupacional, experiencia laboral y actitud, Saquisilí, 2015-2016

Perfil ocupacional	Experiencia laboral	Actitud				Total	
		No favorable		Favorable		N°	%
		N°	%	N°	%		
Médico	0 a 4 años	10	31,3	5	15,6	15	46,9
	5 y más	9	28,1	3	9,4	12	37,5
Obstetriz	0 a 4 años	3	9,3	0	0,0	3	9,3
	5 y más	2	6,3	0	0,0	2	6,3
<b>Total</b>	0 a 4 años	13	40,6	5	15,6	18	56,2
	5 y más	11	34,4	3	9,4	14	43,8
	<b>Total</b>	24	75,0	8	25,0	32	100

**Fuente:** encuesta **Elaborado por:** Bécquer Suárez

La actitud es un factor de mayor peso que la experiencia, la actitud denota seguridad al realizar una determinada actividad.<sup>76</sup>

En la tabla 7, se precisa la actitud de los profesionales en relación con el perfil ocupacional y la experiencia laboral, encontrándose que el 75 % de los participantes tiene una actitud no favorable, y dentro de este grupo se encuentran todas las obstetrices.

Existe un alto porcentaje de profesionales con actitud no favorable, 19 médicos de 27 que es la totalidad y las cinco obstetrices, pudiera considerarse como causa posible la presión de trabajo que conlleva a centrarse más en la productividad que

en la calidad, sin olvidar del síndrome de Burnout, el cual tiene una elevada prevalencia y repercute significativamente en el desempeño laboral del personal de salud<sup>94</sup>, caracterizado por síntomas y signos como el cansancio emocional que es frecuente en quienes tienen sobrecarga de trabajo y las actitudes negativas, así como la desmotivación por la falta de estímulo.

El escaso control a los profesionales que realizan RPC pudiera influir en el resultado obtenido en este estudio.

Ramos J, plantea la necesidad de que las instituciones de salud implementen intervenciones adaptadas a incentivar la actitud de los profesionales de la salud.<sup>93</sup>

**Tabla 8.** Distribución de profesionales según nivel de conocimientos e identificación del riesgo preconcepcional en adolescentes

Nivel de conocimientos	Identificación del riesgo preconcepcional					
	Si identifica		No identifica		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	0	0,0	5	15,6	5	15,6
Medio	1	3,1	24	75,1	25	78,2
Alto	1	3,1	1	3,1	2	6,2
Total	2	6,2	30	93,8	32	100,0

**Fuente:** historia clínica y encuesta

**Elaborado por:** Bécquer Suárez

Chi cuadrado ( $X^2$ ) = 7,083

P valor = 0,029

Grados de libertad (gl) = 2

Los conocimientos sobre cómo manejar el riesgo preconcepcional son de vital importancia para reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil.

En la tabla 8 se muestra que el 93,8% no identificó el RPC, predominando el nivel medio además se expresa la asociación entre el nivel de conocimientos de los profesionales con la identificación del RPC, encontrándose relación significativa (P=0.029) entre el nivel de conocimiento en relación al riesgo preconcepcional y la no identificación de los factores de riesgo.

Lugones M, plantea la atención preconcepcional como estrategia básica para prevenir y disminuir la mortalidad materna e infantil.<sup>95</sup>

Se considera que a través de un plan de superación continuada, se pudiera lograr mantener actualizado al personal que brinda atención médica.

**Tabla 9.** Distribución de profesionales según nivel de conocimientos y manejo del riesgo preconcepcional en adolescentes.

Nivel de conocimientos	Manejo del riesgo preconcepcional					
	Si maneja		No maneja		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Bajo</b>	1	3,1	4	12,5	5	15,6
<b>Medio</b>	1	3,1	24	75,1	25	78,2
<b>Alto</b>	2	6,2	0	0,0	2	6,2
<b>Total</b>	4	12,4	28	87,6	32	100

**Fuente:** Historia clínica y encuesta **Elaborado por:** Bécquer Suárez

Chi cuadrado= 15,909      P valor = 0,000      gl = 2

La evaluación del manejo del RPC, se realiza a través de la verificación del cumplimiento de los estándares que plantea el MSP. Este manejo se debe realizar tomando en cuenta las acciones de promoción, prevención y educación para la salud, de acuerdo al tipo de riesgo identificado.

En la tabla 9 se expresa la relación de asociación existente entre el nivel de conocimiento de los profesionales y el manejo del riesgo preconcepcional, se encontró que solamente el 12,5% de los profesionales manejan el RCP, predominando los que no lo manejan con un 87,6% existiendo asociación significativa entre el nivel de conocimiento, con el no manejo del RPC en las adolescentes (chi cuadrado = 15,909 y  $P < 0,05$ ).

Lugones M, plantea la necesidad de un trabajo sistemático acompañado de superación para lograr un control del RPC, de manera certera, con lo que se disminuirá los indicadores de morbilidad y mortalidad materna e infantil.<sup>95</sup>

La mayoría de los profesionales tiene un nivel medio de conocimiento, sin embargo prevalece el no manejo del RPC, pudiera relacionarse este resultado con la alta demanda de atención en las unidades de salud, optando por la productividad y no por la calidad.

**Tabla 10.** Distribución de profesionales según nivel de conocimiento sobre actividades preventivas y manejo del riesgo preconcepcional en adolescentes.

Conocimiento sobre actividades preventivas	Manejo del riesgo preconcepcional					
	Si maneja		No maneja		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	0	0,0	1	3,1	1	3,1
Medio	1	3,1	5	15,6	6	18,8
Alto	3	9,4	22	68,8	25	78,1
Total	4	12,5	28	87,5	32	100

**Fuente:** Historia clínica y encuesta **Elaborado por:** Bécquer Suárez

Las actividades preventivas que el profesional debe conocer para identificar y manejar el RPC, son la base del accionar en la Atención Primaria de Salud para mejorar la calidad de vida de las mujeres en especial de las adolescentes.

En la tabla 10 se observa la relación existente entre el nivel de conocimiento sobre actividades preventivas y el manejo de RPC. El mayor porcentaje de profesionales tiene un conocimiento alto y medio sobre las actividades preventivas para un 78,1% y 18,8% respectivamente, sin embargo el 87,5% no manejan el RPC, es llamativo este resultado obteniéndose una cifra importante que no maneja el RPC y sin embargo conocen las acciones de prevención.

La prevención es la herramienta vital en la APS, encontrándose estructurada por niveles correspondiendo a la prevención primordial la parte educativa y a la primaria actuar de acuerdo a los riesgos identificados, de manera que si estos no son detectados no es posible aun teniendo el conocimiento sobre prevención lograr cambios.

Monbiella A, en un estudio realizado sobre atención preconcepcional y prevención primaria, resalta la necesidad de desarrollar actividades preventivas en relación al RPC, para lograr reducir los indicadores de salud relacionados.<sup>96</sup>

El no manejo del RPC, podría deberse a la falta de control y fiscalización por los responsables administrativos y la falta de compromiso profesional.

**Tabla 11.** Distribución de profesionales según autopreparación e identificación del riesgo preconcepcional.

Identificación del RPC	Autopreparación					
	SI		NO		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	0	0,0	2	6,2	2	6,2
No	20	62,5	10	31,2	30	93,8
Total	20	62,5	12	37,5	32	100

**Fuente:** historia clínica y encuesta

**Elaborado por:** Bécquer Suárez

La autopreparación para el conocimiento, es el desarrollo cognoscitivo del profesional, para alcanzar la capacidad de resolver independientemente los problemas de la profesión, integra los componentes, académico, laboral e investigativo, ayuda a desarrollar habilidades profesionales.<sup>73</sup>

En la tabla 11 se describe la identificación del RPC en relación a la autopreparación profesional. El 62,5% de los profesionales refieren auto prepararse en relación a la identificación del RPC, sin embargo ninguno identificó el riesgo.

