



ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

**ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN SOBRE SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES DE
LA UNIDAD EDUCATIVA CIUDAD DEL TENA
OCTUBRE 2015 ABRIL 2016.**

AUTOR: VERÓNICA FERNANDA GAVILÁNEZ TUAPANTA

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

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Riobamba - Ecuador

Diciembre, 2016



ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

**ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN SOBRE SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES DE
LA UNIDAD EDUCATIVA CIUDAD DEL TENA
OCTUBRE 2015 ABRIL 2016.**

**AUTOR: VERÓNICA FERNANDA GAVILÁNEZ
TUAPANTA**

TUTOR: DRA. SOINI GONZÁLEZ GÁMEZ

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

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Riobamba - Ecuador

Diciembre, 2016

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

INSTITUTO DE POSTGRADO Y EDUCACION CONTINUA IPEC

El tribunal de Proyecto de Investigación: ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA CIUDAD DEL TENA OCTUBRE 2015 ABRIL 2016, de responsabilidad de la Doctora Verónica Fernanda Gavilánez Tuapanta, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del Tribunal de Tesis, quedando autorizada su presentación.

DIRECTOR IPEC	_____	_____
DIRECTOR PROYECTO		
DE INVESTIGACION	_____	_____
MIEMBRO DEL TRIBUNAL	_____	_____
DOCUMENTALISTA		
SISBIB ESPOCH	_____	_____

DEDICATORIA

Dedico esta tesis de postgrado a Dios y a mis padres.

A Dios porque ha estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome la fortaleza para continuar en esta dura tarea de postgrado, a mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad.

Además no me cabe duda en dedicarla a todos y todas los que de una forma u otra contribuyeron para la culminación de este trabajo de tesis.

Verónica

AGRADECIMIENTO

A Dios, por bendecir mi camino y por haberme permitido llegar hasta donde he llegado a pesar de los obstáculos que se me han presentado en este trayecto, por hacer realidad mi sueño tan anhelado “El ser una Especialista”.

A mis padres porque han sabido enseñarme a no desfallecer ni rendirme ante nada y ha siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A mi esposo con quien formamos un hogar en un último momento y sin esperarlo; pero supo apoyarme en el seguimiento de mis estudios y ha sabido comprender y darme el tiempo necesario para la culminación de los mismos.

A mi tutora de tesis, Dra. Soini González Gámez por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mi tesis con éxito.

A mis profesores que durante toda la carrera del postgrado han aportado con un granito de arena en mi formación. Gracias a toda la Brigada Cubana quienes con sus consejos, sus enseñanzas y sus experiencias me han brindado más que un aprendizaje también una linda amistad.

Verónica

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN	x
ABSTRACT.....	xi

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema:	5
1.2. Justificación de la investigación:	6
1.3. OBJETIVOS:	9
1.3.1. <i>General:</i>	9
1.3.2. <i>Específicos:</i>	9
1.4. Hipótesis:	9

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	10
2.1 Antecedentes de investigaciones anteriores:	10
2.2 Adolescencia. Conceptos generales.....	12
2.2.1 <i>Etapas de la adolescencia:</i>	12
2.2.2 <i>Cambios del adolescente por etapas:</i>	12
2.2.3 <i>Factores de riesgo en los adolescentes:</i>	13
2.2.4 <i>Factores protectores en los adolescentes:</i>	14
2.3 Pubertad:	14
2.4 Salud:.....	14
2.5 Salud Sexual:.....	15
2.6 Salud Reproductiva:	15
2.7 Salud Sexual y Reproductiva ideal:.....	15
2.8 Acceso a Salud Sexual y Reproductiva:	16

2.9 Derechos Sexuales y Reproductivos:	16
2.10 Diferencias entre Sexo y Género:	16
2.12 Relación sexual:	17
2.13 Sexualidad:	18
2.13.1 <i>¿Con quienes hablan los adolescentes, de sexualidad?</i>	18
2.13.2 Las creencias más frecuentes encontradas en los adolescentes:.....	18
2.14 Embarazo:	19
2.14.1 <i>Embarazos en las adolescentes:</i>	19
2.15 Partos en la adolescente:	20
2.15.1 <i>Factores por las que las adolescentes se embarazan:</i>	20
2.15.2 <i>Depresión en la adolescente embarazada:</i>	21
2.15.3 <i>Factores de Riesgo del embarazo adolescente:</i>	21
2.15.4 <i>Factores protectores de la adolescente embarazada:</i>	23
2.16 Morbilidad perinatal:.....	23
2.17 Impacto de la maternidad adolescente:	24
2.18 Riesgos del hijo de madre adolescente:	24
2.19 Padre adolescente:	24
2.20 Abortos adolescentes:.....	25
2.21 Anticonceptivos:	26
2.21.1 <i>Uso de anticonceptivos:</i>	26
2.21.2 <i>Métodos anticonceptivos:</i>	27
2.21.3 <i>Anticoncepción en la adolescencia:</i>	29
2.21.4 <i>La consulta anticonceptiva dirigida a adolescentes:</i>	30
2.22 Programas hacia la atención a la sexualidad en adolescentes en Ecuador:	30
2.23 Obstáculos en salud sexual y reproductiva para adolescentes:.....	31
2.24 Infecciones de Transmisión sexual (ITS):.....	31
2.24.1 <i>Factores de riesgo para las ITS:</i>	32

2.24.2 <i>Modos de contagio:</i>	32
2.24.3 <i>Actitudes de los adolescentes frente a las infecciones de transmisión sexual:</i>	32
2.24.4 <i>Infecciones de transmisión sexual comportamiento mundial y en Ecuador:</i>	33
2.24.5 <i>Clasificación de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en adolescentes:</i>	34
2.24.6 <i>Prevención de las ITS:</i>	34
2.24.7 <i>Infecciones de Transmisión sexual:</i>	35
 CAPITULO III	
3. DISEÑO METODOLOGICO	38
3.1 Tipo de estudio y diseño de la investigación.....	38
3.1.1 <i>Definición del universo de estudio.</i>	38
3.2 Método	38
3.3 Validación del instrumento.....	39
3.4 Fuentes de información.....	39
3.4.1 <i>Fuentes Directas.</i>	39
3.4.2 <i>Fuentes Indirectas o Secundarias.</i>	39
3.5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	40
3.6 Procesamiento de la información:	46
3.7 Aspectos éticos.....	46
 CAPITULO IV	
4. RESULTADOS.	47
 CAPITULO V	
5. DISEÑO DE PROYECTO DE INTERVENCIÓN	58
5.1 Antecedentes.....	58
5.2 OBJETIVOS	60
5.3 DISEÑO/DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN	60
5.3.1 <i>Diseño y programación</i>	60

5.3.2 <i>Desarrollo</i>	61
5.3.3 <i>Duración</i>	61
5.3.4 <i>Evaluación</i>	61
5.4 METODOLOGÍA	62
5.4.1 <i>Principios inspiradores</i>	62
5.4.2 <i>Principios metodológicos</i>	62
5.4.3 <i>Estrategias metodológicas</i>	62
5.4.4 <i>Herramientas:</i>	62
5.5 Cronograma	63
5.5.1 <i>Plan de Sesión No 1</i>	66
5.5.2 <i>Plan de Sesión No 2</i>	68
5.5.3 <i>Plan de Sesión No 3</i>	69
5.5.4 <i>Plan de Sesión No 4</i>	72
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	75
BIBLIOGRAFIA	
ANEXO 1	
ANEXO 2	
ANEXO 3	
ANEXO 4	

LISTA DE TABLAS

	Páginas
Tabla 1-4: Distribución de adolescentes según edad. Unidad Educativa Ciudad Tena. 47	
Tabla 2-4: Distribución de adolescentes según sexo. Unidad educativa Ciudad Tena.. 48	
Tabla 3-4: Distribución de adolescentes según escolaridad. Unidad educativa Ciudad Tena. 48	
Tabla 4-4: Distribución de adolescentes según fuente de información. Unidad educativa Ciudad Tena..... 49	
Tabla 5-4: Distribución de adolescentes según conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva/Edad. Unidad educativa Ciudad Tena. 50	
Tabla 6-4: Distribución de adolescentes según conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva/Sexo. Unidad educativa Ciudad Tena.. 52	
Tabla 7-4: Distribución de adolescentes según conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva/Escolaridad. Unidad educativa Ciudad Tena. 53	
Tabla 8-4: Distribución de adolescentes según conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva/Fuente de información. Unidad educativa Ciudad Tena..... 55	
Tabla 9-4: Distribución de adolescentes según conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva/Conocimiento de complicaciones del embarazo adolescente. 56	

RESUMEN

El presente proyecto de investigación consistió en el desarrollo de una estrategia de intervención sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes de la Unidad Educativa Ciudad Tena, en el período Octubre 2015- Abril 2016. Se realizó un estudio observacional, de tipo correlacional y de corte transversal. La recolección de la información se realizó a través de una encuesta y validada por 5 expertos a través de criterios de Moriyama. La muestra estuvo constituida por 73 adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión. En el estudio predominaron adolescentes de 17 a 19 años con un 58,9%, de sexo masculino con un 57,5%, de escolaridad segundo año de bachillerato con un 39,7% y que recibieron conocimientos sobre el tema por parte de los maestros con un 34,2%. Presentaron conocimientos inadecuados sobre salud sexual y reproductiva en el grupo de 17 a 19 años con un 46,4%, predominando el sexo masculino con el 45,2% y de segundo año de bachillerato con 32,9%, además del 76,7% de los adolescentes con conocimientos inadecuados el 32,9% recibieron información por parte de los maestros, el 71,2% tuvo conocimientos inadecuados sobre las complicaciones del embarazo y el 5,5% tuvieron conocimientos adecuados. Se concluyó que existió un grado de relación débil y muy débil entre conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y algunas variables sociodemográficas, por lo que se diseñó una estrategia de intervención educativa sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes de la Unidad Educativa Ciudad Tena. Se recomienda aplicar la estrategia de intervención educativa y fortalecer las acciones de prevención y promoción de salud.

PALABRAS CLAVE: < TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS >, < MEDICINA FAMILIAR>, <ADOLESCENTE>, <SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA>, <PROPUESTA DE INTERVENCIÓN>.

ABSTRACT

This research project consisted on the development of an intervention strategy on sexual and reproductive health in teenagers of Unidad Educativa Ciudad de Tena, in the period October 2015 to April 2016. An observational, correlational and transversal study was made. The information was collected through a survey and validated by 5 experts through Moriyama criteria. The sample consisted of 73 teenagers who met the inclusion criteria. In the study predominated teenagers aged 17 to 19 years 58.9%, males with 57.5%, schooling second year baccalaureate, with 39.7% and who received knowledge on the subject by the Teachers 34.2%. They presented knowledge about sexual and reproductive health in the group of 17 to 19 years old with 46.4% predominantly males with 45.2% and second year of high school with 32.9%. In addition to 76.7% of teenagers with inadequate knowledge, 32.9% received information from teachers, 71.2% had inadequate knowledge about pregnancy complications and 5.5% had adequate knowledge. It was concluded that there was a weak and very weak relationship between knowledge about sexual and reproductive health and some sociodemographic variables. Therefore, a strategy of educational intervention on sexual and reproductive health in teenagers of Unidad Educativa Ciudad Tena. It is recommended to implement the strategy of educational intervention and strengthen the actions of prevention and health promotion.

KEYWORDS: <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES>, <FAMILY MEDICINE>, <TEENAGER>, <SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH>, <PROPOSED INTERVENTION>.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el período de la vida en el cual el hombre adquiere la capacidad reproductiva, viajan los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se consolida la independencia económica. (Domínguez, 2016). Según el Dr. Guevara la Organización Mundial de la Salud, divide a la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, pre adolescencia desde los 10 a 14 años y adolescencia desde los 14 a 19 años de edad. (Guevara, 2013. p. 10). Mientras que para Mendoza L y colaboradores, divide a la adolescencia en: Adolescencia temprana o inicial: entre los 10 y 13 años Adolescencia media: entre los 14 y 16 años y Adolescencia tardía: entre los 17 y 19 años (Mendoza L. 2012).

Resulta difícil limitar las edades para esta etapa sin embargo los términos utilizados por algunas organizaciones como la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), incluye a todo hombre y mujer desde su nacimiento hasta los 18 años con el término de “Niños”, por ende los adolescentes están protegidos por la CDN hasta alcanzar los 18 años de edad. Mientras que para el Fondo de las Naciones Unidas en Materia de Población (UNFPA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) limitan a la adolescencia entre los 10 y 19 años de edad, juventud a los de 15 a 24 años de edad y como personas jóvenes a los de 10 a 24 años de edad. (UNFPA, 2009. p. 6).

La adolescencia es la transformación de niño a hombre, de niña a mujer; estos inician en su vida la adquisición de nuevas metas, responsabilidades y experiencias, algunos de ellos suelen poner en práctica los valores enseñados en la familia, en esta etapa se desarrollan habilidades que muchas veces los convierten en adultos de manera muy temprana, como por ejemplo el éxodo del padre por conseguir mejor remuneraciones para su familia hacen que los adolescentes más los hombres quieran ayudar ser también un sustento para el hogar y no una carga más, se sienten con fuerzas suficientes para iniciar un trabajo a tan temprana edad.

Aproximadamente entre las edades de 10 y 11 años de edad las mujeres y los hombres inician transformaciones tanto en su cuerpo como en su carácter; este viaje fascinante

para ellos suele muchas veces resultar confuso, agobiante, pero a veces apasionado y enérgico con muchas curiosidades ya que en esta etapa señalan la búsqueda de su propia identidad y empezar a darle sentido a su vida misma encontrando un lugar en el mundo para ellos donde sean comprendidos, escuchados y donde sean aceptados en la sociedad. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (UNICEF, 2002. p. p. 2-3).

A nivel mundial existen 1.200 millones de adolescentes que oscilan entre las edades de 10 y 19 años de edad. Y que de estos el 88 por ciento de ellos viven en países en desarrollo. En América Latina y el Caribe existen 100 millones de adolescentes entre las edades de 10 y 18 años. (UNICEF, 2002). Mientras que en Ecuador el crecimiento de la población ha sido uno de los cambios mayoritarios ya que a inicios de la primera década del nuevo siglo existían 12'920.092 personas y en la actualidad habitan 15'669.525, el 50% tiene menos de 25 años de edad. La población total estimada en Ecuador para el 2015 es de 16 millones y de estos cerca de 6 millones son niños, niñas y adolescentes; es decir que un 36 por ciento de la población total pertenece a este grupo etario, 1,9 millones están entre 12 y 17 años, lo que se encuentra representado por el 32 por ciento. De esta población 6 de cada 10 adolescentes viven en ciudades y 4 de cada 10 viven en el campo. (INEC, 2014).

La sexualidad, es un aspecto del ser humano que incluye identidad, sexo, placer, erotismo, intimidad, género, reproducción y orientación sexual. Se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas y relaciones interpersonales. Estando influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (Mendoza et. al. 2016). La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1998 la definió como la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual; de tal forma que enriquece y mejora las condiciones de vida y la personalidad, así como la comunicación y el amor. (Camacho, 2015. p 14).

Dentro de las complicaciones más frecuentes encontradas en los y las adolescentes por sus conductas precoces son las relaciones sexuales tempranas y por ende lleva consigo la presencia de los embarazos no deseados al igual que los contagios de enfermedades de transmisión sexual o el más común contagio del VIH/SIDA. Según las Bases de Datos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el año 2013; la tasa de fertilidad en las adolescentes a nivel mundial mide la cantidad de nacimientos por cada 1000 mujeres que

oscilan entre 15 y 19 años; esta situación ocurre más en áreas rurales donde las mujeres se casan y son obligadas a tener hijos en menos de un año uno de estos mayores ejemplos se dan en Países como África Subsahariana, Zimbabwe, Senegal y Colombia donde más de una de cada cinco adolescentes son madres antes de los 15. Las adolescentes pertenecientes a familias pobres son las más propensas a tener un embarazo precoz teniendo así en cuenta en el País vecino, Perú la tasa de maternidad precoz es seis veces mayor en adolescentes de hogares pobres que entre las de hogares ricos. (Population Reference Bureau, 2013).

El embarazo precoz se ha considerado un fenómeno de interés mundial debido a la alta incidencia y complicaciones psicológicas, médicas y socioeconómicas. (Baena, 2012). El embarazo en la adolescencia es un problema de origen multifactorial, que implica complicaciones para la madre, el feto y el neonato. Dentro de los principales factores determinantes se incluye el matrimonio precoz, la violencia sexual, falta de acceso y uso de anticonceptivos. Dentro de las consecuencias se pueden incluir la morbilidad atribuible al poco acceso a la atención prenatal, el parto, atención postnatal y al realizarse abortos inseguros. (OMS, 2011).

A nivel mundial su comportamiento es alarmante por la alta incidencia de estos en algunos países como en Nigeria, donde se dan más de 233 embarazos por cada mil adolescentes, ocupando el primer lugar en el mundo. En Venezuela por cada 1000 embarazadas 91 son menores de 18 años y en Brasil 73 de cada mil embarazadas son adolescentes. (Informe21.com, 2011). En Cuba, en el 2014 existió un incremento alarmante de embarazo precoz registrando una tasa de fecundidad en menores de 20 años de 51.6 por cada mil mujeres, más del 15 % de la fecundidad total del país. (elnuevodiario.com.ni, 2015).

En Ecuador la Ministra Coordinadora de Desarrollo Social, Cecilia Vaca en el año 2014 en su informe laboral del año 2013, manifiesta que el embarazo precoz cae su índice del 60,61% al 56,08% entre las edades de 15 y 19 años pero aumenta las mismas al evidenciarse en adolescentes entre los 10 y 14 años de edad con un 1,98% a 2,16%. Con lo que registra que la caída de estos índices de los embarazos precoces se debió a que más de 1'500.000 familias recibieron atención e información adecuada sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes de 15 y 19 años de edad, la cual tuvo como estrategia el programa Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del

Embarazo de Adolescentes (ENIPLA). (Agencia pública de Noticias del Ecuador y Suramérica, 2015).

El informe del Estado Mundial de la Población 2013 señala que, Nicaragua es el país latinoamericano con el porcentaje más alto (28,1%) de mujeres de 20 a 24 años que informan haber dado a luz antes de los 18 años, una cifra solo superada por países del África Subsahariana. Detrás se sitúa Honduras donde el 26,1% de las mujeres de entre 20 y 24 años reportan haber dado a luz siendo menores de edad, Republica Dominicana (24,8%), El Salvador, Guatemala (24,4%), Ecuador (21%), Bolivia (20%), Colombia (19,7%), Brasil (16%), Haití (15%), Perú (14,4%), Paraguay (13,2%) y Cuba (9,4%). No obstante, la ONU constata que América Latina y el Caribe es la única región donde los partos de menores de 15 años de edad están en aumento y se prevé que siga aumentando levemente hasta el 2030. (DocSalud.com, 2016)

En Ecuador existen más de 7 millones de mujeres, 3´645.167 son madres, de estas 122.301 son adolescentes. El 3,4% de ellas tiene entre 12 y 19 años, el 5,2% son Afroecuatorianas, el 4,3% son indígenas; y el 81,4% de estas madres tiene un hijo, mientras que el 16% ya tienen dos hijos en promedio. El 69,9 % de madres adolescentes se encuentran en la Provincia del Carchi, seguido de la Provincia de Los Ríos con el 68,9%. (El Telégrafo, 2012).

La tasa de nacimientos de madres adolescentes de 10 a 14 años ha presentado un relativo incremento en los últimos años, la más alta 3,08 se registró en el año 2012, mientras que la más baja 1,08 en 1990. En las adolescentes de 15 a 17 años presentó fuertes fluctuaciones, la más alta 62,56 en el año 2012, mientras que la más baja 42,48 en 1990. La tasa específica de nacimientos de madres adolescentes de 17 a 18 años presentó una tendencia a la baja, especialmente en los últimos años, siendo la más baja 103,58 en el año 2013 y la más alta en 1999 con 140,60 (INEC, 2014)

Millones de jóvenes, sobre todo niñas, siguen sin tener acceso a una educación de buena calidad. Una buena educación dota a los jóvenes de los conocimientos y competencias que les permitirán mitigar los riesgos para su salud reproductiva y ejercer sus derechos. La escolarización implica menos probabilidades de mantener relaciones sexuales, tanto en el caso de los niños como de las niñas. Cuanto más larga es la escolarización de una niña, mayores son las probabilidades de que utilice métodos anticonceptivos modernos en caso de mantener relaciones sexuales y menores son los riesgos de un parto

adolescente (Greene et al., 2014; Comisión de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas, 2014).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que a escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado de un 54% en el año 1990 al 57,4% para el año 2014. Enfatizando que en África aumento el uso de un método anticonceptivo del 23,6% a un 27,64%; en Asia de un 60,9% a un 61% y en América Latina y el Caribe del 66,7% a un 67.0%. (OMS, 2015). Mientras que en México según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), en el año 2014 refiere que un 44,9% de las adolescentes entre las edades de 15 y 19 años de edad son sexualmente activas, y declararon no haber usado ningún tipo de método anticonceptivo durante la primera relación sexual. (Boletín de prensa, 2015). El uso de los métodos de planificación familiar en los adolescentes es casi nulo, es por ello que el embarazo precoz es alto tanto en Colombia como en Ecuador según indicadores de nuestro país. (Suntaxi, 2013).

En la Región Amazónica, en el cantón Tena específicamente en la comunidad Eloy Alfaro el embarazo en la adolescencia es más frecuente en familias pobres, en aquellas que tienen menos oportunidades de estudio, no cuentan con la debida información o se viven muchos tabúes debido a su cultura, religión y prácticas sociales; además uno de los métodos anticonceptivos mayormente usados en las familias es la ingesta de infusión de la hoja de aguacate, sin evidencia alguna sabemos que esto es parte de su cultura ya que el 13,9% pertenece a la cultura kitchwa. Ministerio de Salud Pública (MSP, 2015).

1.1.Planteamiento del problema:

El Ecuador registro 122.301 madres que fueron adolescentes según el Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censo (INEC) para el año 2010; y para el año 2011 se habló de 45.708 partos en madres adolescentes, perteneciendo al 55,3% de adolescentes en la Costa Ecuatoriana, seguido del 38,4% la Sierra, el 6,3% a la Región Amazónica y en un menor porcentaje del 0,14% a la región Insular; y que según el número de hijos en dichas madres 37.167 tienen 1 hijo; 7.544 tienen 2; 894 tienen 3 hijos y 103 madres adolescentes tienen más de 4 hijos. (INEC, 2010).

En el Barrio Eloy Alfaro de la ciudad del Tena este problema no escapa a la realidad antes expuesta, de aquí que en el Análisis Situacional de Salud se obtuvo que el embarazo

en la adolescente representó el 67,8 % del total de embarazadas captadas para el año 2014, y para el 2015 aumento el 0,3% es decir el 68,1% lo que se encuentra muy por encima de la media nacional lo que motiva esta investigación, siendo factible y oportuno su realización. (MSP, 2015).

Por lo antes expuesto entonces se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Se podrá a través de esta investigación mejorar los conocimientos de las adolescentes del Barrio Eloy Alfaro sobre salud sexual y reproductiva, con el diseño de una propuesta / estrategia educativa?

1.2. Justificación de la investigación:

Para Jorge Parra, representante en el Ecuador del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), manifiesta *“El padre y la madre trabajan más, y el adolescente tiene menos apoyo familiar. A eso se suma la presión de los medios de comunicación, que establecen una serie de modelos de comportamiento que impulsan a la iniciación sexual temprana”* (El Comercio, 2013). Calvopiña, (2012. p. 28) manifiesta que al empezar un enamoramiento a los 12 años la probabilidad de inicio de una relación sexual es del 91% antes de los 19 años; y si se inicia a los 13 años es de 56%. El inicio de las relaciones sexuales es muy variables entre las personas y sin embargo, la precocidad y la promiscuidad de nuestros jóvenes parece que han ido en aumento. (Royuela, et. al. 2015). La primera relación sexual ocurre tempranamente en el transcurso de los años y mientras más precoz es el primer coito mayor es el número de las parejas sexuales que tienen los adolescentes y por lo tanto los riesgos de embarazos e infecciones de transmisión sexual se multiplican. (Mendoza. L. 2012).

La cultura de los habitantes de la Región Amazónica invade más la creencia sobre lo natural y lo paranormal, en algunas comunidades aun teniendo acceso para la salud no acuden a esta; llevándole a las prácticas como método anticonceptivo la ingesta de infusión de la hoja de aguacate. Y muchos de los hombres de esta región considera a la mujer para el cuidado de sus hijos y la casa, llevándola a si a ser una mujer sumisa sin poder opinar cuantos hijos tener y cuando tenerlos. Para esta región es muy normal

observar adolescentes embarazadas, niñas de 14 años ya con un hijo y embarazadas de nuevo, con parejas distintas y con deserción escolar.

En el Análisis de Situación de Salud realizado en el 2015 en el Barrio Eloy Alfaro perteneciente al cantón Tena, se evidenció que existen 1250 habitantes, 281 familias de las cuales en su distribución poblacional 621 son mujeres y de ellas 235 son adolescentes entre edades de 10 a 19 años; se capturaron 22 embarazos, de estos 15 eran adolescentes (15 y 19 años) es decir que del 100% de embarazos capturados el 68,1% fueron embarazos precoces. Lo que nos llama la atención es que para el año 2014 el Análisis de Situación de Salud, evidenció con una población de caracterización de 333 personas la población adolescente mujeres eran 52 entre los 10 y 19 años y capturaron 28 embarazadas y de este grupo 19 fueron adolescentes entre las edades de 13 y 17 años, es decir que del 100% de embarazos para ese año el 67,8% fueron adolescentes embarazadas; lo que significa que en un año hubo un aumento del 0,3% de embarazos precoces de más edad (15-19 años). Ministerio de Salud Pública (MSP, 2015).

El Barrio Eloy Alfaro su población escolar acude a la Institución educativa más cercana; la Unidad Educativa “Ciudad de Tena” la cual cuenta con áreas de jardín, escuela y colegio para su formación; se escogió realizar un estudio investigativo en esta unidad debido a que hay la asistencia de donde se evidencio embarazadas en las adolescentes para la sección nocturna.

A pesar de que ya existen investigaciones sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes o embarazos precoces este trabajo determinará los conocimientos que tienen los adolescentes ante métodos anticonceptivos, sexualidad, además de saber sobre las complicaciones que tiene un embarazo precoz. Permitiendo así ir a la base de un problema que de hecho es de Salud Pública que no solo se palpa en el Ecuador sino a nivel mundial; tratando así de educar y brindar las posibles soluciones para disminuir un nuevo embarazo en las adolescentes. Además que este estudio será relevante debido a la importancia que dará sobre la prevención de embarazos en esta edad, aportando así una ayuda a la adolescente, a la familia, al colegio y a la sociedad; ya que las orientaciones deben iniciarse desde el centro de estudios y la familia. También será factible dicha investigación por contar con la colaboración de la Institución dándonos una apertura básica para la recolección de datos mediante una encuesta.

Esta investigación permitirá diseñar una Estrategia de Intervención Educativa con un carácter activo, permanente, equitativo y de calidad, a fin de potenciar en los y las adolescentes un mejor conocimiento sobre salud sexual y reproductiva además de brindar información sobre dónde y con quién acudir, satisfaciendo así sus necesidades y un mejor enfrentamiento ante la sociedad en la que se vive con la disminución a la deserción escolar y el embarazo precoz. Tratando de garantizar la capacidad de elegir de manera libre y responsable la elección de cuándo y cuantos hijos tener.

1.3.OBJETIVOS:

1.3.1. General:

Diseñar una Estrategia de Intervención sobre Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes de la Unidad Educativa Ciudad Tena en el período Octubre 2015- Abril 2016.

1.3.2. Específicos:

2. Caracterizar la población según variables sociodemográficas.
3. Determinar los conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la Unidad Educativa Ciudad de Tena.
4. Identificar la relación entre conocimientos sobre Salud sexual y Reproductiva y algunas variables sociodemográficas.
5. Diseñar una Estrategia de Intervención sobre Salud Sexual y Reproductiva en los adolescentes de la Unidad Educativa Ciudad de Tena.

1.4.Hipótesis:

Existirá relación entre conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes de la Unidad Educativa Ciudad de Tena y las variables sociodemográficas seleccionadas.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Después de haber realizado una amplia revisión bibliográfica sobre el tema se encontraron varios estudios similares a este.

2.1 Antecedentes de investigaciones anteriores:

En América Latina la educación sexual se encuentra descrita como la reproducción humana y sus órganos masculinos y femeninos, métodos de anticoncepción, abortos, embarazo en adolescentes e infecciones de transmisión sexual, existen diversos estudios donde han emitido campañas de prevención de embarazos en la adolescente y VIH/SIDA. Sin embargo campañas sobre educación sexual y reproductiva son muy pocos. En Ecuador son escasos los estudios realizados sobre conocimientos de la salud sexual y reproductiva en adolescentes, sin embargo se escogió dos con temas similares:

Tema 1: Salud sexual y reproductiva con enfoque de género, en jóvenes adolescentes del primer año de bachillerato “B” del Colegio Consejo Provincial del Carchi, Abril – Diciembre 2013.

Autores: Arteaga Delia, Rosero Mayra.

La adolescencia es una etapa de mucha vulnerabilidad donde se observa: embarazos no deseados, matrimonio precoz, exposición a abortos, infecciones de transmisión sexual, se conoce que la adolescencia es una etapa comprendida entre los 10 a 19 años. La investigación es de tipo cualitativo, con enfoque investigativo acción participación donde la población fue de 16 estudiantes, estuvo conformada tanto por hombres como mujeres, se trabajó con actividades destinadas a obtener información como: mural, buzón y entrevistas personales. De estas técnicas se logra obtener como resultados que la mayor parte de los estudiantes vienen de hogares funcionales, además es con los padres con quienes tratan de temas relacionados con sexualidad, indican que la Institución Educativa solo a veces hablan de este tema y que la actitud de ellos ante estos temas es inmadura. En lo que respecta a instituciones donde se pueda hablar sobre temas de sexualidad los estudiantes manifestaron que no sabían de estos y que les daba recelo ya que es incómodo hablar de estos temas a una persona adulta, pero que consideran que serían buenos estos lugares para tener más orientación.

Conclusión:

La adolescencia se considera como grupo vulnerable a nivel mundial, lo que se nos es necesario capacitar tanto a los docentes como en la familia sobre temas de salud sexual y reproductiva dejando de lado las creencias y con el debido respeto ante las ideologías de la familia religiosa, se debe informar además a los adolescentes sobre programas de sexualidad que existe a su disposición ya que desconocían estas instituciones, siendo una población que se mantiene al día con la tecnología, podrían tener una conversación en vivo sobre estos temas, en lugar de buscarlos en áreas cibernéticas con informaciones erróneas. Por lo que se sigue considerando con este estudio la aplicación de una estrategia interactiva educacional.

Tema 2: “Impacto de una estrategia educativa en los conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes del Colegio Nacional Experimental Salcedo de la parroquia San Miguel del Cantón Salcedo en el periodo Agosto 2014 – Enero 2015”.

Autores: González Sandra.

El objetivo del trabajo consistió en implementar una estrategia de intervención educativa sobre anticoncepción en adolescentes para elevar el nivel de conocimientos, el universo estuvo conformado por 904 adolescentes entre 13 y 19 años de los cuales se tomó como muestra 270, se aplicó la estrategia de intervención educativa obteniéndose que la mayoría de los adolescentes fueron de 14 y 16 años con nivel de escolaridad del secundaria con un factor de riesgo importante como es la pareja inestable. Existe un número elevado de adolescentes que no usa ningún método anticonceptivo su principal fuente de información fueron los amigos.

Conclusión:

Ante dicho estudio se mantiene que la capacitación sobre salud sexual y reproductiva dirigida a los adolescentes es esencial ya que como se evidencio la mayoría de los adolescentes tienen una pareja inestable y no usan ningún tipo de anticonceptivos, siendo que la mayoría están en la etapa intermedia de la adolescencia (14 y 16 años) considerando este riesgo se debería aplicar la estrategia de intervención educativa para aumentar los conocimientos ante dicho riesgo.

2.2 Adolescencia. Conceptos generales.

No existe una definición de adolescencia aceptada internacionalmente, sin embargo las Naciones Unidas establecen que los adolescentes son personas con edades comprendidas entre 10 y 19 años. Aun cuando el término “adolescentes” no figura en los convenios, las declaraciones ni los tratados internacionales, todos ellos tienen derechos a la Declaración Universal de los Derechos Humanos. (UNICEF, 2011). Adolescencia proviene del latín *adolescens*, *adolescentis* y significa ‘que está en período de crecimiento, que está creciendo’. Frecuentemente se confunde con *adolecer* cuyo significado es ‘tener o padecer alguna carencia, dolencia, enfermedad’. Para algunos autores como Dina Kraupskopf, 1995 y Marcelo Viñar la adolescencia es una etapa de transformaciones desde los cambios físicos a los cambios de identidad; esta es una etapa donde se alcanza algún logro, meta o se fracasa. (Pasqualini, 2010. pp. 25 y 27).

2.2.1 Etapas de la adolescencia:

Para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) 2014; la adolescencia está comprendida entre los 10 y 19 años, donde es una etapa en la cual surgen cambios biológicos como el crecimiento, capacidad de reproducción por la maduración de sus caracteres sexuales primarios y secundarios; cambios psicológicos como la adquisición de un pensamiento abstracto y cambio social por ser ya parte de una pertenencia grupal. (MSP, 2014). Mientras que Gaete, (2015) clasifica a la adolescencia en 3 etapas:

- Adolescencia temprana (10 – 14).
- Adolescencia mediana (14-17).
- Adolescencia tardía (17 – 19).

2.2.2 Cambios del adolescente por etapas:

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2016; en la etapa de la adolescencia la salud y el desarrollo están relacionados en sí; tanto por sus cambios físicos como cambios psicosociales y cognitivos, que hacen de esta edad muy característico por lo que se lo estudia de una manera integral. (OMS, 2016). Fontiveros, 2016 define a la adolescencia, según la cronología desde los 10 a 19 años y según el desarrollo psicosocial que va desde los 12 a 21 años, por esta razón es importante que el adolescente busque estar despojado, escuchar canciones, disfrutar de diálogos privativos. (Fontiveros, 2016)

Cannoni manifiesta que el adolescente en etapa temprana (10 a 13 años) transita desde la ansiedad por los cambios físicos iniciales a la conformación de su propia imagen física; la adolescencia media (14 a 16 años) surge un logro por la experiencia sexual y en la adolescencia tardía (17 a 19 años) ya prevalece las relaciones íntimas. (Cannoni, 2015). En cambio para Diz, los adolescentes de 12 a 14 años hacen más difícil el trato con sus padres, existe mayor confrontación y celo, su carácter es variable, pertenecen a clubes, pandillas; en la adolescencia media de 15 a 17 años desean volverse independientes, visten más a la moda, se realizan tatuajes, piercing, optan por conductas de riesgo como el consumo de alcohol y drogas y a los 18 a 21 años hay un mejor apego familiar y mejor estabilidad con la pareja. (Diz, 2013).

Una de las más significativas transiciones que sufren las adolescentes es la presencia de la primera menstruación la cual se llama “menarquia” el cual ocurre entre los 10 a 14 años el 95% de las adolescentes habrá tenido su menarquia hacia los 15. (Pinheiro, 2016). Los hombres entre los 10 y 16 años inician su pubertad caracterizándolos con la presencia de una erección cuando están durmiendo, su ropa interior o cama pueden estar húmedos por la mañana a lo cual es espontaneo y se llama “sueños húmedos” (Kliegman, 2016).

2.2.3 Factores de riesgo en los adolescentes:

Para Riera, factor de riesgo es considerado como efectos que tiene altas posibilidades de causar daño para él o la adolescente y para el los factores de riesgo frecuentemente encontrados son; la deserción escolar, las familias disfuncionales, los accidentes, el embarazo no deseado, el consumo de alcohol y drogas, enfermedades de transmisión sexual, situaciones ambientales insalubres poco seguras, desigualdad de oportunidades. (Riera, 2014).

Para Kliegman a los factores de riesgo en los adolescentes los clasifica de acuerdo al comportamiento:

- Fumar causa depresión y otros problemas de salud mental, en la escuela o la familia existe una dificultad para la comunicación, existe bajo rendimiento escolar, y la compañía de más amigos que fumen.
- El uso de drogas y alcohol causa baja autoestima, por lo general existe un fácil acceso de la familia por el alcohol.

- El embarazo adolescente como riesgo considera a la privación, las bajas expectativas educativas, falta de acceso a servicios de salud sexual.
- Infecciones de transmisión sexual son consecuencias del abuso de sustancias y alcohol. (Kliegman, 2016).

2.2.4 Factores protectores en los adolescentes:

Corona, clasifica a los factores protectores según sus áreas es decir;

- Para el individuo, descubrir sus destrezas sociales, espiritualidad, religiones, autoeficacia, una adecuada autoimagen, un buen provecho académico;
- Por parte de los pares, no tener conductas de riesgo como alcoholismo o drogadicción; en la familia con la presencia de los dos padres, confianza por lo menos con uno de ellos, percepción de altas posibilidades académicas;
- En el colegio, tener un ambiente pedagógico accesible, efectivo y consejero.
- En la comunidad, tener espacios libres y disponibles, sectores seguros, disponibilidad de empleos, acceso a los servicios de salud. (Corona, 2011).

2.3 Pubertad:

Cervio, 2012 diferencia la adolescencia de la pubertad y manifiesta que la primera se trata de un producto social mientras que la pubertad define a los cambios biológicos que experimentan a esta edad; es por eso que a los adolescentes se los llama también púberes. (Cervio, 2012 p. 29).

2.4 Salud:

Para Kornblit, 2000 refiere que no es lo mismo la salud para un docente, médico, abogado, etc.; las diversas respuestas que estos nos darían serán diferentes debido a las etapas de la vida, la formación profesional de cada uno de ellos, y su pasaje sociocultural. (Kornblit, 2000). Es por eso que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), da un concepto general y define a la salud como “*el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad*”. Por lo que para cada uno de los individuos la salud no solo es necesario no padecer de alguna enfermedad o malestar, sino también que debemos de estar bien con nosotros mismos de manera espiritual, con la familia y con la sociedad, el poder contar con un buen estado nutricional, educación,

vivienda adecuada y adquirir una buena atención médica en sus diversos servicios. (UNFPA, 2007).

2.5 Salud Sexual:

Según Rengifo (2012), la OMS define a la salud sexual como “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”. (Rengifo, 2012). Para Riera, (2014) trata a la salud sexual como una aproximación de manera respetuosa a las relaciones sexuales y la sexualidad estas deben ser placenteras, seguras, sin violencia y libres de sujeción; y para que esta se mantenga se debe reconocer, respetar y proteger los derechos sexuales de todas las personas. (Riera, 2014. p. 608).

2.6 Salud Reproductiva:

El concepto de salud reproductiva hace referencia específicamente a los aspectos procreativos de la relación de la pareja (Rengifo, 2012). Para el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), “*la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social. Es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo*”. (UNFPA, 2010).

2.7 Salud Sexual y Reproductiva ideal:

Estivalis, manifiesta que la instrucción sobre salud sexual y reproductiva tiene que suministrar una formación con el fin de mejorar las prácticas mediante experiencias de los adolescentes en relación con su cuerpo y sus creencias sobre la situación reproductiva, lo que hace esencial si deseamos abordar temas como el embarazo precoz; los adolescentes pretenden saber que tienen información adecuada, pero escasean de conocimientos por esta razón, la educación hacia la salud sexual y reproductiva debe establecerse en zonas y prácticas de encuentro. (Estivalis, 2014). Mientras para Larrañaga, 2014 manifiesta que para una salud sexual y reproductiva lo ideal será basado en el respeto mutuo, el compromiso y su aprobación hacia una conducta sexual y sus efectos en los adolescentes. (Larrañaga, 2014).

2.8 Acceso a Salud Sexual y Reproductiva:

“La misma capacidad de todas las personas en función de su necesidad de recibir la información adecuada, la detección, el tratamiento y el cuidado de las Naciones Unidas de manera oportuna, a través del curso de la vida reproductiva, que asegurará su capacidad, independientemente de su edad, sexo, clase social, lugar de residencia o etnicidad a: decidir libremente cuántos y cuándo tener hijos y para demorar o impedir el embarazo; concebir, suministrar de forma segura, y criar hijos sanos, y manejar los problemas de infertilidad; prevenir y gestionar tratar infecciones del aparato reproductor y las infecciones sexualmente se transmitían incluyendo VIH / SIDA, y otras afecciones del aparato reproductor, como el cáncer; y disfrutar de una relación sexual sana, segura y satisfactoria que contribuye a la mejora de la vida y las relaciones personales ”. (Rodríguez y Perpetuo, 2011. p. 13.).

2.9 Derechos Sexuales y Reproductivos:

Para Benetti, la OMS dicta como derechos sexuales a todos los derechos humanos internacionales con asientos hacia la independencia, equidad y mesura para todo ser humano; esto implica tener derecho a la libertad sexual, a la autonomía e integridad sexual, derecho a la privacidad, equidad, expresión sexual y tener derecho a una educación sexual que sea comprensiva. (Benetti, 2011). Sánchez, 2015 refiere que los derechos reproductivos se basan en que todas las parejas e individuos deben decidir de manera libre y responsable el número de hijos de desea tener, así como es espaciamiento entre los nacimientos y cuando tener hijos. (Sánchez, 2015. p. 65).

2.10 Diferencias entre Sexo y Género:

Vargas, 2013 define sexo a las diferencias orgánicas entre hombre y mujer, el reconocimiento de que solo exista dos géneros ya no es un testimonio existente sino una edificación social. (Vargas, 2013). Mientras que Género se define al conjunto de expresiones fenotípicas que se ven en el lapso de la vida, y estas dependerán de factores biológicos, psicológicos, ambientales y sociales. (Bianco, et. al. 2013). Es decir que la adquisición de valores, actitudes y características biológicas que obtendrán hombres y mujeres.

2.11 Identidad de género y Orientación Sexual:

Benetti, define a la identificación de cada persona hombre y mujer, lo que permite organizarse y comportarse socialmente en relación a su propio sexo. Mientras que Orientación sexual es la formación delimitada de la pasión es un lazo emocional de cada persona en relación al género de la pareja en la actuación sexual. (Benetti, 2011). Es decir que de la manera más común como se sienta la persona en cuanto a lo emocional y sexual se acercara a diversos sexos o mismo sexo; pueden ser heterosexuales cuando se siente atraído por el sexo opuesto, homosexual cuando es por el mismo sexo y bisexual cuando se sienten cautivados por los dos sexos.

2.12 Relación sexual:

Es la unión física entre dos personas con el fundamento de recibir o emitir un goce sexual, exaltación sexual con o sin eyaculaciones y con o sin desenlaces reproductivos. (Mendoza, et. al. 2016). Para González, et. al; los adolescentes que tienen padres o muy justos o muy permisibles tienen más posibilidad de iniciar un acto sexual que aquellos que tienen padres discretamente rectos y las adolescentes que tienen madres que trabajen fuera del hogar tienen más ocasiones de encuentros sexuales en su propio domicilio. (González, et. al, 2013).

Canonni, et. al, manifiesta que se debe entender bien las conceptualizaciones debido a que los adolescentes asumen que tener sexo oral o anal no lo consideran tener relaciones sexuales, ya que mantiene aún su virginidad y no existe un embarazo, convirtiéndose así una fuente de infección de enfermedades de transmisión sexual; para el mismo autor en un estudio realizado en EEUU mostro que el 84% de las adolescentes han tenido caricias genitales, el 71% han practicado sexo oral, el 16% sexo anal, y aún se consideran vírgenes. (Canonni, 2015).

Ríos, et. al, 2016 manifiesta que en América Latina y el Caribe el inicio de una relación sexual es en hombres 15 años y en mujeres antes de los 15 años. Y en un estudio realizado en Venezuela mostro que el 84% de los adolescentes iniciaron su vida sexual antes de los 15 años y el 64,1% mantuvieron una relación inestable. (Ríos, et. al. 2015). En Ecuador según un estudio los adolescentes han tenido relaciones sexuales antes de los 17 años con una edad promedio de 14,6 – 14,8 años. (UNFPA, 2015).

2.13 Sexualidad:

Para Peñaloza la sexualidad la considera como el conjunto de conductas que conciernen la satisfacción de la necesidad y el deseo sexual, con fines reproductivos. (Peñaloza, 2013). Mientras que Dávila, 2015 trata a la sexualidad como una experiencia y no solo como la importancia de sensaciones físicas, sino también emocionales, sentimentales y construir vínculos con los demás. (Dávila, 2015. p. 7).

2.13.1 ¿Con quienes hablan los adolescentes, de sexualidad?

Parajeles, refiere que en una encuesta realizada en México señaló a que los hombres hablan más de sexualidad con la familia y los centros formativos, mientras que las mujeres por medio del grupo de pares o medios periodísticos más sonados. (Parajeles, 2012). Actualmente los adolescentes cuentan con información sesgada y escasa sobre sexualidad lo que se convierten en creencias o mitos que en su gran mayoría existe en los adultos los que van transmitiendo de generación en generación. (Osorio, 2013). Salmerón manifiesta que los conflictos que con más periodicidad encuentran los adolescentes es el acceso a búsquedas inadecuadas sobre todo contenidos pornográficos, el quebranto de intimidad, el reemplazo de identidad, los fraudes monetarios en la familia y la adicción a las pantallas hacen que reciban una mala información asociándose a comportamientos riesgosos. (Salmerón, 2014). La base fundamental para una buena información o educación sexual es la familia, mediante acciones, conversaciones y actitudes combinadas con valores morales y buenas conductas practicadas por los propios padres consideraran a la sexualidad y sexo como prácticas responsables.

2.13.2 Las creencias más frecuentes encontradas en los adolescentes:

Para Mirta, 2011 manifiesta que unas de las creencias más frecuentemente encontradas en los adolescentes es que en la primera relación sexual las mujeres no pueden quedar embarazadas; si no hay eyaculación dentro de la vagina tampoco puede haber un embarazo; los lavados vaginales después de un acto sexual ayudan a prevenir un posible embarazo, con condón no se tiene el mismo placer sexual, las pastillas producen infecundidad y engordan. (Mirta, 2011. p. 26). Creencias erróneas que como refería Osorio todas son información que van de generación en generación, la cual pone en peligro a este grupo poblacional tomando decisiones riesgosas.

2.14 Embarazo:

Gutiérrez manifiesta que la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), 2007 define al embarazo como la parte de un proceso de la reproducción humana que inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. (Gutiérrez, 2010). Mientras que para Menéndez, el embarazo se define según la OMS como el inicio desde la implantación del blastocito a la pared del útero hasta el final de la implantación donde se inicia la nidación, lo que ocurre en 12 a 16 días. (Menéndez, 2012).

2.14.1 Embarazos en las adolescentes:

Menéndez, define al embarazo en la adolescente cuando se presenta en el inicio de la edad fértil y el final de la etapa adolescentes según la OMS lo establece entre las edades de 10 y 19 años. (Menéndez, 2012). Para los autores Nieto, et, al.; un embarazo en esta etapa es un hecho biopsicosocial el cual se considera muy importante por los peligros que trae consigo tanto para la madre como para el hijo lo que puede tener dificultades de manera definitiva para el futuro tanto en lo biológico como en lo social y psicológico. (Nieto, et. al. 2012). Muiños, 2015 define al embarazo en la adolescente según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como aquella que se muestra antes de que los padres hayan descubierto la suficiente razón emocional para asumir el rol de la procreación. (Muiños, et. al. 2015).

La Organización de Naciones Unidas (ONU) manifiesta que los niveles actuales de fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe ocupan el segundo lugar después de África Subsahariana y en un informe del Estado Mundial de la Población en el 2013 refiere a Nicaragua con el 28,1% de mujeres que ya tienen un hijo antes de los 18 años, convirtiéndose en el país latinoamericano con la proporción más alta; detrás se dispone Honduras 26,1%; República Dominicana 24,8%; El Salvador y Guatemala con igual porcentaje 24,4%; Ecuador 21%; Bolivia 20%; Colombia 19,7%; Brasil 16%; Haití 15%; Perú 14,4% y Cuba 9,4%. (DocSalud.com, 2013).

A nivel del territorio Andino, el Ecuador es el país con la tasa más alta de embarazo en la adolescencia, el 46,5% de las madres a nivel nacional han tenido ya un hijo antes de los 19 años; en la última década se ha evidenciado un aumento de embarazos precoces a

nivel nacional 74% entre niñas de 10 a 14 años y 9% entre los 15 y 19 años. Cuidado de la Salud Reproductiva para Adolescentes Enmarcado en la Comunidad. (CERCA, 2013).

2.15 Partos en la adolescente:

Los partos en adolescentes a nivel mundial la UNFPA, 2013 refiere que de 13,1 millones de partos que ocurren en el año son en adolescentes entre los 15 y 19 años, 680.000 son en países desarrollados como EEUU donde la tasa de natalidad es más alta, en el 2011 para este mismo país registro 329.772 partos en adolescentes entre 15 y 19 años; el 95% de los partos adolescentes ocurre en países en vías de desarrollo, y 2 millones de partos son en menores de 15 años, en otros países desarrollados como en África Occidental y Central ocurre el 6% antes de los 14 años, y Europa Oriental y Asia el 0,2%. (UNFPA, 2013).

En Ecuador en el 2011 se registró 45708 partos de madres adolescentes del cual 96,59% fue en mujeres entre 15 y 19 años y el 3,41% entre 10 y 14 años. (CERCA, 2013). La UNFPA Ecuador, en el 2013 registro que del total de egresos hospitalarios 2669 fueron partos adolescentes y de estos el 0,4% fueron de 10 a 14 años. (UNFPA. Ecuador, 2013).

2.15.1 Factores por las que las adolescentes se embarazan:

Rodríguez, 2013 manifiesta que las adolescentes se embarazan debido a:

- Menarca precoz.
- Inicio precoz de las relaciones sexuales.
- Falta de educación escolar.
- Inexperiencia sobre la sexualidad.
- A nivel escolar no emiten materias de educación sexual.
- El no uso de un método anticonceptivo.
- Problemas en casa.
- Violaciones. (Rodríguez, et, al. 2013)

Según Marín, 2015 muchas de las adolescentes buscan un embarazo debido a:

- Necesidad de salir de la dinámica familiar y tener una mayor aceptación en la sociedad de adultos;

- Tener un reencuentro con la madre, ya que la adolescente pierde la atención de la misma.
- Vivencia familiar por igual es decir la abuela, la madre y hermanas mayores han tenido el primer hijo antes de los 20 años. (Marín, 2015. p. 109)

2.15.2 Depresión en la adolescente embarazada:

Un embarazo en la adolescente se considera una crisis tanto para la adolescente como para la familia ya que empieza un cambio físico, emocional y social que suelen alterar su vida, según manifiesta Cancino, 2015; por lo que conlleva a desencadenar un factor estresante ya que pudiera ser rechazada ante el medio, inicia sentimiento de culpabilidad y sensación de fracaso ya que limita sus capacidades estudiantiles. (Cancino, 2015). Para Ávila, 2014 los síntomas más frecuentes de la depresión en el embarazo es la tristeza sin explicación, decaimiento, insomnio, disminución del apetito, ideas o pensamientos suicidas, debido a cambios hormonales, problemas con el conyugue o el saber que es considerada como un embarazo de alto riesgo, en el Ecuador no existe datos estadísticos sobre depresión en embarazo adolescente pero en América Latina si y refiere Ávila que el 40% presentan depresión hasta un año después del parto. (Ávila, 2014. p 27).

2.15.3 Factores de Riesgo del embarazo adolescente:

Según la OMS, manifiesta que las adolescentes menores de 16 años corre el riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años y la tasa de mortalidad de los neonatos es el 50%. (OMS, 2014). Además Rodríguez, trata a las complicaciones de un embarazo precoz de manera:

- Biológica: Trastornos digestivos, anemia, metrorragias, infecciones urinarias, abortos espontáneos, amenaza de parto Pretérmino, pre eclampsia – eclampsia, bajo peso al nacer, desproporción cefalopélvica, parto prolongado, presentaciones fetales distócicas, ruptura prematura de membranas. (Rodríguez, 2013). Para Vallejo, 2013 los desgarros genitales, la anemia, la endometritis y la desnutrición son los mayores riesgos en el embarazo precoz. (Vallejo, 2013. p. p. 67 - 68).
- Cultural: Menéndez, et. al. 2012 refiere que según la cultura que se practique en diversos países se desarrollara un embarazo precoz, como en el África Subsahariana el embarazo en la adolescente se celebra ya que es la prueba de fertilidad y en el Continente Indio el matrimonio en las adolescentes está

permitido y se conoce como matrimonio infantil y esta es apreciada por las familias. (Menéndez, et. al. 2012).

- Psicosocial: falta de atención prenatal, deserción escolar, estado de depresión o soledad, limitación ante el estudio, situación monetaria desfavorable, sobrecarga familiar, desarrollo cultural bajo, promiscuidad, hacinamiento, violaciones, agresión sexual. (Rodríguez, 2013).

A todo esto se suma la migración de los padres, familia con embarazos precoces (abuela, madres, hermana), escasa accesibilidad hacia los sistemas de salud, consumo de alcohol y drogas, existencia de machismo el cual haga que no le permita el uso de un método anticonceptivo. (Mendoza, et. al. 2016). La UNFPA, manifiesta que la madre adolescente pasa bajo el mando del marido, con lo que se persiste y fortifica la impotencia, sigue el curso de diferencia de género y el sometimiento. (UNFPA, 2013. p.p. 24).

Para Cancino, 2015 clasifica a los riesgos del embarazo precoz por periodos de gestación:

- En la primera mitad del embarazo es más frecuente los abortos, anemia, infecciones de vías urinarias y la bacteriuria asintomática.
- En la segunda mitad del embarazo existen los cuadros hipertensivos, hemorragias por patología placentaria, malnutrición materna, parto pretermino, desproporción cefalopelvica, rotura prematura de membranas, desarrollo incompleto de la pelvis ósea de la madre, trabajo de parto prolongado. (Cancino, 2015).

Mientras que para González, 2015 trata al embarazo en la adolescente según la característica social y cultural como:

- Sociedad Represiva: Considera al área sexual como un peligro, hacen principios de miedo, temor, culpa, anima la virginidad al matrimonio.
- Sociedad Restrictiva: Delimita la sexualidad separando desde niños por sexo, fomenta la castidad y da al hombre mayor libertad, esta es la más frecuente a nivel mundial.
- Sociedad Permisiva: Trata temas de sexualidad de manera abierta pero con restricciones hacia la homosexualidad, permite relaciones formales entre los adolescentes, este tipo de sociedad existe más en países desarrollados.

- Sociedad Alentadora: Permiten las relaciones sexuales como una parte vital para el ser humano, considera que las relaciones sexuales precoces hacen madurar al individuo, la adolescencia lo celebran con rituales religiosos, no se permite la insatisfacción sexual. Es frecuente encontrar este tipo de sociedad en África Ecuatorial, Polinesia y algunas áreas del Pacífico. (González, 2015. p. p. 20 – 21).

2.15.4 Factores protectores de la adolescente embarazada:

En la actualidad según la UNFPA, 2013 declara que en:

- Jamaica: Una fundación gubernamental permite que las adolescentes embarazadas continúen su educación y regresan a la escuela después de dar a luz.
- Ucrania: El incremento del acceso de los adolescentes a los anticonceptivos redujo los abortos en dos tercios.
- India: Un programa de educación práctica para la vida para jóvenes casadas provocó un aumento del uso de anticonceptivos.
- Egipto: Los espacios adaptados para las niñas que combinan programas de alfabetización, capacitación práctica para la vida y recreación cambiaron las percepciones de las niñas acerca del matrimonio temprano.
- Kenya: Los uniformes escolares gratuitos aumentaron las matriculaciones, redujeron las tasas de deserción escolar, bajaron la tasa de embarazos en un 17%. (UNFPA, 2013).

Si una adolescente se embaraza existe la deserción escolar, no surge un empleo por su baja escolaridad inicia el ciclo de pobreza, por lo que lo más recomendable será disminuir las deserciones escolares y concientizar el uso de un método anticonceptivo.

Baena, manifiesta que terminar con la cultura machista es una estrategia importante, para esta problemática mundial, además del fortalecimiento de las relaciones familiares, modelo de experiencias negativas para la adolescente y asumir la paternidad adecuada y responsable serán sus factores protectores. (Baena, 2012).

2.16 Morbilidad perinatal:

Las muertes maternas en madres menores de 15 años tienen un riesgo de dos veces mayor que las madres de mayor edad. A nivel mundial ocurren 70.000 muertes en adolescentes en todas las etapas debido a complicaciones del embarazo y el parto. (UNFPA, 2013).

En el Ecuador se registró en el año 2009, 208 defunciones maternas de las cuales 26 fueron madres adolescentes con un porcentaje del 12,5%, y para el 2011 hubieron 3279 muertes neonatales de estos el 18,68% fueron hijos de madres adolescentes, el 17,59% adolescentes en etapa tardía y el 1,1% adolescentes en etapa temprana. (CERCA, 2013).

2.17 Impacto de la maternidad adolescente:

Para Ávila, manifiesta que el riesgo de muerte y enfermedades es 5 veces más en las adolescentes de 10 y 14 años, estas mueren a causa del embarazo o en el parto; estas adolescentes sienten oportunidades perdidas ya que hay abandono escolar, menoran sus ingresos económicos y se dedica al cuidado de sus hijos; a más temprana edad inicia un embarazo mayor número de hijos tendrán a futuro. (Ávila, 2014).

2.18 Riesgos del hijo de madre adolescente:

Los hijos de madres adolescentes suelen tener riesgos esenciales como la baja escolaridad, pobreza, maltrato infantil. (Rodríguez, 2013). Vallejo, 2013 en cambio se enfatiza en que la mortalidad infantil de madres adolescentes duplica o triplica a la de los neonatos de madres mayores de 20 años; la asfixia neonatal moderada y severa es otro de los mayores riesgos después de la mortalidad, las malformaciones es más frecuente encontrar en niños de madres adolescentes menores de 15 años con el 20% siendo las anomalías en el cierre del tubo neural las más concurrentes. (Vallejo, 2013). Rosales, 2013 la dificultad respiratoria del recién nacido y APGAR bajo son las complicaciones más frecuentes en el hijo de madre adolescente. (Rosales, 2013). Rionaula, 2014 refiere que los peligros como accidentes en casa, heridas y quemaduras son altas debido a que las madres desconocen sobre el crecimiento y desarrollo infantil. (Rionaula, et. al. 2014). Cancino, 2015 manifiesta que los hijos de madres adolescentes el 80% son hospitalizados por desnutrición grave, ya que es un ser desarrollado bajo la dependencia de otro ser que aún no ha terminado de desarrollarse. (Cancino, 2015). Mientras que para Mendoza, los riesgos son el bajo peso al nacer, recién nacido Pretérmino, sepsis, sífilis congénita, mortalidad. (Mendoza, et. al, 2016).

2.19 Padre adolescente:

Cañón, 2016 define a padre adolescente cuando ha sido padre antes de los 21 años de edad; no existen muchos estudios sobre la paternidad adolescente sin embargo el mismo

autor refiere que en EEUU los padres adolescentes tienen menos oportunidad de culminar sus estudios no llegan ni a concluir la secundaria e ingresan al segmento laboral más temprano que sus pares, y cuando se acerca a los 20 o 30 años su salario es el 11,7% menor que los sueldos de sus pares que postergaron la paternidad. (Cañón, 2016).

2.20 Abortos adolescentes:

La OMS, 2014 define al aborto como una intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicado ya sea por personas que no tienen preparación alguna o en un ambiente no condicionable de manera médica. (OMS, 2014).

Álamos, 2012 divide al aborto en:

- Aborto espontáneo: Sin intervención de nadie de manera artificial.
- Aborto provocado: Interrupción del embarazo mediante una intervención.
- Aborto inseguro: Mediante una práctica con el fin de culminar con el embarazo no deseado, no lo realiza el médico. (Álamos, 2012. p. 8).

Para Bernal, 2013 clasifica al aborto en:

- Aborto espontáneo: Es la pérdida natural de la gestación antes de las 26 semanas.
- Aborto inducido: Producto de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de culminar con el embarazo.
- Aborto legal: Es el aborto terapéutico provocado por un médico debido a indicaciones médicas adecuadas con el fin de salvar la vida de la mujer embarazada.
- Aborto ilegal: o clandestino es la que está prohibido por leyes de cada país y es sancionado como un delito. (Bernal, 2013).

UNFPA, 2013 manifiesta que 3,2 millones de abortos a nivel mundial son inseguros y ocurren cada año en las adolescentes. (UNFPA, 2013). Mendoza, et. al, 2016 nos da a conocer que el embarazo precoz el 59 % terminan en nacimientos, el 41% en abortos y el 14% en abortos espontáneos, el 15% de abortos a nivel mundial se realizan en adolescentes entre los 15 y 19 años. (Mendoza, et. al, 2016). En África Subsahariana se realiza el 44% de todos los abortos como aborto inseguro en mujeres entre los 15 y 19 años y en América Latina y el Caribe el 23%. (UNFPA, 2013). En Ecuador el 56% de los

embarazos no deseados es la principal causa de abortos ilegales, manifiesta Álamos, mientras que su práctica en el país se penaliza como un asesinato. (Álamos, 2012). Además Acosta, 2013 refiere que el 10% de las mujeres entre los 15 y 24 años tuvieron un embarazo antes de los 15 años y este culminó en un aborto. (Acosta, 2013).

2.21 Anticonceptivos:

Son procedimientos que evitan un embarazo en mujeres que tienen vida sexual activa, estas pueden ser hormonales, o no hormonales y definitivos e irreversibles. (Díaz & Schiappacasse, 2011).

2.21.1 Uso de anticonceptivos:

El uso de anticonceptivos desde la primera relación sexual es “la mejor forma de evitar un embarazo no deseado”. Para Mediterráneo según sus cálculos, multiplica hasta por seis la posibilidad de embarazo en la adolescente que no aplique ningún anticonceptivo después de su primera relación sexual; de igual manera usar uno no eficaz y distinto al preservativo, DIU, o métodos hormonales multiplica por más de cuatro el riesgo de un embarazo temprano. (Mediterráneo, 2011. p. 70).

Para Montero, 2011 las principales razones de los adolescentes para no usar y abandonar un método anticonceptivo fueron:

- No pensó en riesgo de embarazo 37%.
- Embarazo deseado 22,8%.
- Desconocimiento de anticonceptivos 15,3%.
- Razones morales 9,9%.
- La pareja se resistió 5%.
- Relaciones sexuales ocasionales 5%.
- Por creencias a que cause infertilidad con el tiempo 3,5%.
- No sabía dónde acudir 1,5%.

Mientras que las razones para que abandonen un método fueron:

- Culminación de la relación sentimental 27%.
- Síntomas asociados a efectos adversos de un método 16,1%.
- Presión de los padres 12,4%.

- Deseo de embarazo 10,4%.
- Viaje fuera de la ciudad 7,8%.
- Embarazo 5,2%.
- Sin conciencia alguna 5,7%.
- Dificultad para consultar 4,1%.
- Enfermedad 3,6%.
- Incompatibilidad de horario 3,6%.
- Olvido 3,1%.

Por lo que podemos observar que un adolescente debe tener la mejor información sobre cada método a elegir con o sin consentimiento de su pareja, ya que es su cuerpo. Asesorar bien sobre los efectos adversos de cada uno ya que estos son reversibles y concientizar que no solo se busca prevenir un embarazo no deseado sino también una enfermedad de transmisión sexual y muchas de ellas son fatales. Muchas de las familias creen que si hablan a sus hijos de métodos anticonceptivos los están impulsando a tener relaciones sexuales siendo este un pensamiento erróneo, por lo que la información adecuada y conocimientos acertados los protegerá. El preservativo es el único método que protege no solo de un embarazo no deseado sino de contagio de enfermedades de transmisión sexual.

2.21.2 Métodos anticonceptivos:

Montero, 2011 refiere que existen varios métodos anticonceptivos pero no todos son recomendables para las adolescentes debido a las altas tasas de fracaso y olvido.

Métodos Hormonales: Anticonceptivos orales combinados (ACO) y de progestágeno, inyectables, parche transdérmico e implantes subcutáneos.

- ACO: Son efectivos, no interfieren en la relación sexual, están conformados por estrógeno y progestágeno, se le debe informar bien a la adolescente que este método tiene efectos secundarios como cefaleas, náuseas, mareos.
- Inyectables: a base de estrógeno y progestágeno puro actualmente existen 2 más recomendables la que tiene valerianato de estradiol/enantato de noretisterona y cipionato de estradiol/acetato de medroxi-progesterona. El inicio debe ser entre el primer y segundo día de la menstruación y se debe colocar la siguiente dosis cada 30 días.

- Parche transdérmico: Este se adhiere a la piel donde libera una hormona, es cómodo y la caja viene con 30 parches y se cambia cada 7 días intercalando una semana de descanso, contiene etinil estradiol y norelgestromin como progestágeno.
- Implante subcutáneo: Existen 2 uno que dura 5 años y el otro 2 a 3 años, tienen progestágenos, se colocan debajo de la piel en la cara interna del brazo. (Montero, 2011).

Métodos de barrera

Para Somogyi, 2011 los métodos de barrera son el conjunto de medios físicos o químicos que se aplican en los aparatos reproductores femenino y masculino son el fin de interrumpir el paso de líquidos biológicos en el acto sexual y estos son:

- Preservativo masculino o condón.
- Preservativo femenino.
- Espermicidas. (Somogyi, 2011).

Métodos naturales

Los métodos naturales no son muy confiables y no se los recomienda como uso continuo Ruiz, 2016 los clasifica como:

- Método del ritmo: Consiste en determinar los días fértiles de un ciclo menstrual, donde puede caer la ovulación y se abstiene de relaciones sexuales esos días, las mujeres deben contar con un ciclo menstrual regular de 28 días.
- Método de la Temperatura basal: Se considera a la elevación de la temperatura basal en el ciclo cuando hay una temperatura alta se considera periodo infértil, su desventaja es que la temperatura basal puede alterarse por varias causas distintas al ciclo menstrual.
- Método de Billings o del moco cervical: Es la observación del moco cervical cuando se vuelve un moco filante, transparente parecido a la clara de huevo este se considera periodo periovulatorio, cuando cambia el moco hacerse más pegajoso se encuentra en periodo de ovulación, es decir se podrá mantener coito desde el último día que se observó el moco filante hasta 4 días.

- Coito interrumpido: Es el retiro absoluto del pene antes de la eyaculación, es un método inútil ya que existe un líquido pre eyaculatorio con contenido de espermatozoides. (Ruiz, 2016. p.p. 21 - 23).

Anticonceptivo hormonal de Emergencia.

Cárdenas, 2014 trata al anticonceptivo de emergencia (AE) como el método utilizado solo en casos de actos sexuales imprevistos o rotura del condón, no previene de enfermedades de transmisión sexual como VIH/SIDA y su acción ocurre solo dentro de las 24 horas después de la relación sexual, esta se encuentra conformado por estrógenos, progestágenos. (Cárdenas, et. al. 2014).

Dispositivo intrauterino (DIU).

Montero, trata al DIU como un método seguro, el cual consiste en la colocación de un dispositivo intrauterino, libera hormonas como la levonorgestrel. (Montero, 2011).

Abstinencia

Es la no realización de una actividad sexual, ni erótica esta es la más positiva para evitar riesgos de contagios, es la que menos causa daño y es voluntaria, en la adolescencia no la consideran como un método de su conducta sexual ya que creen que tener más autonomía de preferir en tener o no un acto sexual muchas de las veces lo hacen sin protección. (Carrasco, 2013. p. 35).

Métodos definitivos: ligadura de trompas; vasectomía.

La ligadura de trompas o salpingectomía bilateral es un método irreversible donde las mujeres deben estar muy seguras de su anticoncepción, es un procedimiento quirúrgico mientras que la vasectomía es un método permanente que se practica en el hombre se debe informar bien al paciente ya que después del procedimiento este no es tan eficaz hasta después de 20 eyaculaciones ya que se ha evidenciado 1 embarazo por cada 100 mujeres. (Torres, 2015).

2.21.3 Anticoncepción en la adolescencia:

Montero manifiesta que la consejería de un método anticonceptivo a una adolescente o pareja de adolescentes no va hacer semejante que en los adultos y no todos serán los adecuados debido a las altas tasas de fracaso y discontinuación que se han evidenciado,

dándole prioridad la evaluación de la adolescente en todos sus aspectos biopsicosociales. (Montero, 2011).

Para Rodríguez, los métodos anticonceptivos más usados en la adolescencia son:

- Preservativo masculino: El 46% de los adolescentes usan más frecuentemente este método, es doblemente efectivo ya que previene un embarazo no deseado y evita el padecimiento de una ITS. Se debe informar bien sobre la manera correcta de usarlo.
- Píldora anticonceptiva: El 11,5 % se reportó como método más usado entre este grupo poblacional, se debe elegir el correcto para la adolescente ya que uno de los mayores beneficios será contrarrestar el acné, hirsutismo, dismenorreas.
- Anticoncepción de urgencia: Es eficaz dentro de las primeras 72 horas después del coito

La utilización del preservativo más la píldora llamado “doble método” aumenta la efectividad, en España del 69% de los adolescentes refirió que solo 3,3% entre 15 y 19 años fue utilizado como tal. (Rodríguez, 2014).

2.21.4 La consulta anticonceptiva dirigida a adolescentes:

Montero, considera que un método anticonceptivo que va bien en las adolescentes serán los métodos hormonales oral o inyectable debido a que hay poco fracaso ante el mismo por olvido, existe pocos efectos adversos, es muy accesible. (Montero, 2011). Se debe enfatizar en cada adolescente que el mejor uso de un anticonceptivo es el condón ya que las va a prevenir tanto de un embarazo no deseado como de ITS.

2.22 Programas hacia la atención a la sexualidad en adolescentes en Ecuador:

El Gobierno de Ecuador se planteó en el 2013 reducir el índice de embarazos adolescentes como una meta el cual propuso bajarlo hasta el 25% y para ello invirtió 28 millones de dólares en campañas como; “Habla serio Sexualidad sin misterios”, una Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA), todas estas cuentan además con una página web www.sexualidadsinmisterios.com, una línea gratuita 1800-445 566, estos programas emiten información sobre sexualidad, planificación familiar y anticoncepción. (Diario EL COMERCIO, 2013).

2.23 Obstáculos en salud sexual y reproductiva para adolescentes:

Para CERCA, 2013 refiere que en el Ecuador los obstáculos de tratar temas de salud sexual y reproductiva son:

- Los colegios no tienen en su malla curricular temas de salud sexual y reproductiva.
- Las prácticas religiosas y políticas son restrictivos para fomentar los temas de sexualidad y la acción con los adolescentes y la comunidad.
- Las varias vías de acceso a la salud hacen que el tiempo de espera y los horarios de atención en los adolescentes, no quieran acudir a recibir información sobre anticoncepción. (CERCA, 2013).

2.24 Infecciones de Transmisión sexual (ITS):

Salvo, 2011 define a las ITS como infecciones que son causadas por diversos microorganismos como bacterias, hongos, parásitos, virus; su modo de contagio es por medio del contacto sexual sea genital, anal, oral; datos de la OMS refiere que a nivel mundial existen 330 millones de casos nuevos de ITS anual. (Salvo, 2011). Sin embargo Rodríguez, manifiesta que existe otros modos de contagio como la vía sanguínea donde se transmite las enfermedades más fatales como el VIH/SIDA, Hepatitis B. (Rodríguez, 2014).

Alvarado, clasifica a las infecciones de transmisión sexual en:

- Sífilis, causada por *Treponema Pallidum*.
- Gonorrea, por *Neisseriagonorrhoeae*.
- Chancro, por *Haemophilusducreyi*.
- Linfogramuloma venéreo, por *Chlamydia Trachomatis*.
- Granuloma inguinal, por *Calymmatobacterium Granulomatis*.
- Herpes genital, por Herpes virus simple tipo 1 y 2.
- Tricomoniasis, por *Trichomona Vaginalis*.
- Hepatitis B, por Virus hepatitis B.
- Papilomatosis, por Virus del papiloma humano.
- VIH, por SIDA. (Alvarado & Panchana, 2012. Pp. 31-32).

2.24.1 Factores de riesgo para las ITS:

Para Calle, et. al, 2014, los factores de una ITS en los adolescentes son:

- Falta de conocimiento de salud sexual.
- Promiscuidad.
- Relaciones sexuales sin protección.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Compartir agujas con otras personas, tatuajes, perforaciones.
- Transfusiones sanguíneas contaminadas con VIH/SIDA, Hepatitis B. (Calle, et. al, 2014).

Mientras que Jiménez, divide a los factores de riesgo en:

- Factores biológicos: En las adolescentes el epitelio columnar del canal endocervical avanza hasta el ectocérvix, este ectropión fisiológico se encuentra en el 60 a 80% de las adolescentes sexualmente activas y se asocia al riesgo de colonización de Chlamydia y Gonococo.
- Factores de comportamiento: Inicio de relaciones sexuales a temprana edad, múltiples parejas sexuales, uso de alcohol y drogas, el no uso de preservativos.
- Factores psicológicos: La falta de responsabilidad ante relaciones sexuales inseguras, escaso conocimiento sobre ITS, relaciones sexuales con penetración. (Jiménez, 2014).

2.24.2 Modos de contagio:

Calle, et. al, refiere que existen 3 maneras de contagiarse de una ITS:

- Transmisión Sexual: Mediante contacto directo con semen, secreciones anales o vaginales.
- Transmisión Sanguínea: Por contacto con jeringas contaminadas (tatuajes, drogadicción), corta uñas y navajas de afeitar. transfusiones sanguíneas.
- Transmisión Perinatal: Contaminación madre e hijo. (Calle, et. al, 2014).

2.24.3 Actitudes de los adolescentes frente a las infecciones de transmisión sexual:

Calle, et. al, refiere que en el Ecuador mediante un estudio reporto que la acción de los adolescentes frente a un paciente contaminado con VIH y reportó que el 18,8% se debería

mantener en secreto a un familiar infectado con la enfermedad, el 30,1% no comería con una persona infectada, el 62,9% refirió que no comprarían comida a un paciente infectado, 18,8% no permitirían la asistencia a clases a un contagiado por VIH, 19,2% no permitirán impartir clases a un profesor con VIH. (Calle, et. al, 2014).

2.24.4 Infecciones de transmisión sexual comportamiento mundial y en Ecuador:

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) para la OMS definen que son causadas por más de 30 virus, parásitos y bacterias que se irradian por medio del contacto sexual, y de estos 8 son de máxima incidencia a nivel mundial y de este 4 son curables como la sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis, las otras 4 son curables pero se pueden atenuar con tratamiento como la hepatitis B, herpes, VHI y VPH. (OMS, 2016).

Las ITS son las infecciones que obtienen altas tasas de prevalencia e incidencia en menores de 24 años, los adolescentes que tienen vida sexual activa estas infecciones se comportan 3 veces más frecuentes que en personas adultas, lo manifiesta Calero, 2013. Para Álvarez, a nivel mundial las ITS se estima 333 millones de casos, 62 blenorragias, 89 clamidiasis, 12 sífilis y 170 trichomoniasis, en EEUU 15 millones de personas se contagian con una o más ITS al año, y de esta cifra son más frecuentes hombres y mujeres entre los 15 y 49 años. El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) anualmente en el mundo existe 38,6 millones de personas contagiadas de ellos 10,3 millones son jóvenes entre los 15 y 24 años de edad, el 42% se infectaron de manera reciente. (Álvarez, 2014).

Conejero, refiere que las infecciones genitourinarias por Chlamydia Trachomatis y Neisseria gonorrhoeae son las infecciones bacterianas más comunes en el mundo específicamente en la mujer adolescente y jóvenes, la mayoría son asintomáticas hasta el 75% de los casos, pero el 2 al 10% conllevan a largo plazo a una enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) y el 0,1% a una infertilidad. En América Latina y el Caribe se han reportado casos de la prevalencia de esta infección; en Colombia aparece en el 5% de las adolescentes, Perú 8%, Brasil el 19% y Venezuela 10,4%. (Conejero, 2013). Mientras que el comportamiento del VIH en América Latina, existe 5 países con contagios nuevos ubicados en: Argentina con 7,8% nuevos casos en el año; Paraguay 4,9%; Bolivia 4,8%; Colombia 4,6% y Ecuador 3,9%. (BBC mundo, 2016).

Vásquez, refiere que en Ecuador en el año 2009 reporto 8 millones de adolescentes entre 15 y 24 años infectados de una ITS y coloca a estas enfermedades como la segunda causa de muerte en este grupo poblacional. (Vásquez, 2015). Para el año 2011 se evidenció 167 casos de VIH notificados entre las edades de 10 y 19 años, siendo mayoritario encontrarlo en los de 15 y 19 años y más en hombres que mujeres, por lo que el país está obligado a confeccionar estrategias que van dirigidas a este grupo dando prioridad a la promoción y prevención de ITS y VIH. (Vamos al cero, 2011). En el 2012 las mujeres menores de 19 años constituye el 16% de pacientes diagnosticadas ITS lo que hubo un aumento del 9% en relación con el 2011. (Diario La Hora, 2016).

2.24.5 Clasificación de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en adolescentes:

Jiménez, refiere que dentro de las infecciones más frecuentes son:

- Herpes genital.
- Sífilis.
- Uretritis o endocervicitis gonocócica, chlamydia.
- Candidiasis y vaginosis bacteriana.
- Infección por el virus del papiloma humano. (Jiménez, 2014).

2.24.6 Prevención de las ITS:

La educación es la principal arma para que los adolescentes puedan disfrutar de una relación sexual segura sin contraer ITS o la más temida de las enfermedades VIH/SIDA. Las diversas intervenciones deben ser orientadas hacia la identificación de obtener una ITS, promocionar la selección de pareja sexual segura con la fidelidad mutua, promover que las relaciones sexuales sean sin estar bajo consumo de alcohol o drogas, uso frecuente de preservativos. (Vásquez, 2015).

BBC mundo manifiesta que se ha elaborado un preservativo con capacidad de aumentar el placer sexual y al mismo tiempo evitar el VIH, llamado así “El supercondón”, según un equipo de científicos indo-estadounidenses del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas, en Estados UNIDOS y financiado por Bill Gates, elabora el producto que contiene antioxidantes en su parte externa el cual ataca al virus del VIH en caso de que se rompa, además las mismas estimulan las terminaciones nerviosas el cual

genera mayor placer sexual. Este aún está en prueba y manifiesta que estará a la venta en un año. (BBC, mundo 2015).

2.24.7 Infecciones de Transmisión sexual:

Clamidia:

Es causada por una bacteria, suele ser asintomática, y muchas de las veces cuando presenta síntomas son disuria y presencia de secreción anormal por la vagina o el pene. Esta enfermedad si no es tratada llega a provocar una Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EPI) la misma que puede conducir a la esterilidad. Tratamiento es antibioticoterapia. (Arequipa, et. al. 2012).

Tricomoniasis:

Causada por un parasito más frecuentes encontrar en mujeres, presencia de flujo vaginal irritación vulvar, disuria, con tratamiento adecuado se cura fácilmente junto con la pareja. (Jaramillo, 2015).

Sífilis:

Provocada por una bacteria su periodo de incubación es de 3 a 4 semanas, se contagia cuando hay contacto directo de lesiones cutáneas, se divide en 3 fases:

- Fase Primaria: Presencia de chancros son llagas indoloras con secreciones, aparecen en los genitales o cualquier parte del cuerpo, se cicatriza de manera espontánea en 5 semanas.
- Fase Secundaria: Presencia de erupciones en la piel o llagas en la boca, vagina o ano.
- Fase Latente: Cuando de manera espontánea los síntomas desaparecen sin recibir tratamiento alguno, pero en 10 a 30 años la enfermedad se torna más grave, llevando hasta la parálisis ceguera y demencia. (Cavero, 2015).

Gonorrea:

Es la más frecuente entre los adolescentes es causada por una bacteria, puede infectarse el tracto genital, boca, ano es asintomática y cuando causa síntomas es la presencia de secreción purulenta por el pene, su tratamiento es con antibioticoterapia; si no llegan a

ser tratadas pueden conducir a artritis, problemas en la piel, problemas neurológicos. (Arequipa, et. al. 2012).

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), SIDA:

Es un virus que afecta la parte inmunológica del ser humano destruyéndolo su funcionamiento, mientras que SIDA es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida es los síntomas, infecciones asociados con el déficit inmunitario producto de la infección por VIH. Esta enfermedad cursa con 4 etapas:

- Infección primaria: Suelen presