

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Tema: “CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD Y SU INFLUENCIA EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES. EU 23. LATACUNGA. 2015-2016”

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

Autora: Dra. Carmina Alexandra García Macías

Directora: Dra. Josefa Margarita Miranda Vázquez, 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 Doctora Leticia Remón Ramírez Especialista, Doctora María de Lourdes Chacón Pinto, Especialista, Doctor Henry Wilfrido Vinueza Aguay, 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 recibir el Trabajo de Investigación con el tema: “CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD Y SU INFLUENCIA EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES. EU 23. LATACUNGA. 2015-2016” elaborado y presentado por la señora Doctora Carmina Alexandra García Macías, 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 Egas, Mg.
Presidente del Tribunal

Dra. Leticia Remón Ramírez, Esp.
Miembro del Tribunal

Dra. María de Lourdes Chacón Pinto, Esp.
Miembro del Tribunal

Dr. Henry Wilfrido Vinueza Aguay, 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: “CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD Y SU INFLUENCIA EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES. EU 23. LATACUNGA. 2015-2016”, le corresponde exclusivamente a: Doctora Carmina Alexandra García Macías, Autora bajo la Dirección de la Doctora Josefa Margarita Miranda Vázquez Especialista, Directora del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

Dra. Carmina Alexandra García Macías

c.c.0502367592

AUTORA

Dra. Josefa Margarita Miranda Vázquez, Esp.

Pasaporte: E113535

DIRECTORA

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.

Dra. Carmina Alexandra García Macías
c.c.0502367592

INDICE GENERAL DE CONTENIDOS

A. PÁGINAS PRELIMINARES	
Portada	i
A la unidad académica de titulación	ii
Autoría del trabajo de investigación	iii
Derechos de autor	iv
Índice general de contenidos	v
Agradecimiento	vii
Dedicatoria	viii
Resumen ejecutivo	ix
Executive summary	xi
B. INTRODUCCIÓN	1
Capítulo 1. EL PROBLEMA	
1.1 Tema	3
1.2 Planteamiento del problema	3
1.2.1 Contextualización	3
1.2.2 Análisis Crítico	5
1.2.3 Prognosis	6
1.2.4 Formulación del problema	7
1.2.5 Preguntas directrices	7
1.2.6 Delimitación del problema de investigación	8
1.3 Justificación	8
1.4 Objetivos	9
1.4.1 General	9
1.4.2 Específicos	10
Capítulo 2. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes investigativos	11
2.2 Fundamentación filosófica	15
2.3 Fundamentación legal	16

2.4 Categorías fundamentales	21
2.5 Hipótesis	29
2.6 Señalamiento de las variables	29
Capítulo 3. METODOLOGÍA	
3.1 Enfoque	32
3.2 Modalidad básica de la investigación	32
3.3 Tipo de investigación	32
3.4 Población y muestra	32
3.5 Operacionalización de variables	33
3.6 Plan de recolección de la información	37
Capítulo 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	
4.1 Análisis e interpretación de los resultados	39
4.2 Verificación de la hipótesis	63
Capítulo 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones	65
5.2 Recomendaciones	66
Capítulo 6. PROPUESTA	
6.1 Datos informativos	67
6.2 Antecedentes de la propuesta	67
6.3 Justificación	68
6.4 Objetivos	69
6.5 Análisis de la factibilidad	70
6.6 Fundamentación	71
6.7 Metodología, Modelo operativo	74
6.8 Administración	77
6.9 Previsión de la evaluación	77
C. MATERIAL DE REFERENCIA	
Bibliografía	79
Anexos	92

AGRADECIMIENTO

A Dios, Sagrado Corazón de Jesús y mi Virgencita por saber que están conmigo y bendecir cada instante de mi vida.

A mis padres Héctor y Evita por haberme dado la vida y por haber sembrado en mí las bases que ahora dan resultados, por apoyarme siempre, por los consejos y motivación.

A mi querido esposo Marcelo por su amor, su apoyo incondicional, su sacrificio y esfuerzo demostrado en el diario vivir; por ser un esposo y padre ejemplar. Gracias amor por creer siempre en mí y saber que cuento contigo en todas las decisiones de mi vida.

A mis adorados hijos Marcelito y Kamilita, que han tenido que pasar largas horas sin mamá, son mi fuente de motivación e inspiración para superarme cada día.

Gracias familia por la incondicionalidad y apoyo brindado en el momento oportuno y por querer tanto a mis hijos.

DEDICATORIA

A Dios y mi virgencita por permitirme llegar a este momento especial de mi vida.

A Marcelo, mi esposo por ser mi compañero inseparable donde encuentro amor, calma y consejo en todo momento; amorcito ¡lo logramos, juntos por siempre!

A Marcelito y Kamilita, mis hijos en quienes encuentro el regalo más grande que Dios me pudo haber dado que es el ser Madre, quienes a su corta edad se han sacrificado para poder alcanzar este triunfo ¡ los amo muchísimo!

A Héctor y Evita, mis padres por ser ejemplo de superación, humildad y sacrificio diario; me siento orgullosa de ser su hija. A mis hermanos Jonathan, Sofy y Hectitor por la confianza depositada en mí.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

**CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD Y SU INFLUENCIA EN EL
EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES. EU 23. LATACUNGA. 2015 -2016**

AUTORA: Doctora Carmina Alexandra García Macías

DIRECTOR: Doctora Josefa Margarita Miranda Vázquez, Especialista

FECHA: 08 de Agosto del 2016

RESUMEN EJECUTIVO

Objetivo: Identificar el nivel de conocimiento sobre sexualidad y su influencia en el embarazo de las adolescentes.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal, cualitativo – cuantitativo, de campo. El universo estuvo constituido por 80 adolescentes de 15 a 19 años del EU 23 Latacunga a quienes se les aplicó una encuesta; los datos fueron procesados en el programa SPSS e ingresados en una base de datos de Excel; el análisis se realizó mediante el Chi cuadrado de Pearson con un nivel de significación de $p < 0,05$.

Resultados: El 62,5% de los adolescentes no tienen conocimientos sobre sexualidad sin predominio entre sexos. El 41,2% tienen pocos conocimientos sobre métodos anticonceptivos. Iniciaron su vida sexual (71,2%) y no utilizaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual (62,5%) ya que fue un encuentro no planeado, un 43,8%. Actualmente tiene relaciones sexuales (68,8%) y no utilizan anticoncepción (60,1%). Conocen el riesgo de quedar embarazada (72,5%). La religión influye en el grupo que no ha iniciado la vida sexual. El 56,2% de los padres son bachilleres, 25% están divorciados. La comunicación, afectividad y apoyo de los padres no tuvieron relación con los conocimientos sobre sexualidad. El 84,8% tiene como fuente de información al internet.

Conclusiones: Predominan los adolescentes que no tienen conocimientos sobre sexualidad; el comportamiento es igual para ambos sexos. No existen buenos conocimientos sobre métodos anticonceptivos, gran parte de los adolescentes no lo utilizaron en la primera relación sexual prevaleciendo encuentro no planeado, actualmente casi la totalidad mantienen relaciones sexuales, a pesar que conocen el riesgo de quedar embarazadas imperan los que no se protegen.

Palabras claves: conocimientos, sexualidad, embarazo en la adolescencia, método anticonceptivo.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

THEME:

**KNOWLEDGE ABOUT SEXUALITY AND ITS INFLUENCE IN ADOLESCENT
PREGNANCY. EU 23. LATACUNGA. 2015 -2016**

AUTHOR: Doctora Carmina Alexandra García Macías

DIRECTED BY: Doctora Josefa Margarita Miranda Vázquez, Especialista

DATE: August 08, 2106

EXECUTIVE SUMMARY

Objective: To identify the level of knowledge about sexuality and its influence in the adolescent pregnancy

Methodology: descriptive, correlational, qualitative - quantitative field study. The universe was constituted by 80 adolescents 15 to 19 years of EU 23 Latacunga who were applied a survey; the data were processed by the SPSS program and entered into an Excel database; the analysis was carried out using the Pearson Chi-square with a level of significance of $p < 0.05$.

Results: 62.5% of adolescents have no knowledge about sexuality without gender predominance. 41.2% have little knowledge about contraception. They began their sexual life (71.2%) and did not use contraception at first intercourse (62.5%) as it was an unplanned meeting, 43.8%. Currently it has sex (68.8%) and do not use contraception (60.1%). They know the risk of pregnancy (72.5%). Religion influences the group that has not started sex life. 56.2% of parents are high school graduates, 25% are divorced. Communication, affection and support of parents were not related to knowledge about sexuality. 84.8% have as a source of information to the Internet.

Conclusions: Adolescents who do not have knowledge about sexuality predominate; the behavior is the same for both sexes. There is no good knowledge about contraceptive methods, much of adolescents have not used in the first sexual relationship prevailing unplanned meeting, all nearly currently

have sex, even though they know the risk of becoming pregnant prevail which are not protected.

Key words: knowledge, sexuality, pregnancy in adolescence, contraceptive method.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia es en la actualidad un problema preocupante y genera grandes consecuencias en la salud individual, familiar y colectiva, lo más complicado es que una adolescente embarazada tiene dificultad para cumplir su proyecto de vida. En países en desarrollo como el Ecuador la tasa de fecundidad es más elevada y sobre todo en clases sociales más bajas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) califica al embarazo en las adolescentes como un problema de salud pública, ya que ha presentado un incremento en los últimos años. Este problema constituye un obstáculo para lograr el desarrollo social, trayendo como consecuencia que un alto porcentaje de estas jóvenes tengan que abandonar o retrasar sus estudios y adentrarse en roles que no corresponden a su edad y para los cuales no están preparadas¹.

Los conocimientos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos influyen en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, además que no les permite tomar decisiones correctas y oportunas. La maternidad en edades cada vez más tempranas conlleva a diversos problemas, ya que las causas son multifactoriales y complejas, la base está en los escasos o nulos conocimientos sobre sexualidad, la poca preparación de los padres; y la mala comunicación con sus hijos acerca del tema, la información errónea o mal interpretada de los pares o amigos, los cambios culturales que vive esta sociedad, especialmente derivados del avance de la tecnología como el internet, la televisión, cine y telefonía celular a los que actualmente tienen fácil acceso.

Otro factor importante es la dificultad que existe para el acceso a los servicios sanitarios donde la espera del turno, la cantidad de personas que

asisten a consulta les deja expuestos a la vergüenza, la falta de confidencialidad y el temor a ser reconocidos en una consulta solicitando métodos anticonceptivos o información sobre sexualidad.

Todo esto ayuda a incrementar los riesgos a los que se hallan expuestos y que determinan resultados adversos de tipo médico, psicológico, educativo y social.

Se propone una intervención educativa que disminuya el embarazo en las adolescentes, educando a este grupo para que con conocimientos veraces y oportunos sean capaces de tomar decisiones correctas fomentando una sexualidad responsable.

La sexualidad y el bienestar sexual del adolescente son componentes integrales de su salud y desarrollo².

Es vital conocer si los adolescentes poseen conocimientos sobre la sexualidad, así como la información que reciben de esta, para programar intervenciones y lograr fortalecer los factores protectores y detectar aquellos que se comporten como riesgo, para actuar siempre enfocados a la prevención, lo cual es posible desde la Atención Primaria de Salud (APS).

CAPITULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Tema

Conocimientos sobre sexualidad y su influencia en el embarazo de las adolescentes. EU 23. Latacunga. 2015 – 2016.

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contextualización

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al período entre los 10 y 19 años de la vida en el cual “el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica”¹.

Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo³.

América Latina y el Caribe es la región con mayor fecundidad adolescente en el mundo después de África Subsahariana⁴.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) indica que entre 25 y 108 de cada 1.000 jóvenes de 15 a 19 años son madres en los países de América Latina, la alta incidencia de embarazos va en aumento, lo que supone un freno para el desarrollo de la región, según datos que ponen de relieve la alarmante situación de la maternidad adolescente. Las adolescentes prácticamente han duplicado su aporte a la fecundidad total, pasando a representar un 14,3% en 2000-2005; este incremento se da en países con distinto nivel de desarrollo económico, nivel educativo e incidencia de la pobreza, lo que revela la complejidad del fenómeno⁵. El 20% de los partos en la región correspondió a mujeres de 20 años de edad, y se estima que el 40% de los embarazos fue no planificado⁶.

En Ecuador en el año 2011 el 18% de las madres adolescentes tenía más de un hijo⁷. Este país ocupa el tercer lugar en embarazos no deseados en América Latina, luego de Nicaragua y Venezuela. En el censo de población realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) en el año 2010 los resultados indican que 9 de cada 1000 adolescentes entre 10 a 14 años y que 172 de cada 1000 adolescentes entre 15 a 19 años ya son madres, cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años, representan el 20% del total de la población ecuatoriana⁸.

El embarazo en adolescentes está relacionado con el contexto cultural educativo, el 47% de las adolescentes que son madres y que están embarazadas no tienen instrucción escolar, seguidas de aquellas que tienen educación primaria con el 34% y con educación secundaria el 11%; lo que limita seriamente sus posibilidades de estudio y acceso al mercado de trabajo, aparte de sus problemas. La edad promedio de inicio de la vida sexual en la mujer es de 14 años y, en el hombre, 15 años, la experiencia sexual está relacionada con la edad. La desinformación es la principal causa

por la que los jóvenes tengan embarazos no deseados. En los últimos años, se produjo en el Ecuador una amplia divulgación del uso de anticonceptivos.

Las cifras muestran un incremento en los últimos 5 años del 10.5% al 13.5% pero sigue siendo muy bajo entre mujeres rurales, con bajos niveles de instrucción⁸.

La Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente (ENIPLA) fue creada por el gobierno ecuatoriano en el año 2011 con el objetivo de prevenir el embarazo en adolescentes, disminuir el número de embarazos no planificados, y prevenir la violencia sexual y se planteó como meta reducir para el 2013 en un 25% los embarazos entre adolescentes invirtiendo millones de dólares en la campaña que tiene como eslogan "Habla Serio. Sexualidad sin misterios"⁹.

Lamentablemente no se cumplió con el objetivo, por lo que para el año 2015 se cambia de estrategia con el nombre "Plan familia Ecuador" que se instituyó con la finalidad de brindar educación y asesoría en afectividad y sexualidad a los adolescentes y jóvenes, tomando como punto de partida la familia y el desarrollo de todas las dimensiones de la persona, de manera que puedan tomar decisiones libres, informadas y responsables¹⁰.

En la Provincia de Cotopaxi según datos estadísticos durante el 2014 se registraron en el cantón Latacunga 251 adolescentes embarazadas de las cuales 16 pertenecen al EU 23 Latacunga¹¹.

1.2.2 Análisis crítico

Los indicadores y resultados de los estudios realizados muestran indirectamente falencias en los conocimientos de los adolescentes sobre sexualidad ya sea por desinformación, información inadecuada o la necesidad de servicios donde les ofrezcan una atención oportuna, eficiente y

eficaz con el fin de responder a sus necesidades e inquietudes para el desarrollo de una sexualidad responsable.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) estableció las consultas especializadas para la atención integral a los adolescentes en los Centros de Salud, lamentablemente esta excelente propuesta fue suspendida no logrando el objetivo para lo que fue diseñada, sucediendo de igual manera con la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar (ENIPLA).

Por lo general en los establecimientos de salud se niega la atención a los menores de edad si acuden sin sus padres o representantes y se incrementa más cuando solicitan métodos anticonceptivos desconociendo la normativa vigente que garantiza el acceso a los servicios de salud sin discriminación a todas las personas dentro de un ambiente de confianza e intimidad.

La sexualidad al ser considerada como un tabú dentro de la familia, dificulta que el adolescente acuda a los servicios de salud en compañía de sus padres ya que se verían en la obligación de comunicarles que han iniciado su vida sexual; esta situación haría que los adolescentes protejan su intimidad dejando de lado las consecuencias de una vida sexual responsable.

Se han realizado campañas por parte del Ministerio de Salud a base de ferias de la salud, trípticos, planes informativos, carteleras, charlas educativas, sin embargo se ha visto que no son suficientes y que hay que educar al adolescente, la familia, los profesores y a la sociedad.

1.2.3 Prognosis

De no intervenir en este grupo, los adolescentes continuarán manteniendo una conducta sexual inadecuada sin tener en cuenta las consecuencias del inicio precoz de una vida sexual activa, la edad de la primera relación sexual irá disminuyendo en ambos sexos, se seguirá manteniendo creencias como

que no puede embarazarse en la primera relación sexual o que son los hombres los que utilizan métodos anticonceptivos hormonales.

La falta de conocimientos de los adolescentes sobre sexualidad provocará el incremento de las tasas de embarazos no deseados, con las consecuencias personales, familiares y sociales que de esto se desprende: las madres adolescentes por lo general abandonan sus estudios para trabajar en empleos de baja productividad, con salarios bajos, sin cobertura social, con compromiso de la salud materno infantil, lo que limita la superación personal por parte de la familia y la sociedad.

El embarazo en la adolescencia en la actualidad se constituye un problema a nivel mundial y si no trabajamos desde la actualidad, las estrategias empleadas resultarán inútiles y se mantendrá la actitud de rechazo que llevará a ocultar el embarazo y en consecuencia no acuden a los controles prenatales, o se someten a procesos riesgosos como los abortos clandestinos que ponen en riesgo la vida de la adolescente.

1.2.4 Formulación del problema

¿Qué influencia tiene el nivel de conocimientos sobre sexualidad en el embarazo de las adolescentes?

1.2.5 Preguntas directrices

- ¿Qué conocimientos tienen los adolescentes sobre sexualidad?

- ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos más conocidos por los adolescentes?

- ¿Qué piensan los adolescentes sobre la utilización de métodos de planificación familiar?

- ¿Cómo actúan los factores sociodemográficos y familiares en el conocimiento sobre sexualidad?
- ¿Cuáles fuentes de información han utilizado los adolescentes en el conocimiento sobre la sexualidad?
- ¿Cómo influye el médico de la Atención Primaria de Salud en el nivel del conocimiento sobre sexualidad en los adolescentes?

1.2.6 Delimitación del problema de investigación

De contenido:

Campo: Hebiatría

Área: Salud sexual y reproductiva

Aspecto: Conocimientos de los adolescentes sobre sexualidad.

Según:

Tiempo: La investigación se realizó en el año 2015 – 2016.

Lugar: Sector EU 23 Latacunga.

Personas: Adolescentes comprendidos entre los 15 a 19 años.

Línea de investigación: Epidemiología y Salud Pública.

1.3 Justificación

La salud de los adolescentes y jóvenes es un elemento básico para el avance social, económico y político de un país. Los profundos cambios en el comportamiento sexual de los adolescentes acontecidos en las últimas décadas, como un problema a nivel mundial, han conllevado un significado cambio en el comportamiento epidemiológico de varios países. Probablemente a causa de los pocos o nulos conocimientos sobre sexualidad que tienen los adolescentes, los cuales tienen consecuencias serias, que compromete su salud sexual y reproductiva.

El presente estudio cobra importancia ya que se pretende identificar y describir los conocimientos sobre sexualidad que tienen los adolescentes en el EU 23 Latacunga, con el objetivo contribuir a aclarar los puntos más vulnerables, relacionados con la mala comunicación con sus padres sobre todo, en lo que concierne al sexo ya que hasta la actualidad se lo sigue considerando como un tabú; la poca educación sexual que reciben en las instituciones educativas y la información errónea que obtienen de sus pares.

Frente a esta realidad se hacen necesarias y pertinentes investigaciones que conlleven a actividades y estrategias de salud preventivas, educativas y asistenciales específicamente diseñadas para los adolescentes en términos de conocimientos sobre sexualidad que estén adecuados a sus expectativas y necesidades.

El resultado de esta investigación debe aportar un impacto social positivo en la comunidad, disminuirá los costos de salud ante las complicaciones materna infantil que se puedan producir y logrará la materialización de los proyectos de vida de los adolescentes sin interrupciones de los mismos por el embarazo en estas edades y tiene factibilidad para su realización dado que se cuenta con la capacidad técnica y los recursos necesarios para su ejecución.

1.4 Objetivos

1.4.1 General

Identificar el nivel de conocimiento sobre sexualidad y su influencia en el embarazo de las adolescentes.

1.4.2 Específicos

1. Determinar el nivel de conocimiento sobre sexualidad, métodos anticonceptivos y su influencia en el embarazo de las adolescentes.
2. Identificar los factores sociodemográficos y familiares que intervienen en el nivel de conocimiento y su influencia en el embarazo en la adolescencia.
3. Definir si las fuentes de información son suficientes para ofrecer a los adolescentes una educación sexual integral.
4. Elaborar una intervención educativa que fomente una sexualidad responsable elevando el conocimiento sobre sexualidad.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes investigativos

La adolescencia es un período conflictivo y de tránsito en el que se producen una serie de cambios biológicos, intelectuales y sociales, que tienen una fuerte incidencia en la conducta sexual de los jóvenes, pero es también el momento o etapa de preparar a las jóvenes generaciones para el amor y el matrimonio, la familia y la vida en pareja, en el principio de igualdad de derechos y deberes del hombre y la mujer¹².

Obtener individuos suficientemente informados y formados para conseguir una sociedad que pueda disfrutar de una sexualidad segura, libre y responsable debe ser nuestra meta, y la razón por la que se desarrollan investigaciones para tratar de definir al mayor nivel posible las condicionales que protegen o dañan la esfera sexual y reproductiva de los adolescentes a partir de su desconocimiento y consecuentes comportamientos de riesgo.

Callejas en su estudio “Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo”, en el 2005, indica que la edad media fue de 15,59 años; el 54,66% de la población eran mujeres; el 24,03% ya habían mantenido alguna relación sexual, el método anticonceptivo más utilizado fue el preservativo (98,24%); las mujeres rechazan una relación sin protección con más frecuencia que los hombres (76,5% vs 48,6%; $p < 0,001$) y

tienen más facilidad para compartir clase con un enfermo de sida (80,47% vs 60,38%; $p < 0,001$). A los seis meses del inicio de la intervención respondieron al segundo cuestionario 197 alumnos donde el uso correcto del preservativo pasó del 62,13% al 73,46%¹³.

En un estudio realizado por Libreros acerca de “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes de la Unidad Educativa Monseñor Gregorio Adam”, Municipio Naguanagua, Estado Carabobo, Venezuela”, en el año 2008, demostró que el 62,7% de los adolescentes tienen conocimientos regulares sobre infecciones de transmisión sexual, los estudiantes con menor grado académico presentaron actitudes más favorables; el sexo masculino reportó actitudes más favorables hacia el uso de los métodos anticonceptivos (28,34%) y la masturbación (17,9%) y más desfavorable hacia la homosexualidad (46,6%). El 10,8% del sexo femenino y el 24,6% del masculino refirió tener práctica sexual de los cuales el 70,5% la iniciaron en la adolescencia media y el 78,9% indicó usar métodos anticonceptivos; el 55,8% correspondió a los varones y el 23,1% a las mujeres; siendo el condón masculino el tipo de método más utilizado (74,7%). De los 95 adolescentes con práctica sexual el 49,5% respondió haber tenido dos y más de dos parejas en el último año; siendo los hombres los que reportaron actitudes más favorables y mayor práctica sexual¹⁴.

Tomando en cuenta que Delgado, en el año 2008, en su estudio sobre “Nivel de conocimientos sobre sexualidad y manifestación de impulsos sexuales en adolescentes” realizado en Lima – Perú, concluyó que el 22% tienen conocimiento alto, el 42,8% medio y el 35,5% bajo sobre sexualidad, los adolescentes desconocen las prácticas sexuales riesgosas y el correcto uso de métodos anticonceptivos¹⁵.

En una investigación realizada por Pérez titulada “Algunos aspectos relacionados con el conocimiento sobre sexualidad en adolescentes de un

área de salud”, en el año 2009, se comenta sobre sexualidad, infecciones de transmisión sexual y métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo no deseado en la adolescencia, pues cuando los adolescentes conocen a ciencia cierta sobre la edad óptima para la gestación, lo que amplía la oportunidad que se les ofrece para desarrollarse socialmente y a plenitud con sus contemporáneos¹⁶.

González en el 2009 su estudio sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar”, tuvo como resultados que la edad media de los adolescentes fue de 13,5 años, la prevalencia de las relaciones sexuales de 17 %; el 8 % de los hogares presentan disfunción severa y 39 % son nucleares incompletas. Las mujeres tienen menos relaciones sexuales que los hombres y se presentan más relaciones sexuales cuando los adolescentes perciben de manera disfuncional a su familia¹⁷.

En un estudio realizado por Hurtado en el año 2013 sobre “Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en jóvenes universitarios” dio como resultado que los datos obtenidos permitieron identificar que a pesar de los conocimientos e información con que cuentan los jóvenes universitarios aún siguen teniendo algunas prácticas sexuales de riesgo¹⁸.

Herrera y Ruíz en su investigación acerca de “Conocimientos actitudes y prácticas que tienen las estudiantes del Colegio Fiscal Nacional Ibarra sección diurna sobre causas y consecuencias del embarazo en adolescentes de 14 a 18 años en el periodo 2009- 2010” donde indica que los jóvenes no desean tener relaciones a temprana edad por instinto, el problema es la influencia cultural que los rodea tanto en la televisión, como en el cine, la música, publicidad, en revistas, internet y en lugares de diversión y distracción cuyos mensajes despiertan el interés por explorar lo desconocido¹⁹.

En el estudio realizado por Santiago Villamarin, en el 2013, con el tema “Estudio comparativo de las relaciones sexuales de riesgo y su incidencia en embarazos precoces en adolescentes que acuden al subcentro de salud de Cunchibamba y al Hospital Provincial Docente Ambato”, concluye que los adolescentes investigados en un 68,7% consideran que se debe realizar un programa para la enseñanza – aprendizaje a base de charlas sobre sexualidad pero se le podría combinar con talleres, ya que en estos los jóvenes pueden interactuar; solamente 22,9% de adolescentes han iniciado actividad sexual por decisión propia; se observó que los amigos, en un 40% son los que más influyen en el inicio de la actividad sexual. Además, el mensaje que están difundiendo los profesores en un 8,8% influye en retrasar del inicio de la actividad sexual, lo que hace pensar que la mejor manera para llegar a los chicos es con jóvenes de su entorno²⁰.

Según Llerena Gloria en su estudio realizado sobre “Factores socioculturales, nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su influencia en adolescentes embarazadas de 14 a 19 años que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato periodo junio-noviembre del 2014”, reportó que la mayoría de los embarazos en adolescentes se produjo por no uso o mal uso de métodos anticonceptivos, relacionado con el conocimiento deficiente y ciertos mitos presentes en las adolescentes sobre métodos de planificación familiar. El nivel de educación de la mayor parte del grupo poblacional estudiada fue de nivel secundario, por lo que programas de educación sexual y reproductiva podrían estar llegando de una manera insuficiente, sin embargo dentro de la ocupación más frecuente reflejó el abandono de las adolescentes en sus estudios²¹.

Panchi en su investigación “Diseño de estrategias para prevenir embarazos en adolescentes de 14 a 19 años de la parroquia San Buenaventura, partiendo del análisis de sus conocimientos, actitudes, prácticas y

percepciones culturales sobre sexualidad y anticoncepción”, realizado en Ecuador en el año 2014, tuvo como resultado que el 55.2% de adolescentes relacionan la sexualidad con relaciones sexuales entre hombre y mujer, el 26.7 % piensa que los métodos anticonceptivos sirven para evitar el embarazo, en promedio los adolescentes conocen 3 métodos anticonceptivos, 30.9% conoce el preservativo, el promedio de inicio de vida sexual es 16 años igual para hombres y mujeres, 54% de adolescentes no usan métodos anticonceptivos cuando tiene relaciones sexuales, 31.3% obtiene información sobre métodos anticonceptivos en los centros educativos, 80% no ha visitado la página web Sexualidad sin Misterios, 53% de las adolescentes no utilizan anticonceptivos para prevenir un segundo embarazo. 80% piensa que fue irresponsable por tener relaciones sexuales sin protección. Dando como conclusión que los conocimientos de los adolescentes sobre sexualidad son conceptos fríos, que giran en torno al plano biológico y reproductivo, que no les permite tomar decisiones adecuadas. A pesar de tener conocimientos sobre métodos anticonceptivos, los adolescentes no se protegen durante las relaciones sexuales, mostrando actitud de irresponsabilidad frente a su vida²².

En el EU 23 Latacunga no se han realizado estudios sobre sexualidad en adolescentes.

2.2 Fundamentación filosófica

Esta investigación se sitúa en el paradigma biosocial, el cual enfoca al adolescente con una visión holística, fundamentado en todas sus dimensiones (biológica, psicológica y social), incluyendo la familia, con una proyección epidemiológica y comunitaria²³.

Cumplimentando además a través de este estudio lo establecido por el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) abordando en su integralidad a los adolescentes²⁴.

Esta investigación está dirigida a elevar los conocimientos sobre sexualidad en los adolescentes para evitar y disminuir el embarazo a temprana edad. Axiológicamente, esta investigación se fundamenta en el deber que tenemos como médicos de proteger la vida ante cualquier situación²⁵.

2.3 Fundamentación legal

Constitución Política del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador, en el capítulo segundo derechos del buen vivir, Sección séptima-salud explica en el artículo:

Art. 32.- 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.

Así también la Ley Orgánica de la salud, en sus artículos 27, 28 y 62 contempla:

Art. 35.- Declara que los “Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria... niñas, niños y adolescentes... recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado”.

Los **Arts. 43, 47, 48, 49, 50, 51 y 52** señalan la responsabilidad y obligación estatal de emprender las acciones necesarias para impulsar el desarrollo, la protección integral y la vigencia de los derechos, principios y garantías a favor de los niños, niñas y adolescentes, a través de la organización del Sistema Nacional Descentralizado de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia, así como la obligación de los Gobiernos Autónomos Descentralizados de formular políticas y destinar recursos preferentes para servicios y programas orientados a la niñez y la adolescencia²⁶.

Ley Orgánica de la Salud

Art. 2.- La educación sobre la sexualidad y el amor se fundaran en el respeto de la dignidad de los seres humanos, de la vida, los valores éticos y morales conforme a las culturas existentes, como un elemento que contribuya al mejoramiento de la educación y eleve la calidad del aprendizaje en el campo de la sexualidad.

Art. 3.- La educación de la sexualidad y amor, deberá responder al medio, a la edad de los educandos y al rol esencial de los padres de familia, como orientadores netos de sus hijos.

Art. 4.- El Ministerio de Educación será el encargado de elaborar planes y programas abiertos y flexibles de educación sobre la sexualidad y el amor, previa consulta con instituciones y privadas y públicas que conozcan el tema.

Art. 5.- Todos los maestros deberán ser capacitados en el tema de la sexualidad y el amor, para lo cual el Ministerio de Educación, coordinara esta actividad con las universidades, institutos pedagógicos y otras entidades

conocedoras del tema. Todas las instituciones encargadas de la formación de docentes, deberán incluir como eje transversal de sus planes y programas el tratamiento de la sexualidad y el amor.

Art. 6.- El Ministerio de Educación, establecerá y realizará el monitoreo de los proyectos educativos que desarrollen todos los establecimientos, siempre en coordinación con los padres de familia y considerando su impacto en la vida personal, familiar y comunitario.

Art. 7.- El Ministerio de Educación será el encargado de coordinar con los medios de comunicación la difusión de programas referentes al tema de educación en sexualidad a fin de evitar que se distorsione lo establecido en el Sistema Educativo. El Ministerio de Educación controlará la calidad en el contenido de los programas que se emitan en forma pública en lo que se refiere a la sexualidad y el amor.

Art. 8.- Todas las instituciones públicas y privadas deberán seguir los planes y programas propuestos por el Ministerio de Educación en lo relacionado con el tema de la sexualidad y el amor²⁷.

Código de la niñez y adolescencia

Art. 1.- Finalidad.- Este Código dispone sobre la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en el Ecuador, con el fin de lograr su desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos, en un marco de libertad, dignidad y equidad.

Art. 45.- Derecho a la información.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a buscar y escoger información; y a utilizar los diferentes medios y

fuentes de comunicación, con las limitaciones establecidas en la ley y aquellas que se derivan del ejercicio de la patria potestad.

Es deber del Estado, la sociedad y la familia, asegurar que la niñez y adolescencia reciban una información adecuada, veraz y pluralista; y proporcionarles orientación y una educación crítica que les permita ejercitar apropiadamente los derechos señalados en el inciso anterior²⁸.

Bases teóricas

El período de la adolescencia es una época de rápidos cambios y dificultades en el que debe enfrentar su sexualidad aprendiendo cómo adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, asimilando los conocimientos necesarios para impedir que se produzca un embarazo no deseado²⁹.

Todos los cambios que aprecia en su cuerpo durante la pubertad, son provocados por la presencia de nuevas hormonas. Estas hormonas no solo promueven cambios físicos y fisiológicos, sino también cambios psicológicos y emocionales. El adolescente se ve sometido constantemente a una tensión sexual, se ve impulsado hacia la búsqueda del placer sexual³⁰.

La sexualidad saludable implica maduración psicosocial y cognoscitiva². Hay una etapa en la adolescencia que es el desarrollo cognoscitivo (de operaciones formales según el esquema de Piaget) hay una evolución del pensamiento concreto al abstracto y la capacidad para utilizar el conocimiento alcanza su máxima eficiencia. Como resultado de este desarrollo, el adolescente aprenderá poco a poco a tener una perspectiva del tiempo, es decir tener un pasado, un presente y un futuro, lo cual le permitirá la posibilidad de hacer planes de vida, ver las consecuencias de sus actos y aprovechar sus experiencias y conocimientos. Es importante observar que no todos los adolescentes tienen la capacidad para pensar mediante operaciones formales en todo momento³¹.

Poco a poco visualizarán que sus acciones tendrán consecuencias para el futuro. Para que una persona pueda ser responsable debe haber alcanzado una etapa del desarrollo en la cual la responsabilidad sea posible cognoscitivamente; esto implica aprender los conceptos de causa y efecto, relacionar estos conceptos con él mismo y su ambiente, y por último, interiorizar un conjunto de valores positivos acerca de él mismo y de su papel como persona responsable³¹.

Para una mujer que se encuentra estudiando la preparatoria o el comienzo de estudios superiores, el embarazo se convierte en un problema que puede determinar sus opciones para el resto de la vida³².

La adolescencia es una etapa evolutiva particular del ser humano, en la que se conjugan aspectos: biológicos, psicológicos, sociales y culturales. El embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años¹ y tiene importantes implicaciones:

1. Interrumpe la continuación normal de los estudios (consultas médicas, período de parto y posparto, lactancia, etc.).
2. Exige el desempeño laboral de los padres adolescentes para responder a las obligaciones que se derivan de tener un hijo (alimentación, vivienda, educación) generalmente por su escasa formación ocupacional, los empleos que consiguen son de baja remuneración lo que acarrea problemas económicos.
3. En muchas adolescentes el embarazo trae consigo complicaciones de la salud, generalmente se detiene el crecimiento físico. Las posibilidades de aborto o parto prematuro son mayores³⁰.

La familia y en especial los padres, constituyen el principal sistema de apoyo para el adolescente. Son un eslabón fundamental de la larga cadena de educadores, por eso se debe en primer lugar educar a los padres para que estos estén en mejores condiciones de orientar a sus hijos²⁹.

El comportamiento de las y los adolescentes obedece en primer término a impulsos biológicos mediados y reprimidos por factores sociales y psicológicos, a medida que se fortalezcan en ellos conocimientos sobre sexualidad, valores, comunicación asertiva, toma de decisiones, proyecto de vida entre otros, sus respuestas a las interrogantes y desafíos que se plantean en la cotidianidad, serán acertadas y saludables³³.

Categorías fundamentales

Adolescencia

Viene de la palabra latina “adolescere”, que nos remite al verbo adolecer y que en lengua castellana tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y crecer. En nuestra cultura se la considera como una fase de notables cambios en cuanto al cuerpo, a los sentimientos y sensaciones o como una etapa original y capital de la metamorfosis de niño a adulto. La adolescencia sólo podrá ser suficientemente entendida, con carácter de continuidad e interconexión, en íntima relación con el medio familiar y social. La forma en que se irá desarrollando dependerá en gran manera de las estructuras psicológicas y sobre todo de las vivencias individuales de la infancia y en relación al entorno más cercano³⁴.

La OMS la delimita cronológicamente entre los 10 y 19 años y tiene tres etapas, cada una con sus propias características biológicas, psicológicas y sociales, aunque no se deben interpretar como compartimentos estancados¹.

Adolescencia y el activismo sexual

Los adolescentes que se precipitan en la sexualidad, van lanzados a intentar ligar sin límites, de forma compulsiva. Esta premura tiende más a resolver dudas, que a la posibilidad de establecer una verdadera relación con el otro/a. Quieren comprobar su identidad sexual quemando etapas, acortando el camino, buscando atajos que simplifiquen la complejidad del momento. Confunden el hacer con el ser. Esta huida hacia adelante también puede tener que ver en la chica por ejemplo, con una búsqueda de reconocimiento, un deseo de sentirse amada; y se vuelca en el chico esperando que la ayude a salir de relaciones conflictivas con los padres; con la posibilidad de huir del hogar. Por su parte, el joven necesita probar su virilidad, su potencia y su capacidad de conquista. La chica busca asegurarse de que su cuerpo es el de una mujer y eso puede llevarla a “caer” en embarazos en épocas muy tempranas que por lo general son no planificados³⁵.

La adolescencia ante el amor y el deseo

En la actualidad se vive un proceso de transición dejando de lado los modelos tradicionales donde el amor era la base fundamental para iniciar la vida sexual convirtiéndose en la actualidad el deseo y la presión del grupo los elementos fundamentales. Así en las adolescentes hay quienes aceptan una relación sexual “por amor” o por miedo a perder a su pareja, mientras que para los hombres el discurso podría plantearse como “el amor implica sexo, pero el sexo no implica necesariamente el amor”³⁵.

Sexualidad

La sexualidad es la manera que cada persona tiene de vivir “el hecho de ser sexuado”³⁴.

La sexualidad influye significativamente en el modo de vida de las y los adolescentes y repercute en la problemática de salud o en las sucesivas etapas del curso de la vida³³.

Sexualidad y religión

La iglesia afirma que el uso deliberado de la facultad sexual fuera de las relaciones conyugales normales contradice a su finalidad, sea cual fuere el motivo que lo determine³⁶.

Conocimiento

Alavi y Leidner, definen el conocimiento como “la información que el individuo posee en su mente, personalizada y subjetiva, relacionada con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones, juicios y elementos que pueden ser o no útiles, precisos o estructurales”³⁷.

El conocimiento tiene una gran importancia para que un individuo asuma una determinada actitud pero no es suficiente para que la conducta del mismo se encuentre alineada a este tipo o nivel de conocimiento. Se observan conductas inadecuadas en personas que tienen un elevado nivel de conocimientos debido al fenómeno conocido como disonancia cognitiva, que ocurre cuando una persona alberga dos actitudes o pensamientos (denominados cogniciones) contradictorios, y por lo tanto su conducta puede no estar en consonancia con las creencias a través de la mediación del componente afectivo.

Conocimiento sexual

Información acerca de sexualidad. Es un componente fundamental y determinante del desarrollo de una sexualidad sana³⁵.

Conocimiento y Sexualidad

La educación de la sexualidad sana, plena, libre y responsable forma parte esencial del proceso permanente de socialización del ser humano en todas las etapas de su vida personal, familiar, parenteral y social, encaminado a formar y desarrollar modos de conducta sexual acordes a estas cualidades que solo se logran mediante la apropiación sostenida por un sistema de conocimientos, habilidades, actitudes, y valores de carácter biosociopsicológicos sobre la sexualidad³⁸.

Es una categoría subjetiva y no hace referencia exclusivamente a planteamientos anatómicos y fisiológicos. La referencia más clara de la sexualidad es la manera de vestir, de verse, de expresarse, de sentir, la identidad de género.

Fuentes de información y conocimiento sobre sexualidad, métodos anticonceptivos.

El sector de educación juega un papel importante. Estar informado y equipado con competencias y conocimientos que permitan elegir alternativas responsables tanto en la vida social como sexual³⁹.

La familia constituye una verdadera fuente de información⁴⁰. Aunque algunos padres y madres pueden tener opiniones e inquietudes fuertemente arraigadas sobre los efectos de la educación sexual, en algunos casos estas inquietudes están sustentadas en información incompleta o temores infundados sobre la naturaleza y los efectos de la educación en sexualidad o en percepciones individuales de las normas sociales³⁹.

Brindar apoyo, orientación y conocimiento a los padres sobre la sexualidad es de vital importancia, de esta manera podrían ayudar a sus hijos a

conducirse por cada etapa de la vida, que requiere de comprensión, apoyo e información segura etc.

Los medios de comunicación constituyen la principal fuente de información, en un contexto donde los padres no conversan con sus hijos e hijas y el colegio tampoco lo hace.

Embarazo en adolescentes

El embarazo en las adolescentes que por lo general es no deseado y no planificado, supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional, económica y social de la adolescente, además condiciona su estilo de vida, por lo que constituye más un problema social que médico. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que tiene sobre la adolescente y sus familia. Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la "salud integral del adolescente". Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes. Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo multidisciplinario⁴¹.

El embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, ocurriendo en todos los estratos sociales, con diferentes características en todos ellos⁶.

