

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Tema:

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS CONOCIMIENTOS,
ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES, SECTOR ER05,
MULLIQUINDIL, 2016.”**

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

Autora: Dra. Angélica Paola Gaviria Bolaños

Directora: Dra. Inés Aurora del Pino Boytel, Esp.

Ambato – Ecuador

2016

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

El Tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por Doctor José Marcelo Ochoa Egas Magíster, e integrado por los señores Doctor José Ignacio Izurieta Izurieta Especialista, Doctora Norma del Carmen Castro Acosta Especialista, Doctor Jorge Luis Vásquez Cedeño Especialista, designados por la Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, para receptor el Trabajo de Investigación con el tema: “ FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES, SECTOR ER05, MULLIQUINDIL, 2016.”, elaborado y presentado por la señorita Doctora Angélica Paola Gaviria Bolaños, 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

Dr. José Ignacio Izurieta Izurieta Esp.
Miembro del Tribunal

Dra. Norma del Carmen Castro Acosta Esp.
Miembro del Tribunal

Dr. Jorge Luis Vásquez Cedeño 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: “FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES, SECTOR ER05, MULLIQUINDIL, 2016”. Le corresponde exclusivamente a: Doctora Angélica Paola Gaviria Bolaños Autora bajo la Dirección del Doctora. Inés Aurora Del Pino Boytel Especialista, Directora del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

Dra., Angélica Paola Gaviria Bolaños

c.c.0502347370

AUTORA

Dra., Inés Aurora Del Pino Boytel, Esp.

c.c. E098908

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. Angélica Paola Gaviria Bolaños

c.c.0502347370

AUTORA

ÍNDICE GENERAL

PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	i
A la Unidad Académica de Titulación.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
AGRADECIMIENTO	ix
DEDICATORIA	x
RESUMEN EJECUTIVO	xi
SUMMARY	xiii
INTRODUCCION	1
CAPÍTULO 1:.....	3
EL PROBLEMA	3
1.1 Tema de investigación.....	3
1.2 Planteamiento del problema	3
1.2.1 Contextualización.....	3
1.2.2. Análisis Crítico	8
1.2.3. Prognosis	9
1.2.4 Formulación del problema	10
1.2.5 Subinterrogantes.....	10
1.2.6 Delimitación del objetivo de investigación.....	10
1.3 Justificación.....	11
1.4.1 Objetivo general	13
1.4.2 Objetivos específicos	13
CAPÍTULO 2	14
MARCO TEORICO.....	14
2.1 Antecedentes de Investigación	14
2.2 Fundamentación filosófica	18
2.3 Fundamentación Legal	20

2.4 Categorías Fundamentales.....	23
2.5 Hipótesis.....	34
2.6 Señalamiento de variables de la hipótesis.	34
CAPÍTULO 3.....	35
METODOLOGÍA.....	35
3.1 Modalidad básica de la investigación.....	35
3.2 Nivel o tipo de investigación.....	35
3.3 Población y muestra.....	35
3.4 Operacionalización de las variables.....	36
3.5 Plan de recolección de la información.....	39
3.6 Plan de procesamiento de la información.....	43
CAPÍTULO 4.....	45
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	45
4.1 Análisis e interpretación de los resultados.....	45
4.3 Verificación de la Hipótesis.....	61
CAPÍTULO 5.....	64
CONCLUSION Y RECOMENDACIONES.....	64
5.1 CONCLUSIONES.....	64
CAPÍTULO 6.....	66
PROPUESTA.....	66
6.1 Datos Informativos.....	66
6.2 Antecedentes de la Propuesta.....	68
6.3 Justificación.....	70
6.4 Objetivo.....	70
6.4.1 General.....	70
6.4.2 Objetivos Específicos.....	70
6.5 Análisis de Factibilidad.....	70
6.6 Fundamentación.....	71
6.7 Metodología y Modelo Operativo.....	72
6.8 Administración.....	75
6.9 Previsión de la evaluación.....	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de la variable independiente	36
Tabla 2 Operacionalización de variables dependientes	38
Tabla 3 Nivel de Conocimiento, Actitud y Práctica según Sexo de los adolescentes.....	45
Tabla 4. Conocimiento, Actitud y Práctica según Nivel de educación.....	46
Tabla 5. Conocimiento, Actitud y Práctica según Religión.	48
Tabla 6. Conocimiento, Actitud y Práctica según Grupos de Edad.	49
Tabla 7. Conocimiento, Actitud y Práctica según Autoestima.	50
Tabla 8. Nivel de conocimientos según factores familiares (Agresión, Permisibilidad, Autoritarismo y Sobreprotección).	51
Tabla 9. Actitudes según factores familiares (Agresión, Permisibilidad, Autoritarismo y Sobreprotección).....	53
Tabla 10. Prácticas según factores familiares (Agresión, Permisibilidad, Autoritarismo y Sobreprotección).....	54
Tabla 11. Conocimiento, Actitud y Práctica según Estado civil de los padres.....	55
Tabla 12. Prácticas según nivel de Conocimiento.	56
Tabla 13. Sexo según relaciones sexuales.....	57
Tabla 14. Sexo según relaciones sexuales.....	58
Tabla 15. Conocimientos, actitudes y prácticas según nivel de educación de los padres.	59

Tabla 16. Relación entre quienes hablan de sexualidad dentro de la familia y sexo.	60
Tabla 17. Relación entre quienes hablan de sexualidad fuera de la familia y sexo.	61
Tabla N° 18 Cuadro de actividades y técnicas educativas utilizadas, duración y responsable.....	90

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Variable dependiente e independiente.....	23
--	----

AGRADECIMIENTO

Agradezco a DIOS por haber estado en mi vida siempre guiando mis pasos.

Un infinito reconocimiento a la Universidad Técnica de Ambato, a los profesores y tutor por su dedicación en transmitir sus conocimientos y experiencias profesionales para ayudarme a completar mi Trabajo de Grado.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, por darme la vida.

A mi madre, por estar siempre brindándome su apoyo incondicional y porque gracias a ella he podido lograr todas mis metas.

A mi esposo Diego y mis hijos Diego Gael y Alan Jair siendo mi fortaleza en todo momento.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA: “FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES, SECTOR ER05, MULLIQUINDIL, 2016.”

AUTOR: Doctora Angélica Paola Gaviria Bolaños

DIRECTOR: Doctora Inés Aurora del Pino Boytel Especialista.

FECHA: 08 de Agosto de 2016

RESUMEN EJECUTIVO

La adolescencia es una etapa de la vida que trae consigo crecimiento, cambios, oportunidades y con bastante frecuencia riesgo para la salud sexual y reproductiva. Los factores familiares e individuales pueden estar relacionados con los conocimientos, actitudes, y prácticas de los adolescentes de la parroquia de Mulliquindil cuyo objetivo: Identificar los factores familiares e individuales que influyen en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la salud sexual y reproductiva en adolescentes del sector ER 05 de la parroquia de Mulliquindil, año 2016. Se pretendió comprobar que factores familiares individuales influyen en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la salud sexual y reproductiva en adolescentes del sector ER 05 de la parroquia de Mulliquindil, año 2016. Se utilizó un estudio de modalidad de campo nivel relacional, observacional, descriptivo con un corte transversal, participaron 240 adolescentes con una muestra de 134. Los resultados demostraron tener deficientes o ausentes conocimientos en ambos sexos. Se evidencio que entre los factores familiares la agresión y sobreprotección afectan a los conocimientos y las prácticas de los adolescentes. Los adolescentes que tienen relaciones sexuales tuvieron más de una pareja que está en relación a los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva deficiente y

a una actitud desfavorable sobre sexualidad.

Se concluye diciendo que los factores tanto individuales y familiares influyen en los conocimientos y las prácticas de los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva.

Las prácticas sexuales son inadecuadas ya que muchos adolescentes que tienen vida sexual tuvieron más de una pareja y no utilizaron preservativos por lo tanto no tienen buena percepción de riesgo.

Descriptor: Adolescentes, salud sexual y reproductiva, actitudes, comportamientos, Factores familiares

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD/DIRECCIÓN DE POSGRADO

ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SUMMARY

THEME: "FACTORS AFFECTING THE KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES ON SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH IN TEENAGERS, SECTOR ER05, MULLIQUINDIL, 2016."

AUTHOR: Doctora Angélica Paola Gaviria Bolaños

DIRECTED BY: Doctora Inés Aurora del Pino Boytel, Especialista.

DATE: 08 de Augusto 2016

Adolescence is a stage of life that brings growth changes, opportunities and often enough risk to sexual and reproductive health Individual and family factors may be related to the knowledge, attitudes and practices of adolescents of Parish Mulliquindil.

Objective: To identify factors influencing knowledge, attitudes and practices on sexual and reproductive health in adolescents industry of Parish of Mulliquindil.

Hypothesis

Identify the factors influencing knowledge, attitudes and practices on sexual and reproductive health in adolescents industry of Parish of Mulliquindil.

Methodology: field mode was used descriptive, observational, type descriptive, observational, type, Universe of the study: 240 adolescents with a sample of 134

Results: In relation to knowledge, attitudes and practices all they proved to be deficient or absent in both sexes. I was shown that between family factors such as aggression and overprotection affect the knowledge and practices of adolescents. Teenagers who have sex had more than one partner

Conclusions: It was shown that both individual factors and family influence knowledge and practices of adolescents. Sexual practices are inadequate, as many teenagers who have sex life. They had more than one partner and not used condoms therefore have no good perception of risk.

Keywords: Adolescents, sexual and reproductive health, attitudes, behaviors, family factors

INTRODUCCION

El desarrollo de las ciencias médicas y la investigación ha arribado a la conclusión de que la primera relación sexual en los adolescentes mientras más temprano y más precoz ocurra el primer coito, mayor es el número de parejas sexuales que tienen esas personas y por lo tanto los riesgos de infecciones de transmisión sexual (ITS) y de embarazos no planeados¹.

Existen muchas definiciones de adolescencia, la autora de esta investigación considera que la declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la más completa e integral al considerar que es el período de vida en el cual los individuos adquieren la capacidad reproductiva; la cual transita con cambios psicológicos, biológicos puberales que se inician en las niñas a los 10 años y medio y en los niños a los 12 años y medio aproximadamente transcurriendo según las particularidades individuales.

Los padres representan los modelos a seguir por el resto de los integrantes de la familia, donde el adolescente tenderá a reproducirlos. Estos modelos juegan un papel importante cuando el joven realice sus elecciones ante situaciones nuevas de tipo profesional, de estudio, en las relaciones amistosas, y amorosas.

El sistema familiar juega un papel importante en el carácter del adolescente, por eso es importante la educación y comunicación abierta y fluida entre sus miembros, cuando existe un funcionamiento familiar y relaciones adecuadas constituyen elementos favorables en la construcción de una personalidad y un desarrollo personal del ser humano.

El adolescente como ser social dispone de recursos personales (autoestima) y sociales (apoyo social) los que les permite afrontar los cambios que la propia adolescencia genera y en consecuencia contribuye a ser menos vulnerable, tener

conductas antisociales y factores de riesgo que dañen su salud

La educación sexual debe formar parte de cada individuo, e incluye los conocimientos y habilidades que exigen de cada ser humano. La vida en pareja y familia debe estar orientada a preparar a las nuevas generaciones a fin de que puedan desarrollar relaciones de pareja estable, duraderas y felices, así como educar a sus hijos con los principios de nuestra sociedad. Además debe ser transmitida por varios grupos de la sociedad dígase familia, escuela, medios de comunicación, sector de la salud etc.

Los adolescentes requieren de programas especiales que atiendan sus necesidades de salud y en particular, los que conciernen a su conducta sexual y reproductiva². Ahora bien, para lograr buenos resultados en éstos se deben considerar, la perspectiva del adolescente, y educarlos adecuadamente para que asuman comportamientos responsables, sustentados en fuertes vínculos con la pareja, con su familia y la comunidad.

En el caso específico de la parroquia de Mulliquindil Sata Ana la tasa de adolescentes que ha iniciado su etapa de sexualidad precozmente es bastante alta, frente a esta realidad influye mucha la falta de orientación por parte de los padres de familia o de las personas más cercanas, lo que contribuye a la desinformación sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, a la iniciación de vida sexual en edades tempranas, al tener más de una pareja y el aumento de los riesgos para las ITS.

CAPÍTULO 1:

EL PROBLEMA

1.1 Tema de investigación.

Salud sexual y reproductiva

1.2 Planteamiento del problema

¿Qué factores influyen en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes del sector ERO5, Mulliquindil?

1.2.1 Contextualización

Actualmente se reconoce que los problemas de salud sexual y reproductiva en adolescentes, se relacionan a la propensión de inicio precoz de la vida sexual, la desprotección, y la baja percepción de los riesgos que ello entraña¹.

El desarrollo adolescente se caracteriza por ser un período de transición donde los jóvenes experimentan una serie de cambios biológicos, cognitivos y psicosociales que modifican su vida adulta. Estos cambios se relacionan no solo al género y el nivel de madurez física, psicosocial y cognitiva del individuo, sino también al ambiente social, cultural, político y económico donde el adolescente vive³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como: «Etapa que transcurre durante el segundo decenio de la vida de los seres humanos, es decir, entre los 10 y los 19 años, existiendo una diferencia en su etapa temprana (10-14 años) y la tardía (15-19 años)⁴. Además refiere que es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transitan los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio

económica⁵.

Es importante entender el pensamiento del adolescente por una razón muy práctica, toman decisiones diarias personales que pueden tener consecuencias de largo alcance en su futuro, como de quien ser amigo, como si ir o no a la universidad y a que universidad, si deben iniciar su actividad sexual, si deben consumir drogas, practicar sexo sin seguridad, decisiones que en muchas ocasiones no son las adecuadas. Se podría argumentar que es importante o bien enseñar a los adolescentes habilidades para el juicio crítico que les lleve a reducir sus riesgos, o bien limitar sus opciones (instaurando el toque de queda, aplicando estrictamente los reglamentos sobre la prohibición de fumar, beber antes de la mayoría de edad, exigiendo el consentimiento de los padres antes de recurrir a los servicios de contracepción o de aborto) hasta que mejore su calidad de juicio⁶.

A menudo en los adolescentes muchos padres se vuelven más permisivos exigiendo poco de sus hijos, hay poco control y disciplina esto genera conductas en los jóvenes cada vez más distantes e independientes de los de sus padres. El hecho de que un adolescente experimente o no con las drogas, o inicie o no su vida sexual a tempranas edades está altamente correlacionado con las actitudes y conductas de sus padres.

Los padres representan los modelos de los adultos y el adolescente tenderá a reproducirlos fuera de la familia. La relación, el ambiente, las costumbres, etcétera, que ha conocido el joven conviviendo con sus padres le han enseñado a vivir de una forma determinada. Estos modelos juegan un papel importante cuando el joven realice sus elecciones ante situaciones nuevas de tipo profesional, de estudio, en las relaciones amistosas, y amorosas⁷.

La mayoría de los modelos que analizan los factores protectores y de vulnerabilidad durante la adolescencia influyen en el sistema familiar como un elemento fundamental. En este contexto, aspectos tales como la flexibilidad del sistema familiar para adaptarse a los cambios que requiere el adolescente, la capacidad de establecer una comunicación abierta y fluida entre sus miembros, así como su adecuada vinculación emocional, inciden en la mayor o menor

vulnerabilidad del adolescente. De esta forma, cuando los aspectos del sistema familiar señalados previamente son favorables, el adolescente suele disponer también de más recursos personales (autoestima) y sociales (apoyo social) con los que afrontar los cambios que implica la adolescencia; y, en consecuencia, es menos vulnerable a implicarse en conductas antisociales y de riesgo para su salud⁸.

Según la OMS a nivel mundial un millón de adolescentes americanos han experimentado el sexo con anterioridad, de las cuales alrededor del 90% no están casadas, se quedan embarazadas.

Puesto que en Estados Unidos hay cerca de nueve millones de mujeres en edades comprendidas entre los quince y diecinueve años, esto significa que cada chica de esta edad tiene alrededor de un 50% de posibilidad de quedarse embarazada antes de cumplir los 20 años⁶.

El embarazo adolescente es una de las mayores preocupaciones de la sociedad global, sus consecuencias son devastadoras para la situación de las personas en este grupo de edad y, al disminuir, tendríamos sin duda un impacto determinante en el mejoramiento de la calidad de vida a nivel mundial no solo de las niñas, sino de las sociedades en donde ellas viven.

Según datos Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) 2011 la tasa de embarazo adolescente en Latinoamérica y el Caribe es de 70,5% por cada mil nacidos vivos. Si bien ha disminuido mínimamente, comparada con años anteriores sigue siendo una tasa alta.

En América Latina países como Colombia a pesar de los diferentes estudios y las diferentes intervenciones realizadas esta situación representa un problema preocupante de salud pública porque se incrementa los riesgos perinatales, y además se contribuye a mantener la pobreza económica de las poblaciones.

El embarazo en adolescentes es mayor en las poblaciones con bajo nivel socio económico, discrepancia que contribuye a tal condición. Se presenta por la

decisión del inicio de vida sexual de los jóvenes y ocurre más por “accidente”, aunque existen estudios que cuestionan tal apreciación⁴.

En Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años, los/as adolescentes representan el 20% del total de la población ecuatoriana. La fecundidad adolescente en el país en la última década tiene tendencia a incrementar, siendo la más alta de la subregión andina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11%) con secundaria completa⁹.

Según el INEC en Ecuador en el 2011 el Fondo de las Naciones Unidas reportó a 350 mil madres adolescentes; la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales es de 12 a 14 años; una de cada 149 mujeres muere a causa de factores relacionados con el parto, el embarazo prematuro alcanza al 10% de adolescentes entre los 15 y 19 años; la tasa de aborto en el país es de 34,3% por 10 mil habitantes¹⁰.

Según la Organización Mundial de la Salud en la actualidad más de dos millones de adolescentes viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Aunque el número total de muertes relacionadas con el VIH ha disminuido un 30% con respecto al nivel máximo registrado hace ocho años, las estimaciones disponibles indican que las defunciones por VIH entre los adolescentes están creciendo¹¹.

Según el INEC 2012, dos de cada diez partos son de adolescentes de 12 a 19 años, mientras que cinco de cada diez adolescentes son padres. La tasa más alta se evidencia en la Amazonía, la frontera norte, Sierra Centro y en Guayas¹⁰. Las características principales en los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años son las prácticas culturales, la pobreza, la falta de educación sexual y el poco acceso a servicios de planificación familiar. En cambio, el factor predominante en menores de 15 años es la violencia sexual.

Actualmente de las más de 7 millones de mujeres, 3.645.167 son madres, de ellas

122.301 son adolescentes, Según datos oficiales del Ministerio de Salud y el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), el 17% de mujeres de entre 15 y 17 años son madres adolescentes. La tasa para menores de 15 años es del 0.7% y del grupo de edad entre 15 y 19, es del 19.6%. Además, de acuerdo con los datos registrados por este organismo, esta problemática ya afecta a niñas de 10 años¹⁰.

Según datos brindados por la Dirección Provincial de Salud Cotopaxi, en el año 2011 se registraron 1257 adolescentes embarazadas, de esa cifra, treinta y nueve corresponden a edades de 10 a 14 años, y 1218 adolescentes embarazadas están entre 15 a 19 años, estos resultados son el producto de la falta de información en las jóvenes adolescente en cuanto a sus derechos, al acceso de métodos de planificación familiar, pero además se consideró que es responsabilidad de los padres de familia tener mayor comunicación con sus hijos¹².

En la provincia de Cotopaxi en el 2013 se reportaron 108 embarazadas adolescentes solo en Latacunga comprenden entre los 14 a 19 años de edad, y aun es mucho mayor entre los 18 y 19 años tanto en el sector urbano como rural¹⁰.

En la Parroquia de Mulliquindil perteneciente al Cantón Salcedo, el problema de sexualidad de los adolescentes forma parte de las estadísticas a nivel de la provincia. Según datos reportados en el distrito 3 de Salcedo, 3 de cada 10 adolescentes son madres a temprana edad con un porcentaje mayor ente los 14 y 16 años y con una mínima diferencia en el área urbana de la rural. También se pudo hacer un análisis de las madres en el período del 2010 al 2014, el 44,1% de las madres tuvieron su primer hijo entre los 15 a 19 años, mientras el 35,2% entre los 20 a 24 años y el 2,4% entre 12 y 14 años. No se pudo obtener datos sobre el índice de abortos, complicaciones durante el parto en la adolescente, ni el riesgo de contraer las enfermedades de transmisión sexual pero son datos que deberían estar reportados ya que las estadísticas a nivel del país son alarmantes¹⁰.

De alguna manera se ha podido observar cierta relación de los factores socioeconómicos, culturales, familiares como generadores de estas estadísticas en la población de estudio. Como se puede ver el problema sobre sexualidad en el

adolescente viene presentándose desde hace muchos años atrás y está afectando de la misma manera a los países desarrollados como los subdesarrollados. Aunque los factores que predisponen a estas conductas son diferentes, sigue siendo de gran interés sobre todo para Latinoamérica el disminuir esta problemática ya que afecta el desarrollo de las sociedades.

1.2.2. Análisis Crítico

Existen numerosos estudios científicos sobre salud sexual y reproductiva y aunque cada año se realizan inversiones y estrategias, la reducción de esta problemática ha sido mínima, ya que no se está llegando de manera más cercana al adolescente y a la familias, por lo tanto los datos actuales siguen siendo alarmantes, no bastan para mejorar esta problemática, así como la repercusión social.

En el Ecuador las niñas entre 10 y 19 años suman cerca de un millón cuatrocientos sesenta mil, de las cuales más de ciento veinte dos mil ya han tenido al menos un hijo, aún no culminan su adolescencia y ya son madres de uno o más hijos, además del alto índice de aparición de complicaciones y muerte durante el parto. Los niños que son hijos de adolescentes, la tasa de maltrato es elevada, así como los accidentes en el hogar y abandono es mucho mayor, lo que representa un problema grave en el país.

Las enfermedades de transmisión sexual constituyen un problema serio de salud a nivel mundial, hoy en día, el control de estas infecciones durante la etapa de adolescencia ha cobrado un auge creciente. Según la OMS mundialmente se presentan cada año cerca de 340 millones de casos nuevos de ITS curables y por lo menos 1 millón de contagio ocurren cada día, los adolescentes representan alrededor del 20 % de la población y el 50 % de ellos contraen una ITS cada año, teniendo en cuenta que los adolescentes son particularmente vulnerables, esta población corre más riesgo de padecer estas enfermedades incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y síndrome inmunodeficiencia (SIDA)^{8,9}

A pesar de las diferentes estrategias implementadas por el gobierno central para

prevenir los embarazos adolescentes, en la actualidad sigue creciendo, por eso es importante que a través de este estudio se llegue a identificar los principales factores en los que se pueda trabajar y proponer una estrategia educativa que a través de varias intervenciones mejore los conocimientos sobre sexualidad y reproducción en el adolescente.

En el 2011 se implementó la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazo de Adolescentes (ENIPLA)¹², que debía coordinarse desde el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, responsable de vigilar la implementación de políticas de planificación familiar y salud sexual, en las cuales intervendrán también los Ministerios de Educación, de Salud y de Inclusión Económica y Social, sobre todo para la población ajena a los establecimientos educativos y marginada de cualquier institucionalidad.

La estrategia empezó a aplicarse a partir de marzo de 2012. En el año 2014 sugieren metodologías alternativas a las existentes y nuevas alternativas de cambio pero no tiene continuación.

Si bien la actividad sexual en los adolescentes es un fenómeno multifactorial, los factores familiares juegan un rol primordial y deberían ser considerados también en el diseño de políticas públicas dirigidas a postergar el inicio sexual en los adolescentes¹³.

En este estudio queremos implementar una estrategia educativa una vez que identifiquemos los factores que provocaron el embarazo adolescente, y las enfermedades de transmisión sexual que son identificados como un problema de salud.

1.2.3. Prognosis

De no realizarse el estudio, se quedará sin conocer la problemática respecto a salud sexual y productiva de los adolescentes, así como también los factores que influyen en ella, las estadísticas han demostrado que el embarazo en adolescentes y las enfermedades de transmisión sexual están afectando a la parroquia, lo cual

estimuló para que ésta investigación se lleve a cabo, ya que caso contrario se carecería de elementos suficientes y necesarios para proponer medidas preventivas, que garantizarán una sexualidad sana en los adolescentes, no se conocería a profundidad las causas del alto índice de embarazo en esta edad, y las enfermedades de transmisión sexual que están afectando a esta población, lo que será un impedimento para dar soluciones como especialista en Medicina Familiar y Comunitaria .

1.2.4 Formulación del problema

Qué factores influyen en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes del sector ERO5, Mulliquindil?

1.2.5 Subinterrogantes

- 1.- ¿Qué relación existe entre el conocimiento y actitudes con las prácticas sobre la salud sexual en los adolescentes?
- 2.- ¿Cómo influyen los factores familiares e individuales en las actitudes y prácticas de los adolescentes?
- 3.- ¿Cómo modificar el conocimiento, actitudes y prácticas sobre la salud sexual y reproductiva en los adolescentes?

1.2.6 Delimitación del objetivo de investigación

El estudio se realizará en los adolescentes de los barrios Centrales de la Parroquia de Mulliquindil en el período de 2016.

Delimitación de la Investigación

De contenido:

Campo: Salud Pública.

Área: Hebiatría.

Aspecto: Conocimiento, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes.

Según:

Tiempo: Período comprendido de Enero a Diciembre 2016

Lugar: El sector ER 05 de Salcedo Mulliquindil

Persona: Adolescentes de los Barrios Centrales de la Parroquia de Mulliquindil

Línea de investigación: Epidemiología y Salud Pública

1.3 Justificación

Los adolescentes deben estar equipados con los conocimientos pertinentes relacionados con la sexualidad, a fin de que puedan tomar decisiones responsables. Se han tratado de implementar diferentes estrategias por el gobierno, entre ellas la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes¹², que resultó fallida su ejecución.

Este estudio no quiere colocar dispensadores de preservativos masculinos y femeninos de distribución gratuita, ni la implementación de una línea gratuita para recibir llamadas de los adolescentes y jóvenes, en donde se les informan, asesora y direcciona sobre temas relacionados con la sexualidad, se aspira con esta investigación luego de tener la información requerida a través de las encuestas, entrevistas con grupos focales, identificar cuáles son los principales factores que influyen en estos comportamientos y conductas para posteriormente proponer una estrategia educativa, que brinde información adecuada y preventiva, que este centrada en las características individuales y específicas del grupo poblacional a quien va dirigida, para que los y las adolescentes tengan una importante herramienta, que es el conocimiento relacionado a la sexualidad, métodos anticonceptivos, sobre los riesgos de un embarazo no deseado o el

contagio con alguna ITS, para que puedan vivir su sexualidad de una forma plena y responsable, para lo cual es importante unir esfuerzos de manera individual, familiar, instituciones educativas y la comunitario para centrar la atención en la prevención, educación, en cómo mejorarla, en cómo lograr que los programas sean receptivos y lograr además cambios.

La presencia de percepciones y comportamientos sexuales riesgosos, en las que se destaca una iniciación sexual precoz, predominantemente sin protección, reflejan la necesidad de actuar sobre las formas de pensar de los adolescentes, con acciones educativas innovadoras que modifiquen sus conocimientos, percepciones, actitudes y comportamientos.

Con este estudio se conocerán las pautas que se deben tener en cuenta para la aplicación de las diferentes técnicas que se utilizarán para la obtención de la información y con esta poder proponer una estrategia educativa que cumpla con las características de los jóvenes del estudio.

Tiene gran importancia estudiar a los adolescentes como se desarrollan en la sociedad, su contexto familiar y en su ambiente socioeconómico y cultural, basada en las necesidades de aprendizaje percibidas por ellos, que sirvan para desarrollar acciones de promoción y prevención que mejoren su salud sexual y reproductiva.

Este estudio fue conveniente y pertinente realizarlo para resolver un problema de salud identificado que puede ser modificado desde la Atención Primaria de Salud, además de la relevancia social e implicaciones prácticas, porque se beneficiarán los adolescentes, las familias y la comunidad. Se llevarán a cabo una serie de acciones de salud, identificando los factores familiares e individuales que influyen en el nivel de conocimiento, las actitudes y prácticas sexuales, así se podrá diseñar una estrategia educativa.

Tiene valor teórico porque pueden surgir ideas y recomendaciones para estudios futuros y puede sugerir como estudiar adecuadamente una investigación relacionada a la salud sexual y reproductiva en adolescentes en una comunidad rural, con características culturales y sociales propias.

Basado en lo anteriormente planteado y la escasez de estudios sobre el tema en el país, es que se realizó esta investigación.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Identificar los factores que influyen en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la salud sexual y reproductiva en adolescentes del sector ER 05 de la parroquia de Mulliquindil, año 2016.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar a los adolescentes según variables sociodemográficas seleccionadas.
2. Identificar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la salud sexual y reproductiva.
3. Determinar los factores individuales y familiares en los conocimientos las actitudes y prácticas de los adolescentes sobre la salud sexual y reproductiva.
4. Diseñar una estrategia de intervención educativa en correspondencia con las necesidades sentidas.

CAPÍTULO 2

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de Investigación

En América Latina y el Caribe la población en la etapa de la adolescencia está teniendo relaciones sexuales a menudo sin protección, lo cual los coloca en riesgo de embarazos no deseados, abortos e infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH¹⁴.

Existen investigaciones en los adolescentes que evalúan el conocimiento, actitudes y prácticas, también estudios en relación al embarazo en adolescentes, evaluaciones del funcionamiento familiar y como esto influyen en las prácticas en esta etapa de la vida etc.

En Colombia, se realizó un estudio observacional de corte longitudinal analítico entre las edades de 12 y 19 años, recibieron tres mediciones de conocimientos actitudes y prácticas a través de una encuesta luego de un proceso educativo sobre sexualidad, previo consentimiento informado, encontrándose diferencias significativas 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 ; así mismo se encontró relación entre actitudes y prácticas. Las técnicas didácticas con significancia estadística fueron el cine-foro para mejorar los conocimientos y el taller para mejorar las actitudes. Y como agente educativo solo mostró diferencia el personal de bienestar estudiantil para trabajar las actitudes¹⁵.

En Cuba en el 2010 se investigó el comportamiento y prácticas sexuales en los adolescentes, y la práctica del aborto, mediante una encuesta donde el grupo de edad predominante estuvo entre 15-17 años, las adolescentes tuvieron la primera

relación sexual a los 15 años, ya habían tenido 3 ó más parejas, algunas con abortos, y no se protegieron en su primera relación sexual¹⁶.

En Venezuela en el año 2013 se realizó un estudio descriptivo y comparativo, de corte longitudinal, de 201 escolares entre 11-17 años, donde 27,9 % de los varones y 9,5 % de las féminas habían tenido relaciones sexuales; con un predominio en los que iniciaron activamente las relaciones sexuales entre los 14 y 15 años con un 9,0 % en los hombres y un 6,0 % en las mujeres; los varones son menos estables sentimentalmente, ya que 13,4 % de estos había tenido más de 2 parejas sexuales y solo 0,5 % de las chicas, el 14,9 % de los varones y 9,5 % de las hembras no conocían lo relacionado con las ITS, por lo que no hubo diferencias estadísticas significativas; sin embargo, 75,6 % de los encuestados sí tenía nociones al respecto¹⁷.

Un estudio de conocimientos actitudes y prácticas realizadas en Colombia en el 2004, dentro de los principales resultados se encontró: que existe un alto riesgo de embarazos no deseados por la falta de información, además porque el método anticonceptivo más utilizado es el del ritmo, aunque él más conocido es el preservativo¹⁸.

En España en el 2012, un estudio donde se determinaron las variables que influyen en el comportamiento sexual de riesgo de los adolescentes y a la posible diferencia de sexos. Con 815 estudiantes donde se observaron pocas diferencias entre las prácticas sexuales y la edad de inicio entre hombres y mujeres. El preservativo fue el método de elección en la primera relación sexual. El consumo de alcohol y la cantidad de parejas sexuales fueron las conductas de riesgo más asociadas con los hombres. Por otra parte, las mujeres se protegen de enfermedades de transmisión sexual, pero hay incremento de abortos¹⁹.

En Lima Perú en el 2009 se realiza una investigación cuantitativa, transversal, descriptiva y correlacional, en una población de 90 adolescentes escolares de 14 a 19 años de dos colegios mixtos. Identificaron los factores de tipo individual, familiar y sociocultural que pudieran asociarse al inicio de actividad sexual en adolescentes. Se aplicó un cuestionario a nivel individual y se demostró que No

hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres en el inicio de actividad sexual, No hubo diferencias en la percepción de ambos grupos de adolescentes sobre el riesgo a embarazo, pues la mayoría opina que existe un alto riesgo a embarazo, con respecto a la actitud hacia el inicio de actividad sexual no hubo diferencias en ambos grupos de adolescentes²⁰.

Un estudio realizado en Cuba 2013 se encontró que entre las estrategias educativas realizadas las más empleadas fueron: educación, capacitación, consejería y campañas, se confeccionaron medios de apoyo: manuales, multimedia, juegos y accesorios. Se encontraron deficiencias en la educación sexual, baja percepción del riesgo de un embarazo o de contraer alguna infección de transmisión sexual, prácticas de cambio frecuente de parejas, tanto en sexo masculino, como el femenino; comienzo temprano de las relaciones sexuales y bajo uso del condón, unido a poca comunicación entre padres e hijos²¹.

En un estudio realizado en Colombia 2012 de tipo observacional, de corte transversal con 7 068 jóvenes escolarizados entre 11 y 20 años de edad de 14 colegios públicos de Bogotá y municipios aledaños. Se aplicó encuesta auto diligenciada que indaga factores sociodemográficos, familiares, sentimentales y conocimientos, actitudes y prácticas de sexualidad. Prevalencia de haber tenido relaciones sexuales 40 %, vida sexual activa 20 %, prevalencia de embarazo 4 % y de aborto de 1 %. Factores de riesgo: no haber recibido información sobre planificación vs entender con dudas sobre planificación (OR 0,1 con IC 95 % de 0,03-0,4)²².

Un estudio transversal a partir de una muestra representativa de 2 615 estudiantes (de 13 a 19 años) en el Salvador en el año 2012, se recogieron aspectos sociodemográficos, estilos de vida y fuentes de información sobre sexualidad y amor utilizadas por los jóvenes, se demostró que los mensajes de la familia y amigos son factores que parecen influir en el inicio de las relaciones sexuales de los jóvenes²³.

Se han realizado múltiples estudios en relación a la salud sexual y reproductiva del adolescente, dirigidos a conocer los factores de riesgo, el comportamiento

según el género, el riesgo de percepción de las enfermedades de transmisión sexual, embarazo no deseado, aborto, todos estos estudios han demostrado que la falta de conocimiento, la actitud que toman los adolescentes frente a la sexualidad, la insuficiente guía y afecto familiar así como múltiples factores sociales y económicos influyen sobre la salud sexual y reproductiva. En Latinoamérica y en el Ecuador es considerado un problema social, que ha llevado a los gobiernos a buscar estrategias para mejorar la problemática.

Pocas han sido las estrategias educativas que han dado seguimiento al grupo investigado, otros solo se han dedicado a identificar el problema y no han buscado soluciones por eso son estudios que han logrado poco impacto en la sociedades.

El adolescente pone a prueba el ejercicio de su libertad y autonomía respecto del mundo adulto en la elección de las personas que integran su grupo afectivo de referencia. Las decisiones acerca de la composición del núcleo de amistades y de las personas elegidas para mantener relaciones sentimentales, por un lado, y las actividades y los intereses compartidos con su núcleo afectivo de referencia, por otro lado, son ocasión de poner a prueba la independencia del adolescente frente a madres y padres. Por eso mismo, ambas esferas de ejercicio de independencia de los adolescentes, suelen constituirse en fuente de tensiones y conflictos en las relaciones entre ellos y su familia.

El grado de vulnerabilidad del adolescente y joven está en función de su historia anterior, sumada a la susceptibilidad o fortalezas inducidas por los cambios de algunos factores sociales, demográficos, el microambiente familiar, las políticas socioeconómicas, así como el grado de conocimiento que poseen sobre Salud Sexual y Reproductiva.

La promoción de la salud constituye un proceso que abarca las acciones dirigidas principalmente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y grupos, así como las encaminadas a modificar las condiciones sociales y ambientales, así como mitigar su impacto en la salud pública e individual, con el fin de propiciar espacios saludables donde los diferentes actores involucrados participen responsablemente en el mantenimiento y mejoramiento de su

bienestar²¹.

La familia resulta particularmente importante en la adquisición de habilidades de los adolescentes y, por ende, en el rol de protección o de riesgo. Ello requiere ser identificado a través de "medidas" que permitan evaluar su participación¹³. En Ecuador existen pocas investigaciones publicadas sobre la frecuencia de comportamientos de riesgo en adolescentes y sobre los factores familiares asociados.

Estudios mundiales muestran que el embarazo adolescente contribuye a la perpetuación del ciclo de la pobreza; colocando a las jóvenes en un riesgo más alto para alcanzar sus logros educativos, ocupacionales y socioeconómicos. La maternidad temprana se asocia a un mayor riesgo de resultados reproductivos adversos y una creciente mortalidad materna e infantil²⁴.

