



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

**PROYECTO DE INVESTIGACION
PREVIO A LA OPTENCION DE TITULO DE
LICENCIADO (A) EN ENFERMERIA**

TEMA

NIVEL DEL CONOCIMIENTO EN EDUCACION SEXUAL Y REPRODUCTIVA
Y SU RELACION CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. UNIDAD
EDUCATIVA DEL MILENIO SIMON BOLIVAR, PIMOCHA, BABAHOYO, LOS
RIOS, MAYO – SEPTIEMBRE 2019.

AUTORAS

FERNANDEZ VALAREZO NICOLE MISHELLE
MENDEZ BENITEZ JUANA JESSENIA

TUTOR

LCDA. CONSUELO ALBAN MENESES

BABAHOYO – LOS RIOS- ECUADOR

2019

INDICE

TEMA	I
INTRODUCCIÓN	IV
CAPITULO I.	1
1. PROBLEMA.....	1
1.1 Marco Contextual.....	1
1.2 Situación Problemática	6
1.3 Planteamiento del Problema.....	7
1.4 Delimitación de la Investigación.....	9
1.5 Justificación	9
1.6 Objetivos.....	10
1.6.2 Objetivos Específicos	¡Error! Marcador no definido.
CAPITULO II	1
2. MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 Marco teórico	11
2.2 Hipótesis	49
2.3 Variables.....	49
CAPITULO III.	52
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	52
3.1 Método de investigación	52
3.2 Modalidad de investigación.....	52
3.3 Tipo de Investigación	52
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la Información.....	53
3.5 Población y Muestra de Investigación.....	53
3.6 Cronograma del Proyecto	54
Nº	54
3.7. Recursos.....	55
3.8. Plan de tabulación y análisis.....	55
CAPITULO IV	57
4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.....	57
4.1. Resultados obtenidos de la investigación	57
4.2. Análisis e interpretación de datos	70
4.3. Conclusiones	73
4.4. Recomendaciones	73
CAPITULO V	74

5. PROPUESTA TEORICA DE APLICACIÓN.....	74
5.1. Título de la Propuesta de Aplicación.....	74
5.2. Antecedentes.....	74
5.3. Justificación.....	75
5.4. Objetivos.....	76
5.5. Aspectos básicos de la propuesta de aplicación.....	77
5.6. Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación.....	84
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	85
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

<i>Grafico 1. Cambios biofisiologicos en la adolescencia.....</i>	57
<i>Grafico 2. Estado de conciencia de los derechos sexuales y reproductivos</i>	58
<i>Grafico 3. Edad adecuada para la gran charla de sexualidad.....</i>	58
<i>Grafico 4. Guía médica para el uso de anticonceptivos</i>	59
<i>Grafico 5. Percepción del riesgo de embarazos en la adolescencia</i>	59
<i>Grafico 6. Número de jóvenes que usan métodos anticonceptivos.....</i>	60
<i>Grafico 7. Dificulta para conseguir anticonceptivos.....</i>	60
<i>Grafico 8. Métodos anticonceptivos efectivos</i>	61
<i>Grafico 9. Cuáles son los métodos más usados</i>	61
<i>Grafico 10. Mujeres con al menos un encuentro sexual.....</i>	62
<i>Grafico 11. Edades de la primera relación sexual.....</i>	62
<i>Grafico 12. Tipo de la primera relación</i>	63
<i>Grafico 13. Vida sexual activa.....</i>	63
<i>Grafico 14. Número de parejas</i>	64
<i>Grafico 15. Edad de la pareja sexual</i>	64
<i>Grafico 16. Violencia sexual.....</i>	65
<i>Grafico 17. Conversación de sexualidad con padres</i>	65
<i>Grafico 18. Uso de anticonceptivos antes del embarazo</i>	66
<i>Grafico 19. Métodos anticonceptivos más usados antes del embarazo.....</i>	67
<i>Grafico 20. Percepción porque de embarazo.....</i>	67
<i>Grafico 21. Edad de la primera relación sexual.....</i>	68
<i>Grafico 22. Tipo de la primera relación sexual</i>	68
<i>Grafico 23. Cambios biofisiologicos en la adolescencia.....</i>	69

TABLA DE CONTENIDO

Tabla 1. Resumen de los cambios físicos, sociales y psicológicos.....	15
Tabla 2. <i>Determinantes de riesgo para el inicio de la actividad sexual temprana en la adolescencia</i>	26
Tabla 3. Relación entre el conocimiento y tipo de primera relación sexual.....	70
Tabla 4. Relación entre dificultad para conseguir anticonceptivos y una vida sexual activa.....	70

DEDICATORIA

Dedico este proyecto en primer lugar a Dios por guiarme e iluminarme y estar con nosotras durante todo el camino de nuestra carrera. A mis padres quienes con paciencia y esfuerzo han permitido llegar a cumplir hoy mi sueño, porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron una buena persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis anhelos, metas nunca me dejan sola siempre me apoya.

A mis hermanos por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento gracias. A mis amigas, por apoyarme cuando más las necesito, por extender su mano en momentos difíciles y por el amor brindado cada día, de verdad mil gracias hermanitas, siempre las llevo en mi corazón.

Nicole Fernández

Dedico este proyecto a Dios por haberme dado la vida y haberme permitido culminar mi carrera para ejercer como una profesional, a mi grandiosa familia han sido claves para culminar esta etapa de mi vida, son los que me motivan a continuar superándome después de un obstáculo y me han formado como una mujer de bien, enseñándome a valorar todo lo que hoy tengo, son las personas más importantes en mi vida.

A mis docentes por siempre lograr que me supere cada día, porque motivan al estudiante a crecer y tener calidad humana son personas a las cuales tengo gran admiración y respeto. Amigas les dedico este proyecto porque siempre estuvieron apoyándome en cada momento de felicidad o tristeza, y gracias a Dios hasta el día de hoy conservamos una linda amistad. A la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar, fue muy grato realizar nuestro proyecto con personas que siempre estuvieron dispuestas a prestar su ayuda.

Juana Mendez

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, Gracias Dios por haber permitido realizar el presente proyecto de investigación que es el resultado de la meta cumplida, la culminación de mi proceso de estudio como Licenciada de Enfermería, a mi familia por estar en cada momento brindando su amor y apoyo incondicional.

Gracias licenciada Consuelo por haber sido nuestra tutora y ayudarnos en el proceso de titulación, a todos los Docentes que nos impartieron conocimiento día a día en cada clase, son seres humanos que de una u otra manera aportaron para que crezca de diversas maneras en esta etapa tan importante de mi vida.

Nicole Fernández

Mi agradecimiento infinito al padre celestial por estar a mi lado en cada situación lograr el objetivo no fue fácil pero tampoco imposible, haciéndome una mejor persona para llegar a ser un vaso útil en la vida de cada ser humano, por haberme otorgado una hermosa familia de la cual me siento orgullosa.

Agradezco a todas las personas que conocí a lo largo del proceso en la universidad ha sido un privilegio crecer como profesional con su ayuda por compartir momentos de alegría y tristeza. Un agradecimiento especial para la tutora por ser una valiosa guía y a las personas que ayudaron a la realización de este proyecto de investigación que fueron de gran aporte porque prestaron su tiempo para continuar sin tirar la toalla en el trabajo que el día de hoy se ve reflejado de mi paso por la universidad.

Gracias a quienes forman parte de la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar por su buena disposición sin ellos esta investigación no se habría podido realizar.

Juana Mendez

TEMA

NIVEL DEL CONOCIMIENTO EN EDUCACION SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y SU RELACION CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO SIMON BOLIVAR, PIMOCHA, BABAHOYO, LOS RIOS, MAYO – SEPTIEMBRE 2019.

RESUMEN

Para toda sociedad el futuro está representado por los jóvenes y de nosotros depende que tan brillante sea. Durante los años de la juventud, ellos se preparan para hacer frente a los retos de la vida y en el camino muchos cometen errores, los mismos que se pudieron haber evitado si alguien les hubiera mostrado el camino a seguir.

El presente proyecto de investigación mantiene el objetivo de determinar la relación entre el nivel del conocimiento en educación sexual y reproductiva y el embarazo en adolescentes. Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar, Pimocha, Babahoyo. A través de este trabajo dar respuestas a la hipótesis.

Para el desarrollo del estudio se eligió el método analítico porque permitirá desglosar las secciones que conforman la totalidad del caso a estudiar, estableciendo las relaciones de causa y efecto en el ambiente o naturaleza en la que se produce la problemática a estudiar.

Se utilizó el método descriptivo porque da lugar a descubrir las características del fenómeno a estudiar y como esta cambia con el pasar del tiempo, alterando las variables, describiendo las tendencias de los efectos sobre las variables.

La metodología aplicada es Los métodos que se utilizó en el presente estudio de investigación son el analítico y descriptivo porque se adaptan a las necesidades del proyecto.

Las mujeres que tuvieron hijos en su gran mayoría se caracterizaban por tener un nivel bajo de conocimientos. En contraste con las que tenían una vida sexual activa y sin embarazos anteriores tenían un nivel alto de conocimientos.

Palabras claves: Adolescente, conocimiento, sexualidad, reproducción, embarazo.

ABSTRACT

For every society the future is represented by young people and it depends on us how bright it is. During the youth years, they prepare to face the challenges of life and many make mistakes along the way, which could have been avoided if someone showed them the way forward.

This research project maintains the objective of determining the relationship between the level of knowledge in sexual and reproductive education and pregnancy in adolescents. Millennium Educational Unit Simón Bolívar, Pimocha, Babahoyo. Through this work give answers to the hypotheses.

For the development of the study the analytical method was chosen because it allows to break down the sections that make up the entire case to be studied, establishing the cause and effect relationships in the environment or the nature in which the problem to be studied occurs.

The descriptive method is applied because it results in discovering the characteristics of the phenomenon to be studied and how it changes over time, modifying the variables, describing the trends of the effects on the variables.

The degree of relationship of the level of knowledge of knowledge in sexual and reproductive education with teenage pregnancies is high.

Women who had children mostly are characterized by having a low level of knowledge. In contrast to those who had an active sex life and no previous pregnancies that had a high level of knowledge.

Keywords: Adolescent, knowledge, sexuality, reproduction, pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La realidad actual sobre los embarazos no planificados es abrumadora cuando se observa cifras internacionales y nacionales esta situación en un problema de salud pública, que es reconocido pero que no se ha establecido de forma clara lo que se debe ejecutar para hacer frente a esta problemática de forma eficaz.

La realidad a nivel mundial y nacional es alarmante, las cifras que muestra la Organización Mundial de la Salud relucen la problemática a estudiar en el presente trabajo. “Las muertes relativas al embarazo y al parto representan la causa número uno de muerte en mujeres de 15 a 19 años de edad en todo el mundo, con casi 70.000 muertes anuales” (Ramos, 2011). Los datos expuestos por esta organización enmarcan a los adolescentes en una situación problemática que debe ser estudiada a profundidad para así atenuar sus efectos sobre la sociedad.

En la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar de la parroquia rural Pimocha que se encuentra en el cantón Babahoyo se puede observar mujeres jóvenes en estado de gestación, que ahora adquieren como responsabilidad principal el cuidado de su futuro hijo, situación que se podría haber evitado al compartir con ellos conocimientos de salud sexual y reproductiva.

El presente estudio se desarrolla siguiendo la línea de investigación Salud Sexual y Reproductiva establecidos por la Facultad de Ciencias de la Salud de la UTB (Universidad Técnica de Babahoyo), porque es un derecho para los adolescentes el libre acceso a la educación, en especial lo referente a temas de salud sexual y reproductiva.

Este estudio es de vital importancia, porque permitirá establecer cuáles son los temas de la salud sexual y reproductiva que, los adolescentes necesitan conocer, para de esta forma evitar embarazos no planificados e incluso enfermedades de transmisión sexual. La relación que tiene esta problemática con la falta de conocimientos de sexualidad es la principal razón para llevar a efecto el actual proyecto de investigación.

CAPITULO I.

1. PROBLEMA

1.1 Marco Contextual

1.1.1 Contexto Internacional

En el mundo , “Unas16 millones de muchachas de 15 a19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos”. La condición social y económica de los países latinos hace que esta realidad se complique aún más, con la formación de parejas jóvenes sin la capacidad de sostener un hogar. (Organizacion Mundial de la Salud, 2018)

Muchas adolescentes se casan, quedan embarazadas y tienen hijos antes de estar lo suficientemente maduras física, emocional y socialmente para ser madres. Casadas o no, las adolescentes quedan embarazadas por diferentes motivos. En algunos casos, el embarazo es accidental y es el resultado de experimentar con la sexualidad o de la falta de conocimiento sobre cómo prevenir la concepción. En otros casos, las mujeres buscan el embarazo y la maternidad para alcanzar un estado de adultez o llenar un vacío. A nivel mundial, la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas están casadas y se las presiona para tener un hijo. En otros casos, el embarazo a menudo resulta de relaciones sexuales forzadas, o que se concretan mediante abuso o coerción. (Organizacion Mundial de la Salud, 2012).

Al analizar la mayoría de los embarazos adolescentes, no es por decisión propia sino como consecuencia de la falta de educación sexual. Por ello hay muchos casos que terminan en embarazos no deseados debido a que los adolescentes experimentan por satisfacer la necesidad sexual más no por la intención de procrear.

La planificación familiar y los anticonceptivos reducen la necesidad de recurrir al aborto, en especial, al aborto peligroso. La planificación familiar refuerza el derecho

de las personas a decidir el número de hijos que desean tener y el intervalo de los embarazos. (OMS, 2018)

La problemática de embarazos en adolescentes trae consigo otros problemas igual de complejos y peligrosos, “Cada año, unos 3 millones de muchachas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos” (Organización Mundial de la Salud, 2018). Procedimiento que puede ser prevenido y además reducir el número de muertes maternas, entre los objetivos del milenio se encuentra el atenuar este problema.

El embarazo no intencionado (tanto el no planificado como el no deseado) en adolescentes es un problema de salud pública común en todo el mundo. Los embarazos repetidos en este grupo también ocurren con frecuencia y están relacionados con mayores riesgos de resultados adversos para madres adolescentes y sus bebés. (Ramos, 2011)

La mortalidad materna es inaceptable y alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303.000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece metas de desarrollo a los países miembros, con las que se pretende mejorar la calidad de vida de las personas a nivel mundial así como se explica a continuación; “La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030” (Organización Mundial de la Salud, 2018). Los gobiernos que adoptan esta meta han realizado grandes cambios en la forma de cómo se lleva sobretodo la educación de los jóvenes. Pero hasta ahora son más los que no siguen este modelo y fracasan

como gobiernos progresistas, y de esta forma provocan otros problemas sociales entre las poblaciones vulnerables.

No solo los adolescentes se afectan con esta terrible situación, sino también lo que resulta como consecuencia de esto que es la integridad del recién nacido, “Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años” (Organización Mundial de la Salud, 2018).

América Latina y el Caribe continúan siendo las subregiones con la segunda tasa más alta en el mundo de embarazos adolescentes, señala un informe publicado hoy por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (OPS, 2018)

El embarazo en la adolescencia puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las muchachas, sus familias y sus comunidades. Muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. Una adolescente con escasa o ninguna educación tiene menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

En México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2012 reportó que el 23 % de los adolescentes entre 12 y 19 años habían iniciado vida sexual activa (VSA) (hombres 25.5 % y mujeres 20.5 %) de éstos 14.7 % de hombres y 33.4 % de mujeres no utilizó métodos anticonceptivos. El 51.9 % de los adolescentes de 12 a 19 años con VSA mencionó que alguna vez estuvo embarazada y 10.7 % cursaba con embarazo al momento de la entrevista, es decir en la medida que se inicia VSA se incrementa la posibilidad de un embarazo en un 62.6 %. (Margarita, Graciela, & Luz, 2016)

Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En algunos países, los embarazos fuera del

matrimonio no son raros. En cambio, algunas muchachas pueden recibir presión social para contraer matrimonio y, una vez casadas, para tener hijos. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

1.1.2 Contexto Nacional

Estrategia nacional intersectorial de planificación familiar surge como un proyecto emblemático y prioritario para el Estado en el marco de los derechos consagrados en la Constitución, donde se plantea hacer operativas las políticas públicas, tratados internacionales y leyes que garantizan el ejercicio y goce de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

El Estado ecuatoriano se ha comprometido a proteger los derechos de adolescentes y jóvenes, a través de políticas públicas que permitan promover la inclusión, la igualdad y el respeto de los derechos humanos en el marco de salud sexual y salud reproductiva. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

Mediante el Acuerdo 2490 se puso a disposición de mujeres y hombres en edad fértil los servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva. Además, se garantizó la calidad de esos servicios y el acceso a la información y asesoría sobre planificación familiar, anticoncepción oral de emergencia, entre otros. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

En razón a estos compromisos, el Estado a través de la Enipla ha enfatizado de manera prioritaria e intersectorial, su implementación a fin de orientar y fortalecer sus servicios en salud sexual y salud reproductiva, a través de un abordaje integral y de derechos, eliminando de esta manera barreras de acceso y brindando información científica y oportuna. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

Desde el año 2017, el Ministerio de Salud Pública fortaleció los servicios para adolescentes, partiendo de dos perspectivas: la amigabilidad y la inclusión. El Ecuador es uno de los países piloto del estudio global sobre la Juventud y las Discapacidades; este proyecto busca garantizar la inclusión social y la igualdad de género. Adicionalmente, en el mes de (septiembre 2017) se presentó el manual de Salud Sexual y Salud Reproductiva para personas con discapacidad, contiene lineamientos prioritarios en todos los establecimientos que conforman el Sistema Nacional de Salud. (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2017)

1.1.3 Contexto Regional

Cuando se revisó datos estadísticos internacionales y nacionales cada vez más jóvenes de entre 14 a 19 años tienen la experiencia de estar embarazadas, pero al considerar la situación a nivel regional los valores se incrementan, “En el hospital de la Mujer Alfredo G. Paulson, en el norte de la ciudad de Guayaquil, se reporta un promedio anual de 3 mil egresos de madres adolescentes, es decir unas 8 al día” (El Universo, 2019). Se interpreta por esto que en la región costa esta problemática se acentúa en los adolescentes con más fuerza.

Según cifras del último censo, 2010, del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), existen 122.301 madres adolescentes. La cifra más alta es en Guayas con unos 30 mil casos. Este Diario solicitó a la Zona 8 del Ministerio de Salud para conocer cifras de atenciones recientes a este grupo, pero hasta el cierre de esta edición no hubo respuesta. En ese informe también se detalla que, de ese grupo, un 56% son unidas al padre de su bebé, un 20% soltera, 15% casadas, 7% separadas, entre otras. (El Universo, 2019)

Según fuentes del diario nacional El Universo, las “muertes de neonatos están asociadas a la prematuridad que se evidencia cuando nacen entre las 34 y 37 semanas o menos. A ello se suman los neonatos que nacen con bajo peso” (El Universo, 2019). El embarazo en las adolescentes no solo trae consigo en la madre complicaciones en salud y muerte, sino también en sus futuros hijos.

1.1.4 Contexto Local y/o Institucional

El Nivel del conocimiento sobre la educación sexual y reproductiva es bajo en la población adolescente de la capital Riosense, lo que los lleva a experimentar un sinnúmero de problemas sociales y de salud. En pocas ocasiones se efectúan seminarios, conferencias, diálogos sobre temas de salud sexual y reproductiva en los colegios de la zona.

Se identificó que es común ver a mujeres jóvenes ir de camino a sus instituciones de educación con la inconfundible característica de sus uniformes maternos. Esta es una realidad la cual afecta de forma multidimensional a los diferentes sujetos que forman la sociedad, en especial a la capital Fluminense la inconfundible ciudad de Babahoyo.

En la Unidad Educativa Del Milenio Simón Bolívar de Pimocha – Babahoyo, se verifico que en el transcurso del año 2018 se presentaron 8 casos de embarazos en mujeres jóvenes entre las edades comprendidas de 14 a 18 años. Es un número que varía con el pasar del tiempo pero que se observa una tendencia de crecimiento al pasar los años.

1.2 Situación Problemática

En la parroquia rural Pimocha de la ciudad de Babahoyo se observa que en la Unidad Educativa Del Milenio Simón Bolívar existe un gran número de adolescentes, de los que podemos distinguir algunos que tienen o que en unos meses tendrán un hijo, sin estar preparados para cuidar de ellos.

En el transcurso del año 2018 en dicha unidad educativa existieron 8 embarazadas y en el presente año lectivo 2019 se ha logrado observar que de una población de 80 adolescentes 3 de ellas hasta el momento se encuentran en estado de gestación, sin embargo, desconocemos si existen más casos debido a que las adolescentes no tienen la confianza suficiente para manifestarlo y mantienen en secreto la noticia del embarazo porque sienten pánico.

Cada año ingresan y egresan alumnos, muchos de ellos con grandes expectativas a futuro, deseos y sueños por cumplir. Lamentablemente algunos de estos adolescentes no podrán hacerlo por su nueva faceta de padre adquiriendo responsabilidades primordiales que si incumplen daría lugar a nuevas familias disfuncionales. Es de gran importancia realizar esta investigación porque permitirá dar respuesta a que los conocimientos de salud sexual y reproductiva son esenciales para la toma de decisiones en la adolescencia que disminuyan los índices de embarazos.

Existen varios programas orientados a minimizar los efectos de esta problemática pero que no han logrado hacerlo de forma efectiva. Es viable realizar el presente proyecto de investigación en esta unidad educativa, debido a que en este lugar podemos encontrar a los principales sujetos a estudiar, también porque es el principal lugar donde se desarrolla el problema.

1.3 Planteamiento del Problema

En la actualidad se conoce que los problemas de salud sexual y reproductiva en adolescentes, se deben a la falta de orientación sexual y se vinculan con el instinto a iniciarse cada vez más prematuramente en la actividad sexual, la desprotección, la promiscuidad, la baja percepción de los riesgos lo que conlleva a formar relaciones afectivas, sin tener presente las consecuencias de sus actos como lo son los embarazos precoz, abortos, matrimonios a temprana edad, relaciones premaritales y extramaritales, divorcios, madres solteras, inestabilidad familiar, deserción escolar, enfermedades de transmisión sexual. (Velasco Boza, Rodriguez Cardenas, & Rodriguez Tahuile, 2008).

A nivel mundial entre las mujeres existe un deseo de llevar una vida sexualmente activa, ignorando los riesgos que esto implica, “Se calcula que en los países en desarrollo unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo” (Organizacion Mundial de la Salud, 2019).

Ecuador es el tercer país a nivel de la región con la tasa más alta de embarazo en adolescentes después de Nicaragua y República Dominicana, Según el Centro de Estadísticas para América Latina y el Caribe (CEPAL). (Cornejo, 2017).

En la Unidad educativa del Milenio Simón Bolívar de la Parroquia Pimocha de la Ciudad de Babahoyo podemos observar según los datos estadísticos de la institución, a lo largo del año 2018 ocho mujeres jóvenes asistían a clases en estado de gestación. Esto fue de gran dificultad para las estudiantes, debido a sus embarazos de alto riesgo.

Mediante la técnica de observación directa a los estudiantes sujetos de estudio, se identificó que el embarazo en adolescentes además de afectar en el buen desenvolvimiento educativo, influye de forma directa en su vida extracurricular. Muchas adquieren nuevas responsabilidades como el de cuidar de un nuevo hogar e incluso trabajar por su condición de madre soltera, problemas que pueden ser evitados si los adolescentes tuvieran un conocimiento claro sobre la salud sexual y reproductiva.

1.3.1 Problema General

¿Cómo se relaciona el nivel de conocimiento en la educación sexual y reproductiva con el embarazo en adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar de la Parroquia Pimocha en el cantón Babahoyo de la provincia de Los Ríos en mayo – septiembre 2019?

1.3.1.1 Problemas Derivados

¿Cuáles son los conocimientos acerca del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios de los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar?

¿Cuál es el origen de la información que las adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar obtuvieron de educación sexual y reproductiva?

¿Cuál es el grado de dificultad para conseguir métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo en adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar?

1.4 Delimitación de la Investigación

La investigación o proyecto de investigación se llevara a efecto en la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar, institución que se encuentra ubicada en la parroquia rural Pimocha la misma que pertenece a la ciudad de Babahoyo de la provincia de los Ríos. Durante el periodo de tiempo establecido por la universidad que corresponde desde mayo del 2019 a septiembre del mismo año.

La población sujeta de estudio corresponde a los adolescentes estudiantes de la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar en los cuales buscaremos dar respuesta a cómo el nivel de conocimiento sobre la educación sexual y reproductiva se relaciona con el embarazo a temprana edad.

1.5 Justificación

La presente investigación se realizará con el propósito de determinar el nivel de conocimientos que tienen los adolescentes en sexualidad y reproducción, ya que es un tema con muchos tabúes y mitos, muy poco tratado por padres y maestros por la falta de información en el tema y además sienten que inducen al adolescente a iniciar una vida sexual precoz. (Rodríguez Cabrera & Sanabria Ramos, 2012).

El presente proyecto sigue la línea de investigación Salud Sexual y Reproductiva establecidos por la Facultad de Ciencias de la Salud, con una sub-línea de control de natalidad relacionado con el problema de embarazos no deseados.

El estudio ayudara a concientizar a los adolescentes, a que tengan una mejor información del tema, que puedan resolver sus dudas y así mismo que conozcan

los valores dentro del núcleo familiar, como el respeto a su cuerpo, a la vida y sean conscientes de las decisiones que tomen a futuro. (Vera Sandoval & Montoya Intriago, 2015).

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General

Determinar la relación entre el nivel del conocimiento en educación sexual y reproductiva y el embarazo en adolescentes. Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar, Pimocha, Babahoyo, Los Ríos, mayo – septiembre 2019.

1.4.1 Objetivos Específicos

Determinar cuáles son los conocimientos acerca del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios de los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar.

Identificar el origen de la información que las adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar obtuvieron de educación sexual y reproductiva.

Identificar el grado de dificultad para conseguir métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo en adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco teórico

Sexualidad

Es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan cada sexo. También es el conjunto de fenómenos emocionales, de conducta relacionados con y de prácticas que se realizan con búsqueda del placer sexual, que marcaran de manera decisiva al ser humano en todas y cada una de las fases determinantes de su desarrollo en la vida. Durante siglos se consideró que la sexualidad en los animales y en los hombres era básicamente de tipo instintivo. En esta creencia se basaron las teorías para fijar las formas no naturales de la sexualidad, entre las que se incluían todas aquellas prácticas no dirigidas a la procreación. Sin embargo, hoy se sabe que también algunos mamíferos muy desarrollados, como los delfines o algunos pingüinos, presentan un comportamiento sexual diferenciado, que incluye, además de homosexualidad (observada en más de 1500 especies de animales), variantes de la masturbación y de la violación. La psicología moderna deduce, por tanto, que la sexualidad puede o debe ser aprendida. (Ruiz, 2019)

Pocos temas producen tanto interés y provocan tanto placer e inquietud como la expresión y el control de la sexualidad humana. En una clase de sexualidad, los estudiantes representan un conjunto heterogéneo de edades, orígenes étnicos y formaciones religiosas, vivencias y actitudes liberales y conservadoras. Sus experiencias sexuales son muy diversas: la mayoría las ha tenido exclusivamente con el otro sexo, mientras que algunos buscan relaciones con miembros del mismo sexo e incluso otros las buscan con ambos sexos. (Crooks & Baur, 2009)

A algunos la sexualidad quizá sólo les parezca un tópico sin importancia, un escape frívolo de los problemas más críticos de la pobreza, la guerra, la enfermedad, el racismo, el hambre o la aniquilación nuclear. Pero es precisamente

en épocas como ésta, en la que tenemos que convivir con la posibilidad de una destrucción inimaginable, cuando es más probable que la gente se vuelva peligrosamente desquiciada en lo referente a la sexualidad. (Gayle, 1989)

Desde el punto de vista psicológico, la sexualidad es la manera de vivir la propia situación. Es un concepto amplio que abarca todo lo relacionado con la realidad sexual. Cada persona tiene su propio modo de vivir el hecho de ser mujer u hombre, su propia manera de situarse en el mundo, mostrándose tal y como es. La sexualidad incluye la identidad sexual y de género que constituyen la conciencia de ser una persona sexuada, con el significado que cada persona dé a este hecho. La sexualidad se manifiesta a través de los roles genéricos que, a su vez, son la expresión de la propia identidad sexual y de género. (Ruiz, 2019)

El reino de la sexualidad posee también su propia política interna, sus propias desigualdades y sus formas de opresión específica. Al igual que ocurre con otros aspectos de la conducta humana, las formas institucionales concretas de la sexualidad en cualquier momento y lugar dados son productos de la actividad humana. Están, por tanto, imbuidas de los conflictos de interés y la maniobra política, tanto los deliberados como los inconscientes. En este sentido, el sexo es siempre político, pero hay períodos históricos en los que la sexualidad es más intensamente contestada y más abiertamente politizada. (Gayle, 1989).

Reproducción

En la reproducción sexual los nuevos individuos se producen por la fusión de los gametos haploides para formar el huevo o cigoto diploide. Los espermatozoides son los gametos masculinos y los ovocitos los gametos femeninos. La meiosis produce células que son genéticamente distintas unas de otras; la fecundación es la fusión de los gametos que produce una nueva combinación de alelos, y por lo tanto incrementa la variación sobre la cual actúa la selección natural. (S. Raisman, 2000)

La reproductividad es más que la capacidad de tener hijos y criarlos, incluye efectivamente los sentimientos de maternidad y paternidad, las actitudes de paternaje y maternaje, además de las actitudes favorecedoras del desarrollo y educación de otros seres. (Ruiz, 2019)

La salud reproductiva, dentro del marco de la salud tal y como la define la OMS, aborda los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee. (Organización mundial de la salud, 2018)

Los jóvenes no son un grupo homogéneo. Su situación familiar, condición socioeconómica, género, origen étnico, raza, situación con respecto del VIH, ubicación geográfica, creencias religiosas y culturales, orientación sexual e identidad de género y muchos otros factores afectan su salud sexual y reproductiva (SSR), el acceso a la educación y las oportunidades de la vida, y su bienestar general. Muchos jóvenes son marginados y vulnerables y se enfrentan al estigma y a la discriminación, incluidos los jóvenes que están encarcelados o que viven bajo el cuidado de instituciones, los jóvenes indígenas y aquellos que no tienen el acceso vital a la SSR y otros servicios de salud. (ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONUMUJERES, & OMS, 2018)

Educación sexual y reproductiva

Los procesos educativos tienen un papel determinante en la adquisición de competencias indispensables para cuidar la propia salud, tomar decisiones sobre la vida sexual y reproductiva y ejercer derechos, incluido el derecho a hacer uso de los servicios de salud. Estos procesos, especialmente cuando parten de las necesidades de aprendizaje de las personas, tienen un carácter gradual, sistemático y científico y pueden realizarse en la escuela y a través de actividades no formales. (Fondo de Población de Naciones Unidas, 2010)

Las investigaciones de las últimas décadas han demostrado que muchos comportamientos y funciones corporales, incluyendo el erotismo sexual, se

desarrollan durante la infancia. De alguna manera, la sexualidad es especialmente importante en este periodo, porque muchas experiencias durante estos años formativos tienen un gran efecto en la futura expresión de la sexualidad del adulto. (Crooks & Baur, 2009, pág. 364)

La educación de niños, niñas, adolescentes y jóvenes está llamada a promover nuevas formas de comprender, vivir y sentir la sexualidad y la pertenencia a un género, por cuanto éstas no pueden ser desvinculadas del proceso integral de formación de la personalidad, ni tampoco de los problemas contemporáneos vinculados con el ejercicio de los derechos humanos universales como la equidad social y entre los géneros, el acceso a la educación, la salud, la participación social, política, productiva y económica, la oportunidad de tener una vida mejor, más digna, plena y feliz y de tomar decisiones libres y responsables con respecto a la propia existencia. (Fondo de Poblacion de Naciones Unidas, 2010, pág. 21)

Pubertad

Tanto para los niños como para las niñas, la transición de la niñez a la adultez puede presentarse como algo interesante que marca un cambio importante. Sin embargo, para los varones el cambio de la pubertad está mucho más claramente vinculado a los sentimientos sexuales de una manera positiva, mientras que para las niñas este momento marca el comienzo de mensajes conflictivos sobre la sexualidad, virginidad, fertilidad y femineidad. (ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONUMUJERES, & OMS, 2018, pág. 22)

Adolescencia

En general se considera que los adolescentes (jóvenes de 10 a 19 años) son un grupo sano. Sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables. (OMS, 2019)

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar

a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. (Organización Mundial de la Salud, 2019)

Etapas de la adolescencia

Adolescencia temprana (10-14 años) Se inicia con la aparición del vello púbico y la menarquia o primera regla en la mujer y los sueños húmedos en el hombre, como expresión del comienzo de la maduración sexual y la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Se caracteriza por comportamientos de extrema curiosidad por su cuerpo, fantasías sexuales, exploración del cuerpo, coquetería, amores platónicos. (Fondo de Población de Naciones Unidas, 2010)

Adolescencia media (15-17 años) Se produce el crecimiento de los órganos genitales y la maduración sexual. Hay manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y en la conducta sexual exploratoria expresada en la masturbación. Pueden presentarse experiencias sexuales con personas del mismo o del otro sexo, sin que puedan ser asumidas como homosexualidad, ya que ésta no podrá diagnosticarse antes de haber alcanzado la identidad sexual, al finalizar la adolescencia. (Fondo de Población de Naciones Unidas, 2010, pág. 44)

Adolescencia tardía (18-19 años) Se caracteriza por la completa maduración física y el alcance de la mayoría de edad en el aspecto legal. Logros definitivos en la maduración psicológica, conducta sexual más estable, alcance de la identidad sexual y personal. (Fondo de Población de Naciones Unidas, 2010)

Cambios en la adolescencia

La adolescencia constituye un período de crecimiento y desarrollo humano hacia la madurez con variaciones culturales, biológicas, psicológicas y sociales.

Tabla 1. Resumen de los cambios físicos, sociales y psicológicos.

Cambios Físicos	Cambios Sociales	Cambios Psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Estirón puberal. • Aparición del vello en el pubis, axilas, bigote y barba. • Desarrollo de las mamas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socializa con sus amigos. • Tiende a separarse de los padres. • Interés por las relaciones de pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo del pensamiento abstracto: capacidad para analizar, cuestionar, asumir posiciones críticas. • Formación de valores.

-
- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aparición de la menarquia. • Poluciones nocturnas (Sueños húmedos) - Espermarca. • Producción de óvulos y espermatozoides maduros, aptos para la procreación. • Crecimiento del pene y los testículos. • Cambios de voz. • Aumento en la producción de grasa. • Cambios en la conformación del cuerpo. | <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo moral, ético y espiritual. • Fuertes impulsos sexuales y agresivos. • Labilidad emocional. • Búsqueda de identidad personal y sexual. • Sentimientos de omnipotencia. • Ensayo de modelos de comportamientos para probar y ratificar su virilidad o femineidad, cónsonos con las asignaciones socioculturales imperantes en su contexto para cada género. |
|--|---|
-

Nota. Estos son algunos de los cambios que vive todo adolescente, organizados según físicos, sociales, y psicológicos. Por los dos sexos. (Fondo de Poblacion de Naciones Unidas, 2010, pág. 45)

La complejidad de los comportamientos sexuales de los humanos es producto de su cultura, su inteligencia y de sus complejas sociedades, y no están gobernados enteramente por los instintos, como ocurre en casi todos los animales. Sin embargo, el motor base de gran parte del comportamiento sexual humano siguen siendo los impulsos biológicos, aunque su forma y expresión dependen de la cultura y de elecciones personales; esto da lugar a una gama muy compleja de comportamientos sexuales. En muchas culturas, la mujer lleva el peso de la preservación de la especie. (Ruiz, 2019)

Cambios en la sexualidad del adolescente

Qué cambios experimenta el cuerpo y cómo lo viven los chicos y las chicas, la atracción, el enamoramiento, el amor, el ideal de belleza, el interés por la erótica, la primera vez, el papel que juega la educación sexual Todos estos son elementos que tienen que ver con la sexualidad y que se viven de forma intensa en esa etapa de la vida. Y, aunque cada persona en función de su educación, sus experiencias, su personalidad, lo vive de forma única y peculiar, encontramos que se pueden

distinguir dos formas sexuadas de vivir esta realidad, la de los chicos y la de las chicas. (Romero, 2013)

En esta etapa aprenden a amar a sus figuras importantes primero (los padres, los hermanos) y a las personas que los rodean, pueden tener sus primeros enamoramientos infantiles (que son diferentes de los enamoramientos de los adolescentes) y también viven las primeras separaciones o pérdidas, aprenden a manejar el dolor ante éstas. En cuanto a la reproductividad, empiezan a aprender a cuidar de los más pequeños (pueden empezar con muñecos o mascotas) y van desarrollando su capacidad reproductiva. También tienen grandes dudas sobre su origen, generalmente las dudas que tienen con respecto a la relación sexual necesitan la aclaración del sentido amoroso y del deseo de tenerlo que tuvieron sus padres. Les resulta interesante el embarazo y el nacimiento en un sentido de conocer su propio origen. Sobre todo, será importante indagar la pregunta y responderla al nivel de conocimiento de acuerdo a la edad del menor. (Ruiz, 2019)

En el cuerpo infantil se produce una revolución total y única en la vida del sujeto. Las hormonas sexuales son las protagonistas del desarrollo y crecimiento corporal, marcando las diferencias entre chicos y chicas. Estas hormonas hacen que se desarrollen los caracteres sexuales secundarios y que los órganos genitales alcancen su maduración total. La edad media del inicio de la pubertad se sitúa sobre los 10,5 años en las chicas y los 11,5 años en los chicos. Este proceso dura entre 3 y 4 años. (Romero, 2013)

Aparato reproductor femenino

La principal diferencia entre el hombre y la mujer son sus órganos sexuales. El hombre tiene un pene, que suele ser bastante pequeño y blando, pero pasa a ser mayor y más duro cuando experimenta excitación sexual. Debajo y por detrás del pene se encuentra una bolsa, el escroto, que contiene dos testículos. En un adulto éstos fabrican millones de espermatozoides cada día. Los órganos sexuales de la mujer se encuentran en el interior de su cuerpo. La abertura exterior de estos órganos es la vulva, que cuenta de dos gruesos pliegues

de piel que protegen el clítoris, una pequeña área sensible de la parte frontal de la vulva. La vulva comunica con el útero o matriz mediante la vagina. Dos conductos van desde el útero hasta los ovarios, donde se fabrican los huevos (óvulos). (Ruiz, 2019)

La reproducción sexual no sería posible sin los órganos sexuales denominados gónadas. La mayoría de las personas creen que las gónadas son los testículos. Pero los dos sexos poseen gónadas: en la mujer, las gónadas son los ovarios, que producen los gametos femeninos (óvulos). Las gónadas masculinas producen gametos masculinos (espermatozoides). Cuando una mujer nace, sus ovarios contienen cientos de miles de óvulos, que permanecen inactivos hasta que comienza la pubertad. En la pubertad, la glándula pituitaria (ubicada en la parte central del cerebro), comienza a generar hormonas que estimulan a los ovarios para producir hormonas sexuales femeninas, incluido el estrógeno. La secreción de estas hormonas hace que una niña se desarrolle y se transforme en una mujer sexualmente madura. (Hirsch, 2019)

El aparato reproductor femenino produce las hormonas sexuales femeninas, responsables de los caracteres sexuales secundarios y de la producción de óvulos, que son las células sexuales femeninas. Está formado por un conjunto de órganos que intervienen en la función sexual y reproductiva de la mujer. (UNFPA, 2010)

La zona carnosa ubicada justo por encima de la parte superior de la abertura vaginal recibe el nombre de "monte de Venus". La abertura vaginal está rodeada por dos pares de pliegues de piel llamados labios. El clítoris, un pequeño órgano sensorial, está ubicado hacia la parte delantera de la vulva, donde se unen los pliegues de los labios. Entre los labios, hay aberturas hacia la uretra (el canal que transporta la orina desde la vejiga hacia la parte externa del cuerpo) y la vagina. Cuando una niña alcanza la madurez sexual, los labios externos y el monte de Venus se cubren con vello púbico. (Hirsch, 2019)

Labios mayores

Los labios mayores son dos grandes pliegues de piel que contienen en su interior tejido adiposo subcutáneo y que se dirigen hacia abajo y hacia atrás desde el monte del pubis. Después de la pubertad, sus superficies externas quedan revestidas de piel pigmentada que contiene glándulas sebáceas y sudoríparas y recubiertas por vello. El orificio entre los labios mayores se llama hendidura vulvar. (Reiriz, 2018)

Labios menores

Los labios menores son dos delicados pliegues de piel que no contienen tejido adiposo subcutáneo ni están cubiertos por vello pero que poseen glándulas sebáceas y sudoríparas. Los labios menores se encuentran entre los labios mayores y rodean el vestíbulo de la vagina. En mujeres jóvenes sin hijos, habitualmente los labios menores están cubiertos por los labios mayores. En mujeres que han tenido hijos, los labios menores pueden protruir a través de los labios mayores. (Reiriz, 2018)

El orificio uretral externo se localiza 2 - 3 cm. por detrás del clítoris, e inmediatamente por delante del orificio vaginal. A cada lado del orificio uretral se encuentran los orificios de desembocadura de las glándulas parauretrales (de Skene) que están situadas en las paredes de la uretra, y también secretan moco. El orificio vaginal es mucho más grande que el orificio uretral. El aspecto del orificio vaginal depende del himen, que es un delgado pliegue incompleto de membrana mucosa que rodea dicho orificio. (Reiriz, Sistema Reproductor Femenino, 2018)

Vestíbulo de la vagina

El vestíbulo de la vagina es el espacio situado entre los labios menores y en él se localizan los orificios de la uretra, de la vagina y de los conductos de salida de las glándulas vestibulares mayores (de Bartolino) que secretan moco durante la excitación sexual, el cual se añade al moco cervical y proporciona lubricación. (Reiriz, Sistema Reproductor Femenino, 2018)

Clítoris

El clítoris es un pequeño órgano cilíndrico compuesto por tejido eréctil que se agranda al rellenarse con sangre durante la excitación sexual. Tiene 2 - 3 cm. de longitud y está localizado entre los extremos anteriores de los labios menores. Consiste en: dos pilares, dos cuerpos cavernosos y un glande y se mantiene en su lugar por la acción de varios ligamentos. El glande del clítoris es la parte expuesta del mismo y es muy sensitivo igual que sucede con el glande del pene. La porción de los labios menores que rodea al clítoris recibe el nombre de prepucio del clítoris. (Reiriz, 2018)

Vagina

La vagina es el órgano femenino de la copulación, el lugar por el que sale el líquido menstrual al exterior y el extremo inferior del canal del parto. Se trata de un tubo músculo membranoso que se encuentra por detrás de la vejiga urinaria y por delante del recto. En posición anatómica, la vagina desciende y describe una curva de concavidad anterior. Su pared anterior tiene una longitud de 6 - 8 cm., su pared posterior de 7 - 10 cm. y están en contacto entre sí en condiciones normales. Desemboca en el vestíbulo de la vagina, entre los labios menores, por el orificio de la vagina que puede estar cerrado parcialmente por el himen que es un pliegue incompleto de membrana mucosa. La vagina comunica por su parte superior con la cavidad uterina ya que el cuello del útero se proyecta en su interior, quedando rodeado por un fondo de saco vaginal. (Reiriz, 2018)

La pared vaginal tiene 3 capas: una externa o serosa, una intermedia o muscular (de músculo liso) y una interna o mucosa que consta de un epitelio plano estratificado no queratinizado y tejido conectivo laxo que forma pliegues transversales. La mucosa de la vagina tiene grandes reservas de glucógeno que da lugar a ácidos orgánicos originando un ambiente ácido que dificulta el crecimiento de las bacterias y resulta agresivo para los espermatozoides. (Reiriz, 2018)

La abertura de la vagina está parcialmente cubierta por un trozo delgado de tejido similar a la piel, que recibe el nombre de himen. El himen suele ser diferente de una mujer a otra. En la mayoría de las mujeres, el himen se estira o rasga después de la primera experiencia sexual y es posible que sangre un poco (esto suele provocar algo de dolor o puede resultar indoloro). No obstante, en algunas mujeres que han tenido relaciones sexuales, el himen no sufre grandes modificaciones. Y en algunas mujeres, el himen ya está estirado incluso antes de que comiencen a tener relaciones sexuales. La vagina se conecta al útero en el cuello del útero. El cuello del útero tiene paredes fuertes y gruesas. La abertura del cuello del útero es muy pequeña (no es más ancha que una pajilla), razón por la cual un tampón no puede quedar nunca perdido dentro del cuerpo de una mujer. Durante el parto, el cuello del útero se puede expandir para permitir el paso del bebé. (Hirsch, 2019)

Útero o matriz

El útero es un órgano muscular hueco con forma de pera que constituye parte del camino que siguen los espermatozoides depositados en la vagina hasta alcanzar las trompas de Falopio. Tiene unos 7-8 cm. de longitud, 5 - 7 cm. de ancho y 2 - 3 cm. de espesor ya que sus paredes son gruesas. Su tamaño es mayor después de embarazos recientes y más pequeño cuando los niveles hormonales son bajos como sucede en la menopausia. (Reiriz, 2018)

Las células secretoras de la mucosa del cuello uterino producen una secreción llamada moco cervical, mezcla de agua, glucoproteínas, lípidos, enzimas y sales inorgánicas. A lo largo de sus años reproductores, las mujeres secretan de 20-60 ml de este líquido cada día que es menos viscoso y más alcalino durante el tiempo de la ovulación, favoreciendo así el paso de los espermatozoides a los que aporta nutrientes y protege de los fagocitos y del ambiente hostil de la vagina y del útero. Parece, además, que podría tener un papel en el proceso de capacitación de los espermatozoides. Durante el resto del tiempo, es más viscoso y forma un tapón cervical que impide físicamente el paso de los espermatozoides. (Reiriz, Sistema Reproductor Femenino, 2018)

Trompas de falopio

Las trompas de Falopio son 2 conductos de 10 - 12 cm. de longitud y 1 cm. de diámetro que se unen a los cuernos del útero por cada lado. Están diseñadas para recibir los ovocitos que salen de los ovarios y en su interior se produce el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y la fecundación. (Reiriz, Sistema Reproductor Femenino, 2018)

La pared de las trompas tiene una capa interna o mucosa con un epitelio simple columnar ciliado que ayuda a transportar el ovocito hasta el útero junto a células secretoras que producen nutrientes para el mismo, una capa intermedia de músculo liso cuyas contracciones peristálticas ayudan también, junto con los cilios de la mucosa, a transportar el ovocito, y una capa externa o serosa. (Reiriz, Sistema Reproductor Femenino, 2018)

Ovarios

Los ovarios son 2 cuerpos ovalados en forma de almendra, de aproximadamente 3 cm. de longitud, 1 cm. de ancho y 1 cm. de espesor. Se localiza uno a cada lado del útero y se mantienen en posición por varios ligamentos como, por ejemplo, el ligamento ancho del útero que forma parte del peritoneo parietal y que se une a los ovarios por un pliegue llamado meso-ovario, formado por una capa doble de peritoneo. Los ovarios constituyen las gónadas femeninas y tienen el mismo origen embriológico que los testículos o gónadas masculinas. (Reiriz, Sistema Reproductor Femenino, 2018)

Comienza el primer día de sangrado menstrual. Es conocida como fase estrogénica o folicular y se caracteriza por un predominio de la producción de estrógenos. Durante este período el óvulo, que es la célula femenina de la reproducción, va creciendo y madurando lentamente dentro del ovario, preparándose para ser expulsado aproximadamente hacia el día 14. Esta expulsión del óvulo hacia la trompa, que ocurre en la mitad del ciclo, es el fenómeno conocido como ovulación. Una vez que ha culminado esta primera fase, el óvulo se podrá implantar en el endometrio, siempre y cuando se produzca la fecundación por parte

de un espermatozoide. Si ésta no tiene lugar, el óvulo muere unos dos o tres días después de haber salido del ovario abandonando el aparato genital a través de las secreciones vaginales normales, en las cuales se encuentra inmerso. (ASACO, 2016)

Después de que se cumple la ovulación, la producción de estrógenos disminuye y el ovario comienza a aumentar la producción de la progesterona. El endometrio aumenta todavía más su espesor, y el número y tamaño de los vasos sanguíneos que lo nutren se incrementa de manera notable. Hacia el día 25 del ciclo, la producción de progesterona empieza a decaer y los efectos de la hormona sobre el útero ya no son tan evidentes. Así, hacia el día 28, cuando ya prácticamente ha desaparecido la progesterona, el útero es incapaz de mantener por sí solo la nutrición de su capa interna, ya bastante gruesa y llena de vasos sanguíneos. Entonces tiene lugar la caída del flujo menstrual. De esta manera comienza un nuevo ciclo en el que se repetirán los procesos de maduración y expulsión del óvulo, así como la proliferación, crecimiento y desprendimiento o pérdida del endometrio o capa interna de la matriz. (ASACO, 2016)

Vestíbulo de la vagina

El vestíbulo de la vagina es el espacio situado entre los labios menores y en él se localizan los orificios de la uretra, de la vagina y de los conductos de salida de las glándulas vestibulares mayores (de Bartolino) que secretan moco durante la excitación sexual, el cual se añade al moco cervical y proporciona lubricación. El orificio uretral externo se localiza 2 - 3 cm. por detrás del clítoris, e inmediatamente por delante del orificio vaginal. (Reiriz, 2018)

Inicio de la vida sexual del adolescente

Es importante notar que la sexualidad se desarrolla y expresa de diferentes maneras a lo largo de la vida de forma que la sexualidad de un infante no será la misma que la de un adolescente o un adulto. Cada etapa de la vida necesita conocimientos y experiencias específicos para su óptimo desarrollo. En este sentido, para los niños es importante conocer su cuerpo, sus propias sensaciones

y aprender a cuidarlo. Un niño o una niña que puede nombrar las partes de su cuerpo (incluyendo el pene, el escroto o la vulva) y que ha aceptado que es parte de él, es más capaz de cuidarlo y defenderlo. También es importante para ellos conocer las diferencias y aprender que tanto los niños como las niñas son valiosos y pueden realizar actividades similares. (Ruiz, 2019)

Tomar una decisión quiere decir elegir entre, al menos, dos opciones posibles. Elegir es enfrentar más de una posibilidad y tomar una postura propia ante lo que enfrentamos. Una de las decisiones de mayor importancia en la vida de toda persona se refiere a la iniciación de las relaciones sexuales. Se espera que éstas sean fuente de crecimiento y bienestar y no la causa de consecuencias no felices para quienes las comparten y para otras personas. (Fondo de Poblacion de Naciones Unidas, 2010, pág. 48)

La sexualidad se manifiesta también a través del deseo erótico que genera la búsqueda de placer erótico a través de las relaciones sexuales, es decir, comportamientos sexuales tanto autoeróticos (masturbación), como heteroeróticos (dirigidos hacia otras personas, éstos a su vez pueden ser heterosexuales u homosexuales). El deseo erótico (o líbido) que es una emoción compleja, es la fuente motivacional de los comportamientos sexuales. El concepto de sexualidad, por tanto, no se refiere exclusivamente a las “relaciones sexuales”, sino que estas son tan solo una parte de aquel. (Ruiz, 2019)

Cuando un hombre y una mujer están juntos y se excitan sexualmente, experimentan varios cambios en su cuerpo. Sus músculos se tensan, la respiración y los latidos del corazón se hacen más intensos. El pene del hombre aumenta de tamaño y se endurece, levantándose y alargándose. Es lo que se llama una erección. Durante el acto sexual (coito), el hombre introduce el pene dentro de la vagina en la mujer. A continuación, uno de ellos o los dos juntos mueven sus caderas de modo que el pene recorra el interior de la vagina hacia delante y hacia atrás. La vagina produce un líquido lubricante que lo hace más fácil. Estos movimientos proporcionan al hombre y a la mujer una sensación de placer, que

puede alcanzar un punto álgido (orgasmo), durante el cual se experimentan fuertes contracciones musculares en los órganos sexuales. (Ruiz, 2019)

En nuestra cultura, se funciona (la familia, la escuela y el sistema sanitario) con el supuesto de que los adolescentes no tienen prácticas sexuales, especialmente relaciones coitales. Por eso, la familia, la escuela y los servicios sanitarios han actuado hasta hace poco tiempo, y aún hoy en numerosos casos, como si nada hubiera cambiado. Mientras tanto, las actitudes y las conductas de bastantes adolescentes han cambiado radicalmente. (F, 2016)

Al igual que muchos animales, los seres humanos utilizan la excitación sexual con fines reproductivos y para el mantenimiento de vínculos sociales, pero le agregan el goce y el placer propio y el del otro. El sexo también desarrolla facetas profundas de la afectividad y la conciencia de la personalidad. En relación a esto, muchas culturas dan un sentido religioso o espiritual al acto sexual, así como ven en ello un método para mejorar (o perder) la salud. (Ruiz, 2019)

La capacidad de tomar decisiones es fundamental para tener una actitud responsable y sana en materia de salud sexual y reproductiva. Tomar una decisión significa en principio tener o poseer varias alternativas. Al hacer uso de su libertad la persona dispondrá de todas sus opciones y escogerá aquella que le parezca conveniente. (UNFPA, 2010, pág. 64)

Cambios que motivan al adolescente el despertar sexual precoz

A lo largo de su niñez los niños y niñas reciben diferentes mensajes acerca de los comportamientos que se esperan de ellos y ellas (mensajes de los padres, de la sociedad, los y las compañeras de colegio, el sistema educativo, la iglesia, los medios de comunicación) se les dice por ejemplo que algunos comportamientos son aceptables en los varones y no en las niñas, y viceversa. Por lo tanto los profesionales de la salud deben ser sensibles a la forma en que las normas de género influyen en la toma de decisiones de los y las adolescentes/jóvenes respecto al comportamiento en la salud sexual y reproductiva y a la forma en que

esas normas influyen en el acceso a los servicios de salud. La salud debe ser vista no sólo en función de los servicios sino también en función de las actitudes y la calidad de la atención. (Universidad de Chile, 2017)

La adolescencia es una etapa de cambios, de descubrimientos, de impulsos y de errores. Etapa en la que se forman los cimientos de lo que seremos después. No todos los jóvenes crecen del mismo modo, sino que hay tantos tipos de adolescencia como adolescentes existen; pero hay factores comunes que los hacen a todos tan vulnerables como la propia etapa en la que viven. (Portalatin, 2015)

El comportamiento sexual de los adolescentes no sólo depende de la influencia de sus iguales sino de otros factores que cobran igual importancia. Por ejemplo, los cambios físicos, la erotización de la sociedad o los factores culturales y familiares. (Portalatin, 2015)

Tabla 2. *Determinantes de riesgo para el inicio de la actividad sexual temprana en la adolescencia*

Determinantes individuales:

- Sexo masculino.
- Actitud permisiva hacia la AS en la adolescencia.
- Consumo de licor.
- Consumo de tabaco.
- Consumo de drogas psicotrópicas.

Determinantes familiares:

- Falta de educación sexual por parte de la madre o la pobre comunicación en temas de sexualidad con la madre.
 - Antecedentes de algún hermano o hermana haya sido padre o madre o haya estado en embarazo en la adolescencia.
 - Permisividad de los padres hacia la AS en adolescencia.
 - Convivir con solo padre o con familias reconstituidas.
 - Un menor control y una baja supervisión por parte de los padres, sin el establecimiento de límites y reglas acerca de las actividades de noviazgo.
 - Conductas disciplinarias extremistas.
 - Relación nula o pobre entre el adolescente y sus padres.
 - Mayor escolaridad de los padres y el hecho de que el padre o la madre trabajen.
-

Determinantes socio culturales y políticos:

- Pertenecer a estratos socioeconómicos bajos.
- Comportamiento y presión por parte de compañeros, pares o amigos.
- Influencia del ambiente en contexto social.
- Pobre o nula educación en planificación familiar en colegios o servicios de salud.
- Falta de políticas públicas, inequidades en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y la consideración de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.
- Erotización de la televisión de los medios de comunicación.

Nota: Entre los determinantes socioculturales tenemos la pobre o nula educación de sexualidad. (Mendoza, Claros, & Peñaranda, 2016)

La media naranja como complemento a la persona, la pareja para toda la vida o los celos como prueba de amor. Ideales como los celos pueden dar lugar a conductas de control y posesión en algunos jóvenes. En parte, todo esto viene dado por algunas series de TV o películas que todavía siguen afianzando estos modelos. Contra todo pronóstico, apunta por su parte De la Cruz, abundan los ideales románticos en la mayoría de los jóvenes. Creen en el amor, en la pareja, en buscar momentos mágicos etc. Muchos varones en público no admiten nada parecido a esto, pero sí en la intimidad con su pareja. (Portalatin, 2015)

Embarazo en adolescentes

Muchos de los embarazos que ocurren durante la adolescencia no han sido planificados y constituyen un evento que puede generar importantes impactos en la vida de la madre, el padre, así como la de los hijos e hijas. (Fondo de Poblacion de Naciones Unidas, 2010)

Al producirse el embarazo durante la etapa de adolescencia, la niña es fértil pero se encuentra experimentando los cambios hormonales naturales de esta etapa, es decir, aún no está desarrollada, lo que puede traer graves consecuencias tanto para el niño como para la madre. Aunque el embarazo precoz estaba considerado como un problema típico de países del tercer mundo, cada vez es más habitual encontrar casos entre adolescentes de países desarrollados. La mayor parte de estos embarazos no son deseados, sino que son las consecuencias de violaciones o de la falta de conocimiento real sobre el tema; en otras ocasiones, el embarazo precoz

es el fruto del deseo de los adolescentes de experimentar relaciones sexuales sin protección. (Carbo, 2017)

Ecuador es el tercer país con la tasa más alta de embarazos adolescentes de la región. En los últimos 10 años, el incremento de partos en adolescentes de entre 10 y 14 años fue del 78%. Guayas, Pichincha, Manabí, Los Ríos y Esmeraldas son las provincias que concentran el mayor número de embarazos adolescentes en el país. (Unidad Digital de Publica FM, 2018)

Consecuencias del embarazo adolescente

En el fenómeno del embarazo en adolescentes ha habido un cambio respecto a la edad de la pareja. Hasta tal vez hace una década, los padres de los hijos de las adolescentes solían ser hombres adultos. Sin embargo, en la actualidad se observa con frecuencia que la pareja es un adolescente. Hasta ahora no se llevan registros que permitan verificar de la ocurrencia de paternidad en adolescentes, sin embargo, los docentes de los liceos refieren que lo vienen observando, sin que sea tomado en cuenta, ya que las medidas y normativas contemplan sólo a la madre adolescente. (Fondo de Poblacion de Naciones Unidas, 2010, pág. 54)

Los casos de embarazos en menores de edad, son situaciones alarmantes pues el organismo femenino no está suficientemente maduro y puede ocasionar parto con complicaciones, alumbramiento prematuro con labor prolongada o cesárea, ambos con riesgo de hemorragia severa. Sumado a ello la falta de estabilidad tanto emocional como económica a la que deben enfrentarse, y que en ocasiones la familia de la mujer embarazada tampoco puede proveer. (Garcia, 2014)

Entre los efectos adversos de mayor impacto según el (Fondo de Poblacion de Naciones Unidas, 2010) tenemos los siguientes:

- Deserción escolar
- Formación académica y/o laboral incompleta
- Acceso a trabajos con baja remuneración
- Riesgo de explotación en el trabajo

- Dependencia económica
- Matrimonios prematuros
- Sentimientos de minusvalía y baja autoestima
- Mayor probabilidad de presentar abortos
- Niños/niñas con bajo peso y talla al nacer
- Niños/niñas maltratados/as, abandonados/as, con carencias físicas y emocionales.

Aunque existe el estereotipo de que el hombre que embaraza a su pareja comúnmente huye de la responsabilidad, las cosas no siempre suceden de esta manera. Muchos jóvenes desean asumirla, sin embargo, en algunas ocasiones encuentran obstáculos para ello en el contexto familiar. A la luz de la formación de una personalidad bien estructurada, los valores y las responsabilidades deben constituir elementos imprescindibles, por lo que debe reforzarse una actitud responsable del varón frente a la paternidad en la adolescencia, amén de las necesidades de su presencia para la pareja y para el hijo. (UNFPA, 2010, pág. 55)

Medidas de prevención

Dos intervenciones han sido eficaces en la reducción de embarazos entre adolescentes, la abstinencia sexual y el mejor uso de anticonceptivos, con los cuales se reduce un 38% del riesgo global de embarazos, mientras un 86% de esta caída se atribuye al uso de anticonceptivos. Entre los adolescentes de 15-17 años, 77% de la reducción del riesgo de embarazos, es atribuida al uso de anticonceptivos y 23% a la abstinencia sexual. (Mendoza, Claros, & Peñaranda, 2016)

El control de la natalidad comprende métodos de prevenir el embarazo de la mujer. Uno de ellos es el preservativo o condón, que cubre el pene y recoge el semen cuando el hombre eyacula. La mujer puede ponerse un disco de caucho llamado diafragma – en el interior de la vagina, o bien puede tomar píldoras que impiden que los ovarios produzcan óvulos. Estos y otros anticonceptivos permiten que las parejas decidan el momento de tener los hijos y el tamaño de su familia. (Ruiz, 2019)

Para iniciar la anticoncepción del adolescente se debe preparar el escenario y tener en cuenta varios aspectos: el consentimiento y protección de la confidencialidad, asesoramiento, participación del adolescente, elección de los métodos para prevención de ITS y embarazos. Los médicos deben recordar a los adolescentes que, con todos los métodos anticonceptivos hormonales (incluyendo la inyección de progestina) que buscan prevenir embarazos, se deben utilizar condones para protegerse de las infecciones de transmisión sexual. (Mendoza, Claros, & Peñaranda, 2016)

Métodos anticonceptivos

Promover el uso de los métodos anticonceptivos (MAC) durante la adolescencia es controversial, pero las evidencias son contundentes en favor de la divulgación y promoción de su uso por este sector poblacional. No existe un MAC ideal para la adolescencia, como tampoco hay razones médicas para negar el uso de ninguno de los métodos considerando únicamente la edad. (Pelaez, 2016)

No existe un método anticonceptivo ideal que vaya bien a todas las mujeres y hombres, a cualquier edad y en todas las situaciones. Cada hombre y mujer han de decidir en las distintas etapas de su vida fértil cual es el método anticonceptivo más adecuado a su situación, estado de salud, condiciones personales y frecuencia de relaciones sexuales con penetración. Para tomar una decisión informada es conveniente buscar el consejo de un profesional sanitario. (Castilla la Mancha, 2018)

El mejor método será aquel que la adolescente y de preferencia ambos miembros de la pareja escojan, después de haber recibido una completa y detallada información y sean sometidos a un exhaustivo interrogatorio y un examen físico general y de la esfera reproductiva, tomando en consideración los aspectos no médicos, pues estos no sólo van a cumplir una función de prevención del embarazo, sino también la de prevenir el contagio de una infección de transmisión sexual (ITS). (Pelaez, 2016)

Tipos de métodos anticonceptivos

Es importante poner a disposición del adolescente la gama más amplia posible de métodos, incluida la anticoncepción de emergencia (AE), analizando cada uno de ellos en relación a variables biológicas, psicoafectivas, socioeconómicas y los valores del entorno en que viven. La indicación de un método debe considerar sus factores dependientes. (Pelaez, 2016)

No todos los métodos anticonceptivos son adecuados para todas las situaciones; el método anticonceptivo más apropiado depende de la salud general de la mujer, su edad, la frecuencia de la actividad sexual, la cantidad de parejas sexuales, el deseo de tener hijos en el futuro y los antecedentes familiares de determinadas enfermedades. Cada persona debería consultar a su médico para determinar qué método del control de la natalidad es mejor para ella. Algunos tipos conllevan riesgos graves, si bien esos riesgos aumentan con el embarazo y podrían ser más altos que los riesgos asociados con los diversos métodos. (NIH, 2014)

Implante anticonceptivo

Es un implante plástico, delgado y flexible (más o menos del tamaño de un cerillo o palillo) que contiene una hormona y se coloca debajo de la piel en el brazo superior. El implante no proporciona protección contra las ETS, así que usar condones sigue siendo importante. (American Academy of Pediatrics, 2016)

Una vez colocado, su efecto persiste cerca de 3 años. Es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces. Si deseas quedar embarazada, el médico lo puede retirar en pocos minutos. Está indicado en mujeres que no pueden o no desean utilizar estrógenos como método anticonceptivo. Puede usarse durante la lactancia. (Castilla la Mancha, 2018)

Algunos medicamentos y productos a base de hierbas pueden disminuir los niveles de progestina en la sangre, y esto puede disminuir la eficacia del implante anticonceptivo. Los medicamentos que se conoce que interactúan con el implante anticonceptivo incluyen algunos medicamentos contra las convulsiones, algunos

sedantes y medicamentos para el tratamiento del VIH, y la Hierba de San Juan. Habla con el médico sobre otras opciones de control de la natalidad si consumes alguno de estos medicamentos. (Mayo Clinic, 2018)

Dispositivo intrauterino (DIU)

Un dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo. Previene el embarazo, al dañar o matar a los espermatozoides de un hombre, o al impedir su ingreso al útero de una mujer. Un DIU es un dispositivo pequeño, en forma de T con un hilo unido al extremo. El objetivo del hilo es asegurarse de que el DIU se mantenga en su lugar. También es la forma en que el médico retira el dispositivo. (American Academy of Family Physicians, 2017)

Un médico inserta en el útero el pequeño y flexible dispositivo en forma de T para el control de la natalidad. El implante (DIU) no proporciona protección contra las ETS, así que usar condones sigue siendo importante. Existen dos tipos; DIU T de cobre, no contiene hormonas y no necesita ser reemplazado por 10 años. Levonorgestrel DIU, contiene una hormona; no necesita ser substituido por 3 a 5 años. (American Academy of Pediatrics, 2016)

Se extrae cuando se desee. Puede permanecer colocado de 2 a 5 años, según el modelo, sin perder su efecto anticonceptivo. El DIU que incorpora hormonas regula el ciclo menstrual. Es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces. No previene las enfermedades de transmisión sexual ni el SIDA. El DIU de cobre puede ocasionar menstruación abundante. No debe utilizarse en caso de malformaciones uterinas, fibromas o enfermedad inflamatoria pélvica. (Castilla la Mancha, 2018)

Capuchones cervicales

Son similares a los diafragmas, pero más pequeños y rígidos, y menos perceptibles. El capuchón cervical es una copa de silicona fina que se inserta en la vagina antes de tener relaciones sexuales para impedir que el espermatozoide entre al útero. Al igual que el diafragma, el capuchón cervical debe usarse con crema o gel espermicida. El capuchón debe permanecer en el lugar durante 6 a 8 horas

después de las relaciones sexuales para evitar el embarazo, pero debe retirarse dentro de las 48 horas de su inserción. Los capuchones cervicales vienen en diferentes tamaños, por lo que un profesional de la salud debe determinar el tamaño correcto. Con los cuidados adecuados, el capuchón cervical pueden usarse durante hasta 2 años antes de reemplazarse. Actualmente, el FemCap es el único capuchón cervical aprobado por la FDA. (NIH, 2014)

Se estima que 16 de cada 100 mujeres que nunca han estado embarazadas o han dado a luz por parto normal se embarazarán durante el primer año del uso habitual del capuchón cervical. Se estima que 32 de cada 100 mujeres que han dado a luz por parto normal se embarazarán durante el primer año del uso habitual. La diferencia se debe al estiramiento de la vagina y cuello del útero durante el parto normal, lo que significa que el capuchón cervical no encaje cómo debería. (Mayo Clinic, 2018)

Diafragmas

Cada diafragma es una especie de copa flexible y poco profunda hecha de látex o una goma suave que se inserta en la vagina antes de tener relaciones sexuales e impide que el esperma ingrese al útero. Debe usarse crema o gel espermicida junto con el diafragma. El diafragma debe permanecer en el lugar durante 6 a 8 horas después de las relaciones sexuales para evitar el embarazo, pero debe retirarse dentro de las 24 horas de su inserción. Para funcionar adecuadamente, los diafragmas de látex tradicionales deben tener el tamaño correcto; un profesional de la salud puede determinar el tamaño adecuado. (NIH, 2014)

El diafragma debe reemplazarse luego de 1 o 2 años. También se debe volver a medir a la mujer luego de un parto, de una cirugía pélvica o de subir o bajar más de 15 libras para que el tamaño del diafragma sea correcto. Los diafragmas más nuevos, como los Silcs, fueron diseñados para adaptarse a la mayoría de las mujeres, por lo que no es necesario que un médico las mida. Actualmente, los diafragmas Silcs se encuentran en fase de ensayo clínico, a la espera de la

aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) y otras agencias reguladoras. (NIH, 2014)

Progestina inyectable

Una inyección que contiene una hormona que evita que los ovarios liberen un óvulo. Dura por 3 meses. La inyección no proporciona protección contra las ETS, así que usar condones sigue siendo importante. (American Academy of Pediatrics, 2016)

Ventajas. Protección duradera; sólo requiere visitas al médico cada 3 meses. La inyección" también protege contra el cáncer endometrial y la anemia por deficiencia de hierro. Pueden tener menos cólicos y periodos menos abundantes (muchas adolescentes dejan de tener períodos después de varias dosis). (American Academy of Pediatrics, 2016)

Parche anticonceptivo

El parche anticonceptivo funciona de manera similar a las píldoras anticonceptivas combinadas. El parche anticonceptivo impide el embarazo mediante la liberación de hormonas en el torrente sanguíneo que evitan que los ovarios liberen un óvulo (ovulación). Además, el parche anticonceptivo espesa el moco cervical y así evita que los espermatozoides lleguen al óvulo. (Mayo Clinic, 2019)

El parche contiene hormonas que se absorben a través de la piel y evitan que los ovarios liberen un óvulo. Necesita ser substituido una vez a la semana durante tres semanas; luego se saca por una semana (durante esa semana el usuario tiene su período). El parche no proporciona protección contra las ETS, así es importante seguir usando condones. (American Academy of Pediatrics, 2016)

No se despegas en la ducha, la piscina ni por el sudor. Tiene menos efectos secundarios que la píldora, ya que evita el paso hepático al absorberse por la piel.

Aunque se tengan vómitos y diarreas sigue siendo eficaz. Es posible comprobar con facilidad que el parche está correctamente colocado. (Castilla la Mancha, 2018)

La investigación muestra que el parche anticonceptivo podría aumentar los niveles de estrógeno en el cuerpo en comparación con las píldoras anticonceptivas combinadas que se toman por vía oral. Es posible que tengas un riesgo ligeramente mayor de sufrir efectos adversos relacionados con el estrógeno, como coágulos sanguíneos, mientras usas el parche que si tomas píldoras anticonceptivas combinadas. (Mayo Clinic, 2019)

Esponjas anticonceptivas

La esponja anticonceptiva es un tipo de método anticonceptivo que impide que los espermatozoides ingresen en el útero. Es suave, tiene forma de disco y está hecha de espuma de poliuretano. La esponja anticonceptiva contiene espermicida, que bloquea o destruye los espermatozoides. (Mayo Clinic, 2019)

Estas son esponja de espuma blanda, impregnada de espermicida y desechables. Se inserta una en la vagina antes de tener relaciones sexuales.⁵ La esponja impide que el esperma ingrese al útero y el espermicida también mata los espermatozoides. La esponja debe permanecer en el lugar durante un mínimo de 6 horas luego de las relaciones sexuales y retirarse dentro de las 30 horas posteriores a las mismas. (NIH, 2014)

Se estima que 12 de cada 100 mujeres que jamás dieron a luz quedarán embarazadas durante el primer año de uso habitual de la esponja anticonceptiva. Se estima que 24 de cada 100 mujeres que dieron a luz quedarán embarazadas durante el primer año de uso habitual de esponja anticonceptiva. (Mayo Clinic, 2019)

Píldora anticonceptiva

Las píldoras anticonceptivas son píldoras que se toman todos los días y contienen hormonas que modifican la manera en la que funciona el organismo y previenen los embarazos. Las hormonas son sustancias químicas que controlan el

funcionamiento de los órganos del cuerpo. En este caso, las hormonas de las píldoras anticonceptivas controlan los ovarios y el útero. (Gupta, 2017)

En muchas mujeres mejora los trastornos del ciclo menstrual y la regla se vuelve más corta e indolora. No deben utilizar este método las mujeres con hipertensión arterial, afecciones cardíacas severas, diabetes o enfermedades hepáticas. No es recomendable su uso en mujeres fumadoras, especialmente si son mayores de 35 años. No previene las enfermedades de transmisión sexual ni el SIDA. (Castilla la Mancha, 2018)

Condomes masculinos

Un condón es una cubierta delgada usada en el pene durante el coito. El condón masculino es una cubierta delgada que encaja sobre el pene erecto de un hombre. Los condones son el único método no permanente de control de natalidad para los hombres. Se pueden comprar en la mayoría de las farmacias, en máquinas dispensadoras ubicadas en algunos baños, ordenarlos por correo. Los condones no son muy costosos. (MedlinePlus, 2017)

Es una funda fina que cubre el pene para recolectar el esperma y evitar que ingrese al cuerpo de la mujer. En general, los condones masculinos están hechos de látex o poliuretano, pero una alternativa natural son los condones de piel de cordero (hechos con la membrana intestinal de corderos). Los condones de látex o poliuretano reducen el riesgo de diseminar enfermedades de transmisión sexual. Los condones masculinos se desechan luego de un único uso. (NIH, 2014)

Además de evitar el embarazo, el preservativo es el mejor método para prevenir enfermedades de transmisión sexual (herpes genital, SIDA, etc.). No tiene ningún efecto secundario ni contraindicaciones. Son de un solo uso. Pueden ser utilizados sin prescripción médica y se compran sin receta. (Castilla la Mancha, 2018)

Si los espermatozoides contenidos en el semen de un hombre llegan a la vagina de una mujer, el embarazo puede ocurrir. Los condones funcionan evitando que los

espermatozoides entren en contacto con el interior de la vagina. Si el condón se emplea correctamente cada vez que se tiene una relación sexual, el riesgo de embarazo es más o menos de 3 por cada 100 veces. (MedlinePlus, 2017)

Condomes femeninos son una especie de bolsa de plástico fino y flexible. Una parte del condón se inserta en la vagina de la mujer antes de tener relaciones sexuales para evitar que el esperma ingrese al útero. El condón femenino también reduce el riesgo de ETS. Los condones femeninos se desechan luego de un único uso. (NIH, 2014)

Ligadura de trompas

Es un procedimiento quirúrgico en el que el médico corta, ata o sella las trompas de Falopio. Este procedimiento obstruye el camino entre los ovarios y el útero. El esperma no puede llegar al óvulo para fecundarlo, y el óvulo no puede llegar al útero. (NIH, 2014)

La ligadura de trompas se puede recomendar para mujeres adultas que sepan con seguridad que no desean quedar en embarazo en el futuro. Entre los beneficios del método se incluye el hecho de ser una forma segura de protegerse contra un embarazo y la disminución del riesgo de cáncer de ovario. Es posible que las mujeres que se encuentran entre los 40 y 50 años o que tienen antecedentes familiares de cáncer de ovario quieran realizarse una extirpación completa de las trompas con el fin de disminuir su riesgo de desarrollar posteriormente cáncer de ovario. (MEDLINEPLUS, 2019)

La ligadura de trompas se considera una forma de planificación familiar permanente y no se recomienda como método a corto plazo o reversible. Sin embargo, algunas veces, una cirugía mayor puede restablecer la capacidad para tener un bebé. Esto se denomina recanalización. Más de la mitad de las mujeres que se someten a una recanalización de trompas puede volver a quedar en embarazo. Una alternativa a la cirugía de recanalización es hacerse una fecundación in vitro (FIV). (MEDLINEPLUS, 2019)

Vasectomía

Es un procedimiento quirúrgico que corta, cierra u obstruye los conductos deferentes. Este procedimiento obstruye el pasaje entre los testículos y la uretra. El esperma no puede abandonar los testículos y, por lo tanto, no puede llegar al óvulo. Pueden pasar hasta 3 meses hasta que el procedimiento sea completamente efectivo. En tanto las pruebas no confirmen que no hay esperma en el semen, debe usarse un método anticonceptivo de respaldo. (NIH, 2014)

La vasectomía funciona al cortar los tubos que llevan el esperma desde los testículos. La cirugía no toma más de 30 minutos. La mayoría de los hombres regresan a su hogar el mismo día. En gran parte de los casos, la recuperación lleva menos de una semana. Tener una vasectomía no afecta su vida sexual. Toma cerca de tres meses para que tenga efecto. Su doctor va a realizar pruebas a su semen para asegurarse que no haya esperma en él. (MEDLINEPLUS, 2019)

Derechos sexuales de los adolescentes

Los niños, niñas y adolescentes, constituyen un sector importante de la población ecuatoriana. La Constitución vigente, aprobada mediante referéndum del 28 de septiembre del 2008, consagra los derechos para este grupo dentro del capítulo tercero que nos habla de las personas y grupos de atención prioritaria. Es así que en el art. 44 de la Constitución se establece como obligación del estado brindar protección, apoyo y promover el desarrollo integral, de Niños Niñas y Adolescentes, 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. (Jacome, 2009)

Brindar protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole o negligencia que provoque tales situaciones. Atención en el embarazo y parto, en condiciones adecuadas, tanto para el niño o niña como para la madre, especialmente en caso de madres adolescentes. 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. (Asamblea Constituyente, 2008)

La Organización Mundial de la Salud OMS (2006) indica lo importante de la educación sexual en los adolescentes a través de la enseñanza de los derechos sexuales.

El derecho a la libertad sexual.

El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.

El derecho a la privacidad sexual.

El derecho a la equidad sexual.

El derecho al placer sexual.

El derecho a la expresión sexual emocional.

El derecho a la libre asociación sexual.

El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.

El derecho a información basada en el conocimiento científico.

El derecho a la educación sexual integral.

El derecho a atención de la salud sexual.

Asesoramiento, comunicación y educación en sexualidad y reproducción en adolescentes.

Al hacer educación sexual la información es importante pero no suficiente. Los jóvenes de hoy llegan a la adolescencia educados en un discurso que gira en torno a la capacidad para reproducirse “hija, a partir de ahora, ten cuidado con los chicos porque te puedes quedar embarazada”, “hijo, en este cajón siempre habrá preservativos, úsalos”, la sexualidad queda, de esta manera, reducida al coito. La erótica se convierte en sinónimo de genital, reproductivo y heterosexual. (Romero, El objetivo de la educación sexual, 2013)

Es importante colaborar con las familias. A veces, la familia no es consciente de que se educa con lo que se habla y con lo que se calla. Es importante tratar de que no haya secretismo, que nuestros objetivos lleguen a las familias para no despertar fantasmas “¿qué les contarán, que no quieren que nos enteremos?”, para ello es útil mostrarnos disponibles para contar a las familias cual es nuestro trabajo y que ellos lo continúen en casa, que no intenten mantenerse al margen y nos hagan responsables de esta labor sólo a nosotros. (Romero, El objetivo de la educación sexual, 2013)

Roles del profesional de enfermería

La práctica de enfermería se está tornando más diversa y las fronteras de la experiencia intra e interprofesional son difusas con relación al significado de las titulaciones, al objetivo de la práctica, a los grados de autonomía, a las expectativas y también en relación con la educación y formación adecuada para tales roles. (Mendes & Lopes, 2009)

Existe poca comprensión o explicación sobre la naturaleza o sobre las diferencias entre la variedad de roles descritos. La aplicación de teorías es útil para informar sobre la práctica en circunstancias donde la oferta de cuidados está cambiando y se promueven estrategias multidisciplinarias. (Mendes & Lopes, 2009)

Teoría de Nola Pender

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. (Aristizabal, Blanco, Sanchez, & Ostiguin, 2011)

Define la salud como un estado dinámico positivo en lugar de simplemente la ausencia de enfermedad. La promoción de la salud está dirigida a aumentar el nivel de bienestar del paciente, describiendo la naturaleza multidimensional de las

personas mientras interactúan dentro de su entorno para buscar el bienestar. (Arrechedora, 2014)

Establece tres áreas:

Características y experiencias individuales

La teoría señala que cada persona tiene características y experiencias personales únicas que afectan sus acciones posteriores. El conjunto de variables para el conocimiento y el afecto específicos del comportamiento tiene un importante significado motivacional. Las variables pueden modificarse a través de acciones de enfermería. (Arrechedora, 2014)

Cogniciones y efectos específicos del comportamiento

Los factores personales se clasifican en biológicos, psicológicos y socioculturales. Estos factores son predictivos de un comportamiento determinado y están guiados por la naturaleza del comportamiento objetivo que se está considerando. Las influencias situacionales son percepciones personales y cognitivas que pueden facilitar o impedir el comportamiento. Incluyen las percepciones de las opciones disponibles, así como las características de la demanda y las características estéticas del entorno en el que se propone la promoción de la salud. (Arrechedora, 2014)

Resultados conductuales

Dentro del resultado conductual existe un compromiso con un plan de acción. Es el concepto de intención e identificación de una estrategia planificada que conduce a la implementación del comportamiento de salud. Las demandas en competencia son aquellas conductas alternativas sobre las cuales las personas tienen bajo control. Sucede porque existen contingencias cotidianas, tales como responsabilidades laborales o de cuidado familiar. (Arrechedora, 2014)

2.1.1 Marco conceptual

Sexualidad

Se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. (Xduca, 2017)

La sexualidad es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (OMS & HRP, 2018)

Además de que todos nosotros ser seres humanos, ¡también somos seres sexuales! La sexualidad es una parte normal, saludable y natural de quienes somos a través de cada etapa de la vida. Nuestra sexualidad no sólo incluye el comportamiento sexual pero también el género, los cuerpos y cómo funcionan, y nuestros valores, actitudes, crecimientos y sentimientos de la vida, el amor y la gente en nuestras vidas. Los jóvenes aprenden sobre su sexualidad desde el día que nacen. (Planned Parenthood League of Massachusetts, 2019)

Se define sexualidad como la conjugación de elementos biológicos, psicológicos y socio culturales relacionados con el sexo. La sexualidad es propia del ser humano y se manifiesta a lo largo de toda su vida. Su aprendizaje se inicia desde el nacimiento, en la relación con los padres y a través de la socialización, educación, la familia, escuela y la cultura. (Fondo de Poblacion de Naciones Unidas, 2010)

La “sexualidad” por lo tanto puede entenderse como una dimensión central del ser humano que incluye: el conocimiento de cuerpo humano y nuestra relación con este; lazos afectivos y amor; sexo; género; identidad de género; orientación sexual; intimidad sexual; placer y reproducción. La sexualidad es compleja e incluye dimensiones biológicas, sociales, psicológicas, espirituales, religiosas, políticas, legales, históricas, éticas y culturales que evolucionan a lo largo de una vida. (ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONUMUJERES, & OMS, 2018, pág. 33)

Salud Sexual

Es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen. (Xduca, 2017)

Sexo

El sexo son las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Estos conjuntos de características biológicas tienden a diferenciar a los humanos como hombres o mujeres, pero no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos. En el uso general de muchos idiomas, el término «sexo» se utiliza a menudo en el sentido de actividad sexual, aunque para usos técnicos en el contexto de la sexualidad y los debates sobre salud sexual se prefiere la definición anterior. (OMS & HRP, 2018)

Comportamiento sexual por lo general, implica tocarse a sí mismo o a otra persona en maneras que estimulen los sentimientos sexuales y el placer. Comportamiento sexual incluye muchas formas de tocar que pueden incluir desde agarrar de las manos o masaje hasta la masturbación o el coito (vaginal/oral/anal). (Planned Parenthood League of Massachusetts, 2019)

Genero

La serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: masculina y femenina, así como las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias. (Xduca, 2017)

El género se refiere a los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias. El género es también producto de las relaciones entre las personas y puede reflejar la distribución de poder entre ellas. No es un concepto estático, sino que cambia con el tiempo y del lugar. Cuando las personas o los grupos no se ajustan a las normas (incluidos los conceptos de masculinidad o feminidad), los roles, las responsabilidades o las relaciones relacionadas con el género, suelen ser objeto de estigmatización, exclusión social y discriminación, todo lo cual puede afectar negativamente a la salud. El género interactúa con el sexo biológico, pero es un concepto distinto. (OMS, 2018)

El género es el conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales, que se construyen en cada cultura y momento histórico con base en la diferencia sexual. Y sus rasgos se han ido moldeando a lo largo de la historia de las relaciones sociales. El enfoque o perspectiva de género considera las diferentes oportunidades que tienen hombres y mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos roles que socialmente se les asignan. Las relaciones de género determinan diversas formas de acceder a los servicios de salud, y en especial de salud sexual y reproductiva. (Universidad de Chile, 2017)

Adolescente

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de

cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. (Organización Mundial de la Salud, 2019)

Reproducción

El cuerpo humano posee células encargadas de la reproducción. El óvulo es la célula reproductora de la mujer y se forma en los ovarios. Los espermatozoides son las células reproductoras del hombre y se forman en los testículos. En la mayoría de los varones los espermatozoides se producen de forma continuada, de modo que en cada eyaculación se liberan millones de ellos. El espermatozoide puede mantenerse vivo en el interior de la mujer hasta 5 días, siendo capaz de fecundar al óvulo durante estos días y originar un embarazo. En la mayoría de las mujeres uno de los ovarios libera un óvulo una vez al mes, hacia la mitad del ciclo menstrual (ovulación). El óvulo tiene 3 o 4 días de vida, durante los que desciende por las trompas de Falopio hasta el útero. Si en su camino es fecundado por un espermatozoide, puede producirse el embarazo. (Castilla la Mancha, 2018)

Erotismo

Los procesos humanos entorno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias. (Xduca, 2017)

Orientación Sexual

Es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos. (Xduca, 2017)

Embarazo

El embarazo es la etapa que marca la vida de una mujer, representa una experiencia vital y en cierta medida su realización plena como tal, se trata de una manifestación de cambios que toda mujer debe comprender y asimilar desde el momento en que su test de embarazo le indica positivamente su condición; es allí donde comienza un camino de expectativas, dudas y un sinfín de emociones, por las que deberá atravesar, siendo los cambios fisiológicos y psicológicos los que despertarán mayor inquietud. Para sobrellevarlos con la mayor fortaleza, lo mejor es conocerlos, para esperarlos con la seguridad del que sabe bien a qué atenerse. (Alcolea & Mohamed, 2017)

El embarazo – los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer – es para la mayoría de las mujeres un período de gran felicidad. Sin embargo, durante el embarazo, tanto la mujer como su futuro hijo se enfrentan a diversos riesgos sanitarios. Por este motivo, es importante que el seguimiento del embarazo sea realizado por personal sanitario cualificado. (OMS, 2019)

Derechos sexuales

La satisfacción de la salud sexual está ligada a la medida en que se respetan, protegen y cumplen los derechos humanos. Los derechos sexuales abarcan ciertos derechos humanos reconocidos en los documentos internacionales y regionales pertinentes, en otros documentos de consenso y en las legislaciones nacionales. (OMS & HRP, 2018)

2.1.2 Antecedentes investigativos

Para Mendoza, Carlos, & Peñaranda, (2016), en su artículo científico llamado Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte de la Revista Chilena de obstetricia y ginecología, “En América Latina y El Caribe (ALC), aproximadamente 50% de los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos y 53-71% de mujeres tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años”.