Causas de embarazo en adolescentes

El embarazo en las adolescentes es de origen multifactorial y entre sus causas se cita:

a) El inicio precoz de las relaciones sexuales

Actualmente la edad media aproximativa de la primera relación coital es de 11 años para los chicos y 13 años para las chicas. Este resulta ser un dato bastante constante en nuestro medio, no encontrando grandes diferencias según el ámbito geográfico de la juventud.

b) Factores biológicos

Se ha demostrado relación entre el comienzo de las relaciones sexuales y la edad de maduración sexual. Con el adelanto de la menarquia que se está produciendo, se han adelantado las relaciones sexuales⁴².

c) Factores familiares

La cultura y el modelo familiar se transmiten de generación en generación, de padres a hijos y se ha demostrado que las hijas de madres adolescentes tienen el doble de posibilidades de ser madres adolescentes al igual que las familias uniparentales o con conductas irresponsables.

La comunicación entre padres e hijos es otro de los factores determinantes del inicio precoz de las relaciones sexuales y de un eventual embarazo. La pérdida del vínculo familiar por migraciones recientes, ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores o de los padres en busca de oportunidades laborales⁴².

d) Factores ambientales

La fecundidad en las adolescentes no se distribuye de forma homogénea entre los diferentes estratos sociales, ni en el área urbana y rural ya que las estadísticas demuestran que la condición socioeconómica baja, así como la baja escolaridad y la pobreza constituyen factores causales muy importantes,

tanto del embarazo en la adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales.

e) Falta de prevención

De forma frecuente las primeras relaciones sexuales son no planeadas, lo que dificulta la utilización de algún método anticonceptivo, al mismo tiempo los adolescentes piensan que la utilización del método anticonceptivo no les permitirá tener la misma sensación de placer haciéndoles poco conscientes del riesgo que asumen y que son propios de la edad. Las adolescentes que piensan que son incapaces de ser sexualmente activas tienen mayor riesgo de embarazo que las que asumen esta posibilidad, tienen mejores conocimientos y por ello toman alguna precaución.

f) Falta de educación sexual

La falta de una adecuada educación e información sexual explica, en la mayoría de las ocasiones, la alta incidencia de gestación adolescente. La responsabilidad de padres y profesores es cada vez menor, y los jóvenes obtienen la información sobre los métodos anticonceptivos de sus amigos, medios de comunicación, principalmente el internet y las redes sociales.

g) Desconocimiento y no utilización de anticonceptivos

La no utilización de método anticonceptivo supone el factor causal más importante para el embarazo adolescente. Otro factor es la ausencia de habilidades sociales o de autocontrol para exigir su utilización a la pareja.

Para muchos, el verdadero problema del embarazo adolescente radica en que esta población no utiliza medidas anticonceptivas por desconocimiento o porque no quieren utilizarlos⁴³.

h) Difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos

A nivel mundial, en América Latina y el Ecuador los resultados demuestran que el difícil acceso a los servicios de salud y a los métodos se asocia a un riesgo elevado de gestación en la adolescente.

En un estudio que se realizó en adolescentes embarazadas que respondieron a una encuesta, refirieron no haber acudido a una entidad de salud, previamente a su gestación, por temor a que sus datos no fuesen confidenciales. Otras de las razones aducidas por las jóvenes para no acudir son que tenían miedo a la exploración ginecológica, tenían relaciones sexuales esporádicas y creían no necesitar anticoncepción⁴³.

i) Controversia entre su sistema de valores y el de sus padres

La censura que existe dentro de los núcleos familiares sobre el tener relaciones sexuales en la adolescencia, hace que exista poca comunicación sobre el tema dentro de la familia y el tabú hace que los adolescentes tengan una negación y poca información de la sexualidad.

Estrategia educativa

La educación de la sexualidad inicia desde el nacimiento dentro del grupo familiar y transcurre durante toda la vida en los sucesivos vínculos que establecen las personas al interactuar con diferentes grupos⁴⁴.

Pero cuando no se ha logrado el suficiente conocimiento, por el paso de las diferentes etapas de la vida incluyendo la adolescencia, se realizan acciones a través de estrategias, llevándose a cabo programas educativos.

Existen evidencias de los impactos positivos de la educación integral de la sexualidad en el comportamiento sexual de adolescentes: postergación de la iniciación de las relaciones sexuales, el uso eficaz de anticonceptivos y la disminución de parejas sexuales y la construcción de un proyecto de vida⁴⁵.

2.5 Hipótesis

H₀: El conocimiento sobre sexualidad no influye en el riesgo de embarazo de las adolescentes.

H₁: El conocimiento sobre sexualidad influye en el riesgo de embarazo de las adolescentes.

2.6 Señalamiento de variables de la hipótesis

Variable independiente: Conocimiento sobre sexualidad.

Variable dependiente: Embarazo en las adolescentes.

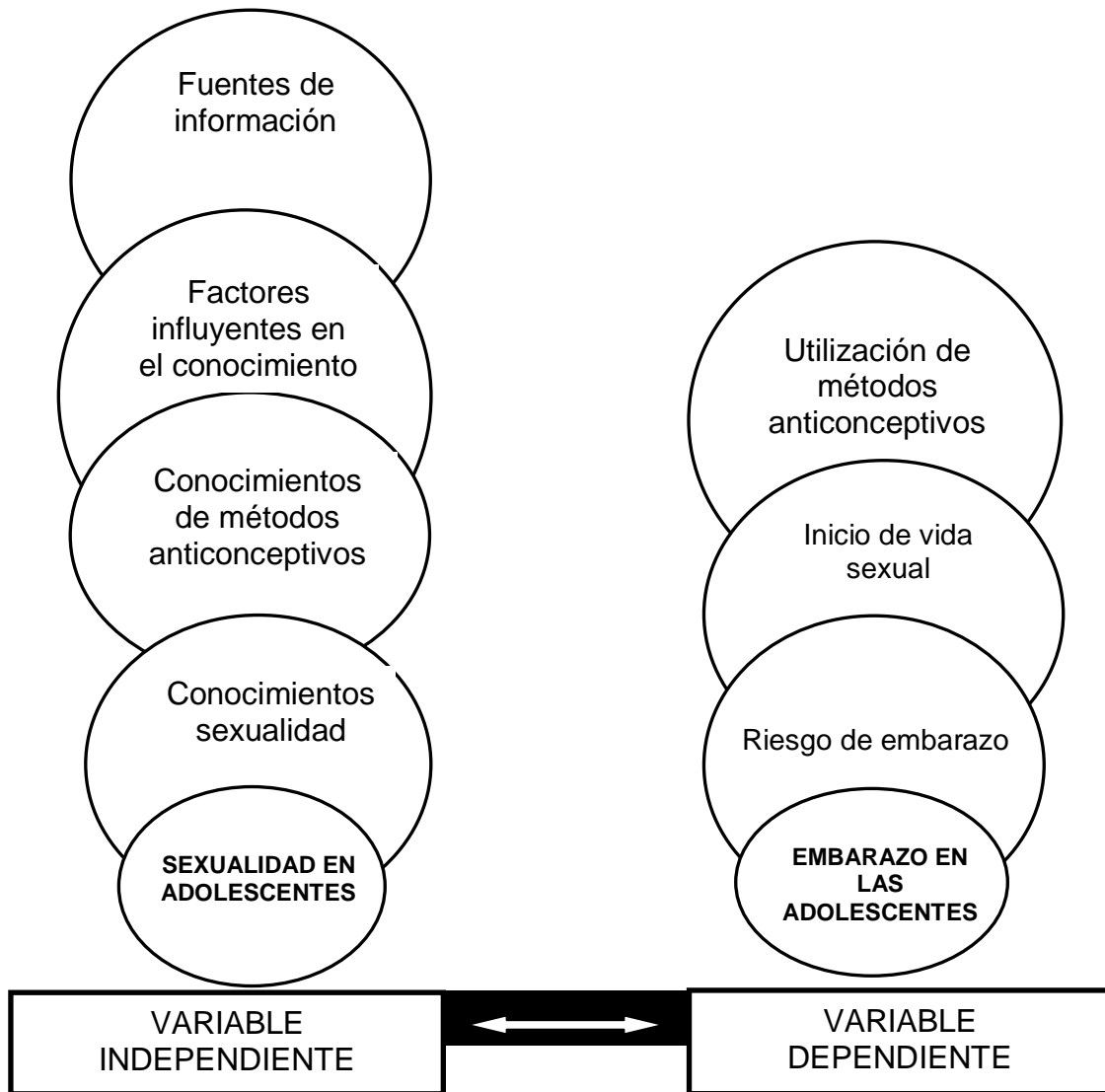
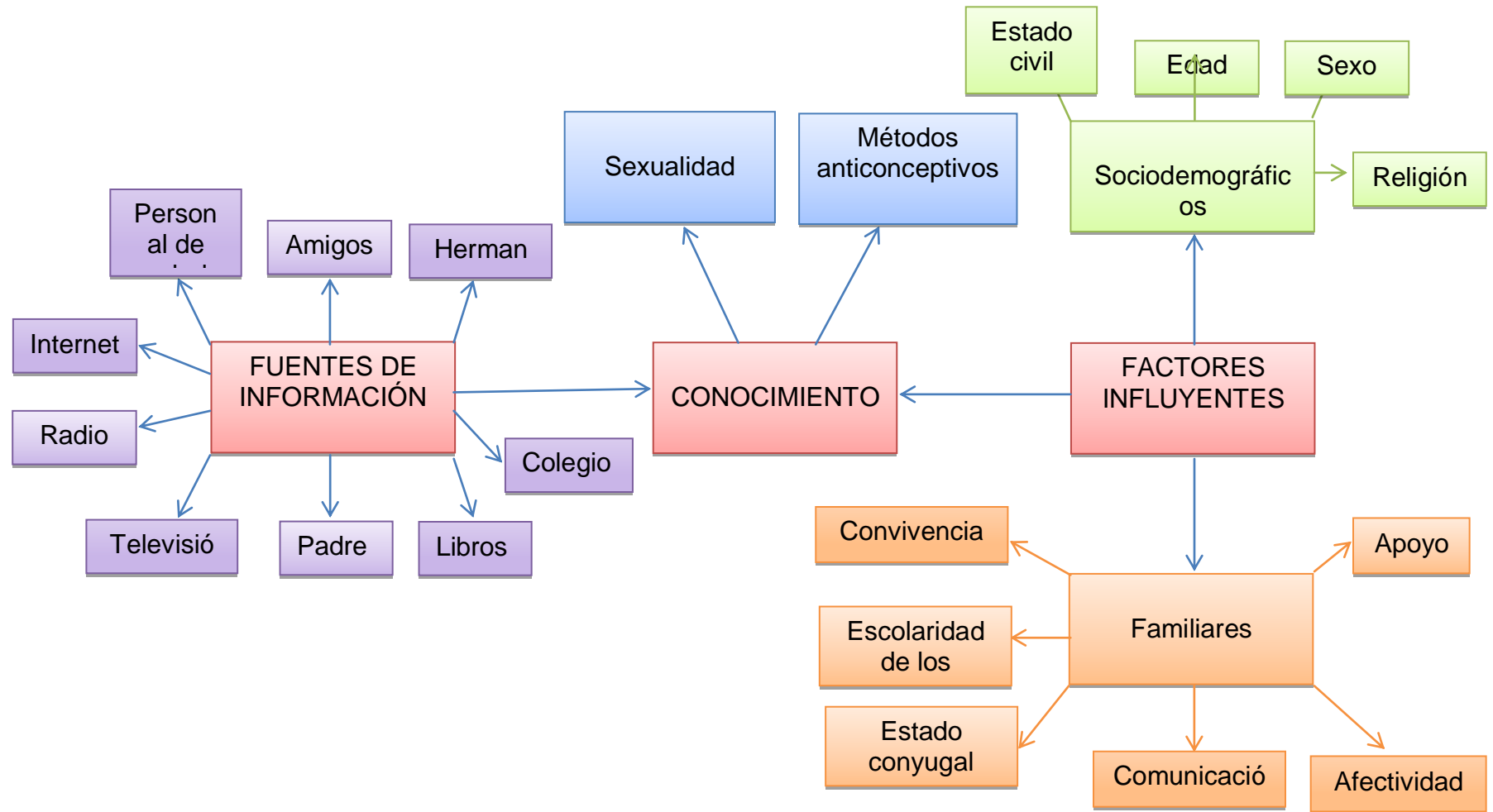


Gráfico N°1: Categorías fundamentales
Elaborado por: Carmina Alexandra García Macías

VARIABLE INDEPENDIENTE



CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

3.1 Enfoque

Se propuso un estudio con enfoque cualitativo y cuantitativo; es cualitativo ya que pretende establecer cómo los conocimientos sobre sexualidad influyen en el embarazo de adolescentes y es cuantitativo porque permite realizar el análisis estadístico de las encuestas.

3.2 Modalidad básica de investigación

Se realizó una investigación de campo, porque se ejecutó en la comunidad mediante la aplicación de encuestas anónimas.

3.3 Tipo de investigación

Es una investigación descriptiva, observacional de corte transversal.

3.4 Población y muestra

El universo estuvo constituido por 111 adolescentes comprendidos entre 15 a 19 años pertenecientes al EU 23 del cantón Latacunga.

Criterios de inclusión

- Adolescentes de 15 a 19 años del EU23 que acepten la participación voluntaria en el estudio y firmado el consentimiento informado por su representante legal (Anexo 1).

Criterios de exclusión

- Adolescentes que durante el tiempo de la investigación realicen cambio de domicilio, o tengan limitaciones cognitivas

Criterios éticos

Con la finalidad de preservar el anonimato de los encuestados se procedió a atribuir a cada encuesta un código alfanumérico, y su autonomía quedó protegida por la implementación de un acta de consentimiento informado, que lo exonera de ningún tipo de consecuencias por el ejercicio de su derecho a no participar. Se observó los principios de beneficencia, por la finalidad y propósito del estudio que se rewertió en beneficio de los mismos adolescentes y de no maleficencia por cuanto no se desprendieron de esta intervención consecuencias negativas a su salud, por lo que se clasificó como una investigación sin riesgo, ya que no se realizó ninguna intervención o modificación de ninguna variable del estudio.

3.5 Operacionalización de las variables

Tabla 1: Variable independiente. Conocimientos sobre sexualidad: Conjunto de ideas, conceptos enunciados que ayudan a una mejor comprensión de la sexualidad. Grado de entendimiento e información sobre sexualidad.

DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ITEMS	TÉCNICA/ INSTRUMENTO
Conocimientos sobre Sexualidad	Cualitativa nominal politómica	1. Muy pocos 2. Pocos. 3. Regulares 4. Suficientes 5. Muchos	¿Qué conocimientos posee sobre sexualidad?	Encuesta / Cuestionario
Información sobre sexualidad	Cualitativa ordinal	1. Muy pocos 2. Pocos. 3. Regulares 4. Suficientes 5. Muchos	¿Qué información ha alcanzado sobre sexualidad?	
Conocimientos sobre métodos anticonceptivos	Cualitativa ordinal	1. Muy pocos 2. Pocos 3. Regulares 4. Suficientes 5. Muchos	¿Qué conocimientos posee sobre métodos anticonceptivos?	
Tipos de métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal politómica	1. Orales 2. Inyectables 3. Preservativo (condón) 4. Método del ritmo 5. DIU (T de cobre) 6. Ligadura de trompas 7. Vasectomía	¿Cuáles métodos anticonceptivos conoce?	
Fuentes de información	Cualitativa nominal politómica	1. Padres 2. Amigos (pares). 3. Hermanos 4. Personal de salud 5. Colegio 6. Radio. 7. Televisión 8. Internet	¿Cuáles fuentes de información utiliza para conocer sobre sexualidad?	

Tabla 2: Variables: Factores sociodemográficos y familiares: son las características o atributos que le confieren al individuo sobre su persona y el entorno.

DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ITEMS	TÉCNICA/ INSTRUMENTO
Demográficos				Encuesta / Cuestionario
Edad	Cuantitativa continua	15 – 19 años	¿Cuántos años posee en el momento de la investigación?	
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino Femenino	¿Cuál es su sexo?	
Sociales	Cualitativa Nominal Politómica	Católico Evangelista Testigo de Jehová Protestante Ninguna / Otras	¿Qué religión práctica?	
Religión				
Estado civil	Cualitativa Nominal Politómica	Soltero Casado Unión libre	¿Qué estado civil posee?	
Familiares	Cualitativa Nominal Politómica	Solos Padres Amigos Familiares	¿Con quienes convive?	
Convivencia				
Escolaridad de los padres	Cualitativa Nominal Politómica	Educación Básica Bachillerato Superior	¿Qué escolaridad poseen los padres?	
Estado conyugal de los padres	Cualitativa Nominal Dicotómica	Casados Divorciados	¿Cuál es el estado conyugal de los padres?	
Comunicación	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	¿Tiene comunicación con sus padres?	
Afectividad	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	¿Sus padres le brindan afecto?	
Apoyo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	¿Recibe apoyo de sus padres?	

Tabla 3: Variable dependiente. Embarazo de las adolescentes: Período de gravidez en mujeres entre 10 a 19 años.

DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ITEMS	TÉCNICA / INSTRUMENTO
Riesgo de embarazo.	Cualitativa nominal politómica	1. Una semana antes de la menstruación. 2. Una semana después de la menstruación. 3. Durante la menstruación. 4. Quince días luego de la menstruación.	¿En qué tiempo puede se puede quedar embarazada?	Encuesta/ Cuestionario
Inicio de vida sexual.	Cuantitativa continua	Años cumplidos.	¿A qué edad tuvo inició su vida sexual?	
Utilización de métodos anticonceptivos.	Cualitativa nominal dicotómica	1. Si 2. No	¿Cuál método anticonceptivo utiliza para no salir embarazada?	
Relaciones sexuales.	Cualitativa nominal dicotómica	1. Si 2. No	¿Mantiene actualmente relaciones sexuales?	

Fuente: Encuesta

Realizado por: Carmina Alexandra García Macías

3.6 Plan de recolección de la información

Diseño de instrumento

Para la elaboración de los ítems del cuestionario de la encuesta (Anexo 2) se revisaron instrumentos similares disponibles en la literatura médica a través de una búsqueda en bases de datos internacionales con los descriptores: «educación sexual AND adolescente», «conocimientos sexuales», «adolescente». Para la selección de los ítems se valoró la adecuación al contexto cultural y sanitario.

Se tuvieron en cuenta las dimensiones más importantes encontradas, así como las que indicaron los expertos. Los criterios para la selección de expertos para esta fase del desarrollo del cuestionario fueron: experiencia clínica, conocimientos en prevención y promoción de la salud, y conocimientos en metodología de investigación.

Técnicas e instrumentos

Las técnicas que se empleó fue la encuesta mediante la aplicación de un cuestionario.

Validación

Se realizó la validación del contenido mediante consulta a cinco expertos para evaluar la adecuación de cada ítem al entorno cultural y sanitario.

Se aplicó una prueba piloto con el fin de valorar la comprensión, la aceptabilidad y el tiempo de cumplimiento del cuestionario a 30 adolescentes que acudieron a la consulta médica por demanda espontánea y que no pertenecen a la población objeto de estudio.

Recolección de información

Los datos primarios se obtuvieron de los adolescentes en el trabajo de campo con la aplicación del cuestionario por la investigadora. Cada encuesta fue anónima y tuvo un identificador alfanumérico para su procesamiento.

Se realizó una encuesta con 28 preguntas; donde se abordaron las características demográficas, interrogantes sobre el conocimiento acerca de la sexualidad y métodos anticonceptivos, así como factores sociales y familiares de los adolescentes del estudio (Anexo 3), utilizando preguntas abiertas, cerradas y mixtas.

Plan de procesamiento de la información

Los datos fueron llevados a una hoja de cálculo de Excel desde el programa SPSS versión 20 donde se procedió a auditar la calidad e integridad de los mismos, se depuró errores y se procesaron los datos.

Análisis de la información estadística

La variable edad se expresó en mediana. Las variables cualitativas se analizaron en valores absolutos y relativos. Se realizó el análisis estadístico con el Chi cuadrado de Pearson, tomando como nivel de significancia $p < 0,05$.

Presentación de los resultados

Los resultados obtenidos se mostraron en tablas y gráficos estadísticos apropiados a cada tipo de variable y categoría en análisis. El informe final se redactó en el procesador de textos Microsoft Word y la presentación para la exposición y defensa en diapositivas de Microsoft PowerPoint.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación de los resultados

4.2 Interpretación de datos.

4.3 Análisis estadístico.

Análisis de la Encuesta

Se aplicó la encuesta a un total de 80 adolescentes del EU 23 – Latacunga, un total de 31 padres de familia no firmaron el consentimiento informado.

La totalidad de los adolescentes conviven con sus padres y su estado civil es soltero.

Tabla 4: Distribución de adolescentes por conocimientos sobre sexualidad según sexo. EU 23. Latacunga. 2015-2016.

Conocimientos sobre sexualidad	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	22	27,6	8	10,0	30	37,5
No	25	31,2	25	31,2	50	62,5
Total	47	58,8	33	41,2	80	100,0

Fuente: Encuesta

Realizado por: Carmina Alexandra García Macías

p= 0,04

4.1 Se aplicó la encuesta a 80 adolescentes del EU 23 Latacunga encontrándose en relación a la distribución un predominio del sexo masculino sobre el femenino con un 58,8% y 41,2% respectivamente.