2.2 Fundamentación filosófica

El comienzo de una vida sexual a muy temprana edad y el cambio frecuente de pareja sexual es característico en la adolescencia, pues en esta etapa comienza a gestarse el ejercicio de la sexualidad desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

La adolescencia sigue siendo el período de transición y aprendizaje donde a menudo es difícil acceder a información sobre educación sexual que sea confiable⁴, presentando una serie de obstáculos que limitan su conocimiento sobre temas de salud sexual y medidas de prevención de enfermedades de transmisión sexual, lo que puede acarrear una peor entrada en el mundo de las relaciones sexuales trayendo consecuencias conocidas y alarmantes como el número creciente de embarazos no deseados en menores de edad, matrimonios apresurados, abandono del proceso educativo, riesgo de abortos, aumento en el riesgo del contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Los y las adolescentes se muestran más vulnerables a involucrarse en situaciones riesgosas, durante este período, por ser esta una etapa caracterizada por la

búsqueda de la identidad, de probar distintas cosas y donde empiezan a explorarse nuevas experiencias exponiéndose a situaciones más peligrosas, donde la impulsividad los lleva a actuar sin medir las consecuencias, quedando más expuestos a situaciones de riesgo para su salud y las de los que los rodean, con todos los daños físicos, sociales y psicológicos que puede traer aparejado el contagio con alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS), la primera relación sexual cada vez ocurre en estadios de la vida más tempranos y mientras más precoz ocurre el primer coito, mayor es el número de parejas sexuales que tienen esas personas y por lo tanto los riesgos se multiplican (embarazos, ITS) se sabe que las ITS pueden aumentar hasta nueve veces la capacidad de transmisión del SIDA¹⁴.

El derecho del hombre y la mujer a la información y a la planificación de la familia, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos²⁵.

Los derechos sexuales y reproductivos fueron declarados por primera vez en la conferencia internacional de Población y Desarrollo (El Cairo 1994) a partir de esta fecha ha habido un movimiento mundial para transformar las prácticas sociales relacionadas con la salud sexual y reproductiva, conduce a la formación de hombres y mujeres más conscientes de sus derechos y responsabilidades, para la construcción de una nueva sociedad¹².

Hay diferencia en la sexualidad en las distintas edades de la vida. Los adultos distinguen los deseos y sentimientos sexuales de otros sentimientos, sin embargo, las niñas y niños aprenden esto poco a poco, mientras que en los adolescentes repercuten con fuerza los sentimientos sexuales; ellos sienten que la actividad de sus genitales es demasiado abrupta, incontrolable y tratan de averiguar si continúan así. No saben que paulatinamente se irán haciendo más dependientes de la voluntad y se establecerá un equilibrio entre deseos, afectos y respuestas espontáneas de su organismo.

Es importante entonces el conocimiento adecuado de las características de esta edad y de las exigencias que las nuevas condiciones de vida plantean a la personalidad que se desarrolla y a los que están responsabilizados con estimular y dirigir sus conocimientos y educación.

La educación relacionada a la sexualidad y reproducción en esta sociedad, pretende 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 mujer.

Es importante la información y educación a todos los adolescentes de las consecuencias de las relaciones sexuales desprotegidas, ya que este comportamiento genera problemas por eso es necesario establecer estrategias que le permita a los jóvenes expresar su sexualidad de forma consistente y comprender las consecuencias de sus actos y le permita evitar las relaciones sexuales hasta que se acerca la madurez física .

2.3 Fundamentación Legal

Los derechos del niño a sobrevivir, crecer y desarrollarse se recogen en diversos instrumentos jurídicos internacionales. En 2013, el Comité de los Derechos del Niño, encargado de vigilar el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño, publicó directrices sobre el derecho de los niños y los adolescentes al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr¹¹.

Sección quinta

De los grupos vulnerables

“Sección quinta

Niñas, niños y adolescentes

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio

pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo Integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.

Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar²⁶.

CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, publicado por Ley No.100. En Registro Oficial 737 de 3 de Enero del 2003.

En uso de sus facultades constitucionales y legales, (NACIONAL, 2003) expide el siguiente: **CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**, que para el presente trabajo de investigación, se ha tomado los siguientes artículos:

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. 9.- Función básica de la familia.- La ley reconoce y protege a la familia como el espacio natural y fundamental para el desarrollo integral del niño, niña y adolescente. Corresponde prioritariamente al padre y a la madre, la responsabilidad compartida del respeto, protección y cuidado de los hijos y la promoción, respeto y exigibilidad de sus derechos.

Art. 10.- Deber del Estado frente a la familia.- El Estado tiene el deber prioritario de definir y ejecutar políticas, planes y programas que apoyen a la familia para cumplir con las responsabilidades especificadas en el artículo anterior recursos económicos de sus progenitores. En los casos de desconocimiento del paradero del padre, de la madre, o de ambos, el Estado, los parientes y demás personas que tengan información sobre aquél, deberán proporcionarla y ofrecer las facilidades para localizarlos.

Salud sexual y reproductiva.

La salud es definida por la Constitución de 1946 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social, relacionado con la sexualidad¹¹; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, la sexualidad de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud"⁵.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad"⁶

La salud sexual necesita un acercamiento positivo y respetuoso a la sexualidad y a las relaciones sexuales, así como, la posibilidad de obtener experiencias placenteras y seguras, libre de coacción, discriminación y violencia. La salud sexual debe defender, proteger, mantener y respetar los derechos sexuales de todas las personas⁹.

2.4 Categorías Fundamentales

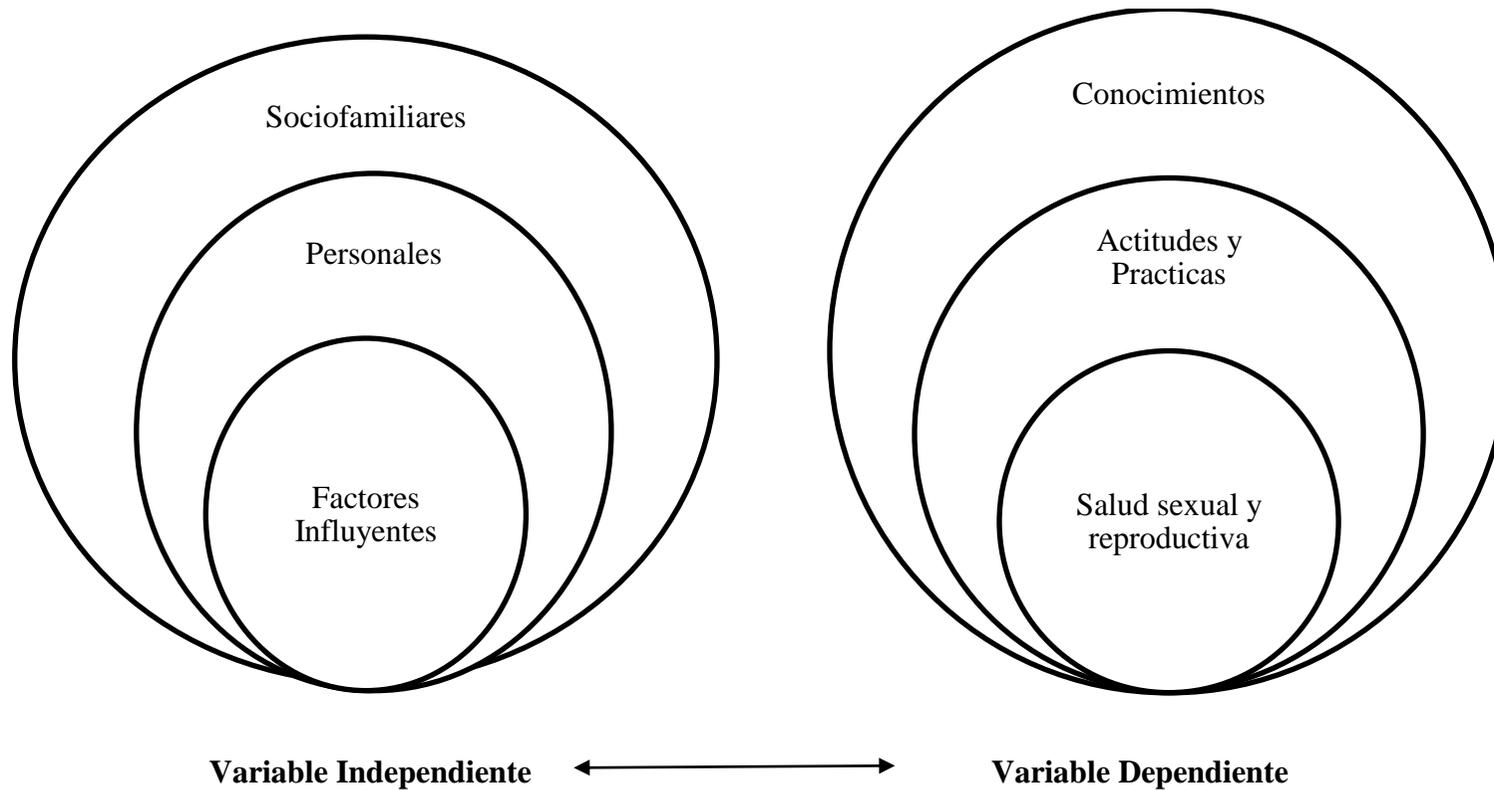


Gráfico 1. Variable dependiente e independiente

Elaborado: Paola Gaviria

Salud reproductiva:

La Federación Internacional de Planificación de la Familia define la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos¹¹. En consecuencia, la salud reproductiva lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación familiar, así como método para la regulación de la fecundidad y los servicios adecuados de salud para embarazos y partos sin riesgos⁵.

Adolescencia y sexualidad.

Adolescencia

La adolescencia es un período de la vida que comienza con los cambios biológicos puberales que se inician en las niñas a los 10 años y medio y en los niños a los 12 años y medio aproximadamente, trascurriendo según las particularidades individuales. Se puede caracterizar como un período de cambios biológicos, psicológicos y sociales que se desencadena como resultado de las hormonas femeninas y masculinas, lo cual provoca la madurez anatómica y funcional y una amplia transformación de la figura corporal y sexuada.

La adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años)

Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias.⁹

La adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años)

Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias

opiniones⁵.

Sexualidad

La sexualidad se define como “una forma de expresión integral de los seres humanos vinculada a los procesos biológicos, psicológicos y sociales del sexo”¹.

Por lo tanto es importante señalar que la sexualidad se refiere a una dimensión fundamental del ser humano basada en el sexo, incluyendo el género la identidad de sexo, la orientación sexual, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Es decir que la sexualidad es la parte fundamental de la vida humana y debe ser considerada dentro del contexto del desarrollo de este.

La educación sexual debe formar parte de cada individuo, que incluye los conocimientos y habilidades que exigen de cada ser humano, la vida en pareja y familia; debe estar orientada a preparar a las nuevas generaciones a fin de que puedan desarrollar relaciones de parejas estables, duraderas y felices.

Relaciones sexuales

Una relación sexual es el contacto físico entre personas fundamentalmente con el objeto de dar y/o recibir placer sexual, o con fines reproductivos. La relación sexual abarca muchas posibles actividades o formas de relación entre dos personas. Esta definición de relación sexual se ha adoptado por ser el objetivo fundamental de este estudio el conocimiento de aquellas relaciones sexuales que supongan riesgo de transmisión de ETS. Por este motivo sólo se consideran relaciones sexuales aquéllas en las que interviene al menos un varón, es decir relaciones entre varón/mujer ⁶.

Edad de inicio de las relaciones sexuales. Según la literatura la edad de inicio de las relaciones sexuales en el país se encuentra entre los 12 y 14 años de edad pero tomaremos en cuenta lo siguiente.

Percepción sobre la sexualidad

La percepción involucra en su contenido, los valores, las tradiciones, los estereotipos, las vivencias y los conocimientos, que tienen los individuos sobre determinados aspectos o fenómenos de la vida.

Categorías de riesgo

Se trata de una investigación de riesgo mínimo en donde se realizarán actividades para mejorar conocimientos y modificar actitudes, creencias y prácticas, se tratará de mejorar los mismos a través de la percepción de los riesgos.

Percepción de riesgo. Es la conducta sexual de riesgo que tienen el adolescente, o la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles²⁷.

Teorías de la percepción de riesgo

Es importante porque la realidad que perciben las personas va hacer su realidad y ellos van a responder de acuerdo a esa realidad, sin importar que estén expuestos a un riesgo.

- 1.- La percepción de la realidad.
- 2.-Lo que se percibe como real.
- 3.- Lo que se percibe como real, es real.
- 4.- No existe comparación entre el rango que le dan los expertos a un peligro y el rango que le da la gente²⁸.

Uso de métodos anticonceptivos

Es el conocimiento que tiene el adolescente sobre los métodos de planificación familiar, porque se deberían usar y cuáles serían los beneficios y riesgos de su uso.

Enfermedades de transmisión sexual.- Las enfermedades de transmisión sexual, también conocidas como ITS, son enfermedades infecciosas que se contagian de persona a persona por medio del contacto íntimo. Las ITS afectan a hombres y mujeres sexualmente activos de todas las edades y procedencias (independientemente de si son ricos o pobres).

Factores Cognitivos

El proceso del desarrollo cognitivo, según la teoría cognitiva de Piaget (1969), va asociado con el desarrollo del pensamiento operacional formal que incluye un aumento en la capacidad de razonamiento abstracto^{29, 30}.

La sexualidad y las conductas saludables no pueden lograrse sin una comprensión del proceso de desarrollo psicosocial que influye en la conducta sexual del adolescente²⁸.

Identidad sexual y desarrollo

La identificación de género incluye el reconocimiento y conciencia de que uno es hombre o mujer y el comprender las funciones, valores y responsabilidades de ser hombre o mujer. Este es el aspecto más básico del desarrollo de la identidad y sucede muy temprano durante el proceso de desarrollo^{29, 30}.

Autoestima

Es la versión interna que poseemos de nosotros mismos, cómo creemos que realmente somos. Esta apreciación que define indudablemente nuestra forma de pensar y de actuar, se apoya fundamentalmente en tres pilares:

- a) La visión de uno mismo.
- b) La confianza en uno mismo.
- c) El amor a uno mismo.

La visión de uno mismo es la manera como cada uno está convencido de que es. Es la imagen o representación interna que cada uno tiene de sí mismo.

Tener confianza en uno mismo significa estar convencido de que es capaz de actuar de la manera adecuada ante cada situación. Permite obrar sin temor al fracaso y al juicio de otros. La autoconfianza es imprescindible para poder emprender cada nuevo camino y es el impulso fundamental para arrimarse a crecer y hacerlo saludablemente.

Amarse a uno mismo implica mantener el respeto y la dignidad siempre.

El amor a uno mismo es incondicional. No niega los propios límites y acepta con fortaleza las situaciones de fracaso.

Los sujetos con autoestima baja se caracterizan por:

- Toma de decisiones a veces laboriosas o definidas.
- A menudo preocupados por las posibles consecuencias de su opción.
- A veces tienen demasiado en cuenta el entorno al tomar decisiones.
- Sufren a veces situaciones dictadas por el entorno
- Son más sensibles a las críticas en intensidad y duración que los demás.

Autoestima alta:

- Toma de decisiones por lo general más fácil.
- Actúan con tanta eficacia como le es posible.
- Se tienen en cuenta a sí mismos en la toma de decisiones.
- Capaces de perseverar en sus decisiones personales pese a las dificultades.
- Se desprenden de las situaciones dictadas por el entorno si las perciben como contrarias a sus intereses.
- El éxito o la felicidad concuerdan con lo que piensan de sí mismos.
- Intentan superarse incluso cuando hayan alcanzado sus objetivos.

La autoestima es parte importante emocionalmente para el joven y se considera un factor protector que ayuda a las personas jóvenes a superar situaciones difíciles. Los sistemas de apoyo social, se relacionan con los padres y pares, contribuyen a aumentar el autoestima. Un buen nivel de autoestima y bienestar emocional permite a los adolescentes desarrollar una serie de habilidades personales y facilita la toma de decisiones que llevan a una vida sexual más saludable. En cambio, la autoestima baja implica problemas de salud tales como depresión, suicidio, anorexia nerviosa, delincuencia, conducta de riesgo sexual y otros problemas de ajuste³¹.

Factores familiares.

Relaciones con los padres:

1.-Sobreprotección: se puede manifestar de una manera ansiosa (al crear sentimientos de culpa en el adolescente) o de una manera autoritaria (al provocar rebeldía y desobediencia).

2.-Autoritarismo: limita la necesidad de independencia del adolescente y mutila el libre desarrollo de su personalidad, para provocar como respuesta en la mayoría de los casos, rebeldía y enfrentamientos con la figura autoritaria y pérdida de la comunicación con los padres.

3.-Agresión: tanto física como verbal, menoscaba la integridad del adolescente, su autoimagen y dificulta en gran medida la comunicación familiar.

4.-Permisividad esta tendencia educativa propicia la adopción de conductas inadecuadas en los adolescentes por carencia de límites claros²⁸.

Los adolescentes que perciben a sus padres o muy estrictos o muy permisivos tienen más probabilidad de iniciar actividad sexual, que aquellos que perciben a sus padres como moderadamente estrictos^{32, 33}.

5.-Autoridad dividida: este tipo de educación no permite claridad en las normas y reglas de comportamiento, y provoca la desmoralización de las figuras familiares responsables

Comunicación.- Si la comunicación ha sido fluida y ha habido un respeto mutuo, entendiéndose que el derecho al secreto y a la intimidad es común en cualquier etapa de la vida, cuando el hijo llegue a la adolescencia mantendrá dicha comunicación, aunque la manera de establecerla será diferente. Si esta comunicación no ha existido, o apenas se ha fomentado por parte de los padres, posiblemente se producirá una ruptura comunicativa cuando el hijo sea adolescente⁶.

Educación.- Los adolescentes que tienen padres más educados tienen menos riesgo de inicio sexual temprano y esto porque los padres con mayor educación tienen mejores aspiraciones educacionales para sus hijos y reconocen la dificultad de combinar logros educacionales y maternidad temprana, desanimando la actividad sexual en sus hijas²⁸.

La crianza por ambos padres y la religiosidad parental se asocian significativamente a la postergación del inicio sexual en hombres y mujeres^{15, 17}, por lo contrario la separación

o el divorcio de los padres puede influir en el inicio temprano cuando los padres, especialmente la madre, establece una nueva relación de pareja³⁴.

Los adolescentes que viven en familias más numerosas tienen más riesgo de inicio sexual temprano, ya que los padres pueden disponer de menos tiempo para monitorear el comportamiento de sus hijos¹⁸. Los padres que sostienen actitudes restrictivas hacia la sexualidad adolescente organizan sus propias actividades de tal manera que les permita supervisar y controlar mejor el comportamiento de sus hijos, resultando en una menor autonomía de los hijos y así en la reducción de la vida sexual^{18, 19}. Los hijos que viven con ambos padres experimentan menos actividad sexual e inician actividad sexual a edades mayor²⁸.

Adquisición y mantenimiento de conductas de protección.

La actitud de los adolescentes hacia la sexualidad la contracepción el contagio de las enfermedades de transmisión sexual varía según el nivel cultural, las creencias religiosas, las relaciones afectivas con los padres y la edad de los adolescentes.

Según “el modelo socio-cognitivo el comportamiento humano se explica a partir de tres elementos que se interrelacionan modificándose el uno al otro:

- a) Determinantes personales, que incluyen factores cognitivos, afectivos y biológicos.
- b) Conducta.
- c) Ambiente.

Desde este punto de vista, una actuación preventiva eficaz debe actuar sobre estos tres factores, incluyendo los siguientes componentes:

- 1) Información, con el fin de alertar a la población y aumentar su conocimiento acerca de los riesgos que conlleva el sexo sin protección.
- 2) Desarrollo de habilidades sociales y de autocontrol, necesarias para que los conocimientos adquiridos se traduzcan en conductas concretas.
- 3) Potenciar la autoeficacia, de forma que el adolescente tenga oportunidad de practicar

y mejorar sus habilidades en situaciones de alto riesgo.