Lo que es realmente alarmante si ponemos en contexto todos los riesgos que esto implica.

Entre los determinantes familiares, se describen la escolaridad de la madre de la adolescente inferior a 11 años de estudio, no educación sexual al adolescente por parte de la madre y no suministro de métodos de anticoncepción por parte de la madre del adolescente. La educación sexual adecuada impartida en hogares, colegios y servicios de salud, aunada a programas de "opciones de proyectos de vida", resolución de problemas y habilidades para la toma de decisiones, comunicación asertiva con los padres y equipos de salud en temas de sexualidad, han descritos como factores que reducen las tasas de embarazo en adolescentes. (Mendoza, Claros, & Peñaranda, 2016)

También indican que “las adolescentes se encuentran más desfavorecidas en el mantenimiento de un embarazo saludable, debido a un nivel de educación para la salud más pobre, falta de acceso a la atención prenatal, del parto, especializada u otro servicio de salud” (Mendoza, Claros, & Peñaranda, 2016). Entonces atribuyen que también una de las causas por las que las jóvenes tienen embarazos no planificados es precisamente por la falta de conocimientos de salud.

Concluyen diciendo que los determinantes asociados a esta problemática son “las inequidades, barreras de acceso a los servicios SSR y políticas en salud. Las consecuencias de estos dos fenómenos son graves para la salud pública, afectando las dimensiones familiar, social, de salud y económica” (Mendoza, Claros, & Peñaranda, 2016).

Según Mora & Hernandez, (2015) en la revista Perinatología y Reproduccion Humana, “se ha reportado que el embarazo en la adolescente está asociado con otras conductas antisociales, como el uso excesivo de drogas y alcohol, así como actos delictivos, lo que refleja su bajo nivel de aceptación de las normas conductuales de la sociedad”. También observamos que la ignorancia también está ligada a este tipo de eventos.

Los adolescentes en México representan el 25% de la población total y entre sus principales problemas de salud destacan los accidentes, la farmacodependencia, el embarazo no deseado y los suicidios. El incremento demográfico, los cambios en el estilo de vida y los desequilibrios socioeconómicos han facilitado la presencia de algunas entidades, como problemas de crecimiento y desarrollo, trastornos de conducta, afecciones emocionales, problemas de aprendizaje, embarazo adolescente y crianza de hijos a temprana edad. (Mora & hernandez, 2015)

Según (Peña, y otros, 2018) en su investigación Patrones de comunicación dominantes en el conocimiento y empleo de los métodos anticonceptivos en adolescentes “La población del estudio está formada por 497 adolescentes de ambos géneros registrados en secundaria turno vespertino. El muestreo es aleatorio simple”. En los que se evaluó los patrones de comunicación y el conocimiento al usar métodos anticonceptivos.

Se utiliza un cuestionario dividido en cuatro momentos. Primero una cédula de datos personales (edad, género, religión, grado escolar ingreso económico y ocupación) con opciones de respuesta tipo categórica, el segundo momento aborda los conocimientos con respuestas dicotómicas, a mayor puntaje mayor es el conocimiento y se tipifica como excelentes de 19 a 24 puntos, buena de 13 a 18 puntos, regular de 7 a 12 puntos y deficiente de 0 a 6 puntos. Lo que deduce al final del conteo la percepción acerca de los métodos anticonceptivos. (Peña, y otros, 2018)

En relación a los conocimientos de métodos anticonceptivos el 40% refiere que el pene grande tiene mayor potencia sexual en el hombre, que la joven puede quedar fecundada durante su período menstrual (46%), que no pueden quedar embarazadas haciendo el amor en algunas posturas (57.2%). Del 100% de los encuestados el 26% piensa que el alcohol y otras sustancias tóxicas excitan y perfeccionan las relaciones sexuales, que solo las personas inmaduras realizan la masturbación (33.5%), 23.7% piensa que la mujer no quedará embarazada si se lava inmediatamente la vagina después de hacer el amor. 65.1% manifiesta que la homosexualidad no es un trastorno sexual o enfermedad, 28.8% piensa que sí y el

6% simplemente no contesta. El 53.5% considera no seguro el uso de condón antes de eyacular, 41.9% lo considera seguro, 68.4% contestó que es necesario que la mujer asista al médico para colocación del DIU, y 27% opina lo contrario. En el uso del diafragma 58.6% no lo considera quita pon y 34.4% piensa que es necesario utilizar cremas espermaticidas. El 30.7% opina que la mujer no quedará embarazada si orina inmediatamente después del sexo, 38.1% manifiesta que los anticonceptivos no sirven para evitar embarazos ni infecciones sexuales, el 60.9% piensa lo contrario. (Peña, y otros, 2018)

2.2 Hipótesis

2.2.1 Hipótesis general

El bajo Nivel del conocimiento sobre la educación sexual y reproductiva se relacionan con el embarazo en adolescentes. Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar, Pimocha, Babahoyo, Los Ríos, Mayo – Septiembre 2019.

2.3 Variables

2.3.1 Variables Independientes

Nivel de conocimiento sobre la educación sexual y reproductiva

2.3.2 Variables Dependientes

Embarazo en adolescentes.

2.3.3 Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Dimensión o categoría	Indicador	Índice
Nivel de conocimiento o de educación	Resultados de la medición de los conocimientos de una persona sobre salud	Sexualidad	Cambios físicos	La piel se vuelve más grasa
				Posible acné (debido a las hormonas)
				Menstruación

sexual y reproductiva	sexual y reproductiva.			Los brazos engordan
				Se inicia la capacidad reproductora
				Los muslos y las nalgas engordan
				las caderas se ensanchan
				Se destacan los pezones
				Los genitales se engrosan y oscurecen
				La piel se vuelve más grasa
		Derechos	SI	
			NO	
		Reproducción	Inicio de vida sexual	SI
				NO
			Grado de dificultad para conseguir Anticonceptivos	Muy difícil
				Difícil
				Neutral
Fácil				
Muy fácil				
		Origen de la información	Fuente	Padres Amigos Otros
			Edad de inicio de relaciones sexuales	-10 años -11 años -12 años -13 años -14 años -15 años

Adolescentes embarazadas	Mujeres adolescentes en cualquiera de los estados de gestación.	Edad		-16 años
			Adolescentes de 10 a 16 años	-10 años -11 años -12 años -13 años -14 años -15 años -16 años
		Diferencia de edad con la pareja	Pareja	-Menos de edad -Mayor de edad
		Prácticas contraceptivas	Método empleado	-Implante - (DIU) -Progestina IM -Parche anti. -Píldora anti. -Condomes masculinos
			Numero de métodos usados	-1 a 2 -3 a 4 -Más de 4
			Método fallido	-Implante - (DIU) -Progestina IM -Parche anti. -Píldora anti. -Condomes masculinos
			Asistencias médicas en últimos 6 meses	-1 vez -2 veces -3 veces -Ninguna

CAPITULO III.

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Método de investigación

Los métodos que se utilizó en el presente estudio de investigación son el analítico y descriptivo porque se adaptan a las necesidades del proyecto.

Empleamos el método analítico porque permitió desglosar las secciones que conforman la totalidad del caso a estudiar, estableciendo las relaciones de causa y efecto en el ambiente o naturaleza en la que se produce la problemática a estudiar.

También se aplicó el método descriptivo porque da lugar a descubrir las características del fenómeno a estudiar y como esta cambia con el pasar del tiempo alterando las variables, describiendo las tendencias de los efectos de las respectivas alteraciones.

3.2 Modalidad de investigación

El actual proyecto tiene como modalidad de investigación según el carácter de la naturaleza de los datos un estilo cuantitativo y cualitativo. Establecerán datos que pueden ser medidos de forma numérica, así como también medir las características del fenómeno problemático.

3.3 Tipo de Investigación

Según el propósito, es una investigación aplicada, porque ayuda a resolver problemas prácticos, mediante los conocimientos que se lleguen a obtener durante la investigación.

Según el lugar, es un estudio de campo, por obtener información verídica en el lugar del hecho problemático como lo es la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar.

Según el nivel de estudio, es descriptiva, porque va a describir aspectos característicos del tema de estudio, hasta llegar a la propuesta y determinar los resultados que se van a obtener.

Según la dimensión temporal, es transversal, porque se va a desarrollar en un momento determinado y Prospectiva porque se la ejecutara desde mayo – septiembre 2019.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la Información

3.4.1 Técnicas

La técnica que se aplicara en el presente proyecto de investigación es la siguiente: la encuesta.

Esta técnica porque con ella se podrá recolectar datos de una fuente primaria, a través de un instrumento diseñado exclusivamente para este propósito que es el cuestionario.

3.4.2 Instrumento

Instrumentos que se utilizaran para la recolección de los datos son: El cuestionario de preguntas sobre salud sexual y reproductiva.

El cuestionario de preguntas sobre salud sexual y reproductiva es un instrumento que se desarrollara con el fin de obtener la mayor cantidad de datos confiables sobre el nivel de conocimientos de salud sexual y reproductiva de los sujetos a estudiar.

3.5 Población y Muestra de Investigación

3.5.1 Población

La población objeto de estudio es de 80 adolescentes de sexo femenino, las cuales en el actual periodo lectivo están embarazadas tres de ellas de la sección

matutina de octavo a décimo año, que estudian en la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar, Recinto Pimocha, de la ciudad de Babahoyo.

3.5.2 Muestra

La muestra en este caso que se procedió a determinar es de tipo no probabilístico por conveniencia, por ser considerada una pequeña población de 80 adolescentes de sexo femenino de octavo a décimo año, sesión matutina de la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar, Recinto Pimocha, de la ciudad de Babahoyo, Los Ríos, que es la totalidad de la población de sujetos involucrados que serían parte del estudio, dentro del periodo mayo – septiembre 2019.

3.6 Cronograma del Proyecto

N°	Meses seme Actividades	Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre					
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
		1	Selección de tema			■	■	■															
2	Aprobación del tema						■	■	■														
3	Recopilación de la información										■												
4	Desarrollo del capítulo I											■											
5	Desarrollo del capítulo II												■										
6	Desarrollo del capítulo III													■									
7	Elaboración de las encuestas														■	■							
8	Aplicación de las encuestas															■							
9	Tamización de la información																■						
10	Desarrollo del capítulo IV																	■					

3.8.1. Bases de datos

Para la recopilación de la información se realiza la encuesta a la muestra previamente seleccionada. Luego de la obtención de la información, fue transferida a un programa informático llamado Microsoft Excel de la plataforma de computadoras personales que lleva por nombre Windows. Permitió la creación de una base de datos dinámica y confiable, con códigos definidos que dieron paso a la interpretación de la información.

3.8.2. Procesamiento y análisis de los datos

Para realizar el análisis de los datos los investigadores emplearon el programa informático llamado Microsoft Excel de la plataforma de computadoras personales que lleva por nombre Windows. A través de este programa se efectuaron los análisis univariados y bivariados los cuales son representados en los gráficos y tablas.

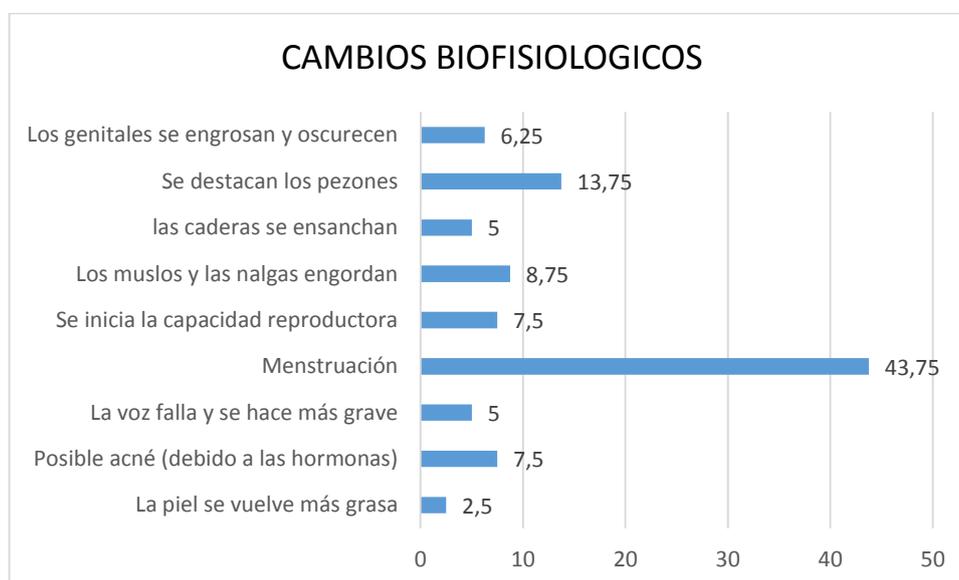
CAPITULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

4.1. Resultados obtenidos de la investigación

4.1.1. Estado de conocimientos de educación sexual y reproductiva en mujeres jóvenes no embarazadas.

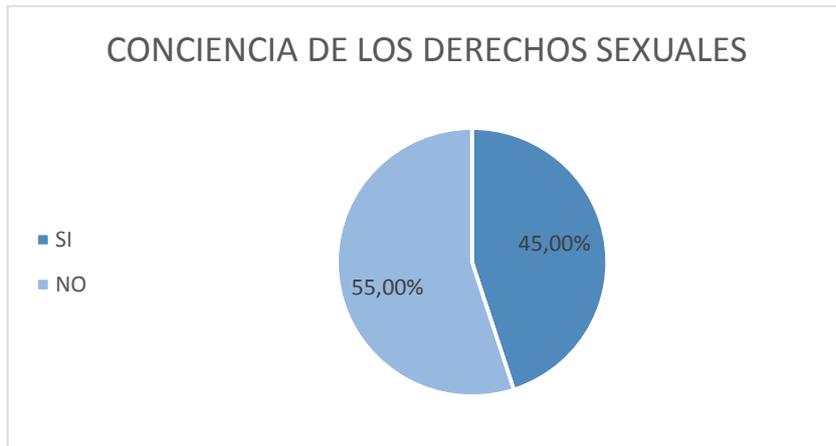
Grafico 1. Cambios biofisiologicos en la adolescencia



Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: Las mujeres jóvenes son conscientes de los cambios biofisiológicos que experimentan al pasar de la niñez a la adolescencia, tienen a tres de ellos como los más importantes o relevantes. La menstruación es el cambio más destacado con el 43.75 %, le siguen los cambios en los pezones con el 13.75 %, el incremento del tejido graso en muslos y nalgas con el 8.75 %. Todos estos se relacionan con la capacidad reproductora de la mujer, convirtiéndose para ellas en el tema de mayor interés al iniciarse la pubertad.

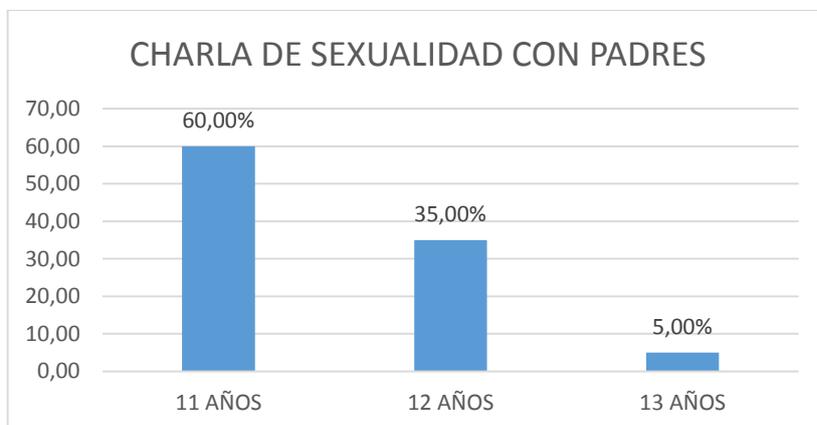
Grafico 2. Estado de conciencia de los derechos sexuales y reproductivos



Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: Las jóvenes que participaron en la investigación mantienen un nivel de conciencia en relación a los derechos sexuales y reproductivos muy parejo con tan solo una diferencia de 5% entre el estar conscientes y el no estarlo. Esto es de relevancia porque el otro 45 % que no es consciente de sus derechos pueden estos ser violentados sin que lo perciban de esta forma.

Grafico 3. Edad adecuada para la gran charla de sexualidad.



Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: El 95% de las adolescentes refiere, que conversar de temas de sexualidad con sus padres debería ser a la edad de 11 y 12 años. Las jóvenes desean ser guiadas en su gran mayoría de forma particular por sus padres, desde el comienzo de la pubertad.

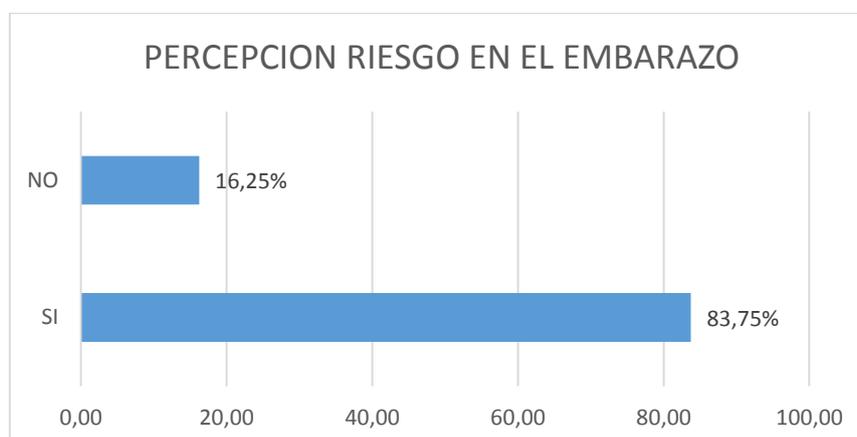
Grafico 4. Guía médica para el uso de anticonceptivos



Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: Del total de la muestra estudiada un 60% nunca ha recibido algún tipo de atención profesional de salud sexual y reproductiva para el correcto uso de anticonceptivos. Este grupo es más propenso a embarazos no planificados y otros problemas ligados como enfermedades de transmisión sexual.

Grafico 5. Percepción del riesgo de embarazos en la adolescencia



Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: Si bien es cierto que un 83.75% comprende que existen riesgos en el embarazo, el otro 16.25% no lo es. El grupo que no es consciente, el déficit de conocimientos básicos de estos temas las lleva a realizar actividades sexuales sin la aplicación de los métodos de protección, convirtiéndolas en una población de alto riesgo de embarazo adolescente.

4.1.2. Uso de métodos anticonceptivos en mujeres no embarazadas

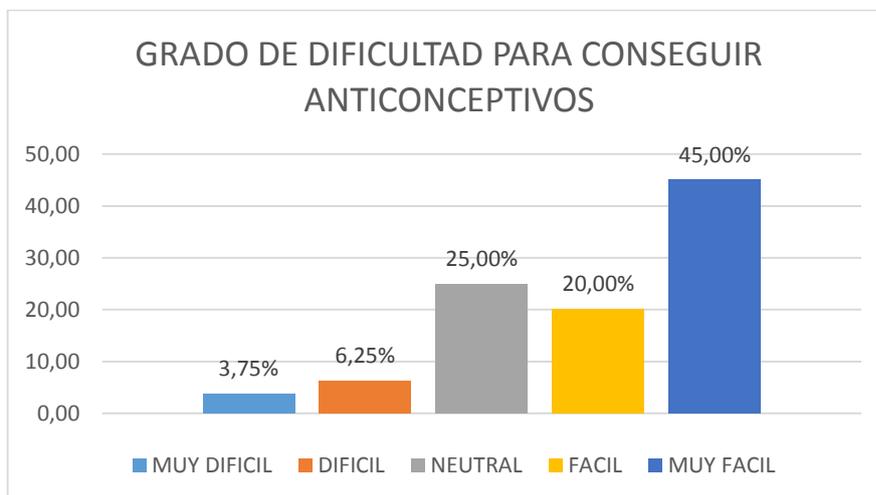
Grafico 6. Número de jóvenes que usan métodos anticonceptivos



Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: A pesar de los programas de salud sexual y reproductiva por parte del MSP sobre el uso de anticonceptivos y la gratuidad en su acceso, solo un 11.25% usa algún método, mientras que el otro 88.75% no lo hace.

Grafico 7. Dificultad para conseguir anticonceptivos

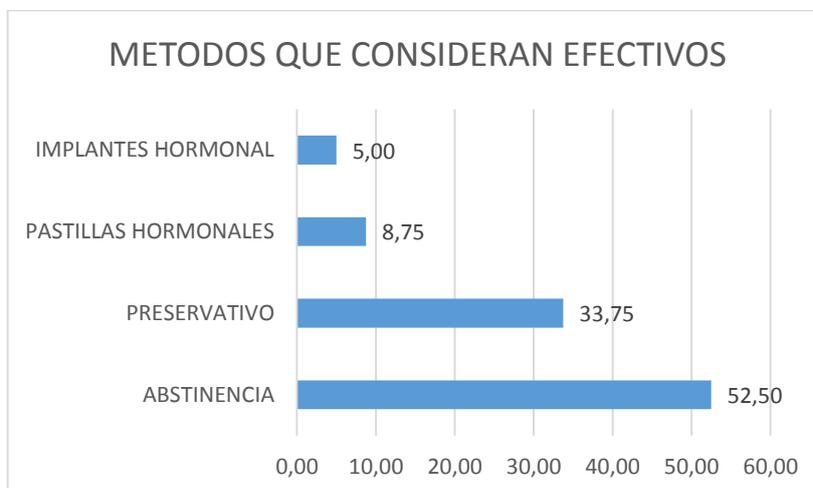


Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: El 65% de las jóvenes cree que es fácil o muy fácil conseguir métodos anticonceptivos y un 35% que es difícil su acceso. Este último grupo es propenso

a embarazos en la adolescencia, debido a que de una u otra forma les resulta difícil usar algún método anticonceptivo.

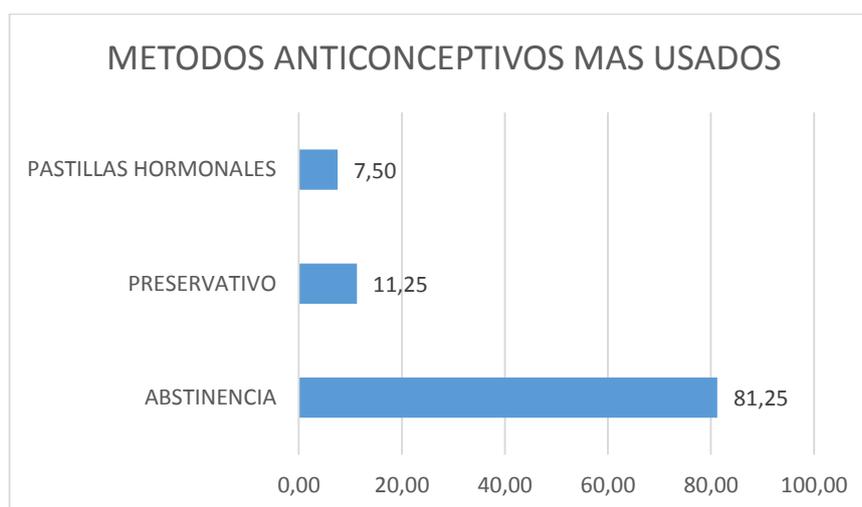
Grafico 8. Métodos anticonceptivos efectivos



Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: en primer lugar, ubican a la Abstinencia con 52.50%, luego al Preservativo con 33.75%. Estos valores son de importancia relevante debido a que efectivamente la abstinencia es el mejor método anticonceptivo y más saludable, las jóvenes entienden cuáles son los más efectivos.

Grafico 9. Cuáles son los métodos más usados



Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: El método más usado por las mujeres jóvenes adolescentes es la Abstinencia como medida anticonceptiva con el 81.25%, el 18.75% restante usa

preservativos y pastillas hormonales. A parte de esto no usan otros métodos, permitiendo entender que solo aplican métodos cuando se presenta una relación sexual no planificada, sin llevar control de ellos.

4.1.3. Condición de la actividad sexual en mujeres jóvenes no embarazadas

Grafico 10. Mujeres con al menos un encuentro sexual



Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: Aproximadamente el 30% de las jóvenes han tenido al menos un encuentro sexual entre las edades comprendidas de 11 a 15 años. En los que muchos de ellos no tuvieron una orientación adecuada sobre cómo llevar una vida sexual saludable y sin riesgos.

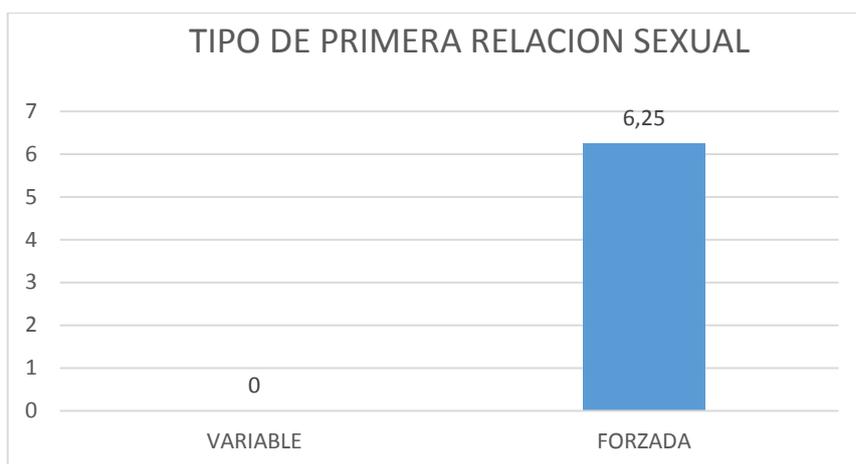
Grafico 11. Edades de la primera relación sexual



Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: de acuerdo a los resultados de la encuesta un 72.50% no ha tenido relaciones sexuales. De las que sí han tenido, jóvenes de entre 13 y 14 años son las edades en las que se ve más asentado el índice de primer encuentro sexual, podemos decir que la educación sobre temas de salud sexual y reproductiva se debe compartir desde los 11 y 12 años para así en lo futuro evitar embarazos.

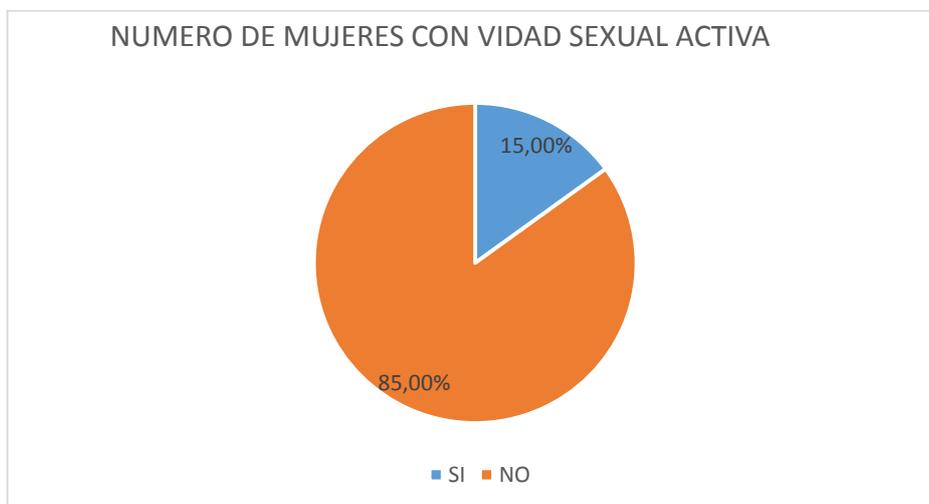
Grafico 12. Tipo de la primera relación



Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: Del 100% de la muestra de estudio un 21.25% estuvo de acuerdo con su pareja de tener una relación sexual, mientras que un 6.25 fue forzado a tener. Este último dato nos permite interpretar que por la misma naturaleza del encuentro sexual es poco probable la aplicación de algún método anticonceptivo.

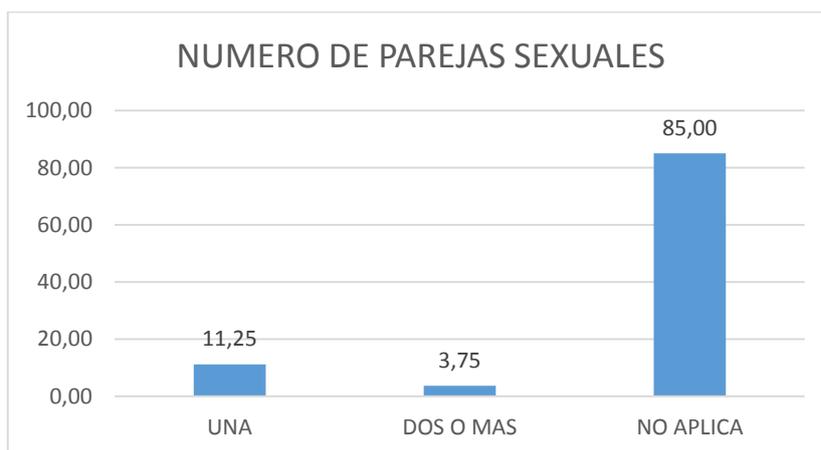
Grafico 13. Vida sexual activa



Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: Este indicador nos permite interpretar que el 15% es más propenso a embarazos adolescentes no planificados, precisamente porque son frecuente los acercamientos sexuales que estas tienen con sus parejas.

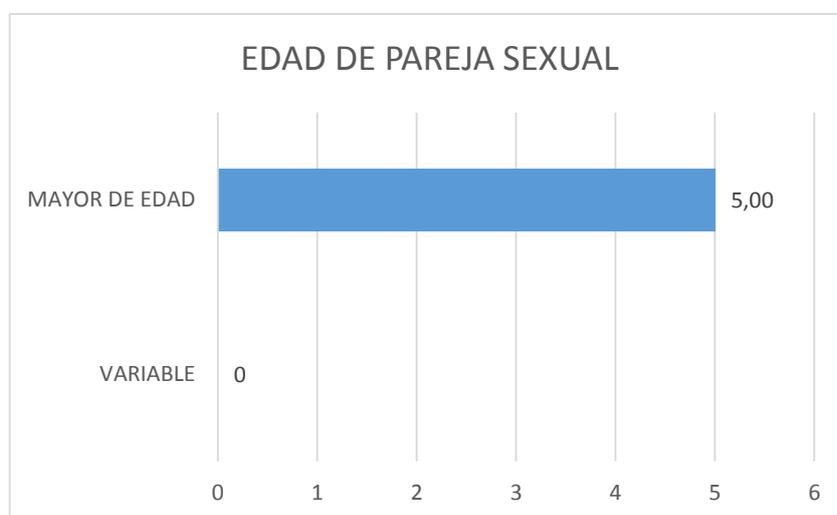
Gráfico 14. Número de parejas



Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: Las probabilidades de riesgo de embarazo aumentan en proporción a la cantidad de parejas sexuales que ellas puedan tener. A pesar de sus edades al menos el 4% refiere tener dos o más parejas sexuales, este es uno de los grupos que en un futuro cercano llegue a un embarazo no planificado.

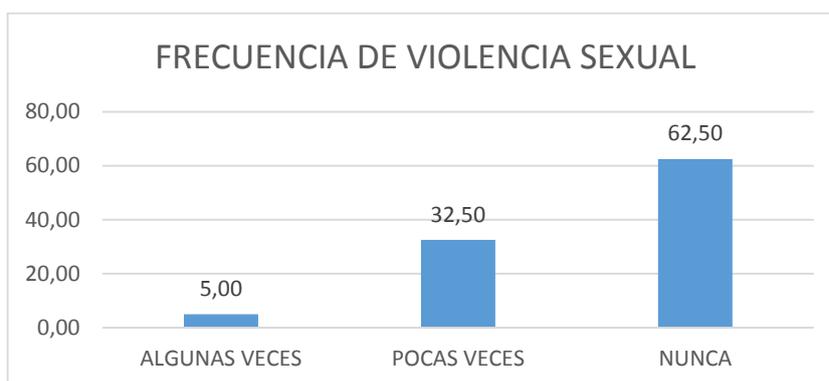
Gráfico 15. Edad de la pareja sexual



Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: La influencia en la toma de decisiones de una persona puede verse afectada por una con más experiencia. Un 5 % de las mujeres con una vida sexualmente activa refiere tener una pareja sexual de mayor de 18 años de edad, este dato es alarmante por el efecto legal.

Grafico 16. *Violencia sexual*



Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: En el cuestionario se preguntó con qué frecuencia se ha violentado sus derechos sexuales y reproductivos, el 37.5% refiere que algunas veces se rompieron sus derechos, dato que es de relevancia. Esto da lugar a un sin número de problemas, en primer lugar, los embarazos, problemas físicos y psicológicos.

4.1.4. Indicadores que participaron en el embarazo.

Grafico 17. *Conversación de sexualidad con padres*



Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: Las mujeres jóvenes embarazadas responden al cuestionario indicando que solo el 16.67% en algún momento converso de temas de sexualidad con sus padres antes del embarazo, por lo que estos embarazos se los puede atribuir a fallas de los métodos anticonceptivos, el 83.33% nunca converso de estos temas con sus padres. Este último grupo, por la falta de conocimiento las llevaron a embarazos no planificados.

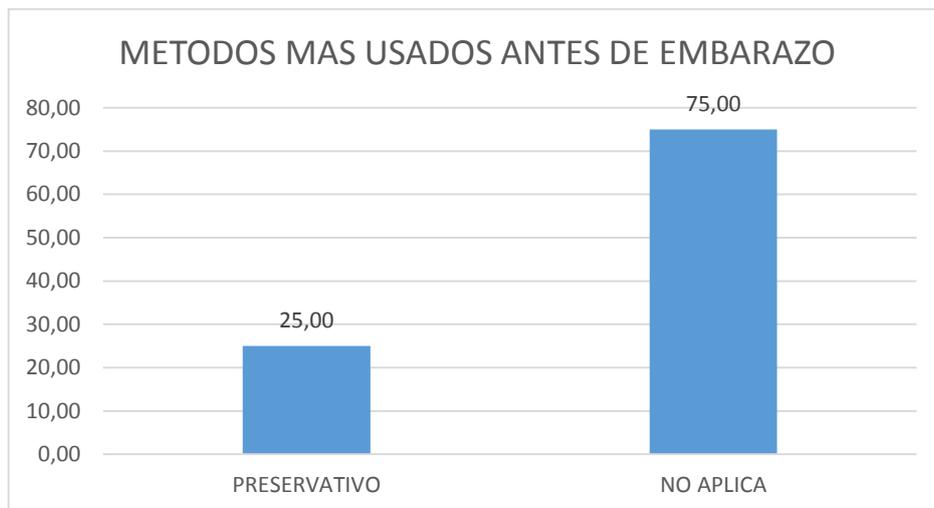
Grafico 18. *Uso de anticonceptivos antes del embarazo*



Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: En este gráfico que una pequeña parte de la muestra de mujeres embarazadas usaba algún método anticonceptivo antes del embarazo, el 80% nunca usó algún método. Esta situación incrementa las probabilidades de embarazos, como lo vemos reflejado en esta muestra.

Grafico 19. *Métodos anticonceptivos más usados antes del embarazo*

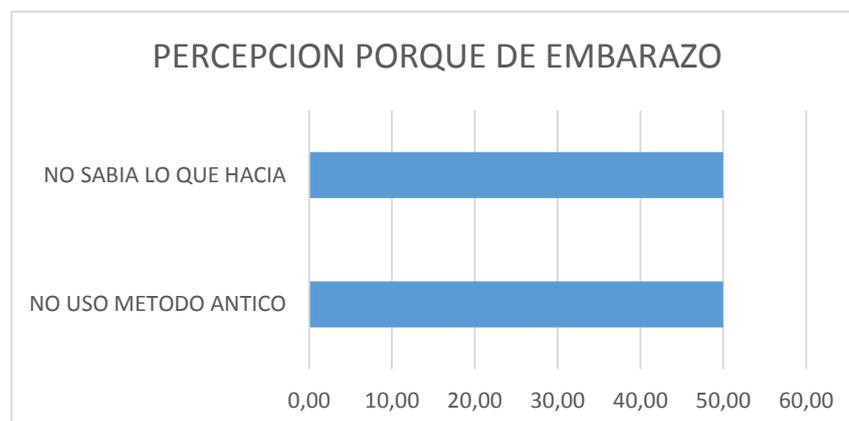


Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: El preservativo es el método más usado por las mujeres embarazadas, pero el 75% nunca uso alguno. Esta podría ser la razón principal por la que las mujeres jóvenes llegan a un embarazo no planificado.

4.1.5. COMPROBACION DE HIPOTESIS

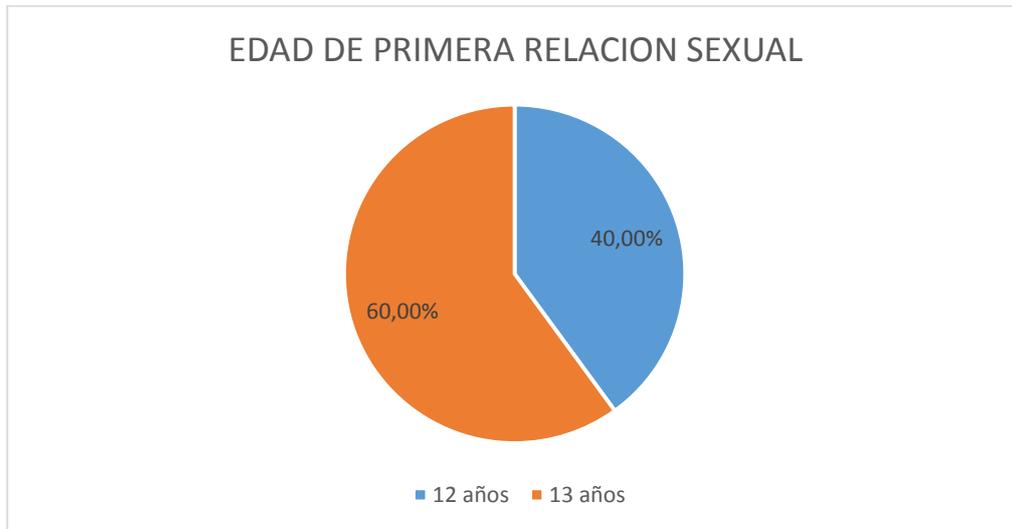
Grafico 20. *Percepción porque de embarazo*



Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: De acuerdo a los datos de la encuesta de forma igual refieren que las razones por las que resulto el embarazo son porque no sabía lo que hacía y no uso método anticonceptivo. Estas dos razones se vinculan a la falta de conocimientos de sexualidad y reproducción.

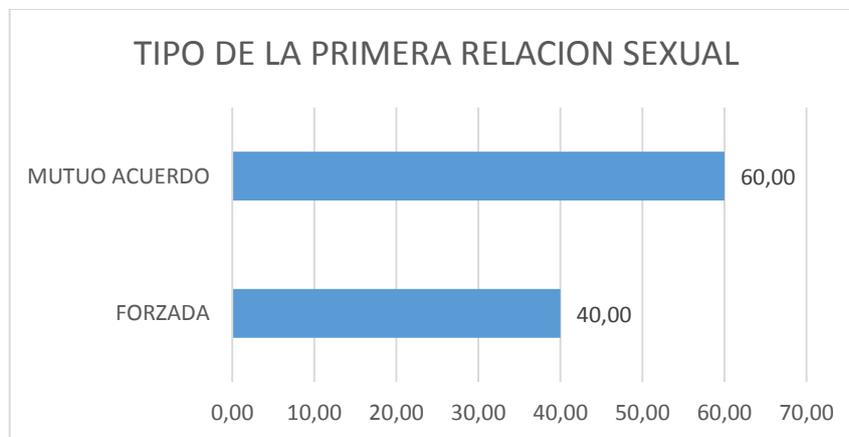
Grafico 21. Edad de la primera relación sexual



Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: Las edades en las que más frecuente tuvieron su primera relación sexual son a los 12 y 13 años. Estas son las edades en las que padres y profesionales a cargo de la educación deberían compartir conocimientos de sexualidad.

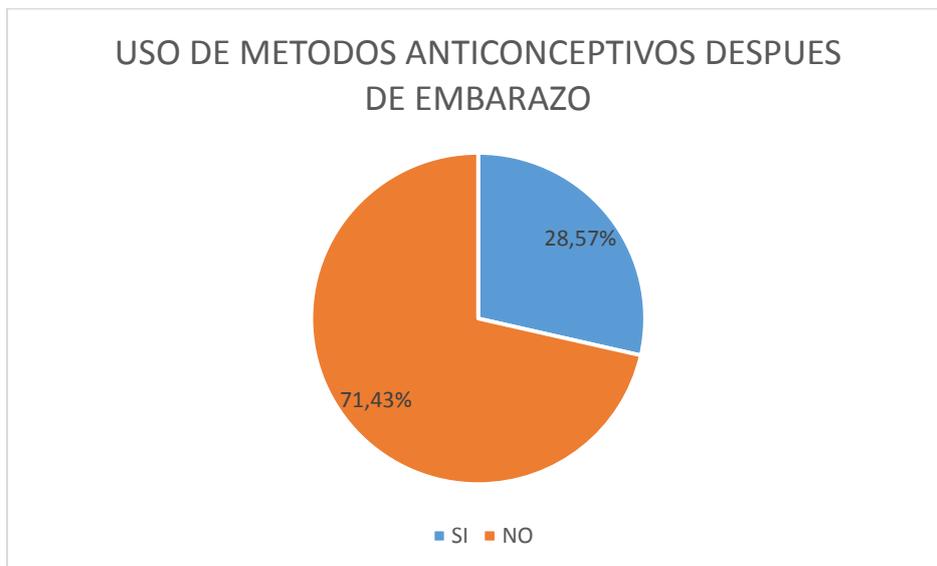
Grafico 22. Tipo de la primera relación sexual



Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: Un 60% de las mujeres embarazadas estuvo de acuerdo con su pareja de tener relaciones sexuales, pero el 40% restante refiere que fue forzada. Esto es preocupante porque en esas situaciones no se tiene cuidado con las consecuencias de estas situaciones.

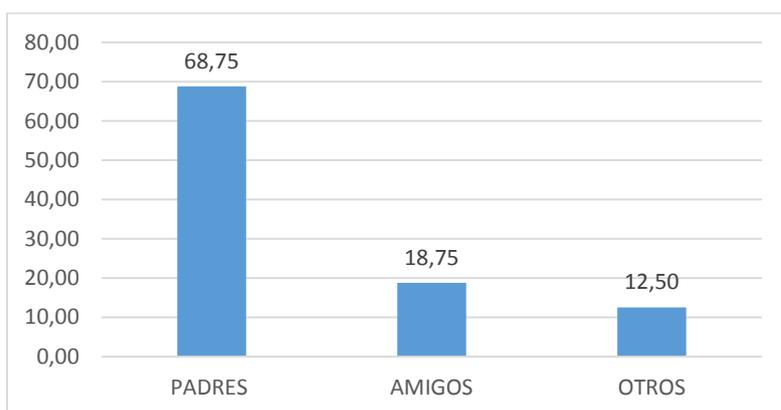
Grafico 23. USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DESPUES DE EMBARAZO



Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: Toda mujer después del post- parto, por parte de un profesional calificado debe recibir asesoría médica para la correcta administración de algún método anticonceptivo, pero según los datos de la encuesta el 71.43% no llegó a usar ningún método anticonceptivo, aumentando la probabilidad de futuros embarazos.

Grafico 24. Origen de la información



Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: Del total de las jóvenes que participaron en las encuestas, el 68.75% recibieron gran parte de la información de sus padres, mientras que el 31.25% recibió de amigos y otras fuentes, las mismas que no son confiables.

Tabla 3. Relación entre el conocimiento y tipo de primera relación sexual

GRAN CHARLA PADRES E HIJA	SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL FUE DE TIPO			TOTAL
	FORZADO	ACUERDO	NO APLICA	
11	3	11	34	48
12	1	3	24	28
13	1	3	0	4
Total	5	17	58	80

Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: En esta tabla podemos identificar que si la charla sobre sexualidad que los padres tienen con sus hijos se efectúa desde una temprana edad se reduce el número de un primer encuentro sexual en 34 a los 11 años, en 24 a los 12 años y 0 a los 13 años de un total de 80 mujeres jóvenes. También se reduce el riesgo de un primer encuentro forzado.

Tabla 4. Relación entre dificultad para conseguir anticonceptivos y una vida sexual activa

DIFICULTAD PARA CONSEGUIR ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO	¿USTED TIENE UNA VIDA SEXUALMENTE ACTIVA?		TOTAL
	SI	NO	
MUY DIFÍCIL	2	1	3
DIFÍCIL	2	3	5
NEUTRAL	8	12	20
FÁCIL	0	16	16
MUY FÁCIL	0	36	36
TOTAL	12	68	80

Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador

Análisis: Entre las mujeres con una vida sexual activa y el otro que no, podemos observar que el grupo que no tiene vida sexual activa considera más fácil de conseguir los anticonceptivos. Atribuimos esta conducta a la diferencia de grados de conocimiento siendo que estas están mayor capacitadas y toman mejores decisiones.

4.2. Análisis e interpretación de datos

Conversar temas de sexualidad y reproducción durante la adolescencia es de gran importancia, en una población que cada vez más es saturada de información de varias fuentes que en la mayoría de las veces no es confiable, aparece la necesidad de que los padres hablen con sus hijos y compartan sus conocimientos. Del grupo de madres adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar, tan solo el 16.67% de esa muestra refiere haber tratado con sus padres o tutores legales sobre la sexualidad y reproducción. Por otro lado, el resto de esa muestra 83.33% que nunca tuvo una conversación real sobre esto, observando que la falta de estos conocimientos da lugar a que las mujeres jóvenes sean propensas a embarazos no planificados.

Del grupo de mujeres jóvenes no embarazadas se identificó que el 15% de esta población lleva una vida sexual activa, y que del resto un 25% al menos una vez ha tenido relaciones sexuales. Estos números manifiestan una realidad en otras investigaciones cada vez más va en aumento el número de jóvenes que a temprana edad inician su vida sexual de una forma más activa. Esto eleva las probabilidades de que en un futuro aparezcan casos de embarazos no planificados.

Con muy poca frecuencia se pregunta o pide sugerencias a los jóvenes sobre cómo y cuándo los padres deben hacer algún tipo de acción, muchas veces nos sorprendemos de lo que ellos pueden aportar. Cuando se preguntó a las jóvenes sobre cuál es la edad más apropiada para tener la conversación de padres a hijos sobre sexualidad y reproducción el 95% refiere que los padres o tutores legales deberían conversar con sus hijos entre las edades de los 11 y 12 años, las mismas que coinciden con la edad de la primera ración sexual. Las jóvenes son conscientes de lo importante de estar capacitadas para estar preparadas y tomar las mejores decisiones, que estén orientadas a evitar embarazos y enfermedades de transmisión sexual.

En la actualidad la atención médica en salud sexual y reproductiva se extiende a todos los jóvenes de forma gratuita, puesto que es un derecho. Pero a pesar de todo ese esfuerzo por parte del estado de extender los servicios de salud a esta población, aún no se logra un alcance aceptable. Del total de la muestra el 60%

nunca ha recibido atención médica especializada en sexualidad y reproducción, esta situación puede deberse a una multiplicidad de factores, entre ellos siendo el principal la falta de conocimientos, y el aun restringido acceso a métodos anticonceptivos.

Entre las mujeres con una vida sexual activa y el otro que no, podemos observar que el grupo que no tiene vida sexual activa considera más fácil de conseguir los anticonceptivos. Atribuimos esta conducta a la diferencia de grados de conocimiento siendo que estas están mayor capacitadas y toman mejores decisiones. Por otro lado, tenemos a las que sí tienen una vida sexual activa que les resulta más difícil conseguirlos por no conocer la forma en cómo funcionan los servicios de salud o por el desconocimiento de sus derechos.

Los riesgos en el embarazo adolescente son muchos y pone en peligro la vida de las jóvenes que viven esa experiencia y en algunos casos les produce la muerte, pero no siempre son conscientes de los peligros de estar embarazadas. El 83.75% es consciente de una forma aceptable de los riesgos, mientras que el otro 16.25% restante no lo es. Este último grupo precisamente por no comprender lo peligroso que podría haber al estar embarazadas a su edad, no consideran las como importantes los métodos y técnicas de protección para embarazos no planificados y enfermedades de transmisión sexual.

También podemos verificar la relación que tiene entre la edad en la que tienen la charla de sexualidad con los hijos y la primera relación sexual. Si la charla sobre sexualidad que los padres tienen con sus hijos se efectúa desde una temprana edad se reduce el número de un primer encuentro sexual en 34 a los 11 años, en 24 a los 12 años y 0 a los 13 años de un total de 80 mujeres jóvenes. También se reduce el riesgo de un primer encuentro forzado. Con esto podemos decir que es de vital importancia que los padres traten estos temas con sus hijos entre las edades de 11 y 12 años para que, de esta forma, los jóvenes tomen las decisiones de manera consciente. Y también evitar que otros violenten sus derechos sexuales y reproductivos, al ellos conocerlos y hacerlos respetar.

4.3. Conclusiones

Al realizar las encuestas los jóvenes son conscientes de lo importante de obtener conocimiento de temas de sexualidad y reproducción. Para ellos es importante recibirlos a temprana edad para que con el tiempo tomar decisiones adecuadas y así evitar embarazos no planificados.

Los embarazos en mujeres jóvenes adolescentes están íntimamente ligados a la ausencia de los conocimientos sobre sexualidad y reproducción, también del poco o nulo uso de anticonceptivos.

La percepción de las jóvenes sobre la dificultad para conseguir métodos anticonceptivos aumenta o disminuye según el grupo poblacional con el que se relacione. En el caso de las mujeres con vida sexual activa aumenta el grado de dificultad, las mismas que se relacionan con un nivel bajo de conocimientos, mientras que el otro grupo que no lleva una vida sexual activa disminuye el grado de dificultad por el conocimiento que es mayor.

4.4. Recomendaciones

Es importante que los jóvenes adquieran los conocimientos necesarios de sexualidad y reproducción a una temprana edad (11 años) y así logren tener una libertad de decisión más adecuada.

Los centros de salud pueden elaborar programas de conversatorios en los colegios pertenecientes a sus zonas operativas de forma periódica, o añadirlo al plan de charlas mensuales, para que los profesionales tengan la libertad de elegir como y cuando realizar las actividades de educación a la población.

Se puede poner en consideración esta problemática, para un posible proyecto de vinculación con la colectividad para elevar el alcance de la educación sexual y reproductiva en los adolescentes de los primeros años de secundaria.

CAPITULO V

5. PROPUESTA TEORICA DE APLICACIÓN

5.1. Título de la Propuesta de Aplicación

Programa de educación sexual y reproductiva dirigido a jóvenes de octavo a décimo año de educación escolar.

5.2. Antecedentes

Ecuador tiene la tasa más alta de embarazo adolescente de América Latina y el Caribe, según el último informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), denominado “El poder de decidir. Los derechos reproductivos y la transición demográfica”. (Redaccion medica, 2018)

La mayoría de los países con las tasas estimadas más elevadas de fecundidad en adolescentes en América Latina y el Caribe están en América Central, encabezados por Guatemala, Nicaragua y Panamá. En el Caribe, son República Dominicana y Guyana con las tasas estimadas de fecundidad en adolescentes más elevadas. En América del Sur, Bolivia y Venezuela tienen las tasas más altas. (OPS, 2018)

Ningún país puede afirmar que todos sus ciudadanos disfrutan de sus derechos reproductivos en todo momento. La mayoría de las parejas no pueden tener el número de hijos que anhelan porque carecen del apoyo económico y social necesario para mantener el tamaño de familia que desean o porque carecen de los medios necesarios para controlar los embarazos. La necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos impide que cientos de millones de mujeres puedan elegir formar familias más pequeñas. (Redaccion medica, 2018)

La mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en la región de las Américas. A modo de ejemplo, en 2014, fallecieron cerca de 1900 adolescentes y jóvenes como resultado de problemas de salud durante el embarazo, el parto y el posparto. A nivel global,

el riesgo de muerte materna se duplica en madres más jóvenes de 15 años en países de ingreso bajo y mediano. Las muertes perinatales son un 50% más alta entre recién nacidos de madres menores de 20 años comparado con los recién nacidos de madres de 20 a 29 años. (OPS, 2018)

La tasa de embarazo adolescente en Quito es de 50 por cada 1.000 jóvenes de 15 a 19 años, lo que representa el 14%, un porcentaje inferior al promedio del país que es de 23%. Sin embargo, en las poblaciones del distrito, como la parroquia de Cotocollao, en el norte de la urbe, aumentó notablemente la tasa. Ahí, en 2016, se registraron 280 embarazos por 1.000 adolescentes, mientras en poblaciones rurales, como Perucho, no se registró ninguna joven en esta condición. (El Telegrafo, 2018)

En cambio, cuatro de cada diez adolescentes, de entre 15 y 19 años, reportan haber tenido alguna experiencia sexual. De ellas, el 18 % ha tenido un hijo. Además, según las cifras oficiales, ocho de cada diez embarazos fueron producto de violencia sexual. No se puede esconder una realidad, y el embarazo en adolescentes en el país es una realidad, la cual debe combatirse con prevención, y campañas que conlleven que los y las adolescentes comprendan esta problemática. (Expreso, 2018)

5.3. Justificación

La siguiente propuesta tiene la finalidad de aplicar un plan de conversatorios dirigidos a jóvenes de edades comprendidas entre 11 a 15 años. Con temas de educación sexual y reproductiva.

Algunas muchachas no saben cómo evitar el embarazo, pues en muchos países no hay educación sexual. Es posible que se sientan demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción; puede que los anticonceptivos sean demasiado caros o que no sea fácil conseguirlos o incluso que sean ilegales. Aun cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas. Puede que las muchachas no puedan negarse a mantener relaciones

sexuales no deseadas o a oponerse a las relaciones sexuales forzadas, que suelen ser sin protección. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria. (OMS, 2018)

Además los jóvenes que edad de secundaria son los más propensos a esta problemática porque se encuentran en una etapa de cambios y descubrimientos en las que deben ser guiados para evitar que cometan errores, resulta la necesidad de la elaboración de conversatorios para compartir con ellos los conocimientos que tanto necesitan, y en primer lugar por reducir el número de mujeres jóvenes embarazadas.

5.4. Objetivos

5.4.1. Objetivo general

Aplicar un programa de educación sexual y reproductiva dirigido a jóvenes de octavo a décimo año de educación escolar.

5.4.2. Objetivos específicos

- Identificar los temas a tratar en cada uno de los conversatorios con los jóvenes.
- Solicitar al distrito de educación de la ciudad de Babahoyo la aplicación del programa de educación sexual y reproductiva dirigido a jóvenes de octavo a décimo año de educación escolar.
- Coordinar con el distrito de educación de la ciudad de Babahoyo, para establecer un horario y fechas de aplicación de los conversatorios.

5.5. Aspectos básicos de la propuesta de aplicación

Programa de educación sexual y reproductiva dirigido a jóvenes de octavo a décimo año de educación escolar.

CONVERSATORIO	SEMANA	TEMA	LUGAR
N° UNO	PRIMERA SEMANA	Reproducción	1° COLEGIO
		Pubertad	
		Adolescencia	
		Cambios en la adolescencia	
		Cambios en la sexualidad del adolescente	
	Inicio de la vida sexual del adolescente		
N° DOS	PRIMERA SEMANA	Embarazo en adolescentes	1° COLEGIO
		Consecuencias del embarazo adolescente	
		Medidas de prevención	
		Métodos anticonceptivos	
		Tipos de métodos anticonceptivos	

		Derechos sexuales de los adolescentes	
		Asesoramiento, comunicación y educación en sexualidad y reproducción en adolescentes.	
CONVERSATORIO	SEMANA	TEMA	LUGAR
N° UNO	SEGUNDA SEMANA	Reproducción	2° COLEGIO
		Pubertad	
		Adolescencia	
		Cambios en la adolescencia	
		Cambios en la sexualidad del adolescente	
		Inicio de la vida sexual del adolescente	
N° DOS	SEGUNDA SEMANA	Embarazo en adolescentes	2° COLEGIO
		Consecuencias del embarazo adolescente	
		Medidas de prevención	

		Métodos anticonceptivos	
		Tipos de métodos anticonceptivos	
		Derechos sexuales de los adolescentes	
		Asesoramiento, comunicación y educación en sexualidad y reproducción en adolescentes.	
CONVERSATORIO	SEMANA	TEMA	LUGAR
N° UNO	TERCERA SEMANA	Reproducción	3° COLEGIO
		Pubertad	
		Adolescencia	
		Cambios en la adolescencia	
		Cambios en la sexualidad del adolescente	
Inicio de la vida sexual del adolescente			
N° DOS	TERCERA SEMANA	Embarazo en adolescentes	3° COLEGIO

		Consecuencias del embarazo adolescente	
		Medidas de prevención	
		Métodos anticonceptivos	
		Tipos de métodos anticonceptivos	
		Derechos sexuales de los adolescentes	
		Asesoramiento, comunicación y educación en sexualidad y reproducción en adolescentes.	
CONVERSATORIO	SEMANA	TEMA	LUGAR
N° UNO	CUARTA SEMANA	Reproducción	4° COLEGIO
		Pubertad	
		Adolescencia	
		Cambios en la adolescencia	
		Cambios en la sexualidad del adolescente	

		Inicio de la vida sexual del adolescente	
N° DOS	CUARTA SEMANA	Embarazo en adolescentes	4° COLEGIO
		Consecuencias del embarazo adolescente	
		Medidas de prevención	
		Métodos anticonceptivos	
		Tipos de métodos anticonceptivos	
		Derechos sexuales de los adolescentes	
		Asesoramiento, comunicación y educación en sexualidad y reproducción en adolescentes.	

5.5.1. Estructura general de la propuesta

Identificar en coordinación con el distrito de educación de la ciudad de Babahoyo, los colegios en los que se aplicaran los conversatorios, estableciendo el orden en el que se hará en cada uno de ellos.

Coordinar con las instituciones (COLEGIOS) el lugar donde se llevará a efecto el conversatorio, verificando que se apliquen las TIC de la información de una forma eficaz. Identificar los alumnos que participaran en las actividades de educación sexual y reproductiva.

Solicitar personal del distrito de educación que esté capacitado para desarrollar las actividades de educación, en los colegios y a los alumnos previamente seleccionados.

Ejecutar los conversatorios de salud sexual y reproductiva con el personal capacitado alumnos y colegios previamente asignados, garantizando la comprensión de los temas por parte de los jóvenes participantes.

Evaluar a los jóvenes que participaron del conversatorio a través de una encuesta que mida el grado de conocimiento adquirido después de la aplicación o explicación de los temas previamente seleccionados.

Realizar un seguimiento periódico para evaluar si el índice de embarazos en adolescentes disminuye, mantiene o incrementa después de la aplicación de los conversatorios.

5.5.2. Componentes

contexto	Actores	Forma de evaluar	Responsables
La propuesta del Programa de educación sexual y reproductiva dirigido a jóvenes de octavo a décimo año de educación escolar.	Ministerio de educación	Ficha de registro de los datos personales de los estudiantes participantes	Personal del distrito de educación de Babahoyo
	Universidad Técnica De Babahoyo docentes y estudiantes de ciencias de la salud	Verificación del horario de conversatorios por fechas.	Docentes Y estudiantes de la Universidad Técnica De Babahoyo
	Directores de los colegios participantes	Encuesta de conocimiento de salud sexual y reproductiva	
	Estudiantes de octavo curso a decimo	Indicador de embarazos adolescentes posterior a la aplicación de los conversatorios	

5.6. Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación

5.6.1. Alcance de la alternativa

- Aplicar el programa de educación sexual y reproductiva dirigido a jóvenes de octavo a décimo año de educación escolar.
- A través del programa de educación sexual y reproductiva mejorar la educación de los jóvenes que son más propensos a embarazos no planificados, verificando su comprensión con encuestas que permitan el análisis de lo aprendido.
- Concientizar en los participantes el uso de los anticonceptivos
- Fomentar el uso de los nuevos conocimientos en la aplicación diaria y compartir con otros jóvenes lo aprendido.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bibliografía

- American Academy of Pediatrics. (8 de Mayo de 2016). *Metodos anticonceptivos eficaces para los adolescentes sexualmente activos*. Recuperado el 11 de Julio de 2019, de <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/dating-sex/Paginas/birth-control-for-sexually-active-teens.aspx>
- Aristizabal, P., Blanco, D., Sanchez, A., & Ostiguin, R. (Diciembre de 2011). El modelo de promocion de la salud de Nola Pender. Una reflexion en torno a su comprension. *Enfermeria Universitaria*. Recuperado el 1 de Julio de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003
- Arrechadora, I. (2014). *Nola Pender: Biografia y teoria*. Recuperado el 11 de Julio de 2019, de <https://www.lifeder.com/nola-pender/>
- Asamblea Constituyente. (2008). *Constitucion del Ecuador*. Recuperado el 9 de Julio de 2019
- Crooks, R., & Baur, K. (2009). *Nuestra Sexualidad* (Vol. x). Ciudad de Mexico: Cengage Learning Editores, SA de CV. Recuperado el 10 de Julio de 2019, de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/41666737/Nuestra.Sexualidad.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DNuestra_Sexualidad.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20190710%2Fus-east-1%2Fs3%2
- El Universo. (24 de Febrero de 2019). Recuperado el 7 de Julio de 2019, de <https://www.eluniverso.com/noticias/2019/02/24/nota/7201754/1800-bebes-mueren-cada-ano-antes-cumplir-primer-mes>
- El Universo. (8 de Febrero de 2019). *Cada dia, 8 niñas y adolescentes de 10 a 19 años dan a luz, solo en un hospital de Guayaquil*. Recuperado el 7 de Julio de 2019, de <https://www.eluniverso.com/guayaquil/2019/02/08/nota/7179389/cada-dia-8-mujeres-10-19-anos-se-vuelven-madres>
- Fondo de Poblacion de Naciones Unidas. (2010). *Educacion de la sexualidad y salud sexual y reproductiva*. Venezuela . Recuperado el 10 de Julio de 2019, de <https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Educacion%20SSR%20Guia%20Docentes.pdf>
- Garcia, T. (25 de Mayo de 2014). *Estilos de vida influyen en el despertar sexual prematuro en adolescentes*. Recuperado el 11 de Julio de 2019, de <https://www.lja.mx/2014/05/estilos-de-vida-influyen-en-el-despertar-sexual-prematuro-en-adolescentes/>
- Gayle, R. (1989). *Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad*. Recuperado el 10 de Julio de 2019, de http://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/beatriz_suarez/rubin.pdf
- Gupta, R. (Enero de 2017). *La pildora anticonceptiva*. Recuperado el 11 de Julio de 2019, de <https://kidshealth.org/es/teens/contraception-birth-esp.html>

- Jacome, A. (1 de Junio de 2009). *Niños, niñas y adolescentes: Derechos y deberes*. Recuperado el 9 de Julio de 2019, de <https://www.derechoecuador.com/ninos-ninas-y-adolescentes-derechos-y-deberes>
- M. Sandri, P. (22 de Diciembre de 2013). *Las edades del Sexo*. Recuperado el 11 de Julio de 2019, de <https://www.lavanguardia.com/estilos-de-vida/20131122/54393706095/las-edades-del-sexo.html>
- MedlinePlus. (10 de Agosto de 2017). *Condomes masculinos*. Recuperado el 11 de Julio de 2019, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004001.htm>
- MedlinePlus. (4 de Octubre de 2018). *Enfermedades de trasmision sexual*. Recuperado el 11 de Julio de 2019, de <https://medlineplus.gov/spanish/sexuallytransmitteddiseases.html>
- Mendes, M., & Lopes, D. (Diciembre de 2009). La teoria de los roles en el contexto de la enfermeria. *Index de Enfermeria*. Recuperado el 11 de Julio de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400010
- mendoza, L., Carlos, D., & Peñaranda, C. (Junio de 2016). actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estdado de arte. *Revista chilena de obstetricia y ginecologia*. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300012>
- Ministerio de Salud Publica del Ecuador. (10 de Diciembre de 2013). Recuperado el 7 de Julio de 2019, de <https://www.salud.gob.ec/ecuador-estrategia-intersectorial-trabaja-en-salud-sexual-y-reproductiva-de-adolescentes/>
- Ministerio de Salud Publica del Ecuador. (27 de Septiembre de 2017). Recuperado el 7 de Julio de 2019, de <https://www.salud.gob.ec/ecuador-se-adhiere-a-la-conmemoracion-de-la-semana-andina-de-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes/>
- Mora, A., & hernandez, M. (Junio de 2015). Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatologia y Reproduccion Humana*, 76-82. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rprh.2015.05.004>
- OMS. (23 de Agosto de 2018). *Genero y salud*. Recuperado el 11 de Julio de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- OMS. (8 de Febrero de 2018). *Planificacion familiar*. Recuperado el 13 de julio de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- OMS. (2019). *Embarazo*. Recuperado el 11 de Julio de 2019, de <https://www.who.int/topics/pregnancy/es/>
- OMS. (2019). *Salud de los adolescentes*. Recuperado el 10 de Julio de 2019, de https://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
- OMS, & HRP. (2018). *La salud sexual y su relacion con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Argentina: Organizacion Mundial de la Salud. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONUMUJERES, & OMS. (2018). *Orientaciones tecnicas internacionales sobre educacion en sexualidad*. Francia: UNESCO. Obtenido de <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335>

- Organización Mundial de la Salud. (23 de Febrero de 2019). Recuperado el 5 de Julio de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Organización Mundial de la Salud. (16 de Febrero de 2018). Recuperado el 6 de Febrero de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Organización Mundial de la Salud. (15 de Octubre de 2012). Recuperado el 5 de Julio de 2019, de <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/adolescent-sexual-and-reproductive-health/pregnancy-prevention-0>
- Organización mundial de la salud. (2018). *Salud Reproductiva*. Recuperado el 10 de Julio de 2019, de https://www.who.int/topics/reproductive_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Recuperado el 10 de Julio de 2019, de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado el 5 de Julio de 2019, de <https://www.who.int/reproductivehealth/es/>
- Pelaez, J. (Marzo de 2016). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Recuperado el 11 de Julio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100011
- Peña, G., Ruiz, A., Ley, S., Castro, J., Madrid, P., & Apodaca, F. (28 de Noviembre de 2018). Patrones de comunicación en el conocimiento y empleo de los métodos anticonceptivos en adolescentes. 173. Recuperado el 18 de Julio de 2019, de <http://www.riti.es/ojs2018/inicio/index.php/riti/article/view/130/pdf>
- Portalatin, B. (29 de Abril de 2015). *El despertar de la sexualidad*. Recuperado el 11 de Julio de 2019, de <https://www.elmundo.es/salud/2015/04/29/553fbf1222601d5c228b457e.html>
- Ramos, S. (1 de Agosto de 2011). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/adolescent-sexual-and-reproductive-health/pregnancy-prevention-0>
- Reiriz, J. (2018). *Sistema Reproductor Femenino*. Barcelona. Recuperado el 10 de Julio de 2019, de <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/105/Sistema%20reproductor%20femenino.pdf?1358605661>
- Reiriz, J. (2019). *Sistema Reproductor Masculino: Anatomía*. Barcelona, España. Recuperado el 10 de Julio de 2019, de <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/104/Sistema%20reproductor%20masculino.pdf?1358605633>
- Romero, T. (2013). *El objetivo de la educación sexual*. Recuperado el 11 de Julio de 2019, de http://www.psicoterapeutas.com/paginaspersonales/Teresa/Objetivo_educacion_sexual.html
- Romero, T. (2013). *Sexualidad en la adolescencia*. Recuperado el 11 de Julio de 2019, de http://www.psicoterapeutas.com/paginaspersonales/Teresa/sexualidad_adolescencia.html

- S. Raisman, J. (2000). *Hipertextos del area de la Biología*. Recuperado el 10 de Julio de 2019, de <http://www.biologia.edu.ar/reproduccion/reprod.htm>
- Sepulveda, J., & Soto, A. (2014). *Texto Atlas de Histologi. Biología celular y tisular, 2e*. INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. Recuperado el 10 de Julio de 2019, de <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=1506>
- UNFPA. (2010). *Educacion de la sexualidad y salud sexual y reproductiva*. Venezuela: Fondo de Poblacion de Naciones Unidas. Recuperado el 5 de Julio de 2019, de <https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Educacion%20SSR%20Guia%20Docentes.pdf>
- Unidad Digital de Publica FM. (17 de Septiembre de 2018). *Embarazo adolescente, unproblema social en Ecuador*. Recuperado el 11 de Julio de 2019, de <https://www.publicafm.ec/noticias/ecuador/1/embarazo-adolescente-ecuador>

ANEXOS

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General
<p>¿Cómo se relaciona el nivel de conocimiento en educación sexual y reproductiva con el embarazo en adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar de la Parroquia Pimocha en el cantón Babahoyo de la provincia de Los Ríos en Mayo – Septiembre 2019?</p>	<p>Determinar la relación entre el nivel del conocimiento en educación sexual y reproductiva y el embarazo en adolescentes. Unidad educativa del milenio simón Bolívar, Pimocha, Babahoyo, Los Ríos, mayo – septiembre 2019.</p>	<p>El bajo nivel de conocimiento en educación sexual y reproductiva se relaciona con el embarazo en adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar, Pimocha, Babahoyo, Los Ríos, mayo – septiembre 2019.</p>
Problemas derivados	Objetivos derivados	
<p>¿Cuáles son los conocimientos acerca del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios en adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar?</p>	<p>Determinar cuáles son los conocimientos acerca del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios en adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar.</p> <p>Identificar el origen de la información que las adolescentes de la Unidad</p>	

<p>¿Cuál es el origen de la información que las adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar obtuvieron de educación sexual y reproductiva?</p> <p>¿Cuál es el grado de dificultad para conseguir métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo en adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar?</p>	<p>Educativa del Milenio Simón Bolívar obtuvieron de educación sexual y reproductiva</p> <p>Identificar el grado de dificultad para conseguir métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo en adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar</p>	
--	--	--



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

Cuestionario de conocimientos de salud sexual y reproductiva en madres adolescentes de octavo a décimo año de educación básico de la sección matutina de la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar Pimocha, Babahoyo, Los Ríos, mayo – septiembre 2019

Curso	<input type="text"/>	Numero de encuesta	<input type="text"/>
Edad	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>

1. ¿CUALES SON LOS Cambios biofisiologicos de la adolescencia en la mujer, seleccione con una X los más relevantes?

La piel se vuelve más grasa	<input type="checkbox"/>
Posible acné (debido a las hormonas)	<input type="checkbox"/>
Menstruación	<input type="checkbox"/>
Los brazos engordan	<input type="checkbox"/>
Se inicia la capacidad reproductora	<input type="checkbox"/>
Los muslos y las nalgas engordan	<input type="checkbox"/>
las caderas se ensanchan	<input type="checkbox"/>
Se destacan los pezones	<input type="checkbox"/>
Los genitales se engrosan y oscurecen	<input type="checkbox"/>

2. ¿Cuál es la fuente de la información de temas de sexualidad y reproducción a la que usted acude en busca de respuestas?

Amigos	<input type="checkbox"/>
Padres	<input type="checkbox"/>
Maestros	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>

3. ¿A qué edad tuvo su primer periodo menstrual?

.....

4. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

Edad.....

5. ¿Su primera relación sexual fue de tipo...?

Forzado a tenerla	<input type="checkbox"/>
Mutuo acuerdo	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

6. Si tu respuesta anterior fue "OTRO" ¿Cómo la describirías?

.....

7. ¿Tu pareja violento alguno de tus derechos sexuales?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

8. ¿Usted quedo embarazada en su primera relación sexual?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

9. ¿Cuál fue la razón por la que usted llegó a estar embarazada?

.....

10. ¿Tu pareja era mayor de 18 años cuando apareció el embarazo?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

11. ¿conocía usted que Puede quedar embarazada sin la penetración, como fruto de juegos sexuales?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

12. ¿La eyaculación fue con penetración?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

13. ¿Usted era consciente de las complicaciones del embarazo en adolescentes antes de saber que estaba embarazada?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

14. Cuantos hijos tiene

Uno	<input type="checkbox"/>
Dos	<input type="checkbox"/>
Tres	<input type="checkbox"/>

15. Ha sufrido abortos

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Si su respuesta fue si cuantos

16. ¿Actualmente usted usa algún método anticonceptivo?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

17. ¿En la siguiente escala indique el grado de dificultad para conseguir algún método anticonceptivo?

Muy difícil	<input type="checkbox"/>
Difícil	<input type="checkbox"/>
Neutral	<input type="checkbox"/>
Fácil	<input type="checkbox"/>
Muy fácil	<input type="checkbox"/>

18. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos usted usa?

Abstinencia	<input type="checkbox"/>
Preservativo	<input type="checkbox"/>
Pastillas hormonales	<input type="checkbox"/>
Implantes hormonales	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

19. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos considera el más efectivo?

Abstinencia	<input type="checkbox"/>
Preservativo	<input type="checkbox"/>
Pastillas hormonales	<input type="checkbox"/>
Implantes hormonales	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

20. ¿Alguna vez ha recibido atención médica para guiarle en el uso de métodos anticonceptivos?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

21. ¿Hace cuánto tiempo recibió dicha atención médica?

Meses atrás	<input type="checkbox"/>
Un año atrás	<input type="checkbox"/>
Varios años atrás	<input type="checkbox"/>
No aplica	<input type="checkbox"/>



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

Cuestionario de conocimientos de educación sexual y reproductiva que va dirigida a las adolescentes de octavo a décimo año de educación básico de la sección matutina de la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar Pimocha, Babahoyo, Los Ríos, mayo – septiembre 2019

Curso	<input type="text"/>	Numero de encuesta	<input type="text"/>
Edad	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>

1. Cambios biofisiologicos de la adolescencia en la mujer, seleccione con una X los más relevantes.

La piel se vuelve más grasa	<input type="checkbox"/>
Posible acné (debido a las hormonas)	<input type="checkbox"/>
Menstruación	<input type="checkbox"/>
Los brazos engordan	<input type="checkbox"/>
Se inicia la capacidad reproductora	<input type="checkbox"/>
Los muslos y las nalgas engordan	<input type="checkbox"/>
las caderas se ensanchan	<input type="checkbox"/>
Se destacan los pezones	<input type="checkbox"/>
Los genitales se engrosan y oscurecen	<input type="checkbox"/>

Marque con una X según corresponda

2. ¿Cuál es la fuente de la información de temas de sexualidad y reproducción a la que usted acude en busca de respuestas?

Padres	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>
Maestros	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>

3. ¿A qué edad tuvo su primer periodo menstrual?

Edad	<input type="text"/>
No aplica	<input type="checkbox"/>

4. ¿Cuándo deberían sentarse padre e hijo para tener la "gran charla" sobre el sexo?

Escriba edad.....

5. ¿Es consciente de sus derechos sexuales y reproductivos?

<u>Si</u>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

6. ¿Con que frecuencia se han violentado sus derechos sexuales y reproductivos?

Siempre	<input type="checkbox"/>
Casi siempre	<input type="checkbox"/>
Algunas veces	<input type="checkbox"/>
Pocas veces	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

7. ¿Tu novio es?

Menor de edad	<input type="checkbox"/>
Mayor de edad	<input type="checkbox"/>
No aplica	<input type="checkbox"/>

8. ¿Usted prefiere que su pareja sea alguien mayor de edad?

<u>Si</u>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

9. ¿Alguna vez ha recibido atención médica para guiarle en el uso de métodos anticonceptivos?

<u>Si</u>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

10. ¿Hace cuánto tiempo recibió dicha atención médica?

Meses atrás

Un año atrás

Varios años atrás

No aplica

11. ¿Su primera relación sexual fue de tipo...?

Forzado a tenerla

Mutuo acuerdo

Otro

12. ¿Usted tiene una vida sexualmente activa?

Si

No

13. ¿Cuántas parejas sexuales tiene?

1

2 o más

No aplica

14. ¿Usted usa algún método anticonceptivo?

Si

No

15. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos usted usa?

Abstinencia

Preservativo

Pastillas hormonales

Implantes hormonales

Otro

16. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos considera el más efectivo?

Abstinencia

Preservativo

Pastillas hormonales

Implantes hormonales

Otro

17. ¿Cree que existan riesgos en el embarazo de mujeres adolescentes?

Si

No

18. ¿conocía usted que Puede quedar embarazada sin la penetración, como fruto de juegos sexuales?

Si

No

19. ¿Tiene hijos?

Uno

Dos

20. ¿Ha sufrido abortos?

Si

No

Si su respuesta fue si cuantos.....



RECIBIENDO TUTORÍAS SOBRE NUESTRO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



EN CONJUNTO CON EL DIRECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO SIMON BOLIVAR



REALIZANDO LA ENCUESTA A ESTUDIANTES DE OCTAVO AÑO DE LA UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO SIMON BOLIVAR



REALIZANDO LA ENCUESTA A ESTUDIANTES DE SEGUNDO AÑO DE LA UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO SIMON BOLIVAR



REALIZANDO LA ENCUESTA A ESTUDIANTES DE DECIMO AÑO DE LA UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO SIMON BOLIVAR



REALIZANDO ENCUESTAS A LAS ADOLESCENTES QUE SE ENCUENTRAN EN ESTADO DE GESTACION



IMPARTIENDO CONOCIMIENTOS EN EDUCACION SEXUAL Y REPRODUCTIVA



EXPLICANDOLES A LAS ADOLESCENTE LO IMPORTANTE
DE CONOCER SOBRE TEMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Facultad de Ciencias de la Salud
SECRETARÍA GENERAL



CERTIFICACION

Abg. Carlos Freire Nivelá, Secretario de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Certifica:

Que, una vez cumplidos con todos los requisitos establecidos por la Ley de Educación Superior, Reglamento de Régimen Académico, Estatuto Universitario y Reglamentos Internos, previo a la obtención de su Título de Tercer Nivel, el(la) estudiante: **MENDEZ BENITEZ JUANA JESSENIA** con número de cedula de identidad **1206456269**, de la carrera de **ENFERMERIA** de la **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**, se encuentra **APTO(A)** para el **PROCESO DE DESARROLLO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN O EXAMEN COMPLEXIVO**".

Babahoyo, lunes 3 de junio del 2019

Abg. Carlos Freire Nivelá
SECRETARIO GENERAL F.C.S.





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Babahoyo, 10 de junio del 2019

Lcda.

Marilu Hinojosa Guerrero

COORDINADORA DE TITULACION CARRERA DE ENFERMERIA

FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD

UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

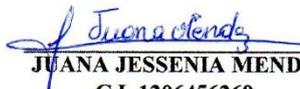
Presente.

De mi Consideración:

Por medio de la presente, nosotras **JUANA JESSENIA MENDEZ BENITEZ**, con C.I. **1206456269** y **NICOLE MISHELLE FERNANDEZ VALAREZO**, con C.I. **0750605727** Estudiantes egresadas de la carrera de **Enfermería** de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, del Proceso de titulación en la modalidad de Proyecto de Investigación, con el debido respeto solicitamos a usted muy respetuosamente se nos asigne tutor, el mismo que debe ser el docente **LIC. ALBAN MENESES CONSUELO**, para iniciar en el proceso e **TITULACIÓN**, periodo **MAYO 2019 A SEPTIEMBRE 2019**.

Espero que mi petición tenga la acogida favorable, anticipa mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente



JUANA JESSENIA MENDEZ BENITEZ
C.I. 1206456269
ESTUDIANTE EGRESADO



NICOLE MISHELLE FERNANDEZ VALAREZO
C.I. 0750605727
ESTUDIANTE EGRESADO


Recibido
10



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



Babahoyo, 2 de julio de 2019

Lcda. Mónica Acosta

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

Presente. -

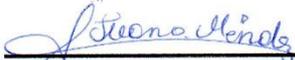
De nuestras consideraciones:

Por medio de la presente, nosotros **FERNANDEZ VALAREZO NICOLE MISHELLE**, con C.I 0750605727 y **MENDEZ BENITEZ JUANA JESSENIA** con C.I.1206456269 egresadas de la Escuela de Salud y Bienestar de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo nos dirigimos a usted de la manera más comedida autorice a quien corresponda se nos facilite un Certificado dirigido Ing. Henríquez Villamar Luisa Magdalena Directora Distrital De Educación para que ella a su vez nos facilite el ingreso a la Unidad Educativa del Milenio Simón Bolívar para poder adquirir datos y que se nos permita realizar una encuesta a los estudiantes de mencionada institución educativa , con el fin de realizar nuestro Proyecto de Investigación para el periodo de titulación de mayo – septiembre 2019 cuyo tema es; **“NIVEL DEL CONOCIMIENTO SOBRE LA EDUCACION SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y SU RELACION CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO SIMON BOLIVAR, PIMOCHA, BABAHOYO, LOS RIOS, MAYO – SEPTIEMBRE 2019”**.

Por la favorable atención a nuestra petición estudiantil, le reiteramos nuestros sinceros agradecimientos.

Atentamente:


FERNANDEZ VALAREZO NICOLE
MISHELLE
C.I.: 0750605727


MENDEZ BENITEZ JUANA JESSENIA
C.I.: 1206456269


DOCENTE TUTOR
LCDA ALBAN CONSUELO

Recibido
2/07/2019
MH54



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Facultad de Ciencias de la Salud
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



Babahoyo, Junio 27 del 2019.

Oficio No. 009/ CARR-ENFER/2019.

ING. HENRIQUEZ VILLAMAR LUISA MAGDALENA.
**DIRECTORA DISTRITAL DE EDUCACION DE LA UNIDAD EDUCATIVA DEL
MILENIO SIMON BOLIVAR.**
Ciudad.-

Reciba un cordial saludo de quienes hacemos la Coordinación de la Carrera de Enfermería de la Escuela de Salud y Bienestar de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En calidad de Coordinadora de la carrera de Enfermería me dirijo a usted de la manera más comedida, para solicitarle autorice el ingreso de las estudiantes:

FERNANDEZ VALAREZO NICOLE MISHELLE **CI: 0750605727**

MENDEZ BENITEZ JUANA JESSENIA. **CI: 1206456269**

Egresados de la Carrera de Enfermería que se encuentran en el Proceso de Titulación Periodo Mayo- Septiembre del 2019, para recabar información de la Institución que acertadamente dirige, la misma que contribuirá en la elaboración del Proyecto de Investigación con el tema: **“FACTORES DE RIESGO Y SU RELACION CON EL CONOCIMIENTO EN SEXUALIDAD Y REPRODUCCION EN ADOLESCENTES, UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO SIMON BOLIVAR, PIMOCHA, BABAHOYO, LOS RIOS, MAYO-SEPTIEMBRE 2019”.**

Con sentimiento de distinguida consideración y por el avance Académico de nuestra Facultad y Escuela.

Atentamente,

Mónica Acosta Gaibor
Lcda. Mónica Acosta Gaibor, MSc.

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA.

/FGA



C.c. Estudiantes
Archivo.

Elaborado por: Lcda. Francia Guerrero

Revisado: Lcda. Mónica Acosta Gaibor

Av. Universitaria Km 2 * Vía Montalvo
E-mail:

Oficio Nro. MINEDUC-CZ5-12D01-2019-02768-OF

Babahoyo, 08 de julio de 2019

Asunto: COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA DE LA UTI SOLICITA A UD. AUTORIZACION PARA EL INGRESO DE DOS ESTUDIANTES EGRESADAS DE PARA RECABAR INFORMACION DE LA UE DEL MILENIO SIMON BOLIVAR PARA LA ELABORACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

Licenciada
Monica Acosta Gaibor
Cordinadora de la Carrera de Enfermeria
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MINEDUC-CZ5-12D01-UDAC-2019-03541-E, del Distrito de Educación 12D01 Baba Babahoyo Montalvo, le comunica que puede coordinar con los directivos de la Unidad Educativa Simón Bolívar para que le provea de la información que requieran.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Ing. Luisa Magdalena Henríquez Villamar
DIRECTOR DISTRITAL (E) DE EDUCACIÓN
12D01-BABAHoyo-BABA-MONTALVO

Referencias:

- MINEDUC-CZ5-12D01-UDAC-2019-03541-E

Anexos:

- 12d01-03541-e.pdf

Copia:

Señora Periodista
Brenda Cecilia Pino Melendez
Analista Distrital de Atención Ciudadana



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Salud y Bienestar
Carrera de Enfermería



INSTRUMENTO PARA LA VALIDACION DEL CONTENIDO

Estimado(a):

Se le solicita que realice la validación del instrumento de recolección de datos que se encuentra adjunto, para lo cual debe marcar con una (X) en cada criterio según su opinión de experto en la materia.

Muchas gracias por su colaboración.

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	Observación
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	/		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	/		
3. Las estructura del instrumento es adecuada		/	
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de las variables	/		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento		/	
6. Los ítems son claros y atendibles	/		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	/		

Sugerencias: *Reforzar la operacionalización de las variables.*

Validado por: <i>Monte Gallego</i>	C.I. <i>1203077902</i>
Profesión: <i>Profesora Enfermera</i>	Firma: <i>[Firma]</i>



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Salud y Bienestar
Carrera de Enfermería



INSTRUMENTO PARA LA VALIDACION DEL CONTENIDO

Estimado(a):

Se le solicita que realice la validación del instrumento de recolección de datos que se encuentra adjunto, para lo cual debe marcar con una (X) en cada criterio según su opinión de experto en la materia.

Muchas gracias por su colaboración.

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	Observación
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.			
3. La estructura del instrumento es adecuada			
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de las variables			
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento			
6. Los ítems son claros y atendibles			
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

Sugerencias:

Validado por: <i>Marilo Henogosa G</i>	C.I. <i>120492656-0</i>
Profesión: <i>Enfermería</i>	Firma: <i>[Firma]</i>



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Salud y Bienestar
Carrera de Enfermería



INSTRUMENTO PARA LA VALIDACION DEL CONTENIDO

Estimado(a):

Se le solicita que realice la validación del instrumento de recolección de datos que se encuentra adjunto, para lo cual debe marcar con una (X) en cada criterio según su opinión de experto en la materia.

Muchas gracias por su colaboración.

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	Observación
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. La estructura del instrumento es adecuada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de las variables	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Los ítems son claros y atendibles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sugerencias:

Validado por: <i>Dr. M. F. C. C. C.</i>	C.I. 0960199743
Profesión: <i>Ma.</i>	Firma: <i>Ma.</i>