Cabe la posibilidad que el reporte de los profesionales sobre la autopreparación al completar la encuesta no sea verdadero, puesto que es incomprensible que un alto porcentaje declare que se autoprepara y no sean capaces de identificar el riesgo.

No se encontró trabajos que valoren la autopreparación profesional en relación a la identificación de RPC.

**Tabla 12.** Distribución de profesionales según habilidad e identificación y manejo del riesgo preconcepcional.

		<b>Habilidad</b>				<b>Total</b>	
		<b>No tiene</b>		<b>Tiene</b>			
		<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>		
<b>Identificación del riesgo</b>	No identifica	23	71,9	7	21,9	30	93,8
	Identifica	1	3,1	1	3,1	2	6,3
	Total	24	75,0	8	25,0	32	100
<b>Manejo de riesgo</b>	No maneja	22	68,8	6	18,8	28	87,5
	Maneja	2	6,3	2	6,3	4	12,5
	Total	24	75,0	8	25,0	32	100

**Fuente:** historia clínica

**Elaborado por:** Bécquer Suárez

Es necesario que el profesional de salud desarrolle habilidades para la identificación y manejo del RPC, en especial en los grupos vulnerables como es la población de adolescentes.

En la tabla 12 se presenta la distribución de las habilidades clínicas en relación a la identificación y manejo del RPC, el 93,8% de los profesionales no identifica los factores de RPC, el 87,5% no los maneja, y el 75% no tiene habilidades.

Los resultados obtenidos del predominio de la no identificación del RPC, y el pobre manejo así como la escasa habilidad clínica, nos pone en alerta del seguimiento deficiente que tienen las adolescentes en este tipo de control.

Vivas L y Gonzales M, consideran necesario incorporar la enseñanza de habilidades como una herramienta en el método clínico y epidemiológico, ante los actuales perfiles de salud y enfermedad de la población, para contribuir a los cambios que se requieren.<sup>97</sup> Rengel M, indica que la formulación de estrategias para enfrentar el alto riesgo requiere de la normalización de actividades, siendo necesario el enfoque de riesgo. Además, es necesario contar con una estrategia de

monitoreo, en cuanto a salud reproductiva se refiere, tanto en la frecuencia y tipo de intervenciones.<sup>98</sup>

**Tabla 13.** Distribución de profesionales según actitud e identificación y manejo del riesgo preconcepcional.

		Actitud				Total	
		No favorable		Favorable		Nº	%
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Identificación del riesgo preconcepcional</b>	No identifica	22	68,7	8	25,0	30	93,8
	Identifica	2	6,3	0	0,0	2	6,2
	Total	24	75,0	8	25,0	32	100
<b>Manejo de riesgo preconcepcional</b>	No maneja	20	62,5	8	25,0	28	87,5
	Maneja	4	12,5	0	0,0	4	12,5
	Total	24	75,0	8	25,0	32	100,0

**Fuente:** historia clínica y encuesta

**Elaborado por:** Bécquer Suárez

Las actitudes son disposiciones o predisposiciones a reaccionar ante determinados objetos, situaciones u otras personas en correspondencia con sus motivos.<sup>76</sup>

En la tabla 13, se relaciona la actitud de los profesionales con la identificación y manejo del RPC, el 75% de los profesionales tienen una actitud no favorable, resultado que es proporcional a la falta de identificación y manejo del RPC, la motivación es un factor determinante para lograr actitudes positivas, la falta de estímulo profesional pudiera estar influyendo en este resultado, lo que hace reflexionar sobre la necesidad de que en el sector de salud se establezcan mecanismos para estimular a los profesionales.

Monserrat C y Melendro M, de la Universidad Nacional de Educación a Distancia de España, mencionan que los adolescentes enfatizan como buena actitud, el buen trato y el respeto como tema principal, aun por encima de otras cualidades que posea el profesional. La práctica profesional implica una serie de aportaciones para mejorar el diseño y la implementación en los programas que tienen acción socioeducativa.<sup>99</sup>

**Tabla 14.** Distribución de profesionales según competencias e identificación del riesgo preconcepcional.

Competencias profesionales	Identificación del riesgo preconcepcional					
	No identifica		Identifica		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Bajas	5	15,6	0	0,0	5	15,6
Medias	25	78,2	1	3,1	26	81,3
Altas	0	0,0	1	3,1	1	3,1
Total	30	93,8	2	6,2	32	100

**Fuente:** Encuesta. **Elaborado por:** Bécquer Suárez

Chi cuadrado = 15,590      P valor = 0,000      gl = 2

Las competencias incluyen los saberes o conocimientos en las determinadas materias, según las distintas áreas del conocimiento, así como las habilidades en su sentido de conocimiento práctico o aplicado, y las actitudes y valores personales que conforman y dan orientación al comportamiento de las personas.<sup>50</sup>

En la tabla 14, se asocian las competencias profesionales con la identificación del RPC en adolescentes, predominando las competencias media y baja para un 81,3% y 15,6% respectivamente, correspondiendo con la no identificación del RPC (93,8%), encontrándose significación estadística ( $P < 0.05$ , Chi cuadrado = 15,590) entre las bajas competencias con la no identificación del RPC.

Un profesional con competencias (conocimientos, habilidades y actitudes), siempre alcanzará resultados favorables en su desempeño, los datos registrados avizoran sobre la necesidad de desplegar acciones para lograr modificar los indicadores de salud y además alcanzar una atención con calidad y calidez como está previsto en el MAIS-FCI.

Hernández A, propone la incorporación de programas para consultas en atención preconcepcional que permitan a toda mujer el acceso de manera oportuna y precoz para las consultas prenatales, con lo que se necesitará un nivel de competencias adecuado.<sup>100</sup>

**Tabla 15.** Distribución de profesionales según competencias y manejo de riesgo preconcepcional.

Competencias profesionales	Manejo de riesgo preconcepcional				Total	
	No maneja		Si maneja		N°	%
	N°	%	N°	%		
Bajas	4	12,5	1	3,1	5	15,6
Medias	24	75,0	2	6,3	26	81,3
Altas	0	0,0	1	3,1	1	3,1
Total	28	87,5	4	12,5	32	100

**Fuente:** Encuesta. **Elaborado por:** Bécquer Suárez  
Chi cuadrado = 7,807      P valor = ,020      gl = 2

En la tabla 15 se relaciona las competencias profesionales con el manejo del RPC, registrándose que el 87,5% de los profesionales no manejan este tipo de riesgo, predominando los que poseen competencias medias y bajas con un 75% y 12,5% respectivamente, siendo por tanto el manejo del RPC dependiente de las competencias ( $P = 0,020$ , Chi cuadrado = 7,807), existiendo asociación entre las competencias y el manejo del RPC, mostrando valores de significación estadística.

El resultado obtenido se corresponde con los indicadores que expone el Cantón en relación a este tema, siendo el embarazo en la adolescencia un parámetro no superado, para ejecutar acciones en salud es necesario poseer el conocimiento y las habilidades clínicas, así como motivarse por el trabajo que se realiza, buscando alternativas que propicien actitudes positivas, lo que infiere que las competencias profesionales son directamente proporcional al resultado que se logre.

**Tabla 16.** Necesidad de algoritmo según conocimiento de los profesionales.

Conocimientos profesionales	Algoritmo				Total	
	No necesario		Si necesario		N°	%
	N°	%	N°	%		
Bajo	0	0,0	5	15,6	5	15,6
Medio	3	9,4	22	68,8	25	78,2
Alto	0	0,0	2	6,2	2	6,2
Total	3	9,4	29	90,6	32	100

**Fuente:** Encuesta. **Elaborado por:** Bécquer Suárez

En la tabla 16 se muestra que el 90,6% de los profesionales tienen la necesidad de un algoritmo para la identificación y el manejo del riesgo preconcepcional en adolescentes, ante las falencias encontradas, era esperado que los profesionales plantearan la necesidad de contar con un esquema orientador.

Román A, indica que el algoritmo siendo una representación gráfica, como forma de diagrama con un flujo adecuado, debe tener un conjunto de pasos determinados, que regulen los procedimientos lógicos, de forma sucesiva y bien delimitados, para seguir y resolver un problema de diagnóstico o de terapéutica específica, por tanto el algoritmo es una secuencia de pasos lógicos y ordenados que resuelven un problema determinado.<sup>101</sup>

El resultado obtenido sobre la necesidad de los profesionales de contar con un algoritmo no debe sustituir a la importancia que requiere tener el conocimiento, la habilidad y actitudes en el desempeño de la medicina, este actuaría como un instrumento para organizarse y tener en cuenta aspectos que no deben ser olvidados.

En términos generales en esta investigación sobre el RPC hay predominio de los profesionales con menos de 4 años de experiencia, tiene especial relevancia el resultado alcanzado, donde las competencias (conocimiento, habilidades y actitudes) no son óptimas, la mayoría no las posee y aunque es alta la auto preparación que expresaron no se corresponde con la realidad, siendo proporcional a lo registrado en la identificación y el manejo de los riesgos reproductivos en la adolescencia, constituyendo estos la piedra angular para poder modificar los indicadores que expone el Cantón, que solo es posible con un control eficiente.

Es necesario tomar acciones inmediatas, que involucren no solo a los profesionales responsables, sino además a las autoridades de salud, las capacitaciones y el monitoreo periódico a este serio problema, podría llevarnos al camino de un resultado exitoso.

### 4.3 Verificación de hipótesis.

La hipótesis planteada en el estudio, relaciona la falta de identificación y manejo del riesgo preconcepcional en las adolescentes con el nivel de competencias profesionales. Se determinó un nivel de significación del 5%, aplicándose como estadístico de prueba Chi cuadrado, planteando un P valor < de 0.05.

Los resultado obtenidos rechazan la hipótesis nula y acepta la hipótesis de investigación o alterna (Tabla N° 17), confirmándose la dependencia entre las variables estudiadas.

**Tabla 17.** Asociación de variables y resultados del estadístico aplicado.

<b>Asociación de variables</b>	<b>Chi cuadrado</b>	<b>P valor</b>	<b>Grados de libertad (gl)</b>
Nivel de conocimientos/ Identificación del riesgo preconcepcional	7,083	0,029	2
Nivel de conocimientos/ Manejo del riesgo preconcepcional	15,909	0,000	2
Nivel de competencias/ Identificación del riesgo preconcepcional	15,590	0,000	2
Nivel de competencias/ Manejo del riesgo preconcepcional	7,807	0,02	2

**Fuente:** historias clínicas y encuestas

**Elaborado por:** Bécquer Suárez

### **Algoritmo para identificación y manejo del riesgo preconcepcional en adolescentes.**

Uno de los objetivos en este trabajo de investigación fue diseñar un algoritmo, como parte de una estrategia para brindar atención preconcepcional a las adolescentes. Para el cumplimiento de este objetivo se realizó el algoritmo que puede ser utilizado por los profesionales de todas las especialidades, que brindan atención a mujeres adolescentes.

Los pasos a seguir se ordenaron tomando en cuenta los manuales y normas de atención a adolescentes, planificación familiar y los lineamientos para la

aplicación del MAIS-FCI propuestos por el MSP, tratando de conseguir una secuencia lógica en busca del riesgo preconcepcional en la adolescente, permitiendo una identificación y un manejo adecuado. (Anexo 7).

Los pasos son los siguientes:

1. Recepción de la paciente con cordialidad por parte de los profesionales de cualquier especialidad que atiende adolescentes (ginecólogo, pediatra, médico familiar, médico general u obstetrix).
2. Realizar una anamnesis completa, examen físico céfalo-caudal íntegro y la revisión de exámenes complementarios en caso de disponer, en busca de la confirmación de patologías que se identifiquen como factor de riesgo que podría complicar un futuro embarazo,
3. Registrar el factor o riesgos identificados en la historia clínica (diagnóstico del riesgo).
4. Registrar en las indicaciones las prescripciones en base a él/los diagnóstico/s donde se debe incluir: Educación sobre ITS/SIDA, inmunizaciones, orientación nutricional, tratamiento de patologías presentes, consejería en salud reproductiva y planificación familiar e interconsulta de especialidad en caso de ser necesario.

Debe realizarse este tipo de consulta de manera rutinaria a toda adolescente, en cada consulta, en especial si en la anamnesis se ha podido conseguir el dato de que tiene pareja aunque no haya reporte de haber tenido relaciones sexuales de cualquier tipo.

## **CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **Conclusiones**

- Más de la mitad de los profesionales participantes en el estudio tienen menos de cinco años de experiencia y la relación médico/obstetriz es de cinco.
- La mayoría de los profesionales tienen nivel de conocimiento medio y bajo y mostraron no tener habilidades clínicas y actitud para la identificación y manejo de RPC en adolescentes.
- Se registró en los profesionales un alto nivel de conocimiento sobre actividades de prevención, siendo la mayoría los que no maneja el RPC.
- Predominó el alto nivel de autopreparación referido por los profesionales, sin embargo la mayoría no identificaron el riesgo.
- La identificación y manejo del RPC en adolescentes está directamente relacionada con el nivel de competencia profesional y la mayoría de los participantes en el estudio manifestaron la necesidad de un algoritmo.

### **Recomendaciones**

- Utilizar el algoritmo para la identificación y manejo del RPC en adolescentes.
- Incluir en las capacitaciones periódicas que se imparten a los profesionales la identificación y manejo de RPC.
- Socializar los resultados del estudio para que sean tomados en cuenta por las autoridades para buscar alternativas de solución.

## **CAPÍTULO 6. PROPUESTA**

### **6.1 DATOS INFORMATIVOS**

#### **6.1.1 Tema:**

Elevar el nivel de competencias profesionales para la identificación y manejo del riesgo reproductivo preconcepcional en adolescentes.

#### **6.1.2 Institución Ejecutora**

La presente propuesta será ejecutada inicialmente por los profesionales que atienden a las adolescentes en el Centro de Salud Saquisilí, extendiéndose a las unidades del Distrito y podría ser utilizada por las unidades correspondiente al Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador.

#### **6.1.3 Beneficiarios**

1. Profesionales de las unidades operativas de salud.
2. Mujeres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Saquisilí y en las unidades del MSP.

#### **6.1.4 Ubicación**

- Lugar: Inicialmente el Centro de Salud de Saquisilí.
- Cantón: Saquisilí.
- Provincia: Cotopaxi.

#### **6.1.5 Tiempo Estimado para la Ejecución**

Una vez realizada la defensa del trabajo de investigación, se presentará la propuesta de algoritmo, al Director de Salud del Distrito Pujilí – Saquisilí, se socializará a todos los profesionales que brindan atención a las adolescentes, dando

a conocer los resultados de la investigación como base para el uso del algoritmo de atención a este grupo de edad.

Se iniciará la aplicación de la propuesta en enero y el uso del algoritmo en febrero de 2017, la duración de será de ocho meses para la utilización del algoritmo, terminado la aplicación de la propuesta en con la evaluación en diciembre 2017. Además se realizará evaluaciones semestrales con la finalidad de mejorar el alcance y aplicabilidad.

#### **6.1.6 Equipo Responsable**

Profesionales que atienden a las adolescentes que acuden a consulta por cualquier causa.