En correspondencia a la frecuencia total, la cifra máxima alcanzada fue para los que no tienen conocimientos sobre sexualidad (50) para un 62,5%, comportamiento igual para ambos sexos (31,2%), y los que si conocen estuvo presente en el 37,5%, predominando en los varones con un 27,6% sobre las hembras con el 10%.

4.2 En la investigación tanto en hombres como en mujeres predominan los que no tienen conocimientos sobre sexualidad, sin embargo, entre los que conocen prevalecen los varones cuyo resultado pudiera estar condicionado por un inicio más temprano de la vida sexual, quizás por la información proporcionada por la figura paterna en su empeño de transmitir sus experiencias.

Contrario a este resultado fue el alcanzado en Colombia en el año 2011 por Rengifo – Reina, Córdova Espiral, en el estudio sobre: “Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano”, donde se alcanzó niveles de conocimientos altos y muy altos⁴⁶.

4.3 El resultado obtenido tiene significancia estadística, pues la p valor se encuentra por debajo del nivel de significancia establecido para la investigación, lo cual se traduce como que el sexo está asociado con los conocimientos sobre sexualidad.

Tabla 5: Distribución de adolescentes por conocimientos sobre sexualidad según edad. EU 23 Latacunga. 2015-2016.

Edad	Conocimientos sobre sexualidad					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
15 años	1	1,2	13	16,2	14	17,4
16 años	8	10,0	14	17,6	22	27,6
17 años	14	17,6	21	26,2	35	43,8
18 años	6	7,5	2	2,5	8	10,0
19 años	1	1,2	0	0,0	1	1,2
Total	30	37,5	50	62,5	80	100,0

Fuente: Encuesta **Realizado por:** Carmina Alexandra García Macías **p=0,01**

4.1.1 En la tabla se representa el predominio de los que no tienen conocimientos (62,5%) alcanzando su valor máximo en la edad de 17 años (21) con un 26,2%, seguido de 16 años (17,6%) y 15 años (16,2%), y los que sí tienen conocimientos (37,5%) obtienen su valor superior en 17 años (17,6%), siguiendo en orden decreciente 16 años (10,0%) y 18 años (7,5%)

4.2.1 El resultado obtenido indica que la adolescencia en etapa intermedia se comportó de igual manera para los que tienen y no poseen conocimiento, predominando 17 años, continuando los de 16 años.

Similar resultado fue el registrado en la investigación realizada en Ecuador en el 2012, por León Contreras et al, donde no tenían conocimientos sobre sexualidad los adolescentes entre 16 y 18 años⁴⁷.

4.3.1 En el análisis estadístico el p valor calculado se encuentra por debajo de 0.05, indicando que los conocimientos sobre sexualidad están asociados con la edad, a mayor edad mayor conocimiento.

Tabla 6: Conocimientos sobre sexualidad y edad de inicio de vida sexual. EU 23.Latacunga. 2015-2016.

Edad de inicio de la vida sexual	Conocimiento sobre sexualidad					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
No vida sexual	4	5,0	19	23,8	23	28,8
12 años	1	1,2	2	2,6	3	3,8
13 años	1	1,2	7	8,8	7	10,0
14 años	6	7,5	13	16,3	19	23,8
15 años	11	13,7	3	3,9	14	17,6
16 años	5	6,2	5	6,2	11	12,4
17 años	1	1,2	1	1,2	2	2,4
18 años	1	1,2	0	0,0	1	1,2
Total	30	37,2	50	62,8	80	100,0

Fuente: Encuesta **Realizado por:** Carmina Alexandra García Macías **p=0,01**

4.1.2 De la totalidad de los adolescentes 37,2% tienen conocimientos sobre sexualidad, con un mayor porcentaje del inicio de las relaciones sexuales a los 15 años (13,7%), seguido de los 14 años (7,5%) y los 16 años (6,2%); mientras que 4 adolescentes (5%) con conocimientos han decidido no tener relaciones sexuales.

De los 50 adolescentes que no tienen conocimientos sobre sexualidad (62,8%), han iniciado su vida sexual a los 14 años (16,3%), seguido de los 13 años (8,8%) y 16 años (6,2%); el 23,8% no han iniciado la vida sexual.

4.2.2 Los resultados del estudio demuestran que el inicio de las relaciones sexuales en este grupo de adolescentes fue entre las edades de 14 a 16 años, predominando a los 14 años, esto quiere decir que los adolescentes en su mayoría eligieron la adolescencia media para el inicio de su vida sexual,

imperando los que no tienen conocimiento sobre este tema, hecho que motiva a continuar educando a los jóvenes para lograr una sexualidad saludable y así evitar las consecuencias negativas en este ciclo de vida, en sus familias y en la sociedad, se deduce que la sexualidad está iniciando a edades cada vez más precoz.

El proyecto CERCA (Cuidado de la Salud Reproductiva para Adolescentes Enmarcado en la Comunidad) estudio financiado por la Unión Europea, realizó en el 2011 en Ecuador una encuesta en el cantón Cuenca a 3300 adolescentes de entre 12 y 18 años, concluyendo que el promedio de inicio de las relaciones sexuales era de 15 años para las mujeres y 14 para los varones⁴⁸.

Con igual resultado estuvo el estudio de González E, et al, en el año 2015 sobre: “Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas”; efectuada en 1232 adolescentes entre 12 a 19 años, donde el promedio de edad de inicio de la vida sexual fue de 15 años⁴⁹.

4.3.2 El análisis muestra significancia estadística con una $p= 0,012$ que indica que existe asociación entre el conocimiento sobre sexualidad y la edad de inicio de la vida sexual.

Tabla 7: Conocimientos sobre métodos anticonceptivos e inicio de la vida sexual EU 23. Latacunga. 2015-2016.

Conocimientos de métodos anticonceptivos	Inicio de vida sexual					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Muy pocos	7	8,7	3	3,8	10	12,5
Pocos	20	25,0	13	16,2	33	41,2
Regulares	25	31,2	6	7,5	31	38,7
Suficientes	3	3,8	1	1,3	4	5,1
Muchos	2	2,5	0	0,0	2	2,5
Total	57	71,2	23	28,8	80	100,0

Fuente: Encuesta **Realizado por:** Carmina Alexandra García Macías **p= 0,40**

4.1.3 De los 57 adolescentes (71,2%) han iniciado la vida sexual, el 31,2% tienen regulares conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, seguido del 25% que tienen pocos y el 8,7% muy pocos.

De los 23 adolescentes (28,8%) que no han iniciado su vida sexual, en orden decreciente el 16,2% tienen pocos conocimientos, el 7,5% son regulares y el 3,8% muy pocos conocimientos sobre los métodos anticonceptivos.

4.2.3 El resultado obtenido hace evidente que no existe conocimiento suficiente sobre los métodos anticonceptivos, se comportan de igual manera los que tienen vida sexual activa como los que no la han iniciado aún.

Si el adolescente no conoce las opciones que existen para determinar que método anticonceptivo pudiera usar, lógicamente está expuesto no solo a contraer una ITS, sino también a un embarazo que troncharía su proyecto futuro.

Concuerta con este resultado el estudio de Puentes Rizo et al, en el año 2012 en Cuba sobre: "Sexualidad en adolescentes de la secundaria básica

“Viet Nam”, donde se registró la existencia de pocos conocimientos sobre los métodos anticonceptivos⁵⁰.

4.3.3 La $p = 0,40$, no es estadísticamente significativa, es decir, no existe asociación entre iniciar la vida sexual y el uso de métodos anticonceptivos.

Tabla 8: Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y utilización en la primera relación sexual. EU 23. Latacunga. 2015-2016.

Conocimiento de métodos anticonceptivos	Utilización en la primera relación sexual			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Muy pocos	0	0,0	10	12,5
Pocos	8	10,0	25	31,2
Regulares	16	20,0	15	18,8
Suficientes	4	5,0	0	0,0
Muchos	2	2,5	0	0,0
Total	30	37,5	50	62,5

Fuente: Encuesta **Realizado por:** Carmina Alexandra García Macías **p= 0.01**

4.1.4 El 37,5% de los adolescentes han utilizado un método anticonceptivo en la primera relación sexual con predominio de conocimientos regulares (20%) sobre los métodos anticonceptivos y el 62,5% no lo han utilizado con mayor porcentaje en el de pocos conocimientos (31,2%).

4.2.4 El resultado obtenido nos pone en alerta sobre la poca percepción del riesgo de embarazo que tienen los adolescentes del estudio, es proporcional con el escaso conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, lo que conlleva a prácticas sexuales desprotegidas. No se debe reprimir la sexualidad, pero los adolescentes deben experimentarla con límites para que no aparezcan graves consecuencias.

Existe diferencia con la investigación de García E, et al, realizada en el año 2015 sobre “Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes”, en el que encontraron que el 10.5% no utilizó ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual⁵¹. En otro estudio actual, de Teva I, et al, en el 2013 sobre: “Análisis de la conducta sexual en los adolescentes” observaron que el 16.2% de los varones y el 13.9% de las mujeres no utilizaron el preservativo en la primera relación sexual, y el 33.5% de los varones y el 38.4% de las mujeres hicieron un uso inconsistente del preservativo en las relaciones sexuales vaginales mantenidas en los dos últimos meses⁵².

4.3.4 Es estadísticamente significativo el valor de p que indica que existe una dependencia entre el conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su utilización en la primera relación sexual.

Tabla 9: Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y causa de no utilizarlos. EU 23. Latacunga. 2015-2016.

Conocimientos de métodos anticonceptivos	Causa de no utilizar métodos anticonceptivos en la primera relación sexual							
	No ha iniciado vida sexual		No lo creí necesario		Fue un encuentro no planeado		Mi pareja no lo aceptó	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Muy pocos	0	0,0	3	3,7	7	8,7	0	0,0
Pocos	11	13,8	7	8,7	12	15,0	3	3,7
Regulares	11	13,8	4	5,0	14	17,4	2	2,5
Suficientes	1	1,2	1	1,3	1	1,3	1	1,3
Muchos	0	0,0	0	0,0	1	1,3	1	1,3
Total	23	28,8	15	18,8	35	43,8	7	8,8

Fuente: Encuesta **Realizado por:** Carmina Alexandra García Macías **p=0.26**

4.1.5 De acuerdo a las causas de no utilizar métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, el 43,8% de los adolescentes refiere haber sido un encuentro no planeado, el 18,8% no lo creyó necesario y el 8,8% dice que su pareja no lo aceptó.

De los que alcanzaron el mayor porcentaje (encuentro no planeado), se registraron las frecuencias superiores (14), tenían conocimientos regulares (45,2%), con pocos (12) con un 36,4%.

4.2.5 Es evidente que aunque el conocimiento es poco sobre los métodos anticonceptivos, las causas que exponen de no utilizarlos dejan visualizar de forma clara que la sexualidad que llevan los adolescentes del estudio es poco responsable.

Diferente es el estudio de Della M, en el año 2015, “Uso de métodos anticonceptivos en relación con la información sexual en una muestra de adolescentes embarazadas”, donde identificó las características psicológicas y sociodemográficas de adolescentes embarazadas, escolarizadas, de 13 a 18 años de la ciudad de Buenos Aires, Argentina y se compararon con un grupo de jóvenes no embarazadas. En dicha investigación se recolectaron datos primarios a través de una encuesta que permitió analizar y comparar la relación entre los conocimientos de métodos anticonceptivos y su utilización en la primera relación sexual, teniendo como resultado que en el grupo de adolescentes no embarazadas, el 56.9% tenían conocimientos de métodos anticonceptivos y el 63.6% de ellas no utilizó método anticonceptivo en la primera relación sexual sin especificar la causa⁵³.

4.3.5 En el análisis la $p= 0,26$ no muestra significancia estadística, es decir no hay asociación entre el conocimiento de métodos anticonceptivos que tengan los adolescentes y la causa de no utilizarlos.

Tabla 10: Conocimientos sobre sexualidad y relaciones sexuales actuales. EU 23. Latacunga. 2015-2016.

Conocimientos sobre sexualidad	Relaciones sexuales actuales					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	17	21,2	13	16,3	30	37,5%
No	38	47,5	12	15,0	50	62,5%
Total	55	68,7	25	31,3	80	100,0%

Fuente: Encuesta **Realizado por:** Carmina Alexandra García Macías **p=0,07**

4.1.6 Del grupo de adolescentes que tienen conocimientos de sexualidad (37,5%), el 21,2% tiene relaciones sexuales actualmente y el 16,3% no las tiene. De los adolescentes que no tienen conocimientos sobre sexualidad (62,5%), el 47,5% tienen relaciones sexuales actualmente y el 15% no tienen.

4.2.6 Es importante destacar que predominan los jóvenes que mantienen actualmente relaciones sexuales y en su mayoría no conocen sobre la sexualidad, lo que constituye un factor de riesgo para contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y quizás de embarazos no deseados con sus consecuencias negativas en el ámbito personal, familiar y social, lo que refuerza la necesidad de realizar acciones educativas.

Castañó José, et al en su estudio “Conocimientos sobre sexualidad y prácticas sexuales en adolescentes de 8° a 11° en una institución educativa de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013” indica que el 91,8 % de los adolescentes ha tenido experiencias sexuales, de los cuales el 70,1 % fue con penetración⁵⁴.

4.3.6 El valor de $p= 0,07$ lo que prueba que no es estadísticamente significativa, o sea, que no existe asociación entre los conocimientos sobre sexualidad y el mantener relaciones sexuales actualmente.

Tabla 11: Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y relaciones sexuales actuales. EU 23. Latacunga. 2015-2016.

Conocimientos de métodos anticonceptivos	Relaciones sexuales actuales			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Muy pocos	9	11,3	1	1,2
Pocos	23	28,8	10	12,5
Regulares	18	22,5	13	16,3
Suficientes	4	5,0	0	0,0
Muchos	1	1,2	1	1,2
Total	55	68,8	25	31,2

Fuente: Encuesta **Realizado por:** Carmina Alexandra García Macías **p= 0,20**

4.1.7 El 68,8% de los adolescentes mantiene relaciones sexuales actualmente con un porcentaje de 28,8% en grupo de pocos conocimientos, luego el 22,5% en los de conocimiento regular y el 11,3% en muy pocos. No mantienen relaciones sexuales actuales el 31,2%.

4.2.7 Es importante indicar que son grupos vulnerables que no conocen sobre métodos anticonceptivos que les brinde protección segura para evitar un embarazo.

A diferencia de la encuesta nacional realizada en Chile en el 2012, se estimó que de los adolescentes con vida sexual activa un 99,1% declaró conocer al menos un método anticonceptivo⁵⁵.

4.3.7 La $p > 0,05$ por lo que no existe asociación entre los conocimientos sobre métodos anticonceptivos y el tener relaciones sexuales actualmente.

Tabla 12: Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y utilización actual de métodos anticonceptivos. EU 23. Latacunga. 2015-2016.

Conocimientos de métodos anticonceptivos	Método anticonceptivo actual					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Muy pocos	3	3,8	7	8,7	10	12,5
Pocos	13	16,2	20	25,0	33	41,2
Regulares	7	8,8	24	30,0	31	38,8
Suficientes	4	5,0	0	0,0	4	5,0
Muchos	0	0,0	2	2,5	2	2,5
Total	27	33,8	53	66,2	80	100,0

Fuente: Encuesta **Realizado por:** Carmina Alexandra García Macías **p=0,02**

4.1.8 Del grupo que utiliza un método anticonceptivo actual (33,8%) tiene pocos conocimientos sobre métodos anticonceptivos (16,2%), regulares (8,8%) y suficientes (5%). En los adolescentes que no utilizan ningún método el 30% tienen regulares conocimientos, el 20% pocos y el 8,7% muy pocos.

4.2.8 Estos resultados demuestran que se debe seguir trabajando para lograr cambiar indicadores de salud en cuanto a morbilidad por ITS y embarazos no deseados, pues por una parte no usan anticonceptivos a pesar de tener relaciones sexuales y por otra parte sus conocimientos son muy escasos.

4.3.8 En el análisis, la $p=0,02$ indica que es estadísticamente significativo; por lo que existe dependencia entre estas variables, mientras más es el conocimiento sobre anticonceptivo mayor es su uso actual para evitar el embarazo no deseado.

Tabla 13: Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y anticonceptivo que utiliza actualmente. EU 23. Latacunga. 2015-2016.

Conocimiento de métodos anticonceptivos	Anticonceptivo que utiliza actualmente							
	No utiliza		Hormonales		Preservativo		Naturales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy pocos	6	7,5	1	1,2	2	2,5	1	1,2
Pocos	19	23,8	0	0,0	8	10	6	7,6
Regulares	19	23,8	0	0,0	11	13,8	1	1,2
Suficientes	2	2,5	0	0,0	1	1,2	1	1,2
Muchos	2	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	48	60,1	1	1,2	22	27,5	9	11,2

Fuente: Encuesta **Realizado por:** Carmina Alexandra García Macías **p= 0,34**

4.1.9 El 60,1% de los adolescentes independiente del conocimiento que tiene de métodos anticonceptivos no los utiliza actualmente. El método anticonceptivo más utilizado es el preservativo o condón con un 27,5%, con predominio en el grupo de regulares conocimientos con un 13,8%. En segundo lugar se encuentran los anticonceptivos naturales específicamente el método del ritmo con un 11,2% con un porcentaje mayor en el grupo de pocos conocimientos con lo que es más probable que el método sea mal utilizado. En tercer lugar los anticonceptivos hormonales en este caso el inyectable con un 1,2%, siendo éste, un método discreto y fácil de utilizar por las adolescentes.

4.2.9 Del resultado obtenido la mayoría no utiliza método anticonceptivo alguno, continuando en orden decreciente el preservativo, esto se debe a la gran difusión realizada por el Ministerio de Salud Pública que es el único

método que protege del contagio de ITS y que se encuentran disponibles de manera gratuita en los dispensadores colocados en centros de salud y hospitales de la localidad, así como también por la publicidad particular donde son promocionados de diferente textura, olor, sabor y son de fácil adquisición.

Tanto los anticonceptivos naturales como los hormonales guardan relación directa con la prevención del embarazo dejando de lado el riesgo del contagio de infecciones de transmisión sexual.

Coincide el estudio realizado por Vega E, et al, en el año 2012 sobre. “Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes”, donde participaron 815 estudiantes (45,4% hombres y 54,6% mujeres), mediante la aplicación de un auto-informe, se observaron pocas diferencias entre las prácticas sexuales y la edad de inicio entre hombres y mujeres. El método elegido para usar en la primera relación sexual fue el preservativo en un 82,8%. Un 10,5% no usó ningún método y un 5,1% empleó la marcha atrás⁵⁶.

4.3.9 El valor de $p=0,34$ prueba que no existe significancia estadística, por lo que no están asociadas las variables conocimientos de anticonceptivos y tipo de anticonceptivo que utiliza en la actualidad.

Tabla 14: Conocimientos sobre el riesgo de quedar embarazada y utilización de métodos anticonceptivos actuales. EU 23. Latacunga. 2015-2016.

Conocimiento del riesgo de quedar embarazada	Utilización de método anticonceptivo actual					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	26	32,5	32	40	58	72,5
No	1	1,2	21	26,3	22	27,5
Total	27	33,7	53	66,6	80	100,0

Fuente: Encuesta **Realizado por:** Carmina Alexandra García Macías **p= 0,01**

4.1.10 El 72,5% conocen sobre el riesgo de quedar embarazada después de una relación coital, de los cuales el 32,5% utiliza un método anticonceptivo actualmente y el 40% no lo hace. El 27,5% no tienen conocimiento sobre el riesgo de quedar embarazada y el 1% de ellos utiliza anticonceptivos actualmente y el 26,3% no lo hacen.

4.2.10 Estos resultados ponen en alerta sobre la necesidad de intercambiar con los adolescentes para fomentar conductas responsables en cuanto a la sexualidad, a pesar de la percepción del riesgo de los adolescentes sexualmente activos, la mayoría no se protege.

En concordancia con este estudio Allen B, et al en la investigación “Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México” año 2013, refiere que más del 80% de las adolescentes que informaron haber iniciado vida sexual tiene conocimientos básicos sobre el riesgo de embarazo, 89% sabía que el condón sólo se puede emplear una vez y 82% tenía conocimiento de que el condón protege de infecciones de transmisión sexual y del embarazo. Entre las adolescentes que aún no habían iniciado su vida sexual hay bajos conocimientos sobre el

riesgo de embarazo, 86% sabía que sólo se puede usar una vez y 82% sabía que previene de ITS y del embarazo⁵⁷.

4.3.10 El análisis estadístico con una $p=0,01$ prueba que existe dependencia entre el conocimiento sobre el riesgo de quedar embarazada, y el uso de un método anticonceptivo en los adolescentes.