4) Apoyo social: fomentando el apoyo interpersonal para afirmar los cambios que una persona va realizando en sus hábitos”³⁵. Para que la información resulte eficaz, debe transmitir a los destinatarios la creencia de que ellos mismos pueden modificar sus hábitos y mejorar su salud y, a continuación, enseñarles a realizar dichos cambios. La información sobre los hábitos de salud y las enfermedades pueden hacer hincapié en los beneficios de los comportamientos saludables, o bien en las pérdidas o daños como consecuencia de unos hábitos nocivos.

El modelo de creencias de salud Becker está basado en las teorías del valor esperado (expectativas) cuyo postulado básico es que la conducta depende principalmente de dos variables, el valor que la persona da a un determinado objetivo y la estimación que la persona hace sobre la probabilidad de que al llevar a cabo una acción determinada se logre el objetivo deseado ³⁴.

Teorías del Comportamiento

El comportamiento: es la conducta asumida por el adolescente respecto a su salud sexual y reproductiva y está muy vinculada con los conocimientos que en este sentido posee³⁶.

El comportamiento sexual y las pautas reproductivas de los adolescentes son muy sensibles a las influencias de factores sociales y guardan relación con su propia percepción del bienestar psicológico. La salud mental social y física del adolescente es el resultado de las experiencias durante esta etapa y son importantes determinantes de una buena parte la salud en etapas posteriores.

El grado de vulnerabilidad del adolescente está en función de su historia anterior, sumada a la susceptibilidad o fortalezas inducidas por los cambios de algunos factores sociales, demográficos, el micro ambiente familiar, las políticas socioeconómicas, así como el grado de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva²¹ que estos poseen, es un factor social muy importante³⁷.

En los adolescentes los cambios profundos en su vida como el “acercamiento a otras personas para establecer amistad y el inicio de relaciones amorosas” lo hacen verse así

mismo como un ser sexual capaz de adaptarse a las emociones sexuales y establecer una relación amorosa. Por otra parte el comportamiento en la práctica de su sexualidad en aspectos tales como protegerse en la relación sexual para evitar un embarazo o enfermedad, en los adolescentes esta mediada por variables muy ligadas a la conducta y al contexto social³⁸.

Conocimiento

Se conoce que la sexualidad humana depende menos de los mecanismos fisiológicos y mucho más de los contextos sociales, donde el aprendizaje constituye un aspecto esencial.

Es importante identificar al adolescente como fuente primaria de información, pues él está en condiciones de participar y brindar elementos significativos tanto para la elaboración de programas educativos, preventivos o de orientación, así como en investigaciones conductuales sobre su vida sexual y reproductiva, con la ayuda técnica que esta actividad requiere.

Hay que tener presente que los sentimientos, pensamientos y conductas de los adolescentes están influenciados por varias personas y grupos, entre ellos podemos mencionar a los amigos, parejas, maestros, miembros de la familia, médicos y demás trabajadores de la salud. Y también conocer la situación socioeconómica que constituye un determinante en su desarrollo, conocimiento y práctica sexual.

Todo esto evidencia que los adolescentes requieren de programas especiales que atiendan sus necesidades de salud y muy en particular, aquellos relativos a su conducta sexual y reproductiva³⁸. Ahora bien, para lograr buenos resultados en éstos se deben conocer, desde la perspectiva del adolescente, las percepciones sobre su vida sexual y reproductiva, así como educarlos para que asuman comportamientos responsables, sustentados en fuertes vínculos con la pareja, con su familia y la comunidad.

Nivel de Conocimiento

El nivel de conocimiento es la capacidad que tienen el adolescente de percibir los riesgos frente a situaciones como el uso de métodos anticonceptivos o no, embarazo no deseados que va a depender de la educación de la cultura que este haya recibido,

también de los sentimientos, pensamientos y conductas de la influencia por amigos, parejas, maestros, miembros de la familia, trabajadores de la salud, los que también representan fuentes de información importantes para el estudio de los factores socioeconómicos⁶

Actitudes

Una actitud es “una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o una situación, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente de una manera determinada”.²⁹ Las actitudes lógicamente son constructos hipotéticos (son inferidos pero no objetivamente observables), son manifestaciones de la experiencia consciente, informes de la conducta verbal, de la conducta diaria, etc.

En la definición anterior hay que destacar cinco ideas o aspectos:

- Las creencias son la base de las actitudes.
- Las actitudes son predisposiciones a actuar a partir de la experiencia.
- Son predisposiciones que necesitan de estímulos socio – culturales.
- El núcleo de estas predisposiciones lo constituyen los “valores” que orientan el comportamiento y son “la fuerza motivacional”.

Los seres humanos tenemos actitudes hacia muy diversos objetos, situaciones y símbolos, por ejemplo, hacia el aborto, la política económica del país, la acreditación, los sistemas de evaluación, los modelos pedagógicos, los diferentes grupos étnicos, la Ley, etc.

Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos a que hacen referencia.

Las actitudes son sólo un “indicador” de la conducta pero NO la conducta. Es por ello, que las mediciones de actitudes deben interpretarse como “síntomas “o como indicios y no como hechos³⁹.

Actitudes hacia la sexualidad.

Son el conjunto organizado de creencias, opiniones, sentimientos y tendencias que

evalúan y disponen de determinada forma al sujeto ante personas, objetos y situaciones, relacionadas al comportamiento sexual, identidad sexual, roles de género, orientación sexual, al uso de métodos anticonceptivos, a la prevención de situaciones de riesgo y al desarrollo de la actividad sexual ⁴⁰.

Las actitudes constan de las siguientes características:

1. Dirección: positiva o negativa; favorable o desfavorable.
2. Intensidad: alta o baja.

Comportamientos sexuales

Los seres humanos tienen diversas formas de vivir su sexualidad y de relacionarse afectiva y sexualmente con otras personas, a eso se le denomina comportamientos sexuales.

2.5 Hipótesis

H1. Hipótesis Alternativa

Los factores individuales y familiares influyen en el conocimiento, actitud y prácticas sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

H0. Hipótesis Nula

Los factores individuales y familiares no influyen en el conocimiento, actitud y prácticas sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

2.6 Señalamiento de variables de la hipótesis.

Las variables independientes se encuentran: factores influyentes, edad, sexo, autoestima relaciones con los padres, nivel cultural de padres, estado civil de padres. Como variables dependientes se encuentran: conocimiento, actitudes, prácticas sexuales.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Modalidad básica de la investigación

Se utilizó la modalidad de campo, se obtuvo la información en la comunidad donde habitan los adolescentes.

3.2 Nivel o tipo de investigación

El estudio que se realizó es de nivel relacional, observacional, de tipo descriptivo con un corte transversal.

Su objetivo fue identificar los conocimientos, actitudes, prácticas sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes en Mulliquindil.

3.3 Población y muestra

Universo del estudio: 240 adolescentes

Muestra: se calculó a través del programa EPIDAT 3.0 el tamaño de muestra con los datos siguientes:

- Tamaño poblacional: 240 adolescentes
- Proporción esperada: 25 %
- Nivel de confianza: 95 %
- Efecto de diseño: 1.0
- Precisión: 5.0%
- Tamaño de la muestra: 134 adolescentes

El marco muestral se obtuvo con el listado de los adolescentes registrados en las fichas familiares. Para la selección de las unidades de análisis se aplicó el método probabilístico denominado muestreo sistemático, con arranque 1 e intervalo 2 y la

probabilidad de selección fue de 0.56

Criterios de inclusión: todos los adolescentes comprendidos en los grupos de edades: adolescencia temprano de 10-14 años y tardía de 15-19 años pertenecientes al Consultorio Médico Familiar de la parroquia Mulliquindil Santa Ana.

Exclusión: Los padres que no den el consentimiento informado para participar en la investigación, los que posean limitaciones mentales.

Criterios éticos

Se basó en los principios bioéticos (Autonomía, Beneficencia, No maleficencia, Justicia), la confidencialidad y el anonimato, además del acceso restringido a la información, se tuvo en cuenta el consentimiento informado (Anexo 1)

3.4 Operacionalización de las variables

Variable Independiente:

Factores influyentes: El factor influyente es cualquier cualidad que actúa como condicionante para determinada situación.

Tabla 1: Operacionalización de la variable independiente

Dimensión	Indicadores	Ítem Básico	Técnica/ Instrumento
Factores Individuales	Edad	Adolescencia temprana 10-14 años Adolescencia tardía de 15- 19 años	Encuesta/ Cuestionario
	Sexo	Masculino Femenino	Encuesta/ Cuestionario
	Nivel educativo	Básico	Encuesta/ Cuestionario

		Bachiller Superior Ninguno	
	Religión	Católica Protestante Ateo Otras	Encuesta/ Cuestionario
	Autoestima	Alta Bajo	Guía de Entrevista/ Entrevista
Factores familiares	Relaciones con los padres	Comunicación <ul style="list-style-type: none"> • Buena • Mala 	Encuesta/ Cuestionario
		Agresión <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
		Permisibilidad <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Guía de entrevista/ Entrevista
		Autoritarismo <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
	Nivel educativo	Básico	Guía de entrevista/

	de los padres	Bachiller	Entrevista
		Superior	
		Ninguno	
		Casado	
	Estado civil de los padres	Separado	Guía de entrevista/ Entrevista
		Madre soltera	
		Nueva pareja	

Variables dependientes: Conocimiento, Actitud y Práctica.

Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva que el adolescente obtiene de diferentes fuentes, la actitud está en relación a las creencias y al comportamiento y las prácticas están en relación al inicio de las relaciones sexuales precoces.

Tabla 2 Operacionalización de variables dependientes

Variables dependientes: Conocimiento

Dimensión	Indicadores	Ítem Básico	Técnica/ Instrumento
Conocimiento	Anticonceptivos	Si	Encuesta /Cuestionario
		No	
	Embarazo	Si	Encuesta /Cuestionario
No			
	ITS	Si	Encuesta

		No	/Cuestionario
Actitud	Prevención de embarazo	Si	Encuesta/ Cuestionario
		No	
	Prevención de ITS	Si	Encuesta/ Cuestionario
		No	
Uso del condón	Si	Encuesta/ Cuestionario	
	No		
Educación sexual	Si	Encuesta/ Cuestionario	
	No		
Practicas	Edad de Inicio de vida sexual	Adolescencia temprana 10-14 años	Encuesta/ cuestionario
		Adolescencia tardía de 15- 19 años	
	Uso de condón	Si	Encuesta/ cuestionario
No			
Presencia de embarazo	Si	Encuesta/ cuestionario	
	No		

Elaborado por: Dra. Paola Gaviria B

3.5 Plan de recolección de la información

La encuesta que se aplicó fue validada por la comisión de expertos, se realizó un análisis de consistencia interna a través del modelo Alfa de Cronbach. La encuesta consta de tres dimensiones: conocimientos, prácticas y actitudes, relacionadas a la salud sexual y reproductiva, con respuestas únicas (dicotómicas) y múltiples.

A través de fuentes primarias como encuesta, fichas familiares, entrevista estructurada se confeccionó tablas y gráficos y con ello se realizó el análisis a través de frecuencias absolutas y relativas.

Se utilizó primeramente la ficha familiar para la selección de los adolescentes .Se formaron 14 grupos focales cinco grupos con nueve integrantes y tres con ocho integrantes, serán organizados con características homogéneas con relación al tema en estudio, entre ellos edad, religión, y sexo, se utilizó el escenario salón de actos de la Escuela General Rivadeneira y la Sede de algunos Barrios, se entregó a cada participante la encuesta (Anexo 2), brindando información general sobre el porqué de su aplicación y especificando las normas para responderlas anónimamente, con el objetivo de complementar y profundizar la información, se entabló temas relacionados “al conocimiento y percepción sobre la sexualidad, conductas sexuales y reproductivas que deben asumir los adolescentes, actitudes y prácticas sexuales responsables”²¹.

Evaluación del conocimiento sobre salud sexual y reproductiva.

Los ítems que evalúan el conocimiento en la encuesta (2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12)

La calificación que se obtuvo es de 0 a 1 para todos los ítems, excepto en el 6 el mismo evaluó el conocimiento y la percepción del riesgo sobre las enfermedades a través de las relaciones sexuales desprotegidas, 9,10 que tomará un valor de 4 puntos para un total de 20 puntos. Si la respuesta es correcta obtiene el valor máximo (1), si la respuesta es incorrecta obtiene el valor mínimo (0).

Cuando se obtiene el resultado se llevó por regla de tres a escala de 100 puntos.

Escala de puntuación

- Valor de 79 y menos puntos – Deficiente conocimiento.
- Valor de 80 y más puntos – Conocimiento Bueno

Se consideran correctas según la descripción que a continuación aparece de acuerdo a los ítems:

- 2: respuesta correcta es positiva (si), la segunda interrogante dentro de esa pregunta no lleva evaluación, a través de ella se identifica las fuentes por la que llega la información sobre salud sexual y reproductiva.
- 3: las respuestas correcta fue la opción positiva (si).
- 4: la respuesta es correcta (a partir de 20 años y antes de 35 años), edad después

- de la adolescencia.
- 5: se evalúa la interrogante del método anticonceptivo idóneo, la respuesta correcta es preservativo.
 - 6: se evalúa el conocimiento y la percepción del riesgo, la respuesta positiva es la correcta.
 - 7: la respuesta es correcta a partir de los 20 años (después de la adolescencia)
 - 8: la respuesta correcta es el inciso a y d.
 - 9: los incisos a, b, c la respuesta correcta es no (desacuerdo), el inciso d la respuesta correcta es si (de acuerdo con la afirmación).
 - 10: los incisos a, b, c la respuesta correcta es no (desacuerdo), el inciso d la respuesta correcta es si (de acuerdo con la afirmación).
 - 11: la respuesta correcta es sí.
 - 12: La respuesta correcta es inciso c

Evaluación de la actitud sobre salud sexual y reproductiva.

- Los ítems que evalúan la actitud en la encuesta (12,13,14,15,16)

La calificación que se obtuvo es de 0 a 2 para todos los ítems, para un total de 10 puntos. Si la respuesta es correcta obtiene el valor máximo (2), si la respuesta es incorrecta obtiene el valor mínimo (0).

Cuando se obtiene el resultado se llevó por regla de tres a escala de 100 puntos.

Escala de puntuación

- Valor de 79 y menos puntos – Actitud desfavorable.
- Valor de 80 y más puntos – Actitud favorable.

Las respuestas se consideraron correctas según la descripción que a continuación aparece de acuerdo a los ítems:

- 13: la respuesta correcta es el inciso a
- 14: la respuesta correcta es el inciso a (el uso del condón es la opción correcta), c través de esta interrogante se puede conocer la percepción del riesgo).
- 15: la respuesta correcta es la edad después de 20 años (edad después de la

adolescencia).

- 16: la respuesta correcta cualquier edad partir de los 20 años. (Las relaciones sexuales se deben tener después de la adolescencia).

Evaluación sobre las prácticas sexuales.

- Los ítems que evalúan las prácticas sexuales en la encuesta (17,18,19,20,21)

La calificación que se obtuvo es de 0 a 2 puntos para todos los ítems, para un total de 10 puntos. Si la respuesta es correcta obtiene el valor máximo (2), si la respuesta es incorrecta obtiene el valor mínimo (0).

Cuando se obtiene el resultado se llevó por regla de tres a escala de 100 puntos.

Escala de puntuación

- Valor de 60 % y más - Buenas prácticas sexuales.
- Valor de 30% a 59,9 % - Regular
- Valor menor de 29.9 % - Malas

- Las respuestas se consideran correctas según la descripción que a continuación aparece de acuerdo a los ítems:
- 17: la respuesta correcta es no, (las relaciones sexuales deben tenerse después de la adolescencia, a partir de los 20 años de edad).
- 18: la respuesta correcta fue cualquier edad a partir de 20 años.
- 19: la respuesta correcta es no.
- 20: la respuesta correcta es sí.

Los ítems 19 y 20 exploran además percepción de riesgo sobre las relaciones sexuales desprotegidas.

- 21: la respuesta correcta es el inciso c.
- 22: La respuesta correcta es no, en (este ítems se aborda para las mujeres y para los hombres).

Entrevista Estructurada

Se planificaron previamente las preguntas en la entrevista estructurada con un guion preestablecido, secuenciado y dirigido, con respuestas cerradas (sí y no), para obtener información personal de los adolescentes (autoestima) y las relaciones con sus padres (sobrepotección, autoritarismo, agresión, permisividad).

Nivel cultural de los padres agrupados en las siguientes categorías:

Alta: a quienes tenían instrucción Superior y Bachiller.

Baja: a quienes tenían instrucción Básico y Ninguno.

Se tomó en cuenta también el estado civil de los padres en las siguientes categorías:

Casados: aquellos padres que viven juntos independientemente de si están unidos o demostrado por documento legal

Otros: Aquellos que tenían a los padres divorciados, separados, madre soltera, padres muertos y que tenían un nuevo compromiso

3.6 Plan de procesamiento de la información

Se realizó una revisión crítica de la información recogida.

La representación gráfica automatizada se realizó en el programa EPIDAT 3.0, utilizó una base de datos para el análisis estadístico.

El análisis de los resultados estadísticos se desarrolló de acuerdo a los objetivos planteados y la interpretación de los resultados se realizó con apoyo del marco teórico, en el aspecto pertinente de la información que se obtuvo de las encuestas.

Se procesó, mediante un análisis estadístico descriptivo con porcentajes, media, moda y mediana, en la población encuestada, con el propósito de conocer las respuestas dadas de cada uno de los adolescentes del estudio, los mismos fueron representados en tablas y gráficos.

Se aplicaron técnicas de estadísticas inferencial Fischer y Chi cuadrado, con un nivel de

significancia 0.05. Se utilizó la estadística inferencial con el propósito de identificar la relación entre las variables del estudio (conocimiento, actitudes, prácticas).

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación de los resultados

Entre los factores sociodemográficos se encuentran sexo, religión, nivel educativo y su relación con los conocimientos actitudes y prácticas de los adolescentes

Tabla 3 Nivel de conocimiento, actitud y práctica según sexo de los adolescentes.

		SEXO						
		MASCULINO		FEMENINO		TOTAL		
		#	%	#	%	#	%	
CONOCIMIENTO	DEFICIENTE	48	94,1	75	90,4	123	91,8	x ² : 0,591 gl1
	BUENO	3	5,9	8	9,6	11	8,2	p=0,442 ns
ACTITUDES	DESFAVORABLE	38	74,5	61	73,5	99	73,9	x ² :0,017 gl1
	FAVORABLE	13	25,5	22	26,5	35	26,1	P=0,897 ns
PRÁCTICAS	MALA	45	88,2	68	81,9	113	84,3	x ² : 0,951 gl1
	REGULAR	6	11,8	15	18,1	21	15,7	p=0,329 ns
TOTAL		51	100,0	83	100,0	134	100,0	

Fuente: Encuesta

Elaborado por Paola Gaviria

En el estudio el grupo que predomina es el sexo femenino con un 61,9%.

Con respecto al nivel de conocimiento predomina el deficiente con el 91,8%, es mayor en el sexo masculino con 94,1% frente al femenino con un 90,4%. No existen diferencias estadísticamente significativas p=0,442. Tabla 1.

La actitud desfavorable predomina con un 73.9% del total de la muestra, mientras que por sexo, el porcentaje masculino es mayor al femenino con 74,5 % y 73,5 % respectivamente. El estadígrafo indica que no es significativa p=0,897. Tabla 1.

Las prácticas son regulares a malas con un porcentaje de 15,7% y 84,3% respectivamente, y según el sexo la práctica mala es mayor en el sexo masculino 88,% mientras que en las prácticas regulares es mayor el porcentaje femenino 18.1%.

Mostrando que no existen diferencias estadísticamente significativas $p=0,897$. Tabla 1

Con relación al conocimiento sobre los temas de sexualidad encontramos diferencias porcentuales a predominio del conocimiento desfavorable con respecto al sexo.

En el estudio realizado por Lucila Niño Bautista en Colombia se encontró que al hacer el análisis con la variable sexo, se encontró diferencia estadísticamente significativa a favor de las mujeres con un $p=0.04$ demostrando así las acciones didácticas realizadas y la preocupación de este sexo por elevar su nivel de conocimiento para una mejor preparación para la salud sexual ¹⁵

En Perú Franco Jacqueline en el año 2012 el 76% la actitud fue desfavorable, existiendo coincidencia con nuestro estudio ⁴¹

Los comportamientos sexuales, y las discrepancias en las normas sociales para hombres y mujeres influyen en las actitudes hacia la reproducción, la prevención de enfermedades y el mantenimiento de prácticas sexuales inequitativas, asimétricas y desiguales.

Esto nos indica que los temas referentes a sexualidad requieren de la atención de ambos sexos y en todos los grupos de edades puesto que de ahí depende el éxito de la salud sexual y reproductiva la procreación adecuada y la felicidad del ser humano.

Tabla 4. Conocimiento, actitud y práctica según nivel de educación.

		NIVEL DE EDUCACIÓN						
		BÁSICO		BACHILLER		TOTAL		
		#	%	#	%	#	%	
CONOCIMIENTO	DEFICIENTE	113	91,1	10	100,0	123	91,8	$\chi^2: 0,966$ gl1
	BUENO	11	8,9	0	0,0	11	8,2	$p=0,326$ ns
ACTITUDES	DESFAVORABLE	91	73,4	8	80,0	99	73,9	$\chi^2: 0,21$ gl1
	FAVORABLE	33	26,6	2	20,0	35	26,1	$p=0,647$ ns
PRACTICAS	MALA	107	86,3	6	60,0	113	84,3	$\chi^2: 4,84$ gl1
	REGULAR	17	13,7	4	40,0	21	15,7	$p=0,028$ sn
	TOTAL	124	100,0	10	100,0	134	100,0	

Fuente: Encuesta
Elaborado por Paola Gaviria

Según el nivel de educación el grupo la mayor parte de los adolescentes se encuentran estudiando predominando el ciclo básico con el 92.5 % y solo un 7,5 % ya han concluido el bachillerato.

Al relacionar el conocimiento con el nivel educación tanto básico como bachillerato ambos tienen un conocimiento deficiente sobre salud sexual y reproductiva prevaleciendo en el grupo de bachilleres con el 100% y el 91,1% en el nivel básico.

Respecto a la actitud se nota que en los dos grupos la actitud desfavorable es la que prevalece con un 80% en los bachilleres y 73,4% en el nivel básico.

Mientras que en las prácticas se observa que existe un mayor porcentaje de prácticas malas en el nivel básico 86,3% en relación al 60% en el bachillerato.

Respecto a la significancia el nivel de conocimiento y las actitudes no son estadísticamente significativos con $p=0,326$ y $p=0,647$ respectivamente, mientras que la relación con las prácticas es significativa con una $p=0,028$. Tabla 4

Hablar de cultura sexual es hablar de lo que se dice, lo que se sabe, lo que se cree y percibe de la sexualidad. Podríamos decir que la cultura se refleja en lo que las personas piensan y sienten respecto al mundo, algo o a alguien, es lo que se vive, y lo que se apropia como resultado de la interacción cotidiana en la vida de las personas.

No hemos encontrado investigaciones nacionales ni internacionales que correlacione estas variables En este caso resultó estadísticamente significativo el nivel educacional básico con prácticas sexuales malas coincidiendo con la realidad expuesta por varios autores que a menor nivel educacional, menor preparación para la vida sexual saludable y responsable . En este sentido los padres las escuela y los diferentes sectores de la sociedad tenemos que trabajar en conjunto para mejorar los niveles adecuados de conocimiento que permitan una práctica sexual que garantice que la misma sea segura para evitar las ITS y embarazos no deseados.

Tabla 5. Conocimiento, actitud y práctica según religión.

		RELIGIÓN						
		CATÓLICA		OTRAS		TOTAL		VALOR P
		#	%	#	%	#	%	
CONOCIMIENTO	DEFICIENTE	110	91,7	13	92,9	123	91,8	$\chi^2: 0,024$ gl1
	BUENO	10	8,3	1	7,1	11	8,2	$p=0,878$ ns
ACTITUDES	DESFAVORABLE	86	71,7	13	92,9	99	73,9	$\chi^2: 2,917$ gl1
	FAVORABLE	34	28,3	1	7,1	35	26,1	$P=0,88$ ns
PRACTICAS	MALA	100	83,3	13	92,9	113	84,3	$\chi^2: 0,86$ gl1
	REGULAR	20	16,7	1	7,1	21	15,7	$p=0,354$ ns
	TOTAL	120	100,0	14	100,0	134	100,0	

Fuente: Encuesta

Elaborado por Paola Gaviria

La religión de predominio es la católica con el 89,6%.

El conocimiento deficiente predomina en las otras religiones (92.9%) con una diferencia mínima en relación a la católica (91,7%).

Las actitudes desfavorables predominan en las otras religiones con un 92,9% a diferencia de la religión católica en un 71,7%.

Referente a las prácticas el predominio es similar a las anteriores categorías con un mayor porcentaje de malas prácticas en las otras religiones con un 92,9% y un 83,3% en la católica.

No se encontró significancia en el estadígrafo en ninguno de los 3 aspectos con una $p=0.878$, $p=0,88$ y $p=0.354$ respectivamente. Tabla 5

En Ecuador existe la libertad de culto. Aproximadamente el 90 por ciento de sus habitantes pertenece a la religión Católica. Grupos importantes también practican otras religiones como la evangélica y adventista. Los pueblos indígenas, mayoritariamente católicos a consecuencia de la colonización española, conjugan los ritos de esta religión con su cosmovisión original. El culto con el mayor número de adeptos en el país es el catolicismo que en algunas ciudades está volviendo a cobrar mucha importancia.

Tabla 6. Conocimiento, actitud y práctica según grupos de edad.

		GRUPOS DE EDAD						VALOR P
		10 a 14		15 a 19		TOTAL		
		#	%	#	%	#	%	
CONOCIMIENTO	DEFICIENTE	68	87,2	55	98,2	123	91,8	$\chi^2: 5,268$ gl1
	BUENO	10	12,8	1	1,8	11	8,2	$p=0,022$ sn
ACTITUDES	DESFAVORABLE	51	65,4	48	85,7	99	73,9	$\chi^2: 6,981$ gl1
	FAVORABLE	27	34,6	8	14,3	35	26,1	$P=0,008$ sn
PRACTICAS	MALA	68	87,2	45	80,4	113	84,3	$\chi^2: 1,148$ gl1
	REGULAR	10	12,8	11	19,6	21	15,7	$p=0,284$ ns
	TOTAL	78	100,0	56	100,0	134	100,0	

Fuente: Encuesta

Elaborado por Paola Gaviria

El grupo de edad predominante es el de adolescentes entre 10-14 años con un 58,2%.

En relación al nivel de conocimiento prevalece el conocimiento deficiente en ambos grupos con el 91,8%, predominando en los adolescentes de 15-19 años con el 98,2% a diferencia de los 10-14 años que presentan el 87,2%.

Respecto a la actitud y los grupos de edad se observa el predominio de la actitud desfavorable en los dos grupos siendo mayor en el grupo de 15-19 años con el 85,7 % en relación a los 10-14 años con el 65,4%.

Los distintos grupos de edad y el nivel de conocimiento y actitud son estadísticamente significativos $p=0,002$ y $p=0,008$. Tabla 6.

Las malas prácticas predominan con un 84,3%, en ambos grupos de edad, predominando los adolescentes entre 10-14 años con 87,2%.

Esta diferencia en cambio no es estadísticamente significativa $p=0,284$.

En España donde se comparó el nivel de conocimiento sobre sexualidad y grupos de edad se evidencio que los adolescentes que tenían mejor información en relación al grupo entre 15 a 16 años con una ($p<,000$) a diferencia de la presente investigación en la que consideramos que un grupo de factores de alto desarrollo socioeconómico y

cultura diferente a la nuestra influyan en estos resultados ⁴¹.

En Perú, Franco Jacqueline en el año 2012 demostró que el 87.5% de los adolescentes tenían el conocimiento deficiente, y una actitud desfavorable con un 62%, coincidiendo con el presente estudio ³⁰.

En Colombia Cardona D. en el año 2015 el 80.6% alcanzó un conocimiento deficiente en relación al grupo de edad entre 15 y 17 años, existiendo relación con este estudio con un porcentaje superior ³³.

Consideramos que el predominio de conocimientos , actitudes y prácticas deficientes requiere de acciones conjuntas entre la familia la escuela el sector salud y la sociedad, para esto el Medico Familiar como elemento educativo, formativo y promotor de estilos saludables con respecto a la sexualidad le corresponde un rol importante en la capacitación sobre estos temas y la atención diferenciada a los casos extremos.

Tabla 7. Conocimiento, actitud y práctica según autoestima.

		AUTOESTIMA						
		BAJA		ALTA		TOTAL		VALOR P
		#	%	#	%	#	%	
CONOCIMIENTO	DEFICIENTE	61	100,0	62	84,9	123	91,8	x2: 10,014 gl1
	BUENO	0	0,0	11	15,1	11	8,2	p=0,002 sn
ACTITUDES	DESFAVORABLE	45	73,8	54	74,0	99	73,9	x2:0,001 gl1
	FAVORABLE	16	26,2	19	26,0	35	26,1	P=0,979 ns
PRÁCTICAS	MALA	57	93,4	56	76,7	113	84,3	x2: 7,038 gl1
	REGULAR	4	6,6	17	23,3	21	15,7	p=0,008 sn
	TOTAL	61	100,0	73	100,0	134	100,0	

Fuente: Encuesta y Entrevista
Elaborado por Paola Gaviria

La autoestima que prevalece es la autoestima alta con un 54,5%.

Respecto al conocimiento se evidencia que el deficiente predomina y se relaciona con el autoestima baja con el 100% en discordancia con el autoestima alta con un 84,9%.

Respecto a las actitudes las desfavorables tienen el mayor porcentaje con el autoestima alta (74%) con una diferencia mínima a la baja (73,8%).

Las prácticas con porcentaje más alto son las malas de aquí que se relaciona con el

autoestima baja con 93,4% y con el autoestima alta en un 76,7%.

En el caso del conocimiento y las prácticas la diferencia es estadísticamente significativa $p=0,002$ y $p=0,008$ mientras que las actitudes no son significativas $p=0,979$. Tabla 7

Los factores individuales como el nivel socioeconómico bajo, la escasa autoestima, son elementos asociados frecuentemente en el contexto del inicio de una actividad sexual precoz.

La autoestima influye mucho sobre el comportamiento de la persona, y si bien la misma se desarrolla gradualmente durante toda la vida, es en la adolescencia cuando se comienza a formar nuestra visión de cuanto creemos que valemos.

Tabla 8. Nivel de conocimientos según factores familiares (agresión, permisibilidad, autoritarismo y sobreprotección).

		NIVEL DE CONOCIMIENTO						VALOR P
		DEFICIENTE		BUENO		TOTAL		
		#	%	#	%	#	%	
AGRESIÓN	SI	29	23,6	3	27,3	32	23,9	X^2 0,076
	NO	94	76,4	8	72,7	102	76,1	gl 1
	TOTAL	123	100,0	11	100,0	134	100,0	$p=0,783$ ns
PERMISIBILIDAD	SI	17	13,8	1	9,1	18	13,4	X^2 0,194
	NO	106	86,2	10	90,9	116	86,6	gl 1
	TOTAL	123	100,0	11	100,0	134	100,0	$p=0,659$ ns
AUTORITARISMO	SI	42	34,1	2	18,2	44	32,8	X^2 1,167
	NO	81	65,9	9	81,8	90	67,2	gl 1
	TOTAL	123	100,0	11	100,0	134	100,0	$p=0,280$ ns
SOBREPROTECCIÓN	SI	45	36,6	0	0,0	45	33,6	X^2 6,059
	NO	78	63,4	11	100,0	89	66,4	gl 1
	TOTAL	123	100,0	11	100,0	134	100,0	$p=0,014$ sn

Fuente: Encuesta y Entrevista
Elaborado por Paola Gaviria

Como factores familiares la Agresión está presente en el 23,9% de los casos y a pesar de ello el nivel de conocimiento es bueno en un 27,3%.

La permisividad en cambio es del 13,4% de los casos y se relaciona con un deficiente conocimiento.

El porcentaje de autoritarismo en la familia es de 32,8% y se evidencia el nivel de conocimiento como prevaleciente.

Con respecto a la sobreprotección existe en un 33,6% y al igual que en los factores anteriores el conocimiento deficiente sobresale.

En los tres primeros factores no son estadísticamente significativos $p=0,783$, $p=0,659$ y $p=0,280$ mientras que la sobreprotección si se comporta con significancia estadística $p=0,014$. Tabla 8.

La calidad de interacción del adolescente con la familia es uno de los factores protectores más importantes en el inicio de una actividad sexual precoz, así como para salvaguardarlo de otras conductas de riesgo. Una conducta “excesiva o represiva” por parte de los padres podría llevar a resultados negativos en la conducta sexual²⁰ de sus hijos

En la búsqueda de investigaciones sobre este tema no encontramos quienes siguieran nuestra visión de investigador por lo que exponemos resultados de variables específicas coincidentes con nuestra investigación

En la investigación de González E⁴², Gerard JM⁴³, Moore K⁴⁴. “Reportan que los adolescentes que perciben a sus padres o muy estrictos o muy permisivos tienen más riesgo de inicio de actividad sexual temprana. Existe coincidencia con el presente estudio, siendo no significativos pero no quiere decir que no deje de constituir un factor familiar unido a un nivel de conocimiento deficiente, aspectos que contribuyan a una actitud y práctica inadecuada en salud sexual y reproductiva”⁴²⁻⁴⁴. Demostrando que un deficiente nivel de conocimiento en sexualidad y no existir sobreprotección de los padres constituyendo ambos aspectos factor individual y familiar sobre la sexual y reproductiva, siendo estadísticamente significativa en ambos estudios. ($p=0,001$ $p=0.014$).

En el presente estudio solo resulto significativo la sobreprotección como factor familiar en este caso la ausencia de la misma o no cumplir adecuadamente los roles de los padres influyen en el nivel de conocimiento deficiente. En este sentido nos corresponde como médicos familiares y /o al sector salud identificar en las comunidades estos aspectos y desarrollar acciones personificadas en función de minimizar estas brechas que al final

conlleven a una salud sexual y reproductiva inadecuada.

Tabla 9. Actitudes según factores familiares (agresión, permisibilidad, autoritarismo y sobreprotección).

		ACTITUDES						
		DESFAVORABLE		FAVORABLE		TOTAL	VALOR P	
		#	%	#	%			
AGRESION	SI	25	25,3	7	20,0	32	23,9	X ² 0,392
	NO	74	74,7	28	80,0	102	76,1	gl 1
	TOTAL	99	100,0	35	100,0	134	100,0	p=0,531 ns
PERMISIBILIDAD	SI	16	16,2	2	5,7	18	13,4	X ² 2,427
	NO	83	83,8	33	94,3	116	86,6	gl 1
	TOTAL	99	100,0	35	100,0	134	100,0	p=0,119 ns
AUTORITARISMO	SI	34	34,3	10	28,6	44	32,8	X ² 0,391
	NO	65	65,7	25	71,4	90	67,2	gl 1
	TOTAL	99	100,0	35	100,0	134	100,0	p=0,532 ns
SOBREPROTECCION	SI	36	36,4	9	25,7	45	33,6	X ² 1,315
	NO	63	63,6	26	74,3	89	66,4	gl 1
	TOTAL	99	100,0	35	100,0	134	100,0	p=0,252 ns

Fuente: Encuesta y Entrevista
Elaborado por Paola Gaviria

En los cuatros factores, los mayores porcentajes reflejan la negativa de estos en los adolescentes.

En el caso de la agresión se nota actitudes favorables con el 25,7%.

La permisividad está presente en un porcentaje de 16,2 % en la actitud desfavorable.

En los casos donde está presente el autoritarismo muestra un 34,3% de actitud desfavorable.

La sobreprotección presente en los adolescentes se relaciona con una actitud desfavorable en un 36,4%.

No hay diferencia estadísticamente significativas en las variables que se estudian

($p=0,531$, $p=0,119$, $p=0,532$ y $p=0,252$) respectivamente. Tabla 9

Tabla 10. Prácticas según factores familiares (agresión, permisibilidad, autoritarismo y sobreprotección).

		PRÁCTICAS						VALOR P
		MALA		REGULAR		TOTAL		
		#	%	#	%	#	%	
AGRESION	SI	22	19,5	10	47,6	32	23,9	X^2 7,72
	NO	91	80,5	11	52,4	102	76,1	gl 1
	TOTAL	113	100,0	21	100,0	134	100,0	$p=0,05$ sn
PERMISIDAD	SI	17	15,0	1	4,8	18	13,4	X^2 1,61
	NO	96	85,0	20	95,2	116	86,6	gl 1
	TOTAL	113	100,0	21	100,0	134	100,0	$p=0,204$ ns
AUTORITARISMO	SI	38	33,6	6	28,6	44	32,8	X^2 0,205
	NO	75	66,4	15	71,4	90	67,2	gl 1
	TOTAL	113	100,0	21	100,0	134	100,0	$p=0,650$ ns
SOBREPROTECCION	SI	43	38,1	2	9,5	45	33,6	X^2 6,462
	NO	70	61,9	19	90,5	89	66,4	gl 1
	TOTAL	113	100,0	21	100,0	134	100,0	$p=0,011$ sn

Fuente: Encuesta y Entrevista
Elaborado por Paola Gaviria

En todos los casos los factores familiares es el que predomina.

Respecto a las prácticas en todos los factores prevalecen las prácticas malas.

Existe relación estadísticamente significativa entre la agresión y las prácticas malas con $p=0,05$, de igual manera ocurre entre la sobreprotección y prácticas malas con una $p=0,011$. Tabla 10

La familia como eje central de la vida donde se realiza la socialización primaria, es una de las instituciones sociales cuya función principal se basa en la creación de un ambiente armónico que además de brindar apoyo y seguridad a sus integrantes, permita que estos se desarrollen e inserten en su medio social.

La agresión tanto física como verbal ha sido definida por varios autores como el acto u omisión cometidos por algún miembro de la familia, que deliberadamente pretenda o logre, dañar la integridad física o psicológica de otro miembro. La variedad de las formas de expresión de la violencia y la diferenciación con enfoque de género y según las edades de sus miembros constituyen aspectos de valor para la comprensión de este

fenómeno.

En este estudio se demostró que los adolescentes que recibían agresión física o verbal no estaba en relación con las malas practica de los adolescentes, demostrando significancia, lamentablemente no existen estudios con iguales características a las nuestras impidiendo hacer comparaciones.

De la misma manera se demostró que la sobreprotección no está en relación a las prácticas malas de los adolescentes, pero no se contó con estudios que analicen esta variable como factor para las prácticas malas de los adolescentes.

Como médico Familiar debemos trabajar en la identificación e intervención oportuna en las familias que practican agresión hacia los adolescentes sobre todo si además de este factor las familias carecen de un conocimiento adecuado sobre salud sexual y reproductiva impidiéndoles ser una guía y un apoyo adecuado para sus hijos.

Tabla 11. Conocimiento, actitud y práctica según estado civil de los padres.

		ESTADO CIVIL DE PADRES						
		CASADOS		OTROS*		TOTAL		VALOR P
		#	%	#	%	#	%	
CONOCIMIENTO	DEFICIENTE	67	88,2	56	96,6	123	91,8	x2: 5,870 gl1
	SUFICIENTE	9	11,8	2	3,4	11	8,2	p=0,015 sn
ACTITUDES	DESFAVORABLE	54	71,1	45	77,6	99	73,9	x2:0,728 gl1
	FAVORABLE	22	28,9	13	22,4	35	26,1	P=0,394 ns
PRACTICAS	MALA	64	84,2	49	84,5	113	84,3	x2: 0,002 gl1
	REGULAR	12	15,8	9	15,5	21	15,7	p=0,966 ns
	TOTAL	76	100,0	58	100,0	134	100,0	

Fuente: Encuesta y Entrevista
Elaborado por Paola Gaviria

(*)Significa divorciados, madre soltera, padres fallecidos, nuevo compromiso

Con relación al estado civil de los padres y el nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes se evidencio un mayor deficiente conocimiento en los adolescentes de padres con otro estado civil siendo el 96,6% a relación de los que tenían padres casados con el 88,2%.

Las actitudes desfavorables prevalecen con el 77,6% en los adolescentes de padres con otro estado estado civil siendo mayor que en los que tienen padres casados 71,1%

Mientras que en las prácticas la relación entre el estado civil de los padres es similar.

En el caso del conocimiento guardan una relación estadísticamente significativa con el estado civil de los padres $p=0,015$, las actitudes y las prácticas no son estadísticamente significativo ($p=0,394$ y $p=0,966$) respectivamente. Tabla 11

Existe coincidencia con los resultados obtenidos en el estudio González E. en relación al estado civil de los padres demostrando que adolescentes que viven con padres separados o ausentes tiene factores de riesgo con el inicio de las relaciones sexuales y por lo tanto carecen del conocimiento adecuado que la familia le debe brindar sobre estos temas de sexualidad, ambos estudios coinciden con el nivel de significación. ($p=0,001$ - $p=0.015$)⁴⁵.

Esta investigación nos permite como médicos familiares que debemos identificar las características familiares donde viven los adolescentes para desarrollar estrategias individuales en función de lograr un conocimiento adecuado que le permita aplicar y ejercer una conducta sexual adecuada.

Tabla 12. Prácticas según nivel de conocimiento.

		PRÁCTICAS						VALOR P
		MALA		REGULAR		TOTAL		
		#	%	#	%	#	%	
NIVEL DE CONOCIMIENTO	DEFICIENTE	113	84,3	10	7,5	123	91,8	$X^2=64,48$ gl 1
	BUENO	0	0,0	11	8,2	11	8,2	$p= 0,000$ sn
	TOTAL	113	84,3	21	15,7	134	100,0	

Fuente: Encuesta

Elaborado por Paola Gaviria

El nivel de conocimiento que prevalece es el deficiente 91,8%, al relacionarlo con las prácticas se evidencia que el 84,3% son malas. Esta diferencia es estadísticamente significativa $p=0.000$. Tabla 12.

La conducta sexual de los adolescentes ha cambiado en forma significativa a lo largo de este último siglo, actualmente, los adolescentes adquieren la maduración antes, pero se casan más tardíamente. Esto determina un largo período de tiempo en que los adolescentes ya han adquirido capacidad reproductiva y aun no logran el cumplimiento de las tareas psicosociales de la adolescencia, como son: el logro de una independencia afectiva y económica de su familia de origen.

Las prácticas sobre salud sexual demostraron ser malas y regulares en relación a un conocimiento deficiente, siendo significativo en el presente estudio, pero en la actualidad no existen estudios que demuestren significancia en relación a la asociación de estas variables.

Tabla 13. Sexo según relaciones sexuales

		SEXO						VALOR P
		MASCULINO		FEMENINO		TOTAL		
		#	%	#	%	#	%	
Alguna vez	no	43	84,3	72	86,7	115	85,8	X ² 0,154
relaciones	si	8	15,7	11	13,3	19	14,2	
sexuales	Total	51	100,0	83	100,0	134	100,0	p= 0.695

Fuente: Encuesta

Elaborado por Paola Gaviria

En relación a los datos cuantitativos, la edad de inicio de vida sexual en el rango de 14 a 15 años de edad, con una media siendo a los 15 años y una moda a los 14 años de edad lo que representan el 14,2% del total de adolescentes que iniciaron su vida sexual.

El sexo masculino ha iniciado su vida sexual para un 15,7% siendo no significativo (p=0,695). Tabla 13

Existe coincidencia de estos resultados con la investigación Ruiz C. Cuba 2012 en el cual el sexo masculino alcanza un mayor porcentaje en el inicio de las relaciones sexuales. Sus resultados son significativo (p=0,001)⁴⁵

En el estudio realizado por Corona J. en Venezuela 2013 se demostró que el sexo masculino alcanza un mayor porcentaje en el inicio de las relaciones sexuales siendo sus resultados significativo (p=0,001) coincidiendo con los resultados del presente estudio a pesar de no ser significativos⁴⁶

Consideramos que el mayor porcentaje en el sexo masculino en iniciar las relaciones sexuales guarda relación con diferentes motivos socioeconómicos, culturales y psicológicos siendo el machismo y la imitación de los grupos pares las principales razones de estos resultados.

El inicio de la vida sexual a corta edad sin la educación y la información correcta puede llevar a embarazos no deseados, contagio de enfermedades de transmisión sexual, entre otras situaciones de riesgo, por tanto, deben tener las herramientas para que se cuiden, asuman con seriedad el tema y sepan que es un asunto que requiere madurez, por lo cual, no están en la edad adecuada.

Le corresponde a la familia, escuela, al sector salud, y la comunidad identificación de estas conductas precoces para intervenir en la elevación del nivel de conocimiento, y una actitud y práctica sexual saludable.

Tabla 14. Relaciones sexuales y uso de preservativo

		RELACIONES SEXUALES						VALOR P
		NO		SI		TOTAL		
		#	%	#	%	#	%	
RELACIONES	No	115	100,0	8	42,1	123	91,8	X ² 72,533
MÁS UNA	Si	0	0,0	11	57,9	11	8,2	1gl
PAREJA	Total	115	100,0	19	100,0	134	100,0	p=0.000 sn
USO	No	115	100,0	16	84,2	131	97,8	X ² 18.574
PRESERVATIVO	Si	0	0,0	3	15,8	3	2,2	1gl
	Total	115	100,0	19	100,0	134	100,0	p=0,000 sn

Fuente: Encuesta

Elaborado por Paola Gaviria

De la muestra objeto de estudio, 19 adolescentes han mantenido relaciones sexuales. El 57,9% ha sido con más de una pareja y el 84,2% no ha usado preservativo. Estos resultados son estadísticamente significativa p=0.000.Tabla 14

En el estudio realizado por Corona J. en Venezuela 2013 existe relación con los resultados obtenidos en el presente estudio donde se demuestra que los adolescentes que iniciaron su vida sexual tuvieron más de una pareja siendo significativos (p=0.000-p=0.000.) .En este mismo estudio también se demuestra que los adolescentes que habían tenido vida sexual no utilizaron preservativos siendo significativos en igual forma (p=0.001-p=0,001)⁴⁶

Estos resultados nos indican el riesgo potencial que tienen estos adolescentes de adquirir ITS al mantener relaciones sexuales sin preservativo, pero aún más la alta probabilidad de embarazarse a su compañera sexual por la ausencia de métodos anticonceptivos

poniendo en riesgo los proyectos de vida, la salud sexual y reproductiva, siendo esto un aspecto importante de identificación por la familia los maestros y diferentes actores sociales de salud y de las comunidades para educar e intervenir corrigiendo los conocimientos actitudes y prácticas inadecuadas.

Tabla 15. Conocimientos, actitudes y prácticas según nivel de educación de los padres.

		NIVEL DE EDUCACION DE LOS PADRES						
		BAJO		ALTO		TOTAL		VALOR P
		#	%	#	%	#	%	
CONOCIMIENTO	DEFICIENTE	94	97,9	28	73,7	122	91,0	$\chi^2: 18,000$ gl1
	BUENO	2	2,1	10	26,3	12	9,0	$p=0,000$ sn
ACTITUDES	DESFAVORABLE	77	80,2	21	55,3	98	73,1	$\chi^2: 8,16$ gl1
	FAVORABLE	19	19,8	17	44,7	36	26,9	$P=0,004$ sn
PRACTICAS	MALA	87	90,6	25	65,8	112	83,6	$\chi^2: 11,23$ gl1
	REGULAR	9	9,4	13	34,2	22	16,4	$p=0,001$ sn
	TOTAL	96	100,0	38	100,0	134	100,0	

Fuente: Encuesta

Elaborado por Paola Gaviria

En los adolescentes el nivel educación bajo de los padres tiene un porcentaje de 71,64%. Respecto al conocimiento predomina el deficiente guardando una relación directa con el bajo nivel de educación 97,9%. Las actitudes desfavorables son directamente proporcional con el 80,2% del bajo nivel de educación. Las prácticas sexuales malas relacionadas con un bajo nivel de educación prevalece con un 90.5%.

En las tres variables hay una significancia estadística $p=0,000$, $p=0,004$ y $p=0,001$.

Tabla 15

Entre los prerrequisitos para que exista salud declarado por la OMS se recomienda la educación, siendo este un aspecto importante de la voluntad política del Estado para modificar los indicadores de salud y alcanzar las tasas que garantice los perfiles de morbilidad y mortalidad propuestos en los objetivos del desarrollo del milenio.

Los resultados obtenidos ratifican que el bajo nivel de escolaridad de los padres influye directamente proporcional y es estadísticamente significativo con los conocimientos deficientes, actitudes desfavorables y prácticas malas. Guarda relación a condiciones socioeconómicas, culturales, psicológicas, de los padres en su actuar cotidiano y la enseñanza que adquieren los adolescentes integrantes de estas familias con las

condiciones ya descritas.

En este sentido las instituciones estatales en coordinación con el ministerio de educación ya están realizando cursos intensivos para permitir terminar el bachillerato de muchos padres que por varias circunstancias no pudieron hacerlo, deberán continuar realizando estas acciones educativas que incrementen el nivel de educación general, y de la misma manera el ministerio de salud en conjunto con el ministerio de educación brindar charlas para mejorar la educación sexual en los padres que les permitan ser una mejor guía para sus hijos.

Tabla 16. Relación entre quienes hablan de sexualidad dentro de la familia y sexo.

HABLADO DE SEXUALIDAD		SEXO						VALOR P
		MASCULINO		FEMENINO		TOTAL		
		#	%	#	%	#	%	
PADRE	NO	37	72,5	64	77,1	101	75,4	X ² 0,354 gl 1
	SI	14	27,5	19	22,9	33	24,6	p= 0,552 ns
MAMA	NO	22	43,1	35	42,2	57	42,5	X ² 0,012 gl 1
	SI	29	56,9	48	57,8	77	57,5	p= 0,912 ns
FAMILIA	NO	45	88,2	76	91,6	121	90,3	X ² 0,4 gl 1
	SI	6	11,8	7	8,4	13	9,7	p= 0,527 ns
TOTAL		51	100,0	83	100,0	134	100,0	

Fuente: Encuesta

Elaborado por Paola Gaviria

La fuente de información de los adolescentes dentro de la familia con mayor porcentaje es con la madre 57,5%, seguido de padre 24,6% y finalmente otros familiares 9,7%.

Se evidencia además que por sexo los hombres reciben más información de sus padres 27,5%, las mujeres de sus madres y los hombres en mayor porcentaje de otros familiares 11,8%.

No se encontró diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los casos (p=0,552, p= 0,912 y p=0,527). Tabla 16

Tabla 17. Relación entre quienes hablan de sexualidad fuera de la familia y sexo.

HABLANDO DE SEXUALIDAD		SEXO						VALOR P
		MASCULINO		FEMENINO		TOTAL		
		#	%	#	%	#	%	
AMIGOS	NO	42	82,4	77	92,8	119	88,8	χ^2 3,449 gl 1
	SI	9	17,6	6	7,2	15	11,2	p= 0,063 ns
ESCUELA	NO	22	43,1	41	49,4	63	47,0	χ^2 0,497 gl 1
	SI	29	56,9	42	50,6	71	53,0	p= 0,481 ns
CENTRO DE SALUD	NO	26	51,0	42	50,6	68	50,7	χ^2 0,002 gl 1
	SI	25	49,0	41	49,4	66	49,3	p= 0,966 ns
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	NO	42	82,4	69	83,1	111	82,8	χ^2 0,014 gl 1
	SI	9	17,6	14	16,9	23	17,2	p= 0,907 ns
	TOTAL	51	100,0	83	100,0	134	100,0	

Fuente: Encuesta

Elaborado por Paola Gaviria

La información de los adolescentes que proviene fuera de la familia con mayor porcentaje proviene de la escuela en un 53% seguido del centro de salud, medios de comunicación y amigos con un valor menor 49,3%, 17,2% y 11,25 respectivamente.

Se evidencia además que por sexo las mujeres reciben mayor información del Centro de salud con el 49,4% y los hombres reciben de escuela el 56,9%.

No se encontró diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los casos (p=0,063, p= 0,481, p=0.966 y p=0,907).Tabla 17

Según Rogelio Tomás en Cuba se demostró que la fuente de información sobre sexualidad fue mayor en amigos y escuela con un 92,3% y 84.6%, existiendo relación con la fuente escuela con un 57,3%⁴⁷

4.3 Verificación de la Hipótesis

Para realizar la verificación de la hipótesis en esta investigación se realizó el análisis de los siguientes pasos:

Nivel de significación 0.05 o 5%.

Estadístico de prueba seleccionado fue el Chi-cuadrado de Pearson

Se estableció que **existe diferencia significativa** entre las variables al obtener una $p < 0.05$

- Nivel de educación básico y prácticas sexuales malas con una $p=0,028$ Tabla 2
- Conocimiento deficiente y edad con una $p=0.022$ Tabla 4
- Actitud desfavorable con edad con una $p=0.008$ Tabla 4
- Conocimiento deficiente con autoestima $p=0.002$ Tabla 5
- Prácticas malas con autoestima $p=0.008$ Tabla 5
- Sobreprotección con el nivel de conocimiento deficiente $p=0.0014$ Tabla 6
- Agresión y Sobreprotección con prácticas malas $p=0.005$ y $p=0.0011$ Tabla 8
- Conocimiento deficiente con el estado civil de los padres $p=0.015$ Tabla 9
- Conocimiento deficiente con prácticas malas $p=0.000$ Tabla 10
- Relaciones sexuales con más de una pareja y el uso del preservativo $p=0.000$ Tabla 12
- Conocimiento deficiente actitud desfavorables y prácticas malas con el nivel educacional de los padres bajo con $p=0.00$, $p=0.004$, $p=0.004$ Tabla 13

En este caso **se acepta la Hipótesis Alternativa**: Los factores individuales y familiares influyen en el conocimiento, actitud y prácticas sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Se estableció que **no existe diferencia significativa** entre las variables al obtener una $p > 0.05$ entre las siguientes variables

- Conocimiento actitudes prácticas y sexo Tabla 1
- Conocimiento actitudes prácticas y religión Tabla 3
- Prácticas y edad Tabla 4
- Actitud con autoestima Tabla 5
- Agresión, Permisibilidad, Autoritarismo con nivel de conocimientos Tabla 6
- Agresión, Permisibilidad, Autoritarismo, Sobreprotección con Actitud Tabla 7
- Prácticas malas con el estado civil de los padres Tabla 9
- Inicio de las relaciones sexuales con sexo Tabla 10
- Hablado de sexualidad con padres, madres y familia con sexo Tabla 14
- Hablado de sexualidad con escuela, Centro de salud, amigos medios de

comunicación con sexo Tabla 15

Por lo tanto **no se rechaza la Hipótesis Nula**: Los factores individuales y familiares no influyen en el conocimiento, actitud y prácticas sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes

CAPÍTULO 5

CONCLUSION Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas de esta investigación resultaron un mayor número de adolescentes en el grupo de 15 a 19 años con predominio en el sexo femenino, un nivel de educación básico, y de religión católica
- Los adolescentes de los Sectores ER05 Mulliquindil tienen un nivel de conocimiento deficiente ha predominio del sexo femenino, mantienen una actitud desfavorable similar en ambos sexos y las prácticas sexuales son malas influyendo así en la salud sexual y reproductiva
- La autoestima constituye un factor individual que guarda estrecha relación con los conocimientos deficiente, actitudes desfavorables y prácticas malas de los adolescentes sobre la salud sexual y reproductiva. La agresión y no sobreprotección que ejercen los padres intervienen en la sexualidad de los adolescentes de la parroquia de Mulliquindil
- Intervenciones tempranas para motivar a los adolescentes a demorar el inicio sexual y actuar sobre los factores individuales y familiares deben ser consideradas varias estrategias que estén centradas en mejorar el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva.

5.2 RECOMENDACIONES

- Desarrollar una estrategia de intervención educativa dirigidas a la familia y al adolescente laborada en función de las necesidades sentidas de los adolescentes y factores individuales y familiares identificadas del ER05 Mulliquindil Santa Ana.
- Con los resultados obtenidos podríamos realizar o sugerir a las áreas de salud que se dé seguimiento con otras investigaciones que permitan profundizar la correlación de variables sobreprotección y agresión como factores familiares que influyen en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes las que resultaron estadísticamente significativas.

CAPÍTULO 6

PROPUESTA

6.1 Datos Informativos

La adolescencia es un período de la vida que comienza con los cambios biológicos puberales que se inician en las niñas a los 10 años y medio y en los niños a los 12 años y medio aproximadamente trascurriendo según las particularidades individuales. Se puede caracterizar como un período de cambios biológicos, psicológicos y sociales que se desencadena como resultado de las hormonas femeninas y masculinas, lo cual provoca la madurez anatómica y funcional y una amplia transformación de la figura corporal y sexual¹.