#### **6.1.7 Presupuesto**

Por ser una propuesta que se ejecutará en el sitio de trabajo del profesional egresado, no se generarán gastos institucionales.

### **6.2 Antecedentes de la propuesta**

El algoritmo es una herramienta que permite a los profesionales de salud, determinar de manera sistemática y ordenada los factores de riesgo preconcepcional (RPC), presentes en una adolescente que asiste a la consulta por cualquier causa. Utiliza el método clínico en la identificación de estos riesgos, estando por tanto al alcance de todo profesional que asiste en el primer nivel. Orienta a realizar una intervención oportuna para evitar el embarazo o las complicaciones en este grupo de edad, disminuyendo la morbilidad y mortalidad.

La investigación realizada en el las unidades del cantón Saquisilí, sobre competencias profesionales en la identificación y manejo del RPC en adolescentes, permitió conocer que:

- Más de las tres cuartas partes de los profesionales tienen nivel de conocimiento medio y bajo y mostraron no tener habilidades clínicas y actitud para la identificación y manejo de RPC en adolescentes
- La identificación y manejo del RPC en las adolescentes depende del nivel de conocimiento.
- A pesar del alto nivel de conocimiento sobre actividades de prevención más de las tres cuartas partes no manejan el RPC de las adolescentes.
- A pesar del alto nivel de autopreparación referido por los profesionales, en su totalidad no identificaron el riesgo.
- La identificación y manejo del RPC en adolescentes está directamente relacionada con el nivel de competencias profesionales.
- La mayoría de los profesionales participantes en el estudio manifestaron la necesidad de algoritmo para identificación y manejo del RPC en adolescentes.

Recomendando utilizar un algoritmo para la identificación y manejo del RPC en adolescentes y estimular la autopreparación.

### **6.3 Justificación**

El algoritmo que se presenta en el trabajo de investigación, justifica su aplicación porque pretende proporcionar a los profesionales del primer nivel de atención, una herramienta que facilitará la identificación del RPC presente en las adolescentes, para realizar el manejo adecuado y oportuno del mismo, mejorando la calidad de vida presente y futuro de las adolescentes.

La propuesta permitirá integrar y mejorar los conocimientos de los profesionales para que durante la consulta, de una manera simple y sin salir del esquema de atención establecido por el MSP, se identifique y maneje el RPC.

Finalmente la propuesta, se une a los esfuerzos que realiza el MSP en busca de disminuir la morbilidad y mortalidad por causa de embarazo en adolescentes.

## **6.4 Objetivos**

### **6.4.1 Objetivo General**

Elevar las competencias profesionales para disminuir el riesgo reproductivo preconcepcional en adolescentes de Saquisilí, 2017.

### **6.4.2 Objetivo Específicos**

- Elevar el nivel de conocimientos y habilidades mediante capacitaciones periódicas y la aplicación del algoritmo diseñado.
- Lograr actitudes favorables en los profesionales promoviendo la motivación.
- Promover el monitoreo en la identificación y manejo de RPC de las adolescentes.

## **6.5 Análisis de factibilidad**

La aplicación del algoritmo de atención a la adolescente es factible, ya que se dispone de todos los recursos. En una primera etapa se socializará el algoritmo a todos los profesionales del Centro de Salud Saquisilí, sin necesidad de requerir recursos humanos, materiales o financieros extras a los existentes, además no se verá afectada la demanda ni la calidad de atención que se realiza y que está determinada en las normas de atención al adolescente.

La aplicación del algoritmo, tiene factibilidad legal así como lo demuestra la Constitución y el código de Salud del Ecuador valorados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Constitución del Ecuador

Los artículos 32, 35, 44, 358 - 366 de la Constitución de la República del Ecuador, aprobada en el año 2008, que tratan sobre el derecho a la salud, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.<sup>87</sup>

El Art. 32 de la constitución señala; “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.<sup>87</sup>

Los artículos 35 y 44 de la Constitución indican que deben recibir atención prioritaria y especializada tanto pública y privada, las personas adultas mayores, las niñas, los niños así como los adolescentes, las mujeres embarazadas, y las personas que tienen discapacidad. Que el Estado, la sociedad y la familia deben promover el desarrollo integral de los adolescentes, asegurarán el ejercicio de sus derechos, contando con entornos que permitirá la satisfacción de sus necesidades.<sup>87</sup>

Ley Orgánica de Salud Ecuador:

Los artículos del 3 al 6, de la Ley Orgánica de Salud se proclaman, los objetivos que garantizan el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud. Protegen a las personas de los riesgos y daños a la salud; entre otros. Además establecen, El Plan Integral de Salud, que se debe desarrollar en base al modelo de atención, con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud.<sup>89</sup>

## **6.6 Fundamentación teórico-científica**

El algoritmo en salud es un tipo de herramienta para la normalización al igual que los protocolos o guías prácticas. El algoritmo para atención presenta gráficamente un diagrama de pasos a seguir en forma ordenada y de manera inequívoca, presenta reglas y pasos como sucesos lógicos, consecutivo bien definidos, válidos

para resolver algún problema diagnóstico o de terapéutica específica.<sup>100</sup> También se puede considerar como el conjunto de operaciones utilizadas para resolver un determinado problema, indica por tanto una secuencia de operaciones a realizar teniendo en cuenta el resultado buscado a partir de antecedentes de entrada, debe ser finito (tener final), preciso (ordenado en las operaciones que se realiza) y unívoco (los mismos antecedentes o datos obtendrán un resultado similar al terminar su aplicación).<sup>102</sup> Conjunto de reglas para resolver una cierta clase de problemas, una forma de describir la solución de un problema. Su carácter general otorga a los algoritmos la condición de herramienta transdisciplinaria.<sup>103</sup>

## 6.7 Modelo operativo

FASES	ETAPAS	METAS	PRESUPUESTO	RESPONSABLE	TIEMPO
PLANIFICACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aprobación por las autoridades del programa para mejorar las competencias profesionales y la socialización para la aplicación del algoritmo diseñado.</li> <li>2. Esquematización de la programación y monitoreo para su aplicación.</li> </ol>	Comunicar y solicitar autorización para la aplicación del algoritmo a la dirección del distrito Pujilí Saquisilí y de C S Saquisilí.	Impresiones: 3 Transporte: USD 20	Becquer Suárez	2 meses
EJECUCIÓN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacitación periódica a los profesionales sobre RPC</li> <li>2. Estimular la motivación para mejorar al actitudes a través de reconocimiento profesional</li> <li>3. Socialización de algoritmo a todos los profesionales del C S Saquisilí</li> <li>4. Aplicación del algoritmo durante la atención a la adolescente</li> <li>5. Monitoreo mensual de la aplicación del algoritmo</li> <li>6. Realizar ciclos de mejoramiento continuo cada tres meses en caso de encontrar problemas en la aplicación.</li> </ol>	<p>Elevar las competencias profesionales Dar a conocer a todos los profesionales el uso del algoritmo. Aplicar durante la atención a las adolescentes del algoritmo Monitorear la aplicación</p>	Copias: Impresiones:	Becquer Suárez y colaboradores	9 meses
EVALUACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1, Revisión del registro escrito de factores de riesgo detectados y descripción de medidas para el manejo del riesgo, en la historia clínica de las adolescentes.</li> <li>2, Procesamiento de información y presentación de resultado.</li> </ol>	Verificar el cumplimiento del uso del algoritmo para la identificación y manejo del RPC en las adolescentes	Copias: 5.00 Impresiones	Becquer Suárez y colaboradores	1 meses

Elaborado por: Bécquer Suárez

## **6.8 Administración de recursos**

Se formalizará la colaboración de las autoridades del Distrito Pujilí – Saquisilí, del Centro de Salud Saquisilí, y de los profesionales de cada servicio, para aplicar la propuesta, que además permita recolectar la información necesaria para el monitoreo y evaluación de esta.

No se modificará el uso de recursos humanos y técnicos que se utilizan en la atención a la adolescente, teniendo que seguir el proceso normal de atención, además estarán en capacidad de atender todos los profesionales.

## **6.9. Previsión de la evaluación**

Para la evaluación, se obtendrá la información de las historias clínicas de las adolescentes, a través de la revisión documental verificando el registro de los factores de RPC, al mismo tiempo se buscará las indicaciones que se relacionan con minimizar o eliminar los riesgos identificados.

El monitoreo se realizará cada mes, lo cual permitirá corregir problemas detectados en la aplicación del algoritmo.

Se manejará para la evaluación, la identificación y el manejo del riesgo preconcepcional como indicadores cualitativos de aplicación, y como fuente de información se tendrá la historia clínica de las adolescentes.

## Diagrama de trabajo

	Año 2017											
ETAPAS	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
1. Aprobaciones de las autoridades.												
2. Esquematzación de la programación de la aplicación y evaluación de la aplicación.												
1. Capacitación periódica a los profesionales sobre RPC.												
2. Estimular la motivación para mejorar al actitudes a través de reconocimiento profesional.												
3. Socialización de algoritmo a todos los profesionales del C S Saquisilí.												
4. Aplicación del algoritmo durante la atención a la adolescente.												
5. Monitoreo mensual de la aplicación del algoritmo .												
6. Realizar ciclos de mejoramiento continuo cada tres meses en caso de encontrar problemas en la aplicación.												
1, Revisión del registro escrito de factores de riesgo detectados y descripción de medidas para el manejo del riesgo, en la historia clínica de la adolescente.												
2, Procesamiento de información y presentación de los resultados.												

**Elaborado por:** Becquer Suárez

## C MATERIALES DE REFERENCIA

1. Ministerio de Salud Pública. Salud de adolescentes - Guía de Supervisión. 1 ed. MSP. Quito; 2014.
2. Olaya R. Factores de riesgo que desencadenan el trabajo de parto pretermino en las adolescentes embarazadas 2012-2013. repositorio.ug.edu.ec. [Artículo en línea]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1863/1/TESIS%20FACTORES%20DE%20RIESGO%20QUE%20DESENCADENAN%20EL%20TRABAJO%20DE%20PARTO%20PRET%20C3%89RMINO%20EN%20LAS%20ADOLESCENTES%20EMBA.pdf>
3. Fescina R, De Mucio B, Díaz Rosello T, Seneya S, Duran P. Guías para el continuo de Atención de la mujer y el recién nacido en APS. [Artículo en línea]. Montevideo; 2011 [citado 28 mayo 2016]. Disponible en: [www.paho.org](http://www.paho.org)
4. Díaz Alonso G, Revista Cubana de Medicina General Integral, julio-septiembre, 2003, Factores de riesgo en el bajo peso al nacer.
5. Alvarez Sintés. R, Díaz Alonso. G, Salas Mainegra. J, Lemus Lago. ER, Batista Moliner. R, Álvarez Villanueva. R. Temas de Medicina General Integral. Salud y Medicina. Editorial Ciencias Médicas 2001; Vol. I.
6. Latour R, Junco X, Sujo M. Manejo y Control del Riesgo Reproductivo preconcepcional en tres consultorios médicos. [Artículo en línea]; 2010 [citado 23 octubre 2015]. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/6930/Manejo-control-riesgo-reproductivo-preconcepcional-tres.html>
7. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de Plan Estratégico de la OPS 2014 - 2019. 15º Sesión del Comité Ejecutivo; 2014.
8. OPS. ¿Qué es el Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública?. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. Washington, D.C: [pubrights@paho.org](mailto:pubrights@paho.org); 2013. p. 1 - 2.

9. Hart I. Preface. In: Hart I, Harden RM (eds.). Further Developments in Assessing Clinical. Montreal: Can-Hel Publications Inc.; 1987. p. xv-xvi
10. Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional (CINTERFOR). Página principal.
11. Consejo de Normalización y Certificación de Competencia Laboral (CONOCER). Página principal.
12. Salas Perea RS. Propuesta de estrategia para la evaluación del desempeño laboral de los médicos en Cuba. Rev Cubana Edu Med Sup. 2010; 24. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v24n3/ems11310.pdf>.
13. Gordillo Montalvo K, Meneses Burga J. Evaluación de competencias en el area profesional de los estudiantes de la carrera de enfermeria de la Universidad Técnica del Norte período enero - julio 2012. Ibarra; 2013.
14. Katz FM, Snow R. Evaluación del Rendimiento de los Trabajadores de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Cuaderno de Salud Pública N° 72; 1981
15. Salas Perea RS. Los procesos formativos, la competencia profesional y el desempeño laboral en el Sistema Nacional de Salud de Cuba. Rev Edu Med Sup. 2012 abril - junio; 26(2).
16. Pérez Hernández F. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control. Revisión bibliográfica. Gaceta Médica Espirituana; <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/694/532>. 2007; I(09).
17. Regueira JL, Rodríguez R, Brizuela S. Comportamientos del riesgo preconcepcional. Bvs.sld.cu. [Artículo en línea]; 1998 [citado: 25 Octubre 2015]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14\\_2\\_98/mgi07298.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14_2_98/mgi07298.htm).
18. Santana L, Santana F, Toledo AM, Leon D, Luna C, Rivero TO, et al. Riesgo preconcepcional en los indicadores negativos del programa matero infantil policlinico "Antonio Maceo" Rev Cien com. [Artículo en línea].; 2007 [citado: 22 Octubre 2015]. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEAVZZVEFywHQQPXJR.php>

19. Donoso E, Carvajal J, Vera C, Poblete J. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Rev. méd. Chile.* 2014 Febrero; 142(2).
20. Peramo B, Ortega S. Evaluación de riesgo preconcepcional. *WebConsultas.* [Artículo en línea]; 2014 [citado: 22 Octubre 2015]. Disponible en: <http://www.webconsultas.com/el-embarazo/quedarse-embarazada/evaluacion-del-riesgo-preconcepcional-11117>.
21. Planificación familiar con enfoque de Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Unidad mujer y desarrollo. [Serial online] 2005 enero
22. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar. Metodología para el control del riesgo reproductivo. Editorial Ministerio de Salud Pública, La Habana, 2003.
23. OPS/OMS. Abogar por la salud hacia el desarrollo sostenible y la equidad: Liderar con el ejemplo. En Informe Anual de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana 2015;
24. OMS. Organización Mundial de la Salud; Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Boletín informativo. OMS; Julio 2015.
25. UNICEF. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. 1 ed. Panama; 2014; Disponible en: [www.unicef.org/lac](http://www.unicef.org/lac)
26. Marizande Lozada MF. Factores de riesgo de apareamiento de complicaciones de las enfermedades hipertensivas en el embarazo en el hospital general Latacunga de madres adolescentes comprendidas entre los 14 – 20 años durante el periodo enero 2010 – enero 2011. Repositorio UTA. 2012.
27. OMS; Boletín de la Organización Mundial de la Salud. [Artículo en línea]; 2009 [citado: 30 mayo 2016]. Disponible en: [www.who.int/bulletin/volumenes/87/6/es/](http://www.who.int/bulletin/volumenes/87/6/es/).
28. Gomez CA, Hernández M, Jiménez J. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control. Revisión bibliográfica. *Gaceta Médica Espirituana.* 2007; 9(1).