Tabla 15: Conocimientos sobre sexualidad y creencias religiosas. EU 23. Latacunga. 2015-2016.

Religión	Conocimientos sobre sexualidad					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Católica	23	28,8	39	48,7	62	77,5
Evangelista	1	1,2	0	0,0	1	1,2
Testigo de Jehová	0	0,0	3	3,8	3	3,8
Protestante	1	1,2	0	0,0	1	1,2
Ninguna	5	6,3	8	10,0	13	16,3
Total	30	37,5	50	62,5	80	100,0

Fuente: Encuesta **Realizado por:** Carmina Alexandra García Macías **p= 0,27**

4.1.11 De los adolescentes que tienen conocimientos sobre sexualidad (37,5%), se auto identificaron como católicos el 28,8%, seguido de los que no profesan ninguna religión con un 6,3%. En el grupo que no tienen conocimientos sobre sexualidad (62,5%), el 48,7% se identificaron como católicos, luego los adolescentes que no tienen religión con un 10%.

4.2.11 Según datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) en una encuesta realizada en los hogares ecuatorianos el 91,9% de la población afirma tener una religión, de los cuales el 80,4% pertenece a la religión católica, seguido por los evangelistas con el 11,3% y los testigos de Jehová un 1,29%⁵⁸. En la sociedad actual la religión ha

pasado a jugar un papel secundario con respecto a la sexualidad sobre todo en los adolescentes, quienes viven el momento dejando de lado la religión que profesan ellos o sus familias.

4.3.11 La $p > 0,05$ no es estadísticamente significativa, es decir, que la religión a la que pertenecen los adolescentes es independiente a los conocimientos de sexualidad.

Tabla 16: Influencia de las creencias religiosas y el inicio de la vida sexual. EU 23. Latacunga. 2015-2016.

Influencia de la religión	Inicio de vida sexual			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Nada	49	61,2	0	0,0
Poco	8	10	0	0,0
Bastante	0	0,0	14	17,5
Mucho	0	0,0	9	11,3
Total	57	71,2	23	28,8

Fuente: Encuesta **Realizado por:** Carmina Alexandra García Macías **p= 0,01**

4.1.12 Del grupo de adolescentes que ha iniciado su vida sexual se puede notar que la religión no influyó en nada (61,2%), continuando con poco (10%); mientras que en el grupo que no han iniciado su vida sexual las creencias religiosas han jugado un papel importante con un 28,8%.

4.2.12 Teva I, Bermúdez M, et al en su estudio sobre “Creencias religiosas y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes peruanos”, en el año 2014, con una muestra de 1501 estudiantes secundarios del Cuzco, Perú se concluyó que los adolescentes que no tenían ninguna afiliación religiosa tenían las puntuaciones más elevadas en actitudes positivas hacia el uso del preservativo; aquellos que hablaban a menudo con otras personas sobre sus

preocupaciones religiosas o espirituales tenían una menor actitud positiva hacia la sexualidad y el uso del preservativo que los que nunca hablaban y los adolescentes que nunca leían material religioso presentaban actitudes positivas más elevadas que las que leían algunas veces y a menudo⁵⁹.

4.3.12 El valor de $p < 0,05$ demuestra que hay significancia estadística, por lo que existe dependencia entre la influencia de la religión y el inicio de la vida sexual.

Tabla 17: Conocimientos sobre sexualidad y la escolaridad de los padres. EU 23. Latacunga. 2015 -2016.

Conocimientos sobre sexualidad	Escolaridad de los padres					
	Educación Básica		Bachiller		Superior	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	2	2,5	15	18,7	13	16,2
No	18	22,5	30	37,5	2	2,5
Total	20	25,0	45	56,2	15	18,7

Fuente: Encuesta **Realizado por:** Carmina Alexandra García Macías **p=0,01**

4.1.13 En el grupo de adolescentes con conocimientos sobre sexualidad el 18,7% de los padres son bachilleres, seguido del 16,2% con instrucción superior y el 2,5% con educación básica. En los adolescentes sin conocimientos sobre sexualidad el 37,5% de los padres son bachilleres, luego el 22,5% educación básica y tan solo el 2,5% estudios superiores.

4.2.13 La escolaridad de los padres es un factor considerado influyente sobre el conocimiento acerca de la sexualidad en los hijos, la mayoría de los padres del estudio son bachilleres, sin embargo prevalecen los que no tienen conocimientos, no aporta un resultado favorable el nivel instructivo, pudiera deducirse que la sexualidad continua considerándose un tabú dentro de la familia. Término ambiguo tienes que tomar una consideración

4.3.13 En el análisis estadístico se obtuvo un valor de p por debajo del nivel de significación establecido, lo que revela que los conocimientos sobre sexualidad dependen de la escolaridad de los padres.

Tabla 18: Padres divorciados y conocimientos sobre sexualidad. EU 23. Latacunga. 2015-2016.

Padres divorciados	Conocimientos sobre sexualidad					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	10	12,5	10	12,5	20	25,0
No	20	25,0	40	50,0	60	75,0
Total	30	37,5	50	62,5	80	100,0

Fuente: Encuesta **Realizado por:** Carmina Alexandra García Macías **p=0,18**

4.1.14 El 25% de los padres están divorciados, de los cuales los adolescentes en un 12,5% tienen conocimientos sobre sexualidad y en igual porcentaje no lo tienen. El 75% de los padres están casados y el 25% de los hijos tienen conocimientos sobre sexualidad y el 50% no lo tienen.

4.2.14 Concuera con el estudio de González E, et al, en el año 2013, “Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile”, realizado a 3210 adolescentes de ambos sexos entre 12 a 19 años donde concluyen que la no crianza por ambos padres no se asocia a los conocimientos sobre sexualidad y al inicio sexual temprano⁶⁰.

4.3.14 La $p > 0,05$ determina que no asociación entre los conocimientos sobre sexualidad y el estado civil de los padres.

Tabla 19: Comunicación con los padres y conocimientos sobre sexualidad. EU 23. Latacunga. 2015-2016.

Comunicación con los padres	Conocimientos sobre sexualidad					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	20	25	27	33,8	47	58,8
No	10	12,5	23	28,7	33	41,2
Total	30	37,5	50	62,5	80	100,0

Fuente: Encuesta **Realizado por:** Carmina Alexandra García Macías **p= 0,26**

4.1.15 El 58,8% de los adolescentes refieren tener comunicación de los padres, de ellos, el 25% tienen conocimientos sobre sexualidad y el 33,8% no lo tienen.

El 41,2% no tienen buena comunicación con sus padres de los cuales el 12,5% tienen conocimientos sobre sexualidad y el 28,7% no lo tienen.

4.2.15 Los estudios han evidenciado que muchas veces teniendo una comunicación transparente con los hijos no se habla de sexo. Es cierto que a veces los padres se preocupan de no tener este tipo de comunicación con sus hijos temiendo a estimular las experiencias sexuales tempranas,

Sin embargo según las literaturas revisadas los adolescentes que mantienen comunicación abierta con sus padres tienen menos posibilidad de presentar embarazos en esta edad, además ha sido vinculada con la disminución del riesgo de ITS.

Discrepa con el resultado de la investigación realizada en Cuba en el año 2011, por Domínguez, sobre: Influencia de la familia en la sexualidad

adolescente, obteniéndose que el 57% tiene inadecuada comunicación con sus padres⁶¹.

4.3.15 El análisis estadístico indica que no hay significancia estadística ($p = 0,26$), por lo que existe independencia entre la comunicación con los padres y los conocimientos sobre sexualidad.

Tabla 20: Afectividad con los padres y conocimientos sobre sexualidad. EU 23. Latacunga. 2015-2016.

Afectividad de los padres	Conocimientos sobre sexualidad					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	19	23,8	23	28,7	42	52,5
No	11	13,7	27	33,8	38	47,5
Total	30	37,5	50	62,5	80	100,0

Fuente: Encuesta **Realizado por:** Carmina Alexandra García Macías **p= 0,13**

4.1.16 El 52,5% de los adolescentes refiere sentir afectividad de sus padres, de los cuales el 23,8% tiene conocimientos sobre sexualidad y el 28,7% no tiene conocimientos. El 47,5% no refiere afectividad de sus padres, de ellos, el 13,7% tiene conocimientos sobre sexualidad y el 33,8% no lo tiene.

4.2.16 La afectividad que ofrecen los padres a sus hijos adolescentes siempre interviene como un factor protector, casi similar comportamiento tienen los que reciben afecto y los que no de sus progenitores, y no tiene influencia favorable en el conocimiento.

4.3.16 El valor de $p= 0,13$ no es estadísticamente significativo lo que prueba que existe independencia entre los conocimientos sobre sexualidad y la afectividad de los padres.

Tabla 21: Apoyo de los padres y conocimientos sobre sexualidad. EU 23. Latacunga. 2015-2016.

Apoyo de los padres	Conocimientos sobre sexualidad					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	16	20,0	20	25,0	36	45,0
No	14	17,5	30	37,5	44	55,0
Total	30	37,5	50	32,5	80	100,0

Fuente: Encuesta **Realizado por:** Carmina Alexandra García Macías **P=0,24**

4.1.17 El 45% de los adolescentes refiere tener el apoyo de sus padres, con un porcentaje del 20% que tienen conocimientos sobre sexualidad y el 25% de los que no tienen. El 55% dice no tener apoyo de sus padres de los cuales tienen conocimientos sobre sexualidad el 17,5% y el 37,5% no tienen.

4.2.17 Según el resultado obtenido hay similitud entre los que son apoyados y no por los padres, aunque prevalece este último, pero no existe intervención a favor del conocimiento de este indicador.

4.3.17 La $p > 0,05$, no es estadísticamente significativa lo que prueba independencia entre el apoyo familiar y los conocimientos sobre sexualidad.

Tabla 22: Fuentes de información sobre sexualidad y necesidad de ampliar conocimientos. EU 23.Latacunga. 2015-2016.

Fuente de información sobre sexualidad	Necesidad de ampliar conocimientos					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Padres	11	20,4	2	8,0	13	16,5
Amigos	35	64,8	16	64,0	51	64,6
Hermanos	7	13,0	3	12,0	10	12,7
Internet	44	81,5	23	92,0	67	84,8
Libros	6	11,1	1	4,0	7	8,9
Personal de salud	15	27,8	6	24,0	21	26,6
Radio	4	7,4	3	12,0	7	8,9
Televisión	5	9,3	5	20,0	10	12,7
Colegio	10	18,5	5	20,0	15	19,0

Fuente: Encuesta **Realizado por:** Carmina Alexandra García Macías **p=0,24**

4.1.18 El 84,8% de los adolescentes tiene como principal vía de información sobre sexualidad al internet, el 64,6% recibe la información de los amigos y el 26,6% tiene la información por parte del personal de salud y de los padres el 16,5%.

4.2.18 Los adolescentes que reciben la información del internet y de los amigos o pares puede ser una información errónea o mal interpretada, el personal de salud debe continuar fomentando información confiable a los adolescentes con calidad y calidez.

Datos diferentes se exponen en la investigación de Cabrera A, et al “Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para

jóvenes y adolescentes”; donde al indagar sobre los medios de comunicación masivos que más han influido en su educación sexual, se observó que la televisión fue la seleccionada por más de la mitad de los encuestados, y cerca del 50 % se refirió a la madre como la persona que más había influido en la orientación de su educación sexual⁶². De igual manera la realizada por Ruíz Canela et al en el año 2012 en El Salvador, donde la principal fuente de información fueron los padres (37%), continuando los amigos (33%), hermanos (17%) e internet (13%)⁶³.

4.3.18 El p valor resultó mayor que 0.05, por lo que no es estadísticamente significativo, demostrando que es independiente la fuente de información sobre sexualidad de los adolescentes y la necesidad de ampliar sus conocimientos del tema.

En términos generales predomina el desconocimiento sobre sexualidad y métodos anticonceptivos en los adolescentes de la investigación, resulta de especial relevancia que más de la mitad lleva una vida sexual activa y sin protección alguna, aun cuando tienen percepción del riesgo de embarazo, iniciando sus relaciones sexuales tempranamente y no poseen el conocimiento suficiente para asumir la sexualidad de forma responsable.

La familia es considerada esencial en el proceso educativo, es guía y orientadora y a pesar de encontrar factores que pudieran actuar como protectores, no existe influencia favorable en cuanto al conocimiento, pues dentro de las fuentes de información por la que los jóvenes se nutren sobre este tema, la familia ha pasado al último plano.

Los hallazgos indican que es necesario realizar una intervención educativa de forma inmediata para lograr cambios comportamentales en estos adolescentes, lo que implica, por los resultados alcanzados, incorporar conocimientos sobre sexualidad al joven y a su familia, desde la Atención Primaria de Salud.

4.2 Verificación de la hipótesis

H₀: “El conocimiento sobre sexualidad no influye en el riesgo de embarazo de las adolescentes”

H₁: “El conocimiento sobre sexualidad influye en el riesgo de embarazo de las adolescentes”.

El estadístico seleccionado para probar la hipótesis fue el Chi cuadrado de Pearson, para relacionar las variables y determinar si existía asociación entre las mismas. Las variables con $p < 0,05$, o sea, con significación estadística fueron: los conocimientos sobre la sexualidad estuvieron asociados al sexo, a la edad, el haber iniciado la vida sexual y la escolaridad de los padres.

Los conocimientos sobre métodos anticonceptivos se encontraron asociados estadísticamente también con una $p < 0,05$ a la utilización de método en la primera relación sexual y uso actual. Otra relación de variables estadísticamente significativas fueron los conocimientos del riesgo de quedar embarazada y la utilización de método anticonceptivo. Por último la influencia de la religión estuvo asociada a los que no han comenzado su vida sexual.

Las variables que no son estadísticamente significativas con una $p > 0,05$ fueron: los conocimientos sobre sexualidad no estuvieron asociados a tener relaciones sexuales actuales, a la religión, estado civil, comunicación, afectividad y apoyo de los padres. Las fuentes de información no estuvieron asociadas a la necesidad de ampliar los conocimientos sobre sexualidad.

Mayoritariamente todas las variables relacionadas fueron estadísticamente significativas y en las que no resultaron se mostraron porcentajes elevados en los adolescentes con relaciones sexuales sin conocimientos sobre sexualidad indicando conductas propicias que se consideran un riesgo de

embarazo en las adolescentes por lo que se considera probada la hipótesis de la investigación.

Tomando en cuenta estos resultados se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna que indica que el conocimiento sobre sexualidad influye en el riesgo de embarazo de las adolescentes; por esta razón se necesita capacitar a los adolescentes sobre conocimientos de sexualidad y logren tomar decisiones responsables y preventivas.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

Luego del proceso de análisis de los resultados se concluye que en los adolescentes predominaron los que no tienen conocimiento sobre sexualidad, con un comportamiento igual para ambos sexos, prevaleciendo este resultado en los adolescentes de 15 – 17 años, que iniciaron su vida sexual a los 14 años.

Sobre los métodos anticonceptivos más de la mitad de los adolescentes no tuvieron buenos conocimientos, registrándose que gran parte de los adolescentes no lo utilizaron en la primera relación sexual, prevaleciendo como causa un encuentro no planeado, actualmente casi la totalidad mantienen relaciones sexuales y a pesar de que tienen percepción del riesgo de quedar embarazadas predominan los que no se protegen.

La mayoría practican la religión católica y los que no han iniciado su vida sexual estuvieron influenciados por la religión.

En relación a los padres predominan: los que poseen un nivel instructivo de bachiller, mantienen unión matrimonial, buena comunicación y afecto, sin embargo no influyó en el conocimiento sobre la sexualidad, por el contrario el apoyo recibido se comportó bajo.

La fuente de información más utilizada fue el internet y los amigos, la mayoría tiene la necesidad de ampliar sus conocimientos.

RECOMENDACIONES

Desarrollar acciones para garantizar el acceso de los adolescentes a las consultas de atención integral para recibir información y educación sobre sexualidad, incluyendo el alcance a los preservativos.

Aplicar programas enfocados hacia el conocimiento y conducta frente a la sexualidad, estimulando comportamientos saludables, involucrando al sistema educacional y la familia.

Promover en los padres de los adolescentes información sobre sexualidad para que les permita guiar adecuadamente a sus hijos.

Fomentar a través de los medios de comunicación local información sobre la prevención del embarazo en la adolescencia.

CAPÍTULO 6

PROPUESTA

6.1 Datos informativos

Título: Implementación de una estrategia educativa sobre sexualidad y métodos anticonceptivos en los adolescentes, del EU 23 Latacunga.

Institución ejecutora: Junta parroquial EU 23 Latacunga, comité local de salud, EAIS del sector.

Beneficiarios: Adolescentes, padres de familia, comunidad del EU 23 Latacunga.

Ubicación: EU 23 Latacunga, parroquia Ignacio Flores.

Responsables: Dra. Carmina García, investigadora y responsable del EAIS, comité local de salud.

Tiempo estimado de la ejecución: 6 meses

6.2 Antecedentes de la propuesta

En investigación efectuada en los adolescentes de 15 a 19 años del EU 23 Latacunga, indica que el 62,5% no tienen conocimientos sobre sexualidad y en la gran mayoría son pocos los conocimientos sobre métodos anticonceptivos. El internet fue la principal fuente de información, se constituye una herramienta con muchas ventajas pero a la vez peligrosa, tiene ventajas por los datos educativos pero también existen aquellos con poca o sin evidencia científica, que resultan dañinos sin tener un apropiado

control; seguido de la información que le dan los amigos que puede ser una información errada o mal interpretada; lamentablemente la información del tema por parte de los padres es muy baja ya que para muchos de ellos todavía sigue considerado como un tabú.

La comunicación, la afectividad y el apoyo de los padres no tienen relación significativa con los conocimientos sobre sexualidad que tienen los adolescentes ya que estos conceptos están basados en salud, social y económico más no en este tema.

Los adolescentes manejan conceptos de sexualidad desde el plano biológico y reproductivo ya que consideran que hablar de sexualidad es tener relaciones sexuales o lo enfocan a la reproducción, que no visualizarla en forma integral, por lo que es importante proponer una intervención donde mediante técnicas educativas como grupos focales, video debates, talleres se brinde una información certera, veraz, adecuada y oportuna a los adolescentes para que tomen decisiones responsables sobre la sexualidad.

6.3 Justificación

En la actualidad el embarazo de las adolescentes ha cobrado importancia debido a su incremento progresivo al pasar los años y porque se presentan cada vez en edades más tempranas.

Los resultados de las encuestas muestran que un tercio de los adolescentes estudiados tienen pocos conocimientos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos basados fundamentalmente en el plano biológico y reproductivo lo que trae como consecuencia que tomen decisiones erróneas y apresuradas dejando de lado su protección e incrementando los riesgos a los que están expuestos siendo uno de ellos y el de mayor relevancia el embarazo no deseado en la adolescencia por lo que es necesario que se realice una intervención educativa donde los adolescentes del EU23

Latacunga serán los beneficiarios directos que a su vez en el futuro se convertirán en promotores de salud en sus familias, colegios y comunidad evitando que existan crisis para-normativas dentro del núcleo familiar e incentivándolos para que tomen decisiones oportunas y correctas.

La implementación de programas educativos con participación comunitaria propicia la movilización social, comprometiendo a un gran número de personas para la acción, permitiendo cambios medibles de comportamientos entre audiencias específicas, que se basen en sus necesidades, realizando intervenciones planificadas e intersectoriales que combinen la información, educación y procesos motivacionales favoreciendo así a la disminución del embarazo en adolescentes.

6.4 Objetivos

6.4.1 Objetivo general

Elevar el nivel de conocimiento sobre sexualidad y métodos anticonceptivos a través de la estrategia educativa diseñada para los adolescentes del EU 23 Latacunga, involucrando a la familia y la comunidad.

6.4.2 Objetivos específicos

- Capacitar a los adolescentes sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, fomentando en los padres conocimientos para guiar correctamente a sus hijos.
- Evaluar los conocimientos y las actitudes de los adolescentes relacionados a la sexualidad después de la intervención educativa.

6.5 Análisis de factibilidad

6.5.1. Político

Las políticas actuales de salud y sexualidad, manifiestan como un derecho de los adolescentes la educación sexual y la atención en salud sexual y reproductiva, por lo que esta propuesta está en total concordancia con la política nacional de salud y con lo que establece la Constitución de la República sobre los derechos de la población y de los adolescentes en los artículos 42 y 43²⁶.

La promoción en salud es un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas, se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente⁶⁴.

6.5.2. Socio cultural

Actualmente el embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública de interés a nivel social, cultural, de salud, de la comunidad, familiar por lo que en forma conjunta y de manera activa deben colaborar para cumplir con el buen vivir y los objetivos del milenio.

El educar a los adolescentes genera mejores conocimientos y medios para disminuir la carga social que en la actualidad representa el embarazo en esta época de la vida⁶⁵.

6.5.3. Técnico

Se cuenta con el personal idóneo y capacitado para realizar la intervención, además existe el apoyo de la junta parroquial y el comité local de salud del sector.