La adolescencia sigue siendo ese período de transición y aprendizaje en el que a menudo es difícil acceder a una demanda de información y educación sexual⁴⁸ en el que se encuentra el individuo con una serie de obstáculos a los anticonceptivos y medidas de prevención de enfermedades de transmisión sexual siendo vulnerables a estos riesgos trayendo consecuencias conocidas y alarmantes como el número creciente de embarazos no deseados en menores de edad, matrimonios apresurados, abandono del proceso educativo, riesgo de abortos, aumento en el riesgo del contagio de enfermedades de transmisión sexual⁶.

Particularmente en la adolescencia se consolidan las actitudes hacia la sexualidad como consecuencia, las actitudes hacia la sexualidad influyen significativamente en el modo y en el estilo de vida de los adolescentes y repercute en la problemática de salud que puede aparecer ese momento o en las sucesivas etapas del ciclo de vida. Esto quiere decir que las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables y desfavorables. Las integran las opiniones las creencias, sentimientos, intenciones o tendencias hacia un objeto, factores que no son innatos sino que se forman a lo largo de la vida. Es decir que, las actitudes dirigen nuestra atención a aspectos particulares de un objeto e influyen en nuestras interpretaciones del mismo⁸.

La actitud de los adolescentes hacia la sexualidad la contracepción el contagio de las enfermedades de trasmisión sexual varía según el nivel cultural, las relaciones afectivas con los padres y la edad de los adolescentes⁵.

La sexualidad es una expresión humana amplia y circunscrita del ser humano, sobre lo señalado existe un amplio consenso reflejado en definiciones que por un lado la vinculan con sentimientos, comunicaciones, relaciones y vivencias particulares de una persona, pero sobre todo con la capacidad expresiva, el afecto y el placer, y además la reproducción.

Es importante entonces el conocimiento adecuado de las características de esta edad y de las exigencias que las nuevas condiciones de vida plantean a la personalidad que se desarrolla siendo responsables en dirigir sus conocimientos y educación.

La educación sexual en nuestra sociedad tiene que preparar a las nuevas 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 mujer³.

La educación sexual debe formar parte de cada individuo, que incluye los conocimientos y habilidades que exigen de cada ser humano, la vida en pareja y familia; debe estar orientada a preparar a las nuevas generaciones a fin de que puedan desarrollar relaciones de pareja estable, duraderas y felices, así como educar a sus hijos en los principios de nuestra sociedad.

El comportamiento es la conducta asumida por el adolescente respecto a su salud sexual y reproductiva y está muy vinculada con los conocimientos que en este sentido posee.³⁸

El comportamiento sexual y las pautas reproductivas de los adolescentes son muy sensibles a las influencias de factores sociales y guardan relación con su propia percepción del bienestar psicológico. La salud mental social y física del adolescente es el resultado de las experiencias durante esta etapa y son importantes determinantes de una buena parte de la salud en etapas posteriores.

A nivel mundial muestran que el 18% de los adolescentes americanos han experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años de edad. Además, este número

crece hasta el 66% de las adolescentes presentan experiencias sexuales antes de los 19 años.

En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años, Los/as adolescentes representan el 20% del total de la población ecuatoriana. La fecundidad adolescente en el país en la última década tiene tendencia a incrementar, siendo la más alta de la subregión andina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres¹⁵¹

El embarazo en las adolescentes son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa).

6.2 Antecedentes de la Propuesta

Teniendo en cuenta los resultados del análisis de la situación integral de salud realizado en el 2014 y 2015, se ha identificado como necesidad sentida y real la situación de reforzar los conocimientos sobre sexualidad y que de esto dependan actitudes y práctica consecuente y responsables de los adolescentes de la parroquia.

En la Parroquia de Mulliquindil, 3 de cada 10 adolescentes son madres a temprana edad con un porcentaje mayor ente los 14 y 16 años y con una mínima diferencia en el área urbana de la rural. También se pudo hacer un análisis de las madres en el período del 2010 al 2014, el 44,1% de las madres tuvieron su primer hijo entre los 15 a 19 años, mientras el 35,2% entre los 20 a 24 años y el 2,4% entre 12 y 14 años.

En la presente investigación se comprobó por las encuesta y en las entrevista que existe, un 91.8% de conocimiento deficientes sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes de ellos el 73.9% presentan actitudes desfavorables a predominio del sexo masculino y el 84,3% de los adolescentes tiene una práctica sexual mala.

Sobre los grupos de edades podemos decir que ha mayor edad 15 -19 años existe porcentajes elevados de conocimientos deficientes, actitudes desfavorables y prácticas con 98,2, 85,7%, 87.2% respectivamente.

La autoestima constituye un aspecto en el orden psicológico importante en la personalidad y por supuesto en el actuar de las personas, en este sentido el 100% de los

adolescentes que tienen un conocimiento deficiente poseen una autoestima baja y por lo tanto las actitudes son desfavorables en el 73.8% conllevando así a malas prácticas sexuales en el 93,4% de los casos.

Entre los factores familiares que se reportan en esta investigación existe un 23.9% de adolescentes que reciben agresión por parte de los padres, otros familiares y nuevos conyugues. La falta de control de los tutores o padres responsables de un crecimiento adecuado equilibrado y seguro en los adolescentes resulto de un 32,8% de adolescente que realizan cualquier tipo de actividad sin un control adecuado y responsables de los tutores contribuyendo así a conductas de riesgo en este caso particular relacionado con la sexualidad, existe un 66.4% de padres que no ejercen sobreprotección favoreciendo así a las actitudes y prácticas irresponsables.

La estabilidad matrimonial de los padres, de los adolescente y por supuesto el cumplimiento de las funciones y roles de la familia juegan un papel importante en el crecimiento de un adolescente sano repercutiendo así en los conocimientos , actitudes, y prácticas de estos así la salud sexual y reproductiva en este sentido los porcentajes que se constataron de conocimiento deficiente resultó de un 96,6%, actitud desfavorable 77.4% y practica malas 84,5% corresponden a los adolescentes que crecen en hogares cuyo estado civil de los padres eran divorciados, madres solteras, padres fallecidos, otro conyugue.

En nivel de educación de los padres influyen significativamente en la orientación y preparación para la vida sexual de sus hijos en este sentido se comprobó que un bajo nivel de educación de los padres influye en un conocimiento deficiente de los adolescentes del 97.9%, constituye el 80.2% de actitud desfavorable y facilita que el 90,6% tengan prácticas malas ,en este sentido se hace sumamente importante la realización de estrategia educativas que contribuyan a minimizar las barreras del conocimiento de los padres en esta esfera de la vida que constituye la salud sexual y productiva.

Además de las características identificadas en esta investigación sobre los conocimientos actitudes y prácticas y factores individuales y familiares resulta importante conocer que el 57.9% de la población investigada ya comenzó su vida sexual y han tenido más de una pareja y aún más alarmante lo constituye que el 84,2% de ellos

no usan el preservativo favoreciendo así a conductas de riesgo en una mayor probabilidad de adquisición de ITS y un embarazo no deseado.

6.3 Justificación

Con los resultados alcanzados en la investigación y formando parte de la atención integral a nivel individual familiar y comunitario y del entorno que establece el “modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural”⁴⁹ se hace necesario identificar los problemas de salud y elaborar acciones y estrategias que permitan con recursos locales y de bajo costo el cumplimiento con los principios éticos y legales que ampara la constitución de la república del Ecuador realizar las mismas en función de lograr un adecuado conocimiento sobre sexualidad y reproducción en los adolescentes del centro de la parroquia de Mulliquindil.

6.4 Objetivo

6.4.1 General

Mejorar los conocimientos sobre sexualidad y reproducción en los adolescentes y padres de familias en los barrios ER centrales de la parroquia de Mulliquindil año 2015

6.4.2 Objetivos Específicos

- Elevar los conocimientos sobre salud sexual reproductiva en los adolescentes
- Mejorar los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en los adolescentes
- Capacitar en temas sobre salud sexual y reproductiva y manejo en la atención hacia el adolescente y padres

6.5 Análisis de Factibilidad

Para desarrollar esta estrategia se considera que la misma cumple con los diferentes criterios de factibilidad para desarrollarla y así tenemos:

Factibilidad en el orden técnico la misma es posible lograrla pues se cuenta con un equipo de atención integral básico en el centro de salud de Mulliquindil integrado por Médico que realiza Especialización, Enfermera, Técnica en atención primaria, Obstetra

y Odontólogo (EAIS) que motivados y sensibilizados con esta problemática de salud en el adolescentes harán posible lograr el propósito establecido en la misma.

Factibilidad Administrativa se cuenta con un centro de salud con recursos y materiales didácticos para la capacitación en este caso de adolescentes y padres, la existencia del programa de sexualidad en el adolescente y la creación por parte de la autora de la presente investigación del club de adolescentes escenario propicio para desarrollar las actividades prevista en esta estrategia.

Factibilidad Social la existencia de una comunidad organizada con líderes que responden y participan en la solución en los problemas de la misma así como excelente interrelación del sector salud con la escuela General Rivadeneira.

Factibilidad Económico , los recursos económicos para desarrollar esta estrategia educativas son mínimas puesto que el centro de salud y la escuela sería el espacio para desarrollar las actividades, existen los medios de enseñanza a utilizar , grupo EAIS por otro lado forma parte de la planificación del Médico familiar en realizar actividad extramural donde aplicaría la estrategia.

Plano Legal, todos los adolescentes según la constitución de la república del Ecuador²⁶ El Estado tiene el deber prioritario de definir y ejecutar políticas, planes y programas que apoyen a la familia y al adolescente con el fin de lograr su desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos, en un marco de libertad, dignidad y equidad. Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad.

6.6 Fundamentación

Los resultados que nos arroja esta investigación amparado en el marco legal de la constitución de la república del Ecuador y la Ley Orgánica de salud en el Ecuador el MAIS-FCI y demás programas del ministerio de salud pública del Ecuador constituyen la fundamentación de esta estrategia educativa por otro lado la autora de la presente investigación ha revisado investigación donde se logra un impacto favorable en la modificación de conocimientos , actitudes y prácticas así como la dinámica familiar e la atención y manejo a los adolescentes.

6.7 Metodología y Modelo Operativo

Se pretende desarrollar una estrategia didáctica educativa que consta de la siguiente metodología:

Limites

- **Espacio** : Barrios centrales dela parroquia de Mulliquindil
- **Universo**. Población adolescente objeto de estudio
- **Tiempo**: Un año (Marzo del 2017 – Marzo 2018)

Criterios de inclusión.

- Adolescentes que brinden su consentimiento informado para participar en las capacitaciones
- Aquellos adolescentes que biológicamente y psicológicamente estén en facultades de participar en la intervención propuesta
- Padres ,tutores y otros familiares encargados de la tutela de los adolescentes que den su consentimiento de participación

AUDIENCIA PRIMARIA

- Población adolescentes padres, tutores y otros familiares del ER barrios Centrales los barrios de Mulliquindil

AUDIENCIA SECUNDARIA

- Técnicos en Atención Primaria de Salud
- Licenciada en Enfermería
- Obstetra
- Odontólogo
- Agentes comunitarios de salud.
- Promotores de salud.
- Familias de los adolescentes

Estrategias o Técnicas

- 1.- Conferencias dialogadas
- 2.- Charlas grupales
- 3.- Lluvia de ideas

4.-Videoconferencias

5.-Demostrativas

6.- Cara- cara

7.- Exposiciones

ACTIVIDADES

Se realizará actividades orientadas a desarrollar: Información, Educación y Comunicación (IEC) a todos los adolescente de los barrios centrales ER de la parroquia de Mulliquindil para mejorar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva a padres y demás familiares encargados de la tutela del adolescente que integran el objeto de estudio de esta estrategia educativa .

Tabla N° 18 Cuadro de actividades y técnicas educativas utilizadas, duración y responsable.

TEMA	ACTIVIDADES	TÉCNICAS	LUGAR	HORA	RESPONSABLE
Objetivo 1:					
Inauguración	Presentación de participantes Socialización de los resultados de la investigación Sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes de l parroquia	Participativas acogida y presentación	Aulas de la escuela	2	Dra. Paola Gaviria
Tema 1. Contexto general Sobre sexualidad	Conferencia de contexto general sobre sexualidad	Exposición	Junta parroquial	2	Médico y EAIS
	Discusión grupal	Lluvia ideas	Junta parroquial	2	Médico y EAIS

Tema 2. Enfermedades trasmisión sexual	Presentación de Video	Grupal - Video debate.	Junta parroquial	4	Médico y EAIS
	Información sobre los tipos ITS	Conferencia dialogada	Junta parroquial	4	Médico y EAIS
Tema 3. Embarazos en adolescentes	Charla informativas de riesgo biológicos	Charla al grupo	Junta parroquial	4	Médico y EAIS
	Sensibilización sobre riesgos biológicos	Lluvia ideas	Junta parroquial	4	Médico y EAIS
Tema 4. Inicio relaciones sexuales	Percepción sobre el tema	Lluvia de ideas	Junta parroquial	2	Médico y EAIS
	Charla sobre relaciones sexuales	Charla al grupo	Junta parroquial	2	Médico y EAIS
Objetivo 2:					
Tema. 5 Métodos anticonceptivos en los adolescentes	Presentación de Video	Grupal - Video debate.	Junta parroquial	2	Médico y EAIS
	Información sobre tipos de métodos anticonceptivos	Conferencia dialogada	Junta parroquial	5	Médico y EAIS
	Charla demostrativa	Taller grupal	Junta parroquial	3	Médico y EAIS
	Percepción sobre el tema	Lluvia de ideas	Junta parroquial	2	Médico y EAIS
Objetivo n° 3					
Tema. 6 Sexo y sexualidad en el adolescente	Charla demostrativa	Taller grupal	Junta parroquial	3	Médico y EAIS
Tema .7 Relaciones interpersonales padre- hijo en función de la autoestima , agresión, permisividad, sobreprotección	Conferencia	Dialogada	Junta parroquial	3	Médico y EAIS
		Dinámica de grupo	Junta parroquial	3	Médico y EAIS

6.8 Administración

La estrategia educativa se desarrollará cumpliendo los siguientes recursos administrativos.

Recursos

Para realizar esta estrategia educativa contaremos con recursos designados por el ministerio de salud pública y la colaboración intersectorial en lo que se refiere a espacios físicos para la realización de talleres y charlas, también contar con recurso humano, y el equipamiento técnico.

Materiales: Libretas, lápices, computadora, papel para papelógrafo, pizarra, marcadores.

Equipamiento: Computadora, televisores, videocaseteras, impresora

Humanos: Medico, los adolescentes , tutores y familiares de ER05, Técnicas en Atención Primaria de salud , Licencia en Enfermería, Agentes comunitarios de salud, Promotores de salud, presidente del comité de salud, comité de salud de la comunidad, promotores de salud.

Económicos: financiamiento propio con apoyo intersectorial y ministerial.

Cronograma

El tiempo en que cumplirá este trabajo educativo tendrá una duración de 1 año en donde se tendrá planificado cumplir con cada uno de las actividades planificadas con el objetivo principal de obtener los resultados esperados.

Indicadores

Son los que nos permite verificar cambios para poder efectuar una valoración, estos puede ser cualitativos, cuantitativos, de conocimientos de actitudes o prácticas, que responda a los objetivos trazados .estos debe ser alcanzables formulados que permitan medir el cambio

6.9 Previsión de la evaluación

Esta estrategia educativa tendrá un proceso de evaluación el cual se guiará por los indicadores que se declara a continuación

INDICADORES DE PROCESO

La evaluación de proceso se realizará en forma sistemática para conocer los efectos del programa educativo sobre la audiencia, el cumplimiento de las acciones propuestas para cada objetivo, así como los avances, resultados y efectos a corto y mediano plazo, que se realizaran a través de evaluaciones luego de cada actividad(encuestas, entrevistas) donde de la misma manera se dará un puntaje y se analizarán los resultados y las comparaciones con las evaluaciones anteriores para verificar la eficacia de las actividades realizadas, y a la vez identificar las debilidades .

INDICADORES DE RESULTADOS.

Se usarán para evaluar si la actividad alcanzó, o no, los objetivos o resultados propuestos

Estos indicadores se vincularán al cambio que se demuestra en el resultado de las intervenciones del programa a mediano y largo plazo.

Estos indicadores se aplicarán los mismos instrumentos que se utilizaron para el diagnóstico inicial que permitirán evaluar la efectividad de las acciones desarrolladas teniendo en cuenta los conocimientos actitudes y prácticas de la población estudiada.

INDICADORES DE IMPACTO.

Miden el efecto a largo plazo de las intervenciones del programa. El principal indicador de impacto debe ser la reducción de la prevalencia y de la incidencia del problema a evaluar, pero eso lleva años lograrlo y medirlo. Por lo tanto, se necesitan más indicadores para medir si los programas se están moviendo en la dirección correcta.

Es por eso que la implementación de esta estrategia educativa será evaluada cada año con la aplicación de los mismos instrumentos que se utilizaron para el diagnóstico inicial que permitirán evaluar la efectividad del programa teniendo en cuenta los conocimientos y prácticas de la población estudiada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Jiménez H, et al .La sexualidad temprana en la adolescencia un problema actual. Rev de Psiquiatría y Psicología del Niño y el Adolescente, 2009; 8 (2): 1-13. [Internet]. México; 2013. [Citado el 30 de Abril del 2015].
- 2.- Quinde A. Caracterización de las prácticas sexuales de riesgo y su relación con la presencia de embarazos en adolescentes que acuden al subcentro de salud de Cusubamba y al Hospital Provincial General de Latacunga, en el periodo de enero 2011 a junio 2011. Tesis Doctoral Universidad regional autónoma de los andes “Uniandes”;2013
- 3.- Shutt A, Magdalena M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las américas: implicaciones en programas y políticas. OPS, Washington, DC 2003.pdf [Internet]. México; 2013. [Citado el 30 de Abril del 2015]. http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=505&Itemid=383
- 4.-Vaillant Correoso Mayteé, Dandicourt Thomas Caridad, Mackensie Soria Yolaydys. Prevención del embarazo en adolescentes. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2012 Jun [citado 2016 Ago 10]; 28(2): 125-135. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.
- 5.-Gonzales P et. at. Psicología del niño y la adolescencia 2000. Barcelona España. Editorial Martorell Pedro. Primera Edición
- 6.- Berger K, et. al. El desarrollo de la persona desde la niñez a la adolescencia., 1995. S.A Madrid, España. Editorial médica panamericana. Guijarro X. Cuarta Edición.
- 7.- Gonzales P et. at. Psicología del niño y la adolescencia 2000. Barcelona España. Editorial Martorell Pedro. Primera Edición

- 8.- Buelga S. Cava M. Modelo de estrés familiar en la adolescencia (m.e.f.ad). justificación teórica e instrumentos de evaluación. Familia y Adolescencia 2001. España Madrid. [Internet]. México; 2013. [Citado el 30 de Abril del 2015].
- 9.- Comité subregional andino para la prevención del embarazo en adolescentes. Embarazo en adolescentes en la subregión andina.[Internet] Venezuela 2008. [Citado el 30 de Abril del 2015]. Disponible en:<http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Diagnostico%20Final%20-%20Embarazo%20en%20adolescentes.pdf>.
- 10.- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) salud sexual y reproductiva del adolescente. [Internet]. Ecuador; 2013 [Citado el 30 de Abril del 2015] Disponible en. www.ecuadorencifras.gob.ec/
11. Organización Mundial de la Salud. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. 2014. [Internet]. [Citado el 10 de agosto del 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- 12.- (Arreglar el tipo de letra) Ministerio de Coordinación y desarrollo social., Ministerio de Salud Pública. Ministerio de inclusión económica y social .Ministerio Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazo en Adolescentes o de Educación. (ENIPLA). [Internet] Ecuador; 2013. [Citado el 30 de Abril del 2015] .Disponible en: <https://www.scribd.com/doc/106476325/ENIPLA>.
- 13.- González A, Molina G .Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 Mar [citado 2016 Abr 28] ; 141(3): 313-319. Disponible en:. <http://dx.doi.org/>
- 14.- Ministerio de Salud Pública. Estrategia Nacional de Salud Pública para VIH/Sida-ITS. Ecuador; 2012. [Internet]. [Citado el 10 de Mayo del 2015]. Disponible en: <http://www.unicef.org/ecuador/esanut-2011-2013-2bis.pdf> <http://www.bdigital.unal.edu.co/26301/1/23866-169465-1-PB.pdf>.

15.-Nino Bautista L, et al. Cambios persistentes en conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes y jóvenes escolarizados de cuatro municipios de Santander. Instituto de programas interdisciplinarios en atención primaria de la salud. Colombia; 2012; 44 (2): 21-33 [Internet]. [Citado el 20 de Abril del 2015]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4115380>

16.- Doblado N, De la Rosa Batista, Junco A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev. Cubana Obstet Ginecol v.36 n.3. [Internet]. Habana Cuba; 2010. [Citado el 15 de Mayo del 2015] Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid>

17.- Corona J, Ortega A. Comportamiento sexual y conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes venezolanos. Rev Medisan vol.17 no.1 [Internet].Venezuela; 2013. [Citado el 15 de Mayo del 2015]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_1_13/san111713.pdf.

18.- Gonzáles F. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2. Investigación en salud. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Colombia; 2004 (Internet). [Citada el 28 de Abril del 2015]. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79801205>.

19.- García Vega E, et al. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta sexual de riesgo en adolescentes. Rev Internacional Jornal of Psicológica Research, 5(1), 79-87. España; 2012. [Internet]. [Citado el 30 en Abril del 2015]. Disponible en: <http://mvint.usbmed.edu.co:8002/ojs/index.php/web>

20. - Gamarra P. Factores asociados que influyen en el inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de villa san francisco-Santa Anita. The Biologist (Lima). Vol. 8, N°1, [Internet] Lima Perú; 2010. [Citado el 10 de Mayo del 2015].

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/biologist/v08_n1/pdf/a06v8n1.pdf

(Biblioteca Virtual Universidad Técnica de Ambato)

21.-Rodríguez A, et al. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Rev. Cubana salud pública [Internet]. 2013 Mar [citado 2015 Nov 12]; 39(1): 161-174. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100015&lng=en (Biblioteca Virtual Universidad Técnica de Ambato)

22.-González J. Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana. Rev. Salud pública [Internet]. 2012 June [citado 2015 Nov 05]; 14(3): 404-416 Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000300004&lng=en (Biblioteca Virtual Universidad Técnica de Ambato)

23.-Ruiz M. Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. Rev. Panamá Salud Pública [Internet]. 2012 Junio [citado 2015 Nov 05]; 31(1): 54-61. Disponible en:http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000100008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892012000100008> (Biblioteca Virtual Universidad Técnica de Ambato)

24.-Atienzo E, et al. Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes. Salud pública México [Internet]. 2011 Abril [citado 2015 Nov 12]; 53(2):160-171. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000200009&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342011000200009>.

25.- La salud reproductiva: parte integrante del desarrollo humano. Rev Panamá Salud Pública [Internet]. 1998 Septiembre [citado 2016 Agosto10] ; 4(3): -.

Disponible desde: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49891998000900015>.(Biblioteca Virtual Universidad Técnica de Ambato)

26.- Poder L. Constitución de la república del Ecuador Montecristi; 2008.

27.- Morales S., Arboleda O, Segura Á. Las prácticas sexuales de riesgo al VIH en población universitaria. Rev. salud pública [Internet]. 2014 Feb [citado 2016 Agosto 10]; 16(1): 25-38. Disponible desde: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642014000100003&lng=en (Biblioteca Virtual Universidad Técnica de Ambato)

28.- Hernández M. Teoría y Práctica. 2013. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno Mendoza C. Reveles F.

29. Artiles L, Otero J, Barrios I. Los paradigmas contemporáneos. In Artiles L, Otero J, Barrios I. Metodología de la Investigación. Para las Ciencias de la Salud: Contexto de la Investigación. 4th ed. La Habana: ECIMED; 2008. p. 31-50.

30. Hernández R. Los procesos mixtos de investigación. In Hernández R. Metodología de la Investigación. 4th ed. México: Mexicana; 2008. p. 751-8

32.- Franco J. Hidalgo N .Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes del distrito de Querecotillo, sector ii, Sullana. Ciencias de la Salud. 2015; 2(2): 458-474. Lima Perú 2015. [Internet] .consulta abril 2016 . Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/969>

33. - Cardona D. Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes escolares en la ciudad de Armenia, Colombia. Revis: AMC vol.19 no.6 Camagüey nov.-dic. 2015. [Internet].consulta Julio 2016 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000600003

34.- Concha L, Margherita B. E valuación del ambiente familiar. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, Agosto 2004. [Internet] . cited Abril

2016 , Disponible <http://www.aepap.org/pdf/ambientefam.pdf> en (Biblioteca Virtual Universidad Técnica de Ambato)

35. Espada j. Quiles M. Méndez F. Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia. Revista: Papeles del psicólogo vol.37 no.2 Junio 2016. [Internet].consulta agosto 2016 Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1076> en (Biblioteca Virtual Universidad Técnica de Ambato)

36. Orcasita L. Uribe A. Castellanos L. Apoyo social y conducta sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija Santander. Revista de Psicología vol.30 no.2. Lima 2016.[Internet]. Consulta agosto 2016 Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-> en (Biblioteca Virtual Universidad Técnica de Ambato)

37. -Enrique R, et al. Conductas de riesgo en los adolescentes, Rev Cubana Med Mil. 2015;44(2). Enero de 2015. [Internet] consulta abril 2016 Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol44_2_15/mil10215.htm__en (Biblioteca Virtual Universidad Técnica de Ambato)

38. Rodríguez A. Álvarez L. Percepciones y comportamientos de riesgo en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. Revista cubana de salud Publica vol.32 no.1. Cuba 2006. [Internet]. Consulta agosto 2016 Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_1_06/spu08106.htm

39.-Hernández I. Comunicación en salud teorías modelos y prácticas. Perspectivas de la Comunicación vol. 4, nº 1, 2011 issn 0718-4867. Julio 10 2015. [Internet] consulta abril 2016 Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/comunsocial/part1.pdf>

40.- Ana F, et al. Sexualidad juvenil: prácticas, actitudes y diferencias según sexo y variables de personalidad en universitarios chileno. Rev Med chile 2013; 141: 160-16[Internet] consulta abril 2016 Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v141n2/art03.pdf>

- 41.- García E. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. Revis Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. International Journal of Psychological Research, 5(1), 79-87 España 2012 Internet] consulta abril 2016 Disponible en.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3974532>
- 42.-González e, et al. Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago Rev Med Chile 2013; 141: 313-319. [Internet] consulta Junio 2016.
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid
43. - Krishnakumar G, et al. Marital conflict, parent-child relations, and youth maladjustment. J Family Issues 2006; 27 (7): 951-75. [Internet] consulta Junio 2016. <http://jfi.sagepub.com/content/27/7/951.abstract>
44. Kaye K. Parent marital quality and the parent-adolescent relationship: Effects on sexual activity among adolescents and youth. Marriage and Family Review 2009; 45 (2-3): 270-88. [Internet] consulta Junio 2016. <http://aspe.hhs.gov/basic-report/marital-quality-and-parent-adolescent-relationships-effects-sexual-activity-among-adolescents-and-young-adults>.
45. - Ruiz-C, et al. Fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. Rev. Panamá Salud Pública. 2012;31(1):54-61[Internet]consulta Junio2016. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000100008
- 46.- Corona J. Comportamiento sexual y conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes venezolanos de un liceo del municipio de Miranda. 2013; 17(1):78. Venezuela 2013. [Internet] consulta Junio 2016. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_1_13/san111713.htm
- 47.- Tomás R. Acciones educativas sobre aspectos de la sexualidad dirigidas a adolescentes. Revista Cubana de Salud Pública. 2015;41 (1): 57-66. Cuba 2015.

Internet]. consulta Junio2016.

<http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v41n1/spu06115.pdf>

48.- Caricote E. Influencia de los estereotipos de género en la salud sexual en la adolescencia. Revista educere vol 10. N 34 Meridad Septiembre 2006. [Internet] consultado Agosto 2016. Disponible desde:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-49102006000300009

49.-MSP. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud. Familiar y Comunitario e Intercultural (MAIS- FCI) Ecuador 2013. [Internet] consultado Junio 2016. Citado 2 Julio 2016. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DIRECCIÓN DE POSGRADO

ALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Anexo N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAYORES DE 18

Yo

_____,
(padre o madre) del adolescente nombrado:

doy mi consentimiento para que participe en la investigación conducida por:
Dra. Angélica Paola Gaviria Bolaños, responsable del presente estudio, como
medio para realizar la tesis de grado. Con el tema: sobre Salud Sexual y
Reproductiva para los adolescentes de la parroquia de Mulliquindil barrios ER
050 año 2015.

La investigadora me informó que:

- Mi participación consiste en responder a un cuestionario en un tiempo aproximado de 30 minutos,
- Los datos proporcionados serán totalmente confidenciales,
- Puedo dejar de participar o continuar en el estudio de investigación, si así lo decido en el momento que lo desee, sin que se origine problema alguno.

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente investigación, que tiene como propósito indagar “sobre conocimientos actitudes y prácticas de los adolescentes respecto a salud sexual y reproductiva”. De ante mano me han aclarado los investigadores que este estudio no me puede causar ningún riesgo y los resultados obtenidos serán de beneficio o utilizados para mejorar los programas preventivos de salud.

.....
.....

Firma del encuestado(a)

.....
.....

Autorización de los padres

Firma de los investigadores Salcedo, Ecuador, año 2016.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DIRECCIÓN DE POSGRADO

ALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Anexo N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE 18 AÑOS

Yo _____,

(padre o madre) del adolescente nombrado con

CI: _____

doy mi consentimiento para que mi hija/o participe en la investigación conducida por: Dra. Angélica Paola Gaviria Bolaños, responsable del presente estudio, como medio para realizar la tesis de grado. Con el tema: sobre Salud Sexual y Reproductiva para los adolescentes de la parroquia de Mulliquindil barrios ER 050 año 2016.

La investigadora me informó que:

- Mi participación de mi hijo/a consiste en responder a un cuestionario en un tiempo aproximado de 30 minutos,
- Los datos proporcionados serán totalmente confidenciales,
- Puede dejar de participar o continuar en el estudio de investigación, si así lo decida en el momento que lo desee, sin que se origine problema alguno.

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para que mi hija/ o participar de manera voluntaria en la presente investigación, que tiene como propósito indagar “sobre conocimientos actitudes y prácticas de los adolescentes respecto a salud sexual y reproductiva”. De ante mano me han aclarado los investigadores que este estudio no le puede causar ningún riesgo y los resultados obtenidos serán de beneficio o utilizados para mejorar los programas preventivos de salud en esta parroquia

.....

.....

.....

Firma del encuestado(a)

Autorización de los padres

Firma de los investigadores Salcedo, Ecuador, año 2016.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DIRECCIÓN DE POSGRADO

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Anexo N°3

Encuesta

Esta encuesta realizada con la intención de investigar sobre sexualidad y reproducción en la adolescencia, es para ser respondida voluntaria y anónimamente y le garantizamos su estricta confidencialidad.

1.a) Edad: _____ b) Nivel escolar: _____ c) Sexo: _____

d) Ingreso económico de los padres _____

e) Religión: 1) Católica ____ 2) Protestantes ____ 3) Ateo ____

4) Otras _____

2. Le han hablado alguna vez sobre sexualidad?

a) Sí ____ b) No ____

Si responde afirmativo responda quienes le han hablado de sexualidad:

a) Padre _____ b) Madre _____ c) Otros familiares _____ d) Amigos

_____ e) En la escuela _____ f) En el centro de salud _____

g) Medios de comunicación _____

3. ¿Cree Ud. que una mujer puede quedar embarazada en la primera que relación sexual?

a) Si ____ b) No ____

4. ¿En su opinión cuál es la edad adecuada de una mujer para quedar embarazada? _____ años.

5. Cuáles métodos anticonceptivos Ud. conoce (señale con una cruz) y cuál de ellos es el idóneo en la adolescencia (señale con dos cruz)

a) Preservativos_____ b) Anticonceptivo orales_____ c) Anticonceptivo inyectable_____ d) T de cobre_____ e) Implantes_____ f) Método del ritmo_____

6. ¿Se pueden adquirir enfermedades a través de relaciones sexuales desprotegidas?

a) Sí _____ b) No _____

7. ¿Cuál considera la edad óptima para el inicio de las relaciones sexuales? _____ años

8. Piensa Ud. que las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (incluida el VIH) pueden transmitirse por las siguientes vías:

a) A través de donaciones de/ transfusiones de sangre_____ b) Usando baños públicos._____ c) A través del beso._____ d) A través de relaciones sexuales sin protección_____

9. Indica si estás de acuerdo (si) o en desacuerdo (no) con las siguientes afirmaciones relacionadas al uso del condón

Afirmaciones	Si	No
Usar preservativo no es necesario si se conoce la pareja		
Los condones disminuyen el placer sexual		
Es vergonzoso pedir condones en las farmacias o centro de salud		
Usar condones con una pareja nueva es una buena idea		

10. A continuación se presentan algunas razones de porque las personas se oponen a la educación sexual en los adolescentes, responda en caso de estar de acuerdo (si) y desacuerdo (no)

Afirmaciones	Si	No
La educación sexual puede motivar a los adolescentes a tener relaciones precoz		
La educación sexual va en contra de las creencias religiosas		
La educación sexual debe darse solamente en el hogar		
Los maestros no están capacitados para dar educación sexual		

11. ¿Puede hablar sobre temas de sexualidad con sus padres?

a) Sí ____ b) No ____

12. ¿Qué sentimientos usted tiene al tratar el tema de sexualidad con sus padres?

a) Vergüenza ____ b) Pena ____ c) Confianza ____ d) Bochorno ____ e) Temor ____

f) No se atrevería ____

Provocaría agresión de sus padres hacia Ud. ____

13. La responsabilidad de evitar el embarazo en la adolescencia es de:

a) El hombre ____ b) La mujer ____ c) Ambos ____

14. ¿Cómo puede una persona disminuir el riesgo de contagio de una Infección de transmisión sexual?

a) Usando condones ____ b) Absteniéndose de tener sexo ____ c) Tener solo una pareja sexual ____

15.- ¿A qué edad te gustaría tener relaciones sexuales por primera vez?

Edad en años ____ Después del matrimonio ____

16. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?

a) Si ____ b) No ____

Solo si tú respuesta es sí, contesta a las siguientes preguntas, en caso contrario fin de la encuesta:

17 ¿Señale edad de la primera relación sexual? ____ años.

18. Ha tenido Ud. relaciones sexuales con más de una pareja

Sí ____ No ____

19. ¿Tú o tu pareja utilizaron preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales?

Sí ____ No ____

20. La principal razón para usar condón en las relaciones sexuales es:

a) Solamente para prevenir embarazo ____ b) Para prevenir una infección de transmisión sexual ____

c) Por las dos antes indicadas ____ d) Nunca he utilizado ____ e) No me interesa ____

21. Responda si usted ha estado embarazada

a) Si ____ b) No____ c) ¿Cuántas veces? ____

22. En caso de ser hombre diga si su pareja ha estado embarazada.

a) Si ____ b) No____ c) ¿Cuántas veces? ____

23. ¿Ha llevado al final el embarazo?

a) Sí____ b) No ____ c) ¿Cuántas veces? ____

24. ¿Cree que el embarazo en la adolescencia puede tener complicaciones?

a) Si ____ b) No ____



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DIRECCIÓN DE POSGRADO

CALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Anexo 4.

Guía de la entrevista estructurada sobre aspectos personales y familiares.

Fecha: Mayo del 2016

Lugar: Mulliquindil

Duración: 10 minutos

Objetivos de la entrevista: Obtener información sobre factores personales y familiares de los adolescentes que participan en la investigación relacionada al conocimiento, actitudes y prácticas sexuales.

Temas a abordar:

- ✓ Factores personales (autoestima).
- ✓ Factores familiares (sobrepotección, autoritarismo, agresión, permisividad).

En los temas anteriores se obtendrán informaciones cerradas (si y no)

Nivel cultural de los padres, con respuestas en la siguiente escala:

- ✓ Alta para quienes tienen educación superior y bachiller
- ✓ Baja para quienes tienen educación básica o ninguna
- Presentación al entrevistado.
- Comentar sobre la realización de la entrevista
- Objetivo de la entrevista.
- Solicitar el consentimiento para la realización y exponer que solo la información será utilizada con fines investigativos.

Secuencias de preguntas:

Relacionadas con la autoestima.

1. Se siente triste con frecuencia
2. Se siente segura de todos los actos que realiza
3. Prefieren quedarse callado/a antes que opinar ya que consideran que “no tienen derecho” o que los demás consideraran que no lo tienen.
4. Tiene temor de no ser aceptado por los demás
5. Cómo se relaciona con los demás
6. Siempre suele estar pensando cómo se interpretará aquello que dicen o hacen y si caerán bien o mal a los demás.
7. Siente necesidad de ser aceptado por los demás
8. Siente temor al realizar alguna acción por temor a hacerlo mal
9. Se deja Ud. atropellar o maltratar por los demás por miedo a quedarse solo.
10. Le cuesta expresar sus sentimientos.
11. Suele creer que siempre los demás están por encima de Ud. o son superiores.
12. Es capaz de valorar sus propios logros
13. Es muy exigente con Ud. mismo
14. Tiene confianza en Ud. misma.
15. Siente miedo de molestar a los demás.
16. Es Ud. feliz

Autoestima Alta

Autoestima Baja

Relacionadas con las relaciones con los padres:

Sobreprotección:

Si: ___ No: ___

Autoritarismo:

Si : ___No: ___

Agresión:

Si: ___No: ___

Permisividad:

Si: ___No: ___

Relacionadas con el nivel escolar de los padres:

Grado escolar:

Primaria: ___ Bachiller: ___ Superior ___ Analfabeto: ___

Relacionadas con el estado civil de los padres:

Primaria: ___ Bachiller: ___ Superior: ___ Analfabeto: ___