29. Pasqualini D, Llorens A. Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral. 1ed. Buenos Aires: OPS; 2010. Disponible en [Publicaciones.ops.org.ar/publicaciones\\_virtuales/libroVirtualAdolescentes/](http://Publicaciones.ops.org.ar/publicaciones_virtuales/libroVirtualAdolescentes/)
30. Burneo Salazar C, Córdova Páez A, Gutiérrez MJ, Ordóñez A. Sexualidad y embarazo adolescente en el Ecuador: de la ENIPLA al Plan Familiar 2015. 1 ed. Cuví J, editor. Quito: Arcoiris Produccion Gráfica; 2015; Disponible en: [https://issuu.com/fundaciondonum/docs/embarazo\\_adolescente\\_en\\_ecuador](https://issuu.com/fundaciondonum/docs/embarazo_adolescente_en_ecuador)
31. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Infografía – Embarazo Adolescente. Quito; 2010.
32. OPS/OMS. Salud en las Américas. ed. Del 2012. OPS, editor. Washington; 2012; Disponible en: [www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/sa-2012](http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/sa-2012)
33. OPS/OMS Representación Ecuador; Boletín Informativo; ed 29. PAHO.ORG.[Artículo en línea]; 2011 [citado: 17 junio 2016].
34. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado Mundial de la Infancia 2011. La adolescencia. Una época de oportunidades. 1ed. D. A, editor. Nueva York; 2011.
35. Centro de Salud tipo "C" Saquisilí. Registro de Partos. octubre 2015 - marzo 2016. Sala de emergencia.
36. Ministerio de Salud Pública. Norma y Protocolo de Planificación Familiar. 1 ed. Quito: MSP - Conasa; 2010.
37. Robledo Galván H, Meljem Moctezumac J, Fajardo Dolci G, Overa López D. De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. Rev. CONAMED. 2012 Octubre - diciembre; 17(4).
38. Organización Panamericana de la Salud. Salud reproductiva: concepto e importancia. 39 ed. Gutiérrez D, editor. Washington, D.C. : OPS; 1996.
39. Jurado M. Hablemos de...Atención preconcepcional - La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante. SciELO. [Artículo en línea]; 2001 [citado: 2014 noviembre 15]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682001000400004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000400004)

40. Larios Mendoza, H; Competencia profesional y competencia clínica. Facultad de Medicina UNAM. [Artículo en línea]; 2006 [citado: 10 junio 2016]. Disponible en: [www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2006oct\\_01\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2006oct_01_ponencia.html)
41. OPS/OMS. Competencias Esenciales en Salud Pública: Un Marco Regional para las Americas. 1 ed. OPS, editor. Washington, D. C.; 2013; Disponible en: [https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/72114/mod\\_label/intro/competencias-SPAfinal.pdf](https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/72114/mod_label/intro/competencias-SPAfinal.pdf)
42. Tambini G. OPS/OMS Ecuador; Determinantes de la Salud de Adolescentes y Jóvenes -Visión regional-. [Arículo en línea]; 2014 [citado: 10 abril 2016]. Disponible en: [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=524&Itemid=](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=524&Itemid=) .
43. Amarales G, Tamayo DI, Pupo H. Factores de riesgos reproductivos preconceptionales en pacientes del Centro de Salud Soibada en Timor Leste. Correo Científico Médico de Holguin. 2008; 12(3)
44. Chagimes Batista Y, Hernández Fernández A, Sánchez Álvarez de la Campa AI, Marín González MC, Rivera Alonso D. Comportamiento del riesgo preconceptional genético en mujeres en edad fértil. Rev Cien Med Pinar del Río. 2013.
45. Suárez Garcia N, Crespo Toledo Y, Vara Cuesta O, Balestena Sánchez JM, Soto Páez N. Indicadores en adolescentes con ingresos de recién nacidos en cuidados especiales neonatales. Rev Cien Med Pinar del Río. 2013.
46. Tixicuro J. Enfermería embarazo; riesgo reproductivo; prevención. Repositorio Digital Universidad Técnica del Norte. [Artículo en línea]; 2013 [citado: 15 noviembre 2015]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/2050>.
47. Alba Cabascango RdC, Cabrera Tanicuchí DJ. Conocimientos sobre uso de métodos anticonceptivos y su relación con riesgos reproductivos en adolescentes de los quintos y sextos cursos del colegio técnico “Federico

- Páez” del cantón Otavalo, provincia de Imbabura periodo 2009 - 2010”. Repositorio Universidad Técnica del Norte; 2010.
48. Cazo Yupa ME, Gaona Castillo JA, Padilla Romero LE. Factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pumapungo de la provincia del Azuay, 2012. Repositorio Institucional Universidad de Cuenca. [Artículo en línea]; 2012 [citado 12 noviembre 2015]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3673>
  49. Salas Perea RS. Propuesta de estrategia para la evaluación del desempeño laboral de los médicos en Cuba. Rev Cubana Edu Med Sup. 2010 julio - septiembre; 24(3).
  50. Villa Sánchez A. Aprendizaje basado en competencias: una propuesta para la evaluación de las competencias genéricas. 2 ed. Villa Sánchez A, editor. Bilbao: Universidad de Deusto; 2007.
  51. Silvestre Oramas M, Zilberstein Toruncha J. Hacia una didáctica desarrolladora. 1ra ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2002.
  52. Magaña Valladares L, Fruto Caldron V. Educación basada en competencias. En Mendoza C, Reveles F, editores. Salud Pública. Teoría y práctica. México DF: El Manual Moderno; 2013. Disponible en: <http://es.slideshare.net/ManualModerno/salud-pblica-46227180>
  53. Fondo de Población de las Naciones Unidas; Salud sexual y reproductiva. UNFPA. [Artículo en línea]; 2014 [citado: 10 agosto 2015]. Disponible en: [www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva](http://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva)
  54. Cabezas C. Salud Reproductiva. En Rigol O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2004. p. 1-2.
  55. Ministerio de Salud Pública. Protocolos de atención integral a adolescentes Quito: MSP; 2009.
  56. Nuñez Sanchez L. Diseños Epidemiológicos utilizados en cuantificación de Riesgo. [en línea]; 2011 [citado: 31 diciembre 2105] [Presentacion]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/LaymelSanchez/enfoque-deriesgo>
  57. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. 1 ed. Subsecretaría de Gobernanza, editor. Quito; 2012.

58. Junta de Andalucía. Factores determinantes de la salud. Junta de Andalucía. [Biblioteca virtual en línea]; 2016 [citado: 31 marzo 2016]. Disponible en: [http://agrega.juntadeandalusia.es/repositorio/27012016/42/es-an\\_2016012714\\_9125937/cuerpo\\_humano/biolog.htm](http://agrega.juntadeandalusia.es/repositorio/27012016/42/es-an_2016012714_9125937/cuerpo_humano/biolog.htm)
59. OMS, Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. WHO. [Artículo en línea]; 2015 [citado: 31 marzo 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
60. Santana Melendez L. Riesgo obstétrico. [en línea]; 2012 [citado: 28 noviembre 2015] [Presentación]. Disponible en: [http://es.slideshare.net/docencia1mayo/riesgo-obstetrico?qid=23cb9966-1f31-41d6-9dbb-ca967ce322b9&v=default&b=&from\\_search=6](http://es.slideshare.net/docencia1mayo/riesgo-obstetrico?qid=23cb9966-1f31-41d6-9dbb-ca967ce322b9&v=default&b=&from_search=6)
61. EcuRed. Riesgo reproductivo preconcepcional. [Artículo en línea]; 2014 [citado: 16 noviembre 2015]. Disponible en: [http://www.ecured.cu/index.php/Riesgo\\_reproductivo\\_preconcepcional](http://www.ecured.cu/index.php/Riesgo_reproductivo_preconcepcional)
62. López Canales JR, Cárcamo Mejía A. Investigación Operacional Riesgo Reproductivo: Su Aplicación en la Salud Materno Infantil. Rev Méd Hondureña. 1992; 60(1).
63. Pinilla Roa A. Evaluación de competencias profesionales en salud. Rev Fac Med. 2013; 61(1). Disponible en; <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v61n1/v61n1a08.pdf>.
64. Perdomo Victoria I, Martínez Calvo S. Estrategia metodológica para evaluar competencias profesionales en especialistas de Higiene y Epidemiología. Rev Cubana Sal Pub. 2010 Mayo - junio; 36(2).
65. Mertens L. Competencia laboral: sistemas, surgimiento y modelos. Montevideo: Cinterfor/oit; 1996.
66. Victorino Ramírez L, Medina Márquez G. Educación Basada en Competencias y el Proyecto Tunning en Europa y Latinoamérica. CONCYTEG. 2008; 3(39).
67. González Maura V. ¿Qué significa ser un profesional competente? Reflexiones desde una perspectiva Psicológica. Rev Cubana Edu Sup. 2002; 22(1).

68. Rey Gamero AC, Acosta Ramírez N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura; Rev Gerencia y Políticas de Salud. 2013 Julio - diciembre; 12(25).
69. Epstein RM, Hundert EM. Defining and Assessing Professional Competence. JAMA. 2002 Enero; 287(2).
70. García García MJ. Evaluación de competencias transversales Madrid; 2009.
71. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23 ed. Madrid, España; 2014. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=conocimiento>.
72. Ecu Red; Conocimiento. [biblioteca virtual en línea]; 2015 [citado: 10 noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.ecured.cu/index.php/Conocimiento>.
73. González Mesa MI, Zerquera Álvarez CE, Machín Asia A. Autopreparación del residente en el régimen de especialización; Rev Medisur. 2014 Abril; 12(1).
74. Conde Fernández, B. La evaluación de la calidad del proceso de desarrollo de las habilidades clínicas en los estudiantes de tercer año de la carrera de Medicina; [Tesis de Doctor en Ciencias Pedagógicas] Sancti Spíritus: Universidad de Ciencias Pedagógica “Capitán Silverio Blanco Núñez”; 2011.
75. Páez Rovira D, Ubillos Landa S, Mayordomo López S. Actitudes: definición y medición. Componentes de la actitud. Modelo de acción razonada y acción planificada. In Pearson , editor. Psicología social, cultural y educación. Madrid; 2005.
76. EcuRed; Actitud. [biblioteca virtual en línea]; 2015 [citado: 10 noviembre 2105]. Disponible en: <http://www.ecured.cu/Actitud>.
77. Hidalgo Hidalgo M. Motivación profesional en enfermería bajo la perspectiva de género. Memoria para optar al grado de Doctor. Huelva: Universidad de Huelva, Departamento de enfermería; 2015.
78. Llanio Navarro R, Perdomo Gonzalez G. Propedeútica clínica y semiología médica. 1 ed. Valdés Lara M, León Acosta DM, editores. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.

79. Corona Martínez LA. Reformulación teórica del método clínico: el método clínico diagnóstico terapéutico. *Medisur*. 2007; 5 (1).
80. Ortiz P. Introducción a la medicina clínica- III el examen neurológico. 1 ed. Salaverri García O, editor. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; s/a.
81. EcuRed; Habilidad. [biblioteca virtual en línea]; 2015 [citado: 10 noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.ecured.cu/Habilidad>
82. González Maura V. Psicología para educadores. 1ra ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1995
83. Sarasa Munoz N, Cañizares Luna O, Rodríguez Santos C, Sosa Morales D. Motivación y actitud ante el estudio en el primer año de las ciencias médicas. *Medicentro*. 2002; 6(2); Disponible en: [www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/673/695](http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/673/695).
84. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de atención integral de salud MAIS - Lineamientos operativos para la implementación del MAIS. 1 ed. Sunsecretaría de Gobernanza, editor. Quito: MSP; 2013.
85. Hernández Samper R. Los procesos mixtos de la investigación. In Hernández Samper R. Metodología de la Investigación. 4 ed. Mexico: mexicana; 2008.
86. Artilés Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la Investigación. 1 ed. La Habana: ECIMED; 2008.
87. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. 1ed. Quito; 2008.
88. Congreso Nacional del Ecuador. Código de la Niñez y Adolescencia. 1ed. Quito; 2003.
89. El Congreso Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Salud. 1 ed. Quito; 2006.
90. Pérez Porto J, Merino M. Definicion. [en línea].; 2014 [citado: 16 julio 2016]; Disponible en: <http://definicion.de/experiencia/>.
91. INEC; Anuario de Estadísticas de Salud: Recursos y Actividades. Ecuador en cifras. [Artículo en línea].; 2013 [citado. 17 julio 2016]. Disponible en: [www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-)

inec/Estadisticas\_sociales/Recursos\_Actividades\_de\_Salud/Publicaciones/A  
nuario\_Rec\_Act\_Salud\_2013.pdf.

92. Barca C. La Gerencia Moderna; Perfil Ocupacional y Profesional. [en línea].; 2014 [citado: 17 julio 2016]. Disponible en: <http://lagerenciomodernaenlasorganizaciones.blogspot.com/2011/03/perfil-ocupacional-y-profesional.html>.
93. Ramos Morcillo J, Ruzafa Martínez M, Fernández Salazar S, del Pino Casado R, Armero Barranco D. Actitudes de médicos y enfermeras ante las actividades preventivas y de promoción en atención primaria. *Atención Primaria*. 2014; 46(9): p. 483 - 491.
94. Carrillo-Esper R, Gomez Hernandez K, Espinoza de los Monteros Estrada I. Síndrome de Burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de Mexico*. 2012; 28(6): p. 579 – 584.
95. Lugones Botell M. Atención preconcepcional como estrategia Básica para disminuir la mortalidad materno-infantil. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2016; 42(1).
96. Monbiela Guillén A, López Valls L, Marín Calduch M, Arasa Subero MM, Cardona Espuny C. Atención reconcepcional: Prevención Primaria. *Revista de Investigación Musas*. 2016; 1(1).
97. Vivas L, Gonzales M. A propósito del artículo: El proceso de formación de habilidades investigativas en estudiantes de Medicina mediante el método clínico. *Revista de Ciencias Médicas de Pinal del Río*. 2016; 20(2).
98. Rengel Calvillo MN. Análisis de la mortalidad neonatal en el Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”. Comparación de dos periodos bianuales. *Perinatología y Reproducción Humana*. 2015 Julio-Septiembre; 29(3).
99. Monserrat C, Melendro M. Qué habilidades y competencias se valoran de los profesionales que trabajan con adolescencia en riesgo de exclusión social? Análisis desde la acción socioeducativa. UNED. 2014.
100. Hernández Rivas AM. Control Prenatal y Mortalidad Materna: Estudio de casos y controles. Hospital Central de Maracay período 2014. Tesis. Maracay: Universidad de Carabobo; 2014. Report No..

101. Roman A. Guías clínicas, vías clínicas y protocolos de atención; Medwave. [Artículo en línea].; 2012 [citado: 19 julio 2016]. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES01/5436>.
102. Delgado J. Globered; Teoria de programación. [en línea].; 2011 [citado: 13 julio 2016]. Available from: <http://teoria-de-programacion.globered.com/categoria.asp?idcat=38>.
103. Cengarle C. slidesahee; Guías Clínicas Basadas en el Consenso y en la mejor evidencia, Evolución metodológica Cómo hacer. [en línea].; 2007 [citado: 18 julio 2016]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/lapaginadelmedico/como-fabricar-algoritmos-y-normativas-en-salud>.

## **Anexos**

### **Anexo 1. Consentimiento informado**

Yo Dr. Bécquer Humberto Suárez Coba, del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en la Universidad Técnica de Ambato. Trabajo en el Centro de Salud Saquisilí, y estoy investigando sobre Competencias profesionales en la identificación y manejo de factores de riesgo preconcepcional en adolescentes.

Esta investigación incluirá una única encuesta confidencial y anónima, que se aplicará a médicos, obstetrices y enfermeras, a quienes invitamos a participar. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado la encuesta.

### **Aceptación del profesional encuestado**

He sido invitado a participar en la investigación sobre Competencias profesionales en la identificación y manejo de factores de riesgo preconcepcional en adolescentes.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que se me afecte de ninguna manera.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Día/mes/año

## Anexo 2. Encuesta

Encuesta dirigida a profesionales de la salud sobre la Identificación y manejo de factores de riesgo preconcepcional en adolescentes.

Le garantizamos absoluto anonimato sobre sus respuestas y protección de sus datos personales.

Datos generales:

Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

Años de trabajo \_\_\_\_\_

**1** Sobre los factores del riesgo preconcepcional en las adolescentes, responda:

a ¿Qué factores de riesgo preconcepcional en adolescentes, puede identificar durante el interrogatorio o anamnesis? \_\_\_\_\_

b ¿Qué factores de riesgo preconcepcional en adolescentes, puede identificar por examen físico? \_\_\_\_\_

c ¿Qué factores de riesgo preconcepcional en adolescentes, puede identificar por estudios complementarios? \_\_\_\_\_

**2** ¿Ha recibido usted capacitación sobre atención a adolescentes para la identificación y manejo del riesgo preconcepcional? Sí \_\_\_ No \_\_\_ De responder sí, sobre qué temas? \_\_\_\_\_

**3** ¿En su autopreparación profesional ha revisado sobre el riesgo preconcepcional? Sí \_\_\_ No \_\_\_ De responder sí, sobre qué temas? \_\_\_\_\_

**4** ¿Tiene conocimiento usted de la existencia de un programa de atención para el manejo del riesgo preconcepcional en adolescentes? Sí \_\_\_ No \_\_\_ De responder sí. Cuál es el programa? \_\_\_\_\_

**5.** ¿Considera usted que el riesgo preconcepcional pueden influir en la morbilidad y mortalidad materno infantil? Sí \_\_\_ No \_\_\_

**6.** Como prestador de servicios de salud, qué actividades realizaría para prevenir el riesgo preconcepcional en adolescentes, marque con una X los que considere correctos.

- a- Control de Salud \_\_\_
- b- Cumplimiento del esquema de vacunación \_\_\_
- c- Atención a crecimiento y desarrollo \_\_\_
- d- Atención en salud sexual y reproductiva \_\_\_
- e- Densitometría ósea anual \_\_\_
- f- Detección de malnutrición \_\_\_
- g- Detección de afecciones sicosociales \_\_\_
- h- Detección, prevención y consejería de infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazo adolescente \_\_\_
- i- Realización de Papanicolaou cada seis meses \_\_\_
- j- Detección de una deficiencia y/o discapacidad \_\_\_

7. Señale las acciones de salud a realizar ante una adolescente con riesgo preconcepcional

- a-  Tratamiento a las patologías presentes en la adolescente según conducta estándar o referir de manera oportuna.
- b-  Control odontológico
- c-  Asesoramiento para el uso de métodos anticonceptivos, mientras establezca o supere los riesgos preconcepcionales
- d-  Consejería nutricional
- e-  Vacunación con toxoide tetánico

8. Identifique con una X las acciones a realizar en el manejo a la adolescente con riesgo preconcepcional

- a-  Uso de anticonceptivos.
- b-  Realización de ejercicios físicos intensivos diariamente.
- c-  Evitar o diferir el embarazo hasta estabilizar enfermedades crónicas no transmisibles.
- d-  Consejo nutricional en las desnutridas por exceso o defecto.
- e-  Vacunación contra la hepatitis B y el virus del papiloma humano.
- f-  Detección y tratamiento oportunos a las ITS/VIH sida.
- g-  Control en el uso de medicamentos y exposición a tóxicos.
- h-  Control de ruido ambiental.

9 ¿Siente usted motivación profesional para asumir la atención de la adolescente con riesgo preconcepcional? Sí  No

10 ¿Se considera usted capacitado para transmitir sus conocimientos a otros profesionales de la salud, sobre la identificación y el manejo del riesgo preconcepcional en adolescentes? Sí  No  De responder si, por qué?

---

11 ¿Considera usted necesario un algoritmo para la identificación y el manejo del riesgo preconcepcional en las adolescentes? Sí  No  ¿Por qué?

---

Investigador: Dr. Bécquer Humberto Suárez Coba.

Gracias por su tiempo.

**Anexo 3.** Respuestas de las preguntas en la encuesta.

**1a** Respuesta (R); datos de filiación, antecedentes personales, antecedentes familiares, condición socio-económica, hábitos tóxicos

**1b** R; antecedentes ginecobstétricos, enfermedades crónicas degenerativas, ITS – VIH/SIDA

**1c** R; Bh–Hcto/Hb, grupo y factor, química sanguínea, VIH/ITS, TORCH (Igm), otros

**2, 3, 4 y 5 R;** Si a cada pregunta:

**6.** R; Debieron seleccionar los incisos a, b, c, d, f, g, h, j, que son los correctos.

**7.** R; Debieron señalar los incisos a, c, d; que son los adecuados.

**8.** R; Debiendo señalar los incisos, a, c, d, e, f, g; que son los correctos.

**9 y 10.** R; Si a cada pregunta.

**11.** R; Si o No y ¿Por qué?.

**Anexo 4.** Valoración de las preguntas de la encuesta realizada.

Dimensión	Pregunta	Máximo	Mínimo
Conocimiento	1a identificación de RPC por anamnesis un punto por cada ítem (filiación, antecedentes, revisión de sistemas, Its-VIH/sida, hábitos tóxicos y condición socio-económicos).	6	0
	1b identificación de RPC por examen físico uno por cada ítem (antropometría, examen físico general o por aparatos y sistema, examen mamario y genital).	3	0
	1c Identificación de RPC por complementarios uno por cada ítem (Bh-Hcto/Hb, grupo y factor, química sanguínea, VIH/ITS, TORCH (Igm), otros).	6	0
	2- punto a la respuesta positiva.	1	0
	3- punto a la respuesta positiva.	1	0
	4- punto a la respuesta positiva.	1	0
	5- punto a la respuesta positiva.	1	0
	6- punto por cada respuesta adecuada señalada.	8	0
	7- punto por cada respuesta adecuada señalada.	3	0
	8- punto por cada respuesta adecuada señalada.	6	0
	Total	36	0

Elaborado por Bécquer Suárez

**Anexo 5<sup>a</sup>.** Aspectos para la calificación de la actitud profesional

Dimensión	Pregunta	Máximo	Mínimo
Actitud	9- punto a la respuesta positiva de motivación.	1	0
	10- punto a la respuesta positiva de sentirse capacitado para enseñar.	1	0
	Total	2	0

**Anexo 5b.** Aspectos para la evaluación de la habilidad

Dimensión	Forma de valoración	Máximo	Mínimo
Habilidad	Registro completo de anamnesis.	1	0
	Registro completo de examen físico.	1	0
	Total	2	0

**Anexo 6a.** Aspectos para la evaluación de las competencias profesionales

Variable	Dimensión	Máximo	Mínimo
Competencias profesionales	Conocimientos	36	0
	Actitud	2	0
	Habilidad	2	0
	Total	40	0

**Anexo 6b.** Aspectos para la evaluación de la identificación y manejo del RPC

Variable	Dimensión	Evaluación	
Identificación y manejo de RPC	Registro del diagnóstico de RPC en historia clínica.	Identifica	No identifica
	Registro en historia clínica de: Acciones preventivas, educación para control o eliminación del RPC.	Maneja	No maneja

**Anexo 7.** Algoritmo para identificación de riesgo preconcepcional en adolescentes.