6.6 Fundamentación

En un estudio realizado por Trujillo M, et al, en el año 2014 sobre “Intervención educativa sobre el conocimiento de factores de riesgo del embarazo en la adolescencia”, realizado en 68 adolescentes a quienes se les aplicó un cuestionario antes y después del programa educativo con las variables: conducta sexual, inicio de las relaciones sexuales, edad del primer parto. Se concluye que con la aplicación de intervención se logró incrementar el conocimiento en todos los factores de riesgo estudiados⁶⁶.

Tomando en cuenta que Olivera C, et al; en su estudio “Estrategia educativa sobre sexualidad sana en adolescentes”, en el año 2014, ejecutado en 37 adolescentes de una escuela del Municipio de Camagüey a quienes aplicaron una encuesta que comprueban que no tenían un adecuado conocimiento sobre la sexualidad sana; se realiza la estrategia educativa y los conocimientos fueron superiores⁶⁷.

Posada M, et al, en la investigación “Conocimientos previos acerca de métodos anticonceptivos y su relación con conocimientos adquiridos después de una intervención educativa con simulador”, en el año 2015, ejecutado en 295 adolescentes, el estudio estuvo compuesto por tres fases; en la primera se midió conocimientos o saberes previos acerca de métodos anticonceptivos, mediante un cuestionario auto-informado; en la segunda se definió los contenidos y actividades de intervención para mejorar los conocimientos previos, y en la tercera fase de post-intervención educativa, se reevaluó los saberes adquiridos con el simulador. En los resultados se

detectó que los conocimientos previos en métodos anticonceptivos son deficientes independientemente de la edad y la escolaridad, lo cual requiere planeación, desarrollo y evaluación de la estrategia de aprendizaje colectivo y cooperativo mediante talleres. En cuanto a los conocimientos finales, se obtuvo una calificación de deficientes a regulares, en el caso del condón masculino, mientras que el reconocimiento de métodos modernos como parche, anillo vaginal, dispositivo intrauterino, entre otros, se dio gracias al contacto directo con el simulador. Se concluye que a pesar de las diferencias de edad y escolaridad, no hubo hallazgos relevantes que demostraran diferencias de conocimiento. En los conocimientos previos, se encontró niveles de conocimiento deficientes sobre métodos anticonceptivos. El uso de simuladores como herramienta de aprendizaje demostró eficacia en los talleres; en cuanto a los simuladores posibilitan la ruptura de la barrera cognitiva, dado que el adolescente, en este caso, puede explorar y adquirir conocimiento al interactuar con el objeto de aprendizaje⁶⁸.

Viñas L, et al, en el año 2011, en su estudio “Intervención educativa en jóvenes estudiantes sobre embarazo en la adolescencia”; realizado en 30 estudiantes de 15 a 18 años en el Instituto Mario Herrera Toscano de Municipio Nuevitas muestra que el 46,66 % de las participantes experimentó su embarazo entre los 14 y 16 años, el 73,33 % de las encuestadas ya habían tenido experiencia de embarazos e interrupciones anteriores; la evolución del conocimiento de las jóvenes antes y luego de las charlas educativas fue significativa, con un aumento del conocimiento entre 23 % y 76,66 % en las variables estudiadas⁶⁹.

Bautista L, et al, en su investigación “Cambios persistentes en conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes y jóvenes escolarizados de cuatro municipios de Santander – Colombia”, en el año 2012, efectuado a adolescentes entre 12 y 19 quienes recibieron un proceso de educación para la sexualidad y tres mediciones de

conocimientos, actitudes y prácticas mediante encuesta, previo consentimiento informado. La última medición se hizo dos años después del proceso educativo inicial. En los conocimientos se encontró diferencia significativa por sexo a favor de las mujeres y mejores conocimientos en el grupo que ha tenido relaciones sexuales, en tanto que las actitudes fueron mejores entre quienes no las han tenido. Las técnicas didácticas con significancia estadística fueron el cine-foro para conocimientos y el taller para actitudes. Como conclusión menciona que es necesario continuar desarrollando investigación sobre los procesos de educación para la sexualidad, pues la efectividad del trabajo educativo observado en la persistencia e integralidad de cambios en conocimientos, actitudes y prácticas aún deja muchos interrogantes⁷⁰.

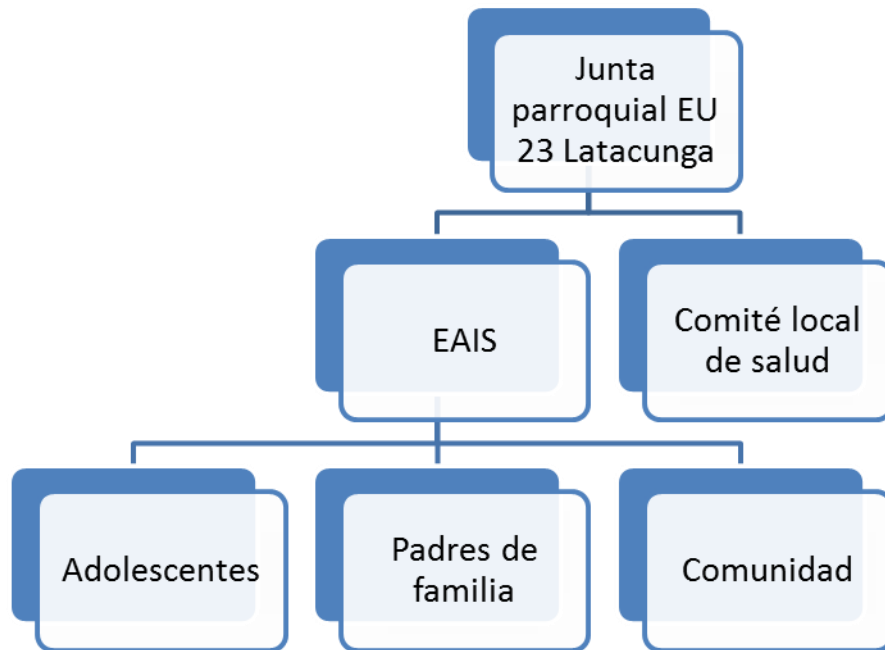
6.7 Metodología, modelo operativo

FASES	ACTIVIDADES	METAS	ACCIONES	RECURSOS	TIEMPO
Planificación	Socialización de los resultados	Establecer fecha y hora para la socialización.	Invitar por medio de perifoneo, volantes con ayuda del comité de salud	Humanos Materiales Tecnológicos	1 semana
	Taller para adolescentes	Planificar el cronograma de actividades	Preparar el material didáctico para grupos focales, talleres, video-conferencias, establecer fechas y metodología de trabajo	Humanos Materiales Tecnológicos	1 semana
	Taller para padres de familia y comunidad	Planificar el cronograma de actividades	Preparar el material didáctico para talleres, video-conferencias, establecer fechas y metodología de trabajo	Humanos Materiales Tecnológicos	1 semana

FASES	ACTIVIDADES	METAS	ACCIONES	RECURSOS	TIEMPO
Ejecución	Implementar la Estrategia diseñada, aplicando el programa educativo. (Plan analítico de la Estrategia Educativa)	100% asistencia de los adolescentes, familia y comunidad	Charla con los resultados de la investigación y aceptación de la propuesta Entrega del documento físico al presidente del barrio y presidenta del comité local de salud.	Humanos Materiales Tecnológicos	1 semana
		100% adolescentes capacitados sobre sexualidad	Capacitación a través de grupos focales, talleres, video - conferencias	Humanos Materiales Tecnológicos	6 semanas y luego permanente en el club de adolescentes
	Fomentar en los padres conocimientos sobre sexualidad, métodos anticonceptivos y prevención de embarazos.	100% de padres de familia y comunidad capacitados sobre sexualidad. Identificar los principales tabúes de la sexualidad	Capacitación a través de grupos focales, talleres, video – conferencias. Proponer soluciones participativas	Humanos Materiales Tecnológicos	6 semanas y en reuniones trimestrales del comité barrial.

FASES	ACTIVIDADES	METAS	ACCIONES	RECURSOS	TIEMPO
Evaluación	Socialización de los resultados	Aceptación de la implementación de la propuesta	Documento de recepción y aceptación por parte del presidente del barrio y la presidenta del comité local de salud. Lista de asistencia a las actividades	Humanos Materiales	En el momento de la ejecución.
	Taller para adolescentes	Incrementar los conocimientos sobre sexualidad	Aplicar la encuesta realizada en la investigación al final de la capacitación	Humanos Materiales Tecnológicos	En el momento de la ejecución
	Taller para padres de familia y comunidad	Incrementar los conocimientos sobre sexualidad. Superar los mitos y tabúes de la sexualidad	Evaluación continua luego de cada actividad y reforzamiento en la próxima actividad	Humanos Materiales Tecnológicos	En el momento de la ejecución

6.8 Administración



6.9 Previsión de la evaluación

1. La evaluación la realizará la junta parroquial del EU 23 a quienes el EAIS con el Comité de Salud entregarán un informe mensual para verificar el cumplimiento de los objetivos planteados.
2. Se realizarán reuniones internas para verificar y aprobar el material utilizado para las capacitaciones; en caso que sea necesario se rectificarán o se mejorarán.
3. Se valorará los avances de la programación de la intervención educativa de acuerdo a lo planificado.
4. Se harán supervisiones programadas de manera mensual.

5. En los adolescentes se realizará la evaluación con el mismo cuestionario de la encuesta al finalizar la capacitación y en los padres de familia evaluación luego de cada actividad planificada.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Necesidad de Salud de los Adolescentes. Serie Informes Técnicos [Internet]. Ginebra: 1977 [citado 04 de febrero del 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41156/1/WHO_TRS_609_spa.pdf
2. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Paraguay. Adolescencia. Manual Clínico [Internet]. Paraguay: 2012 [citado el 30 de agosto del 2016]. Disponible en http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=384-manual-clinico-de-la-adolescencia&Itemid=253
3. Organización Panamericana de la Salud. El embarazo en adolescentes. Boletín informativo [Internet]. 2015 [citado el 30 de agosto de 2016]; 1(1):3. Disponible en www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&task=doc_download
4. UNICEF, Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Informe final [Internet]. Panamá: 2014 [citado el 31 de agosto del 2016]. Disponible en [http://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_\(2\).pdf](http://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf)
5. Comisión económica para América Latina y el Caribe. Embarazo adolescente, alerta temprana de la desigualdad [Internet]. 2013 [citado 04 de febrero del 2015]. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/articulos/embarazo-adolescente-alerta-temprana-de-la-desigualdad>
6. Organización Panamericana de la Salud. El embarazo en adolescentes. Boletín informativo [Internet]. 2015. [citado el 30 de agosto del 2016]; 1(1):4. Disponible en www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&task=doc_download

7. CERCA. Cuidado de la Salud Sexual Reproductiva para Adolescentes Enmarcado en la Comunidad [Internet]. Ecuador: 2011 [citado el 06 de febrero del 2015]. Disponible en: <http://documentos.cies.edu.ni/cerca/INFORME%20CERCA%20ECUADOR%20WEB.pdf>
8. Instituto Nacional de Estadística y Censo. Fascículo nacional censo de población y vivienda [Internet]. 2010 [citado 06 de febrero del 2015]. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf
9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes [Internet]. Ecuador. 2011 [citado 10 de febrero del 2015]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/tag/enipla/>
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes. Plan Familia [Internet]. Ecuador: 2011 [citado 10 de febrero del 2015]. Disponible en: <http://educacion.gob.ec/ministro-de-educacion-dialogara-con-estudiantes-universitarios-sobre-plan-familia-ecuador/>
11. García C. Análisis de Situación Integral de Salud. EU23 Latacunga, Cotopaxi. 2014. Informe técnico: 1.
12. Organización Panamericana de la Salud. Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: una mirada integral [Internet]. Argentina: 2010 [citado 10 de febrero del 2015]. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/SaludBienestarAdolescente.pdf>

13. Callejas S, Fernández B, Méndez P, León T, Fábrega C, Villarín A. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2005 [citado 05 de marzo del 2015]; 79(5):581-589. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11355727200500050008&lng=es
14. Libreros L, Fuentes L y Pérez A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en los adolescentes en la unidad educativa Monseñor Gregorio Adam. Rev. Salud Pública [Internet]. 2008 [citado 05 de marzo del 2015]; 9(4):16-25. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/223292211/spn084i>
15. Delgado A. Nivel de conocimientos sobre sexualidad y manifestación de impulsos sexuales en adolescentes [Tesis en Internet]. Universidad de Piura; 2008 [citado el 10 de marzo del 2015]. Disponible en: http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS_3f8df72bd0b3298efe949e995ac709f2
16. Pérez M, et al. Algunos aspectos relacionados con el conocimiento sobre sexualidad en adolescentes de un área de salud. Rev. Medisan [Internet]. 2009 [citado 15 de marzo del 2015]; 13 (3) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192009000300018&lang=es
17. González J. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Sexualidad en una Población Adolescente Escolar. Rev. Salud Pública [Internet]. 2009 [citado el 01 de marzo del 2015]; 11(1): 14-26. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642009000100003&lng=en.
18. Hurtado M, Olvera J. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en jóvenes universitarios. Rev. Psicología Iztacala [Internet]. 2013 [citado el 14 de marzo del 2015]; 16 (1): 241 – 251. Disponible en:

<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol16num1/Vol16No1Art15.pdf>

19. Herrera K, Ruíz V. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/sida en mujeres que acuden al hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora [Tesis en Internet]. Universidad Central del Ecuador; 2010 [citado el 20 de marzo del 2015]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/678/6/06%20ENF%20412%20TESIS.pdf>
20. Villamarin S. Estudio comparativo de las relaciones sexuales de riesgo y su incidencia en embarazos precoces en adolescentes que acuden al subcentro de salud de Cunchibamba y al Hospital Provincial Docente Ambato [Tesis en Internet]. Universidad Técnica de Ambato; 2013 [citado el 22 de marzo del 2015]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/4382/1/TESIS%20REVISION%200.9.pdf>
21. Llerena G. Factores socioculturales, nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su influencia en adolescentes embarazadas de 14 a 19 años que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato periodo junio-noviembre del 2014. [Tesis en Internet]. Universidad Técnica de Ambato; 2011. [citado el 20 de marzo del 2015]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9248/1/Llerena%20Espinoza,%20Gloria%20Andrea.pdf>
22. Panchi M. Diseño de estrategias para prevenir embarazos en adolescentes de 14 a 19 años de la parroquia san buenaventura, partiendo del análisis de sus conocimientos, actitudes, prácticas y percepciones culturales sobre sexualidad y anticoncepción. [Tesis en Internet]. Universidad Técnica de Ambato; 2014. [citado el 20 de marzo del 2015]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/6597/1/MIREYA%20YESENIA%20PANCHI%20PAREDES.pdf>

23. Artiles L, Otero J, Barrios I. Metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud [Internet]. Primera Edición. Cuba: Ciencias Médicas; 2008 [citado el 30 de agosto del 2016]; 1(1):33-41. Disponible en:http://www.academia.edu/14997203/Metodolog%C3%ADa_de_la_investigaci%C3%B3n_Para_las_Ciencias_de_la_Salud
24. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud [Internet]. 2013 [citado el 01 de septiembre del 2016]; 1 (1): 64-143. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
25. Terán G. Paradigmas de la investigación: concepciones básicas. Rev. Universidad Tecnológica Equinoccial. [Internet]. 2006. [citado el 18 de marzo del 2015]; 1 (1): 1 – 6. Disponible en: <http://app.ute.edu.ec/content/3344-23-59-1-23-17/PAPEL%20DE%20TRABAJO%20UNO%20PARADIGMAS%20DE%20LA%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>.
26. Ministerio de Justicia. Constitución de la República del Ecuador. [Internet]. 2008. [citado el 18 de marzo del 2015. Disponible en: http://cancilleria.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2013/02/constitucion_mreci.pdf
27. Ministerio de Justicia. Ley Orgánica de Salud. [Internet]. 2008. [citado el 18 de marzo del 2015. Disponible en: <http://www.desarrollosocial.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2013/10/reglamento-salud.pdf>
28. Ministerio de Justicia. Código de la Niñez y Adolescencia. [Internet]. 2003. [citado el 18 de marzo del 2015. Disponible en: http://www.oei.es/quipu/ecuador/Cod_ninez.pdf

29. Gorguet I. Comportamiento sexual humano [Internet]. Primera Edición. Cuba: Oriente; 2008 [citado el 01 de septiembre del 2016]; 1(1): 39-41. Disponible en: tesis.repo.sld.cu/124/1/Iliana_Gorguet_PiLIBRO_.pdf
30. Ayarza A. Educación Sexual para Adolescentes [Internet]. 4° ed. Colombia: Arte Joven; 2008 [citado el 02 de septiembre del 2016]; 1(4): 70. Disponible en https://books.google.com.ec/books?id=83opjoUph3UC&pg=PA3&lpg=PA3&dq=educaci%C3%B3n+sexual+para+adolescentes+%2B+alfredo+ayarza&source=bl&ots=EMngHILcOs&sig=EmEFhJglfU7jrzYJdaaUOhLu_bA&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwissJi8qrPAhUBXz4KHWEEeC6UQ6AEIGjAA#v=onepage&q=educaci%C3%B3n%20sexual%20para%20adolescentes%20%2B%20alfredo%20ayarza&f=false
31. Monroy A. Salud y Sexualidad en la Adolescencia y Juventud [Internet]. Primera Edición. México: Pax México; 2004 [citado el 03 de septiembre del 2016]; 1(1): 22-23. Disponible en https://books.google.com.ec/books?id=6PIEILKj5Q4C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
32. Stern C. El “problema” del embarazo en la adolescencia [Internet]. Primera Edición. México: Colegio de México; 2008 [citado el 04 de septiembre del 2016]. Disponible en <http://www.jstor.org/stable/j.ctt14jxqkf>
33. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Guía de Prevención del Embarazo en la adolescencia [Internet]. 2012 [citado el 04 de septiembre del 2016]. Disponible en <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/GUIA%20PREVENCION%20EN%20EMBARAZO%20EN%20ADOLESCENTES%20GUATEMALA.pdf>

34. UNICEF. La adolescencia: una época de oportunidades. [Internet]. Estados Unidos. 2011. [citado 04 de abril del 2015]. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/SOWC2011MainReport_SP02092011.pdf
35. Zubarew T. Sexualidad y embarazo. Rev. Universidad Católica de Chile [Internet]. 2015. [citado 04 de abril del 2015]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion15/m3l15leccion.html>
36. Figari C. Sexualidad, Ciencia y Religión [Internet]. Primera Edición. Argentina: Brujas; 2007 [citado el 05 de septiembre del 2016]; 1(2):45. Disponible en: <https://sexrojas.files.wordpress.com/2010/10/sexualidad-ciencia-y-religion.pdf>
37. Alavi M, Leidner D. Sistemas de Gestión del Conocimiento: Cuestiones, Retos y Beneficios [Internet]. Primera Edición. España: Thompson Editores; 2002 [citado el 12 de julio del 2016]; 1(1):17-40. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=962230>
38. Torres M, et al. Educación de la sexualidad y prevención de las ITS y el VIH/SIDA desde los enfoques de género, derechos y sociocultural [Internet]. Primera Edición. Cuba: Molinos Trade; 2011 [citado el 05 de septiembre del 2016]; 1(1): 21. Disponible en http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Havana/pdf/Libro_Educacionsexualidad.pdf
39. UNESCO. Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad. Justificación de la educación en sexualidad [Internet]. 2010 [citado el 04 de septiembre del 2016]; 1(1). Disponible en <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281s.pdf>

40. Medina P. Fuentes de Información Médica [Internet]. Primera Edición. España: UOC; 2012 [citado el 06 de septiembre del 2016]. Disponible en: <http://www.casadellibro.com/libro-fuentes-de-informacion-medica/.../2630196>
41. Organización Mundial de la Salud. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias [Internet]. 2011. Disponible en: [http://www.who.int/maternal child adolescent/documents/preventing early p
regnancy/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/es/)
42. Menéndez G, Navas I, Hidalgo Y, Espert J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012. [citado el 05 d febrero del 2015]; 38(3): 333-342. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X201200030006&lng=es
43. Lete I, Lozano J, Martínez C, Parrilla J. Embarazo en la adolescencia. En: Buil C, Lete I, Ros R, Lozano J. Manual de salud sexual y reproductiva en la adolescencia [Internet]. Primera Edición. España: Wyeth – Lederle; 2001 [citado el 02 de septiembre del 2016]; 1(1): 817–826. Disponible en: http://sec.es/descargas/AA_1999_Manual_Salud_Reproductiva_Adolescencia.pdf
44. Rodríguez A, Sanabria G, Contreras M, Perdomo B. Estrategia sobre Promoción en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2013 [citado el 24 de julio del 2016]; 39(1):161- 174. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v39n1/spu15113.pdf>
45. Secretaria de Salud Honduras. Estrategia Nacional para Prevención del Embarazo en Adolescentes [Internet] .2012 [citado el 02 de septiembre del

2016]. Disponible en:
www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&task=doc...gid=332

46. Herney A, Rengifo R, Córdova A, Serrano M. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. Rev. Salud Pública [Internet]. 2012 [citado el 01 de septiembre del 2016]; 14(4): 558-569. Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n4/v14n4a02>
47. León B, Livisava D, Loja A. Estrategia Educativa en Información y Comunicación sobre sexualidad en los adolescentes de 1° y 2° año de bachillerato del Colegio Octavio Cordero Palacios, Cuenca 2012. [Tesis en Internet]. Universidad de Cuenca; 2012 [citado el 30 de agosto del 2016]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3676>
48. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Salud de adolescentes. Guía de supervisión. [Internet]. 2014 [citado el 29 de agosto del 2016]. Disponible en: www.salud.gob.ec/wp-content/.../05/GUIA-SUPERV-ADOLESC-EditoGran1.pdf
49. González Y, López V. Significados acerca de la sexualidad es estudiantes de Psicología en Colombia. Rev. Sexualidad y Salud. [Internet]. 2015. [citado el 21 de junio del 2016]; 21 (1): 133-146. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-64872015000300136&script=sci_arttext.
50. Puentes E, Enríquez B, Rodríguez Y, Correa M. La sexualidad en adolescentes de la secundaria básica “Viet Nam”. Rev Cubana Medicina General Integral [Internet]. 2012 [citado el 03 de septiembre del 2016]; 28(4):599-610. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08642125201200040004&lng=es

51. García E, Molina T, Luttgés T. Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. Rev. chil. Obstetricia ginecología. [Internet]. 2015. [citado el 24 de junio del 2016]; 80(1):24-32. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07177526201500010004&lng=es.
52. Teva I, Bermúdez M, Ramiro M. Análisis en la conducta sexual de los adolescentes. Rev. Bentham Science Publishers. [Internet]. 2013. [citado el 24 de junio del 2016]; 11 (7): 512-519. Disponible en: <http://www.ingentaconnect.com/content/ben/chr/2013/00000011/00000007/art00002>
53. Della M. Uso de métodos anticonceptivos en relación con la información sexual en una muestra de adolescentes embarazadas. Rev. Psicología y Salud. [Internet]. 2015. [citado el 07 de julio del 2016]; 15 (1). Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/818/1485>
54. Castaño José, et al. Conocimientos sobre sexualidad y prácticas sexuales en adolescentes de 8° a 11° en una institución educativa de la ciudad de Manizales (Colombia) ,2014. Rev. Salud Uninorte. [Internet]. 2013. [citado el 23 de junio del 2016]; 30 (3): 392-404. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012055522014000300013&lng=en
55. Ministerio de Desarrollo Social de Chile. Sexualidad y Adolescencia. EANNA [Internet]. 2013 [citado el 30 de agosto del 2016]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/eanna/SexualidadAdolescencia_EANNA2012_Noviembre2013.pdf
56. Vega E, Menéndez E, Fernández P y Cuesta M. Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. Rev. Journal of Psychological

Research [Internet]. 2012 [citado el 20 de junio del 2016]; 5 (1): 79 -87.
Disponibile en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5134684>

57. Allen B, et al. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. Rev. Salud pública México [Internet]. 2013. [citado el 23 de junio del 2016]; 55(2): 235-240.
Disponibile en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00363634201300800021&lng=es.

58. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (INEC). Primeras estadísticas oficiales sobre filiación religiosa en el Ecuador. [Internet]. 2012. [citado el 20 de junio del 2016]. Disponibile en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas_Sociales/Filiacion_Religiosa/presentacion_religion.pdf

59. Teva I, Bermúdez M, Ramiro M y Buela G. Creencias religiosas y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes peruanos. Rev. Mexicana de Psicología. [Internet]. 2014. [citado el 20 de junio del 2016]; 31 (1): 41-849.
Disponibile en: https://www.researchgate.net/profile/Valeria_Herrera/publication/26059151_Visual_learning_strategies_to_promote_literacy_skills_in_prelingually_deaf_readers/links/0a85e5339575b72d6a000000.pdf#page=45

60. González E, Molina T, Montero A, Martínez V. Factors associated with early sexual activity among Chilean adolescents. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013. [citado el 22 de junio del 2016]; 141(3): 313-319. Disponibile en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872013000300005&lng=es.

61. Domínguez I. Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. Rev Cubana Obstetricia Ginecología [Internet]. 2011 [citado el 03 de septiembre del 2016]; 37(3):387-398. Disponibile en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2011000300011&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2011000300011&lng=es)

62. Cabrera A, Sanabria G, Contreras E, Perdomo B. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para jóvenes y adolescentes universitarios. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2013. [citado 22 de junio del 2016]; 39(1): 161-174. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662013000100015&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662013000100015&lng=es)
63. Ruíz M, López C, Carlos S, Calatrava M, Osorio A. Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de Salvador. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2012 [citado el 05 de septiembre del 2016]; 31(1) 54-61. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892012000100008
64. Ministerio de Salud de México. Prevención del embarazo no planeado en las adolescentes. [Internet]. 2012. [citado el 01 de julio del 2016]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>
65. Sapag J, Poblete F. La promoción de salud. Plan nacional de promoción de la salud. [Internet]. 2012. [citado el 30 de junio del 2016]. Disponible en: http://medicinafamiliar.uc.cl/html/promocion_salud.html
66. Trujillo M, Gonzáles A, Chávez M, Santana C. Intervención educativa sobre el conocimiento de factores de riesgo del embarazo en la adolescencia. Rev. AMC. [Internet]. 2014. [citado el 02 de julio del 2016]; 13 (5). Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2344/0>
67. Olivera C, et al. Educative strategy on healthy sexuality in teenagers. Rev Hum Med [Internet]. 2014. [citado el 02 de julio del 2016]; 14(3): 629-645.

Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172781202014000300005&lng=es.

68. Posada M, Mora B. Conocimientos previos acerca de métodos anticonceptivos y su relación con conocimientos adquiridos después de una intervención educativa con simulador Rev. Enfermería actual de Costa Rica. [Internet]. 2015. [citado el 03 de julio del 2016]; 28 (1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4948168>
69. Viñas L, et al. Intervención educativa en jóvenes estudiantes sobre embarazo en la adolescencia. Rev. Archivo Médico de Camagüey. [Internet]. 2011. [citado el 04 de julio del 2016]; 12(6). Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/download/2483/901>.
70. Bautista L, et al. Cambios persistentes en conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes y jóvenes escolarizados de cuatro municipios de Santander – Colombia. Rev. Universidad de Santander. [Internet]. 2012. [citado el 05 de julio del 2016]; 44 (2): 21-33. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v44n2/v44n2a05>

ANEXOS

Anexo 1: Modelo de consentimiento informado.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para que mi representado participe de manera voluntaria en la presente investigación “MODIFICACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD Y SU INFLUENCIA EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES. EU 23. LATACUNGA. 2015 - 2016”.

La doctora Carmina García Macías, médico postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Técnica de Ambato, me ha explicado, como responsable de la investigación que viene realizando, que:

- Mi participación consiste en responder preguntas que no ponen en riesgo mi integridad física y emocional.
- Los datos que yo proporcione serán confidenciales, no habiendo posibilidad que los mismos sean vinculados con mi identificación individual.
- Puedo dejar de participar en esta investigación en el momento en que yo lo desee, sin que esto conlleve ningún tipo de perjuicio para mi persona.

PARTICIPANTE

REPRESENTANTE

Anexo 2: Cuestionario de la encuesta



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

ENCUESTA

INTRODUCCIÓN.

Pertenece al Posgrado de Medicina Familiar Comunitaria de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, queremos saber cuál es el conocimiento que se tiene sobre la sexualidad, con el propósito de orientarles sobre este tema que les permita una conducta sexual sana y libre de riesgos.

Este cuestionario es totalmente anónimo, podrías responder las siguientes preguntas encerrando la respuesta o escribiendo según te indica el enunciado.

N° del cuestionario: _____

I. Datos sociodemográficos

- 1. Edad:** _____
- 2. Sexo:** Masculino: _____ Femenino: _____

3. Con quien vives actualmente:

1. Sola(o)
2. Con mis padres
3. Con mis amigos (compañeros)
4. Otros familiares

4. Estado Civil.

1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre

II. Conocimientos sobre sexualidad.

5. Seleccione la respuesta correcta sobre el concepto de sexualidad:

1. Comportamientos relacionados a la satisfacción de la necesidad y el deseo sexual.
2. La conciencia de pertenecer a un sexo u otro hombre o mujer.
3. Función normal del ser humano.
4. La orientación sexual, el conocimiento sexual, las actitudes y valores en la sexualidad.
5. Modo de ser, de relacionarse y de vivir como hombre y como mujer.

6. Tus conocimientos sobre sexualidad son:

1. Muy poco
2. Pocos
3. Regulares
4. Suficientes
5. Muchos

7. Como valoras la información sobre sexualidad adquirida por tu cuenta.

1. Ninguna
2. Muy poca
3. Poca
4. Suficiente
5. Mucha

8. Cómo valoras la información sobre sexualidad recibida por tus padres.

1. Ninguna
2. Muy poca
3. Poca
4. Suficiente
5. Mucha

9. Selecciones una o varias respuestas:

La mayor parte de los conocimientos o información que tienes sobre sexualidad es por:

1. Padres
2. Amigos
3. Hermanos
4. Personal de salud (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería)
5. Libros
6. Colegio
7. Radio
8. Televisión
9. Internet

10. Tus conocimientos sobre métodos anticonceptivos son:

1. Muy pocos
2. Pocos
3. Regulares
4. Suficientes
5. Muchos

11. Señala los métodos anticonceptivos que conoces:

1. Orales
2. Inyectables
3. Preservativos (condón)
4. Método del ritmo
5. DIU (T de cobre)
6. Ligadura de trompas
7. Vasectomía

12. Conoce la edad óptima de una mujer para quedar embarazada.

1. Si _____
2. No _____

Si responde afirmativamente escriba la edad _____

13. Existe más riesgo de quedar embarazada una mujer.

1. Una semana antes de la menstruación.
2. Una semana después de la menstruación.
3. Durante la menstruación
4. Quince días después de la menstruación.

III Hábitos sexuales

14. A qué edad tuviste tu primera relación sexual.

Edad en años: _____

15. Utilizaste método anticonceptivo en tu primera relación sexual.

1. Si
2. No

16. Si tu respuesta es NO, por qué causa no lo utilizaste:

1. No lo creí necesario
2. Fue un encuentro no planeado
3. Mi pareja no lo acepto.

17. Mantienes actualmente relaciones sexuales.

1. Si
2. No

18. Utilizas algún método anticonceptivo en la actualidad.

1. Si
2. No

19. Si tu respuesta es afirmativa, que método utilizas _____

20. Si utilizas método anticonceptivo, quien te lo aconsejo.

1. Padres
2. Amigos
3. Personal de salud
4. Pareja
5. Internet

III. Creencias y actitudes.

21. A cuál de las siguientes religiones perteneces:

1. Católica.
2. Evangelista.
3. Testigo de Jehová
4. Protestante
5. Ninguna
6. Otra

22. Influyeron tus creencias religiosas en tu comportamiento sexual.

1. Nada
2. Poco
3. Bastante
4. Mucho

23. Sientes la necesidad de ampliar tus conocimientos sobre sexualidad.

1. Ninguna
2. Muy poca
3. Poca
4. Suficiente
5. Mucha

24. Escolaridad de los padres

1. Educación Básica
2. Bachillerato
3. Superior

25. Padres divorciados

1. Si
2. No

26. Comunicación con los padres

1. Si
2. No

27. Afectividad de los padres

1. Si
2. No

28. Apoyo de los padres

1. Si
2. No

Gracias por tu cooperación.

Anexo 3: Aspectos desarrollados en la encuesta según ítems.

De la 1 a la 4 son datos sociodemográficos de los adolescentes que deben elegir una de las opciones encontradas.

A partir de las pregunta 5 son preguntas abiertas, cerradas y mixtas donde se indaga el concepto sobre sexualidad donde el ítem 4 es el correcto que dice que es la orientación sexual, el conocimiento sexual ,las actitudes y valores en la sexualidad.

La pregunta 6 es la autopercepción que tienen los adolescentes sobre conocimientos de sexualidad encontrándose las siguientes opciones: 1) muy poco, 2) pocos, 3) regulares, 4) suficientes, 5) muchos.

La pregunta 7 se trata de la valoración sobre sexualidad adquirida por la propia cuenta con las opciones 1) ninguna, 2) muy poca, 3) poca, 4) suficiente, 5) mucha.

La pregunta 8 es la información sobre sexualidad recibida por sus padres con los ítems: 1) ninguna, 2) muy poca, 3) poca, 4.) suficiente, 5) mucha. La pregunta 9 es sobre las fuentes de información sobre sexualidad donde pueden elegir 1 o más opciones: 1) padres, 2) amigos, 3) hermanos, 4) personal de salud (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería), 5) libros, 6) colegio, 7) radio, 8) televisión, 9) internet.

La pregunta 10 es acerca de los conocimientos sobre métodos anticonceptivos con los ítems: 1) muy pocos, 2) pocos, 3) regulares, 4) suficientes, 5) muchos.

La pregunta 11 se trata de los métodos anticonceptivos que conoce: 1) orales, 2) inyectables, 3) preservativos (condón), 4) método del ritmo, 5) DIU (T de cobre), 6) vasectomía.

La pregunta 12 es sobre la edad óptima de una mujer para quedar embarazada, si responde afirmativamente debe colocar la edad. Con respecto a la pregunta 13 es sobre el riesgo de quedar embarazada con las opciones 1) una semana antes de la menstruación, 2) una semana después de la menstruación, 3) durante la menstruación, 4) quince días después de la menstruación.

La pregunta 14 es la edad a la que tuvo la primera relación sexual donde debe responder la edad en años. La pregunta 15 es si utilizó método anticonceptivo en la primera relación sexual teniendo las opciones 1) si, 2) no. La pregunta 16 es la causa de que por qué no utilizó con las opciones: 1) no lo creí necesario, 2) fue un encuentro no planeado, 3) mi pareja no lo aceptó. La pregunta 17 es sobre si mantiene actualmente relaciones sexuales con las respuestas: 1) si, 2) no.

La pregunta 18 es sobre la utilización de método anticonceptivo actual: 1) si, 2) no. La pregunta debe responder si la respuesta de la pregunta 18 es afirmativa con el tipo del método anticonceptivo que utiliza. La pregunta 20 es sobre quién le aconsejó el método anticonceptivo que utiliza con las opciones: 1) padres, 2) amigos, 3) personal de salud, 4) pareja, 5) internet. La pregunta 21 es a qué religión pertenece: 1) católica, 2) evangelista, 3), testigo de Jehová, 4) protestante, 5) ninguna, 6) otra. La pregunta 22 se trata de si influyó las creencias religiosas en el comportamiento sexual con los ítems: 1) nada, 2) poco, 3) bastante, 4) mucho.

La pregunta 23 es acerca de la necesidad de ampliar los conocimientos sobre sexualidad: 1) ninguna, 2) muy poca, 3) poca, 4) suficiente, 5) mucha. Abordando el aspecto familiar tenemos las preguntas: 24 sobre la escolaridad de los padres: 1) educación básica, 2) bachillerato, 3) superior.

La pregunta 25 sobre el estado conyugal de los padres: 1) casados, 2) divorciados. La pregunta 26 sobre comunicación con los padres: 1) si, 2) no. La pregunta 27 sobre la afectividad de los padres: 1) si, 2) no. La pregunta 28 del apoyo de los padres: 1) si, 2) no.

Mediante esta encuesta se pretende indagar sobre las características socio – demográficas del adolescente, los conocimientos de sexualidad y métodos anticonceptivos, el riesgo de quedar embarazada, el inicio de la vida sexual, la utilización de método anticonceptivo en la primera relación, la causa de no haber utilizado, el mantener relaciones sexuales actuales y la utilización de anticonceptivo actual, las fuentes de información, la necesidad de ampliar los conocimientos y desde el punto de vista familiar la escolaridad de los padres, el estado conyugal, la comunicación, la afectividad y el apoyo que reciben los adolescentes de sus padres.

Anexo 4: Cronograma

AÑO 2015

AÑO 2016

ACTIVIDADES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Búsqueda bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Ejecución del Marco Teórico								X	X																
Planificación de la investigación										X	X	X													
Validación del instrumento													X												
Recolección de datos														X	X										
Análisis e interpretación de datos																X	X	X							
Redacción del informe final																			X	X					
Presentación del informe final																					X	X			
Defensa del proyecto de investigación																								X	

ANEXO 5: ESTRATEGIA EDUCATIVA

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



TÍTULO:

**ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS DE SEXUALIDAD
EN LOS ADOLESCENTES DEL EU 23 LATACUNGA**

REALIZADO POR:

CARMINA ALEXANDRA GARCIA MACIAS

AMBATO – ECUADOR

2016

INDICE

Introducción	1
Diagnóstico y fundamentación	2
Objetivos	4
Desarrollo	5
Conclusiones	9
Recomendaciones	10
Bibliografía	11
Anexos	13

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de rápidos y profundos cambios entre los 10 y 19 años, que se caracterizan según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en lo biológico, progreso del individuo desde el inicio del desarrollo puberal hasta la madurez sexual y la plena capacidad reproductiva. En lo psicológico por la transformación de los procesos psicológicos y pautas de identificación desde el niño hasta los del adulto y en lo social la transición del estado de dependencia socio-económica total a una relativa independencia¹.

La sexualidad es una necesidad humana expresada a través del cuerpo, elemento básico de la feminidad o masculinidad de la autoimagen y de la autoconciencia del desarrollo personal. Los sentimientos y las emociones que acompañan la sexualidad del adolescente están marcados por mitos o tabúes desde la infancia, muchas veces son reforzadas por la desinformación que reciben al intentar obtener detalles que le expliquen su sentir, es por esto que muchas de sus preguntas quedan en el aire lo que genera angustia, que de no ser correctamente orientadas pueden alterar el correcto desarrollo de la sexualidad².

La información y la educación sobre salud sexual tienen una importancia relevante para el desarrollo y el bienestar de los adolescentes. En las últimas décadas se han llevado a cabo numerosos programas de información sobre sexualidad, a pesar de ello la evidencia muestra que son elevadas las tasas de embarazos no deseados y del contagio de infecciones de transmisión sexual³.

La población adolescente a nivel mundial es más de 1000 millones y representa el 85% aproximadamente de la población en países en vía de desarrollo; más de la mitad inician su vida sexual antes de los 16 años; cada

cinco minutos se produce un suicidio que tiene como causa la salud sexual o reproductiva y para complementar se reportan altos índices de mortalidad y abortos en este grupo etario⁴.

II DIAGNÓSTICO Y FUNDAMENTACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año dan a luz unas 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años, lo que supone aproximadamente un 11% de todos los nacimientos registrados en el mundo. En el año 2008 en la población de 15 a 24 años se reportó el 40% de los casos nuevos de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Cada día se contagian 2500 adolescentes de HIV/SIDA y a nivel mundial son más de 5.7 millones los afectados de esta mortalidad enfermedad¹.

El Ecuador ocupa el tercer lugar en embarazos no deseados en América Latina, luego de Nicaragua y Venezuela. En el censo de población realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en año 2010 los resultados indican que 9 de cada 1000 adolescentes entre 10 a 14 años y que 172 de cada 1000 adolescentes entre 15 a 19 años ya son madres⁵.

En Latacunga hasta el mes de octubre del 2014 se identificaron a 44 adolescentes embarazadas que acuden a consulta al Centro de Salud de Latacunga, de las cuales 43 presentan un riesgo obstétrico alto y 1 un riesgo obstétrico muy alto⁶.

Como se manifiesta en la definición, siempre que se hable de adolescencia se debe hacer desde una óptica integral y tener en consideración las tres grandes líneas del desarrollo: la biológica, psicológica y social, estas tres líneas de desarrollo varían según el contexto cultural y socioeconómico en el que se desarrolle el individuo.

Se debe tener en cuenta que la evolución de la madurez biológica, psicológica y social se ha ido separando progresivamente con el paso de los años. En lo biológico existe una clara tendencia al descenso del inicio de los cambios puberales y la aparición de la menarquía, y con esto el despertar del interés sexual y el comienzo de las relaciones sexuales más precoces lo que le permite a una adolescente ser madre a edades tan tempranas como los 11 años⁷.

Sin embargo la madurez psicosocial tiende a retrasarse cada vez más por los años de estudio que tiene que emplear un joven para lograr su independencia económica, en cuanto a lo psicológico existen cambios que permitirán la formación de la personalidad en su plenitud y como parte de la personalidad está la sexualidad por lo que este es el momento de transmitir información que ayude a desarrollar comportamientos, actitudes sexuales, adecuada autoestima, responsabilidad e independencia⁸.

Son los adolescentes por sus características los que más comprometen su salud reproductiva. La conducta sexual irresponsable, el embarazo no deseado y el aborto provocado constituyen problemas de salud que se presentan con frecuencia en los adolescentes.

Los diferentes estudios muestran que el inicio de la vida sexual es cada vez más precoz y frecuentes y que por lo general tienden a no utilizar anticonceptivos.

El conocimiento es definido según el diccionario de la Real Academia Española como: “El producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia”⁵.

Mario Bunge define el conocimiento “como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto”; considera que “el conocimiento vulgar es vago e inexacto limitado por la observación y el conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia”⁹.

Según la OMS el conocimiento sexual es la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, de tal forma que enriquezca positivamente y mejoren la personalidad, la comunicación y el amor¹.

III. OBJETIVOS

GENERAL

- Implementar una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre sexualidad en los adolescentes del EU 23 Latacunga.

ESPECÍFICOS

- Elevar el nivel de conocimientos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos en los adolescentes del EU 23 Latacunga.
- Fomentar actitudes positivas y responsables frente a la sexualidad a través del conocimiento de la prevención.
- Optimizar la calidad de información y la capacidad de comunicación de los adolescentes sobre sexualidad.

IV. DESARROLLO

Diagnóstico educativo

En el EU 23 de la ciudad de Latacunga, (sectores S4, S5, S6 y S7) se han identificado mediante la realización de las fichas familiares los adolescentes de 15 – 19 años, conformada por: 111 adolescentes, de ellos 67 hombres y 44 mujeres; que corresponden al 9.04 % del total de la población⁶.

El 100% de los adolescentes se auto identificaron como mestizos; el 100% están estudiando constituyéndose un factor protector; se encuentran dispensarizados 54 en el grupo I (48.6%) y en el grupo II 57 (51.4%) en su mayoría presentan riesgo sanitario ambiental que es el consumo de agua insegura y con riesgo biomédico tabaquismo y alcoholismo (1 adolescente)⁶.

El sector EU 23 se encuentra en la zona urbana de la ciudad de Latacunga, el 84.3% viven en familiares nucleares, el 12.6% en familias extensas y el 1.8% en familias ampliadas. El 93% viven en hogares funcionales y el 7% en hogares disfuncionales. Satisfacen las necesidades básicas. El 100% cuentan con luz eléctrica, agua potable, alcantarillado, recolección diaria de desechos sólidos. En un 90% internet y telefonía fija⁶.

Al haber realizado las fichas familiares mediante la técnica de la observación, entrevista y en las consultas médicas realizadas en el centro de salud se ha encontrado que los adolescentes no conocen acerca de la sexualidad o los conocimientos son demasiado básicos o tergiversados.

Al analizar la situación actual de los adolescentes del EU 23, sectores S4, S5, S6 y S7 se determina que es necesario realizar una intervención educativa mediante varias actividades que se deben realizar con los adolescentes para mejorar el conocimiento sobre la sexualidad.

La implementación de programas educativos con participación comunitaria propicia la movilización social, comprometiendo a un gran número de personas para la acción, permitiendo cambios medibles de comportamientos entre audiencias específicas, que se basen en sus necesidades, realizando intervenciones planificadas e intersectoriales que combinen la información, educación y procesos motivacionales favoreciendo así a la disminución del embarazo en adolescentes y las infecciones de transmisión sexual¹⁰.

LÍMITES

ESPACIO: EU 23, sectores S4, S5, S6 y S7 de la ciudad de Latacunga.

UNIVERSO: Adolescentes (hombres y mujeres entre 15 a 19 años.)

TIEMPO: Año 2017

ESTRATEGIA

Esta investigación se desarrollará en tres etapas.

PRIMERA ETAPA

A través del Modelo de David Leyva (Anexo1), determinar las necesidades de aprendizaje.

SEGUNDA ETAPA

Implementación de la estrategia a través de un programa educativo conjuntamente con el Plan Analítico (Anexo 2).

Los temas que se abordarán son:

1. Conocimiento de anatomía y fisiología sexual y reproductiva.
2. Pubertad: cambios fisiológicos.
3. Salud sexual humana.

4. Métodos Anticonceptivos. Tipos y características.
5. Prevención del embarazo en la adolescencia y las ITS.

TERCERA ETAPA

La evaluación de la Estrategia se realizará en esta etapa, utilizando indicadores (Anexo 3) para medir el resultado.

Los datos recolectados se procesarán y sus resultados se mostrarán en forma de tablas y gráficos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Hombres o mujeres entre 10 a 19 años que residan en los sectores S4-S5-S6-S7 del EU 23 Latacunga.
- La aceptación voluntaria de los padres firmada por escrito para participar en la implementación de la Estrategia Educativa.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que habiten de forma habitual en el sector.

ACTIVIDADES

Las diferentes actividades programadas se realizarán mediante técnicas cualitativas, en este caso grupos focales, donde un moderador guía una entrevista colectiva durante la cual un pequeño grupo de personas discute en torno a las características y las dimensiones del tema propuesto para la discusión.

Además se utilizarán técnicas participativas como talleres, video debates, charlas educativas.

RECURSOS

Se contará con recursos humanos: Dra. Carmina García y los integrantes del comité local de salud del sector. Recursos materiales como materiales de escritorio, cámara fotográfica, encuesta, pizarra líquida, marcadores, cartulinas, maqueta de los aparatos reproductor femenino y masculino. Recursos tecnológicos: computadora portátil.

INDICADORES

Se aplicarán indicadores para medir y evaluar el proceso, así como el impacto que se logre al aplicar la Estrategia Educativa.

CRONOGRAMA

El presente proyecto se desarrollará de enero a junio del 2017. (Anexo 4)

V. CONCLUSIONES

Este proyecto permitirá detectar las necesidades de conocimientos de los adolescentes del EU 23 (sectores S4, S5, S6 y S7) Latacunga y se realizará una intervención educativa con el fin de mejorar la actitud y conocimientos sobre la sexualidad.

La implementación de la estrategia de intervención educativa conducirá a fomentar el conocimiento sobre sexualidad en los adolescentes lo que contribuirá a la toma de decisiones responsables en su diario vivir y permitirá realizar correctamente actividades de promoción, prevención y educación en el medio en el que se desenvuelvan con información de calidad lo que incitará a una mayor capacidad de comunicación entre los adolescentes.

Al manejar el tema de la sexualidad sin tabúes los adolescentes acudirán a los servicios de salud con más confianza ya que contaremos con personal de salud capacitado brindando una atención integral con calidad y calidez.

VI. RECOMENDACIONES

En todas las visitas domiciliarias, en consulta médica y visitas a instituciones educativas con los adolescentes se debe realizar un identificar actitudes, conocimientos y habilidades sobre sexualidad adecuadas para la edad y según el calendario sistemático recomendado.

Realizar anamnesis para identificar actividad sexual, si no la ha iniciado se debe comprobar que conoce la información para prevenir el inicio de vida sexual activa.

Si ha iniciado la actividad sexual se debe realizar una consejería individualizada inmediata, identificar comportamientos y prácticas de riesgo, así como comprobar la utilización correcta de protección y anticoncepción.

Ofrecer siempre información verbal y escrita; empatía, confidencialidad, apoyo y actitud no juzgadora. Asegurando vinculación y colaboración de manera incondicional invitándole a ser parte del club de adolescentes donde realizaremos la estrategia de intervención educativa.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Necesidad de Salud de los Adolescentes. Serie Informes Técnicos [Internet]. Ginebra: 1977 [citado 04 de febrero del 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41156/1/WHO_TRS_609_spa.pdf
2. Salazar A, et al. Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino, Lima – Perú [Internet]. 2007 [citado el 01 de agosto del 2015]; 7(2): 79 -85. Disponible en http://www.medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2007_2/Art3_Vo107_N2.pdf
3. Puentes Y, Menéndez E, Domínguez Z. La educación sexual en los adolescentes [Internet]. 2011 [citado el 30 de julio del 2015]. Disponible en <http://www.eumed.net/rev/cccss/14/sqd.html>.
4. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años [Internet]. 2011 [citado el 30 de marzo del 2015]. Disponible en <http://www.unal.edu.co/bioetica/documentos/2011/Maternidad.pdf>.
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Cuidado de la salud reproductiva para adolescentes enmarcado en la comunidad [Internet]. 2011 [citado el 18 de marzo del 2015]. 14 (3). Disponible en <http://www.cies.edu.ni/documentos/cerca/INFORME%20CERCA%20EQUADOR%20WEB.pdf>

6. García C. Análisis de la situación integral de salud. EU 23 Latacunga. 2014. Informe técnico 1.
7. Barros T, Barreto D, Pérez F. Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. Rev. Panam. Salud Pública. [Internet]. 2001 [citado el 19 de marzo del 2015]; 10 (2). Disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892001000800003
8. Cabrera A, Sanabria G. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios [Internet]. 2011 [citado el 18 de marzo del 2015]. Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_1_13/spu15113.htm
9. Bunge M. El conocimiento científico [Internet]. 2012 [citado el 22 de mayo del 2015]. Disponible en <https://bilosofia.wordpress.com/2012/02/24/introduccion-a-la-epistemologia-segun-mario-bunge/>.
10. Fernández I, Torrecilla M. Intervención educativa en adolescentes con riesgo de embarazo [Internet]. 2010 [citado el 19 de marzo del 2015]. Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol27_4_11/enf06411.htm.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1: MODELO DE DAVID LEYVA

PASO 1. ACERCAMIENTO AL PROBLEMA

Bajo conocimiento de los adolescentes sobre sexualidad

PASO 2.- IDENTIFICAR LO IDEAL

Que los adolescentes tengan un alto conocimiento sobre sexualidad para la toma de decisiones en su vida diaria.

PASO 3.- IDENTIFICAR LO REAL

Bajo conocimiento de los adolescentes sobre sexualidad lo que conlleva a un aumento de embarazos y el incremento de infecciones de transmisión sexual.

PASO 4.- BUSCAR LA DISCREPANCIA O RELACIÓN ENTRE LO IDEAL Y LO REAL.

La sexualidad en la actualidad sigue siendo considerada como un tema tabú tanto a nivel individual, familiar y social lo que conlleva a la desinformación o mala información del tema en los adolescentes y sus pares dando como resultado la toma de decisiones erróneas que ocasiona resultados inesperados como es el embarazo no deseado y la presencia de infecciones de transmisión sexual.

PASO 5.- ANALIZAR LA NECESIDAD

Existe la necesidad de mejorar los conocimientos de los adolescentes sobre sexualidad brindando una información correcta y científica dejando de lado tabúes, para esto es necesario trabajar tanto a nivel individual, familiar y comunitario. Al igual capacitar al personal de salud para brindar una atención integral con calidez y calidad.

PASO 6.- DE ACUERDO A LA NECESIDAD QUE DEBO HACER, TRAZAR LA META.

- Implementar una estrategia educativa para elevar los conocimientos de sexualidad en los adolescentes del EU 23, sectores S4, S5, S6 y S7.
- Crear o fortalecer el club de adolescentes en el sector EU 23.
- Desarrollar actividades continuas y dinámicas con el club de adolescentes para fortalecer el grupo y consolidar conocimientos.

PASO 7.- BUSCAR ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN.

- Consulta médica integral periódica, aplicando el Protocolo establecido por el país para los adolescentes.
- Visitas domiciliarias.
- Socialización con la comunidad de la problemática actual de los adolescentes
- Buscar el apoyo de redes intersectoriales locales tanto públicas como privadas.

PASO 8.- ANALIZAR CADA UNA DE LAS ALTERNATIVAS

- Al realizar una consulta médica integral y que sea periódica logramos la empatía del adolescente, permitiéndonos identificar riesgos precozmente y actuar de forma oportuna como un equipo multidisciplinario.
- En las visitas domiciliarias podemos brindar consejería, realizar dinámicas familiares abordando el tema de la sexualidad lo que permitirá que sea un tema abordado con naturalidad dentro del núcleo familiar y sean los padres quienes brinden la información correcta a sus hijos.
- Mediante charlas educativas o audiencias podremos educar a la comunidad para una mejor aceptación de la estrategia de intervención educativa a realizarse en el sector.
- Las redes de apoyo intersectoriales ayudarán de forma activa a la implementación de la estrategia.

PASO 9.- PRIORIZAR LAS ALTERNATIVAS

La alternativa más factible, de mayor magnitud, relevancia y trascendencia es la aplicación de la técnica de grupos focales y las técnicas participativas donde se abordarán temas de conocimiento de anatomía y fisiología sexual y reproductiva, ciclos de respuesta sexual humana, prevención de infecciones de transmisión sexual y métodos anticonceptivos

PASO 10.- ELABORAR UNA PROPUESTA EDUCATIVA

Implementar una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre sexualidad en los adolescentes del EU 23, sectores S4, S5, S6 y S7 del cantón Latacunga.

ANEXO 2: ACTIVIDADES Y PLAN ANALÍTICO

N°	ACTIVIDAD	OBJETIVOS	TÉCNICA	LUGAR	FECHA	RECURSOS	RESPONSABLE
1	Presentación de los adolescentes	Conocer a los y las participantes	Técnica de presentación señalada	Casa comunal barrio San Francisco	Enero 2016	Humanos Materiales: Pizarra líquida Marcadores Cartulinas	Dra. Carmina García Comité de Salud del sector.
2	Anatomía y fisiología sexual y reproductiva	Lograr que los adolescentes conozcan el aparato reproductor masculino y femenino	Taller.	Casa comunal barrio San Francisco	Febrero 2016	Humanos Materiales: Maquetas de los aparatos reproductores en fomis. Copias de los contenidos. Papelotes. Marcadores. Maskin Cámara fotográfica	Dra. Carmina García Comité de Salud del sector.

N°	ACTIVIDAD	OBJETIVO	TÉCNICA	LUGAR	FECHA	RECURSOS	RESPONSABLE
3	Pubertad, cambios fisiológicos.	Determinar los cambios fisiológicos que ocurren en la pubertad.	Charla educativa	Casa comunal barrio San Francisco	Marzo 2016	Humanos Materiales: Pizarra Marcadores Papelotes Maskin Hojas de papel bond Cámara fotográfica Tecnológicos: Computadora	Dra. Carmina García Comité de Salud del sector.
4	Salud sexual humana	Conocer las percepciones de los y las adolescentes de acuerdo a su vida cotidiana	Grupos focales / video debate	Casa comunal barrio San Francisco	Abril 2016	Humanos Materiales: Pizarra Marcadores Papelotes Maskin Hojas de papel bond Cámara fotográfica Tecnológicos: Computadora	Dra. Carmina García Comité de Salud del sector.

N°	ACTIVIDAD	OBJETIVO	TÉCNICA	LUGAR	FECHA	RECURSOS	RESPONSABLE
5	Métodos anticonceptivos. Tipos Características.	Lograr que los adolescentes conozcan sobre métodos anticonceptivos y la disponibilidad en los centros de salud	Grupos focales	Casa comunal barrio San Francisco	Mayo 2016	Humanos Materiales: Pizarra Marcadores Papelotes Maskin Hojas de papel bond Cámara fotográfica Tecnológicos: Computadora	Dra. Carmina García Comité de Salud del sector.
6	Prevención de embarazo en la adolescencia y las ITS	Fomentar en los adolescentes las medidas de prevención del embarazo en esta edad y las ITS.	Grupos focales	Casa comunal barrio San Francisco	Junio 2016	Humanos Materiales: Pizarra Marcadores Papelotes Maskin Hojas de papel bond Cámara fotográfica Tecnológicos: Computadora	Dra. Carmina García Comité de Salud del sector.

PLAN ANALÍTICO

ACTIVIDAD 1

TEMA: DINÁMICA DE PRESENTACIÓN“PRESENTACIÓN SEÑALADA”:

OBJETIVO: Aprenderse los nombres de las personas con las cuales vamos a compartir un rato de diversión mediante el juego.

Con esta técnica se busca:

- Facilitar una comunicación participativa.
- Estimular un ambiente distendido.
- Conocerse los nombres entre los integrantes del juego.

PARTICIPANTES: Conformar grupos de 12 personas.

TIEMPO: Normalmente esta técnica depende del número de personas que integren los grupos, el tiempo aproximado está entre 15 - 20 minutos.

LUGAR: Casa barrial San Francisco.

DESARROLLO

En círculo el primero dice su nombre, comienza el animador, señala a una persona, la persona señalada dice el anterior, el suyo y señala a otra, la tercera persona dice el nombre del primero, el del segundo y señala a otra persona. Así sucesivamente con todos los participantes

ACTIVIDAD 2

TEMA 1. Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino.

TIPO DE ACTIVIDAD: Taller

OBJETIVO: Lograr que los adolescentes conozcan el aparato reproductor masculino y femenino.

PARTICIPANTES: 4 grupos de 10 a 12 personas

TIEMPO: 60 a 90 minutos

LUGAR: Casa barrial San Francisco.

DESARROLLO

Previa enumeración de los números del 1 al 4, se les reúne por grupo de números y se entregará al grupo 1 la maqueta del rompecabezas del aparato reproductor femenino. Al grupo 2 se entregará la maqueta del aparato reproductor masculino. Al grupo 3 se le entrega el contenido teórico de la fisiología del aparato reproductor femenino y al grupo 4 el contenido teórico de la fisiología del aparato reproductor masculino. Posteriormente se realizará una plenaria y el facilitador reforzará los conocimientos.

ACTIVIDAD 3

TEMA: Pubertad, cambios fisiológicos.

TIPO DE ACTIVIDAD: Taller

OBJETIVO: Lograr que los adolescentes conozcan los cambios fisiológicos que ocurren en la pubertad.

PARTICIPANTES: 4 grupos de 10 a 12 personas

TIEMPO: 60 a 90 minutos

LUGAR: Por la necesidad de espacio y comodidad de los grupos se necesita un lugar amplio.

DESARROLLO

Previa enumeración de los números del 1 al 4, se les reúne por grupo de números y se entregará al grupo 1 láminas que representan la evolución del aparato reproductor femenino. (Utilizar el instrumento de Denver)

Al grupo 2 se entregará láminas que representan la evolución del aparato reproductor masculino. (Utilizar el instrumento de Denver)

ACTIVIDAD 4

TEMA: Salud sexual humana.

TIPO DE ACTIVIDAD: Video debate.

OBJETIVO: Lograr que los adolescentes conozcan la respuesta sexual humana. Etapas y sus características.

PARTICIPANTES: 4 grupos de 10 a 12 personas

TIEMPO: 60 a 90 minutos

LUGAR: Casa barrial San Francisco.

DESARROLLO

Se les ofrecerá el conocimiento a través de un video y al finalizar se realizará un debate, todos deberán aportar sobre la información recibida, se aplicará la técnica educativa lluvias de ideas.

ACTIVIDAD 5

TEMA: Métodos anticonceptivos. Tipos y características.

ACTIVIDAD EDUCATIVA: Taller

OBJETIVO: Lograr que los adolescentes conozcan los métodos anticonceptivos, tipos y sus características.

PARTICIPANTES: 4 grupos de 10 a 12 personas

TIEMPO: 60 a 90 minutos

LUGAR: Casa barrial San Francisco.

DESARROLLO:

Se les ofrecerá el conocimiento a través del Protocolo de Atención establecido en el país sobre los métodos anticonceptivos.

ACTIVIDAD 6

TEMA: Prevención de embarazo en la adolescencia y las ITS.

ACTIVIDAD EDUCATIVA: Taller

OBJETIVO: Fomentar en los adolescentes las medidas de prevención del embarazo en esta edad y las ITS.

PARTICIPANTES: 4 grupos de 10 a 12 personas

TIEMPO: 60 a 90 minutos

LUGAR: Casa barrial San Francisco.

DESARROLLO:

Se les ofrecerá el conocimiento a través de un intercambio directo con los adolescentes sobre la prevención del embarazo en esta edad y las ITS.

ANEXO 3: INDICADORES

EVALUACIÓN

PROCESO

Nº de adolescentes que asisten

Nº de población general de adolescentes

Informe sobre las actividades programadas y su cumplimiento de forma sistemática superior al 85%.

RESULTADO

Nº de adolescentes que mejoran sus conocimientos

Nº de personas capacitadas

90% o más por ciento de adolescentes educados sobre sexualidad

IMPACTO

Evaluación al sexto y doceavo mes de aplicada la estrategia educativa: incremento al 95 - 100% del nivel de conocimientos sobre sexualidad de los adolescentes, según la aplicación de encuesta inicial.

- ✓ Disminución del embarazo no deseado en un 50 al 75%
- ✓ Disminución de infecciones de transmisión sexual entre 75 al 90%

ANEXO 4: CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	N° DÍAS	INICIO	FINAL	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4
Actividad 1	1	10-01-2017	10-01-2017		x		
Actividad 2	1	31-02-2017	31-02-2017				x
Actividad 3	1	14-03-2017	14-03-2017		x		
Actividad 4	1	28-04-2017	28-04-2017				x
Actividad 5	1	13-05-2017	13-05-2017		x		
Actividad 6	1	28-06-2017	28-06-2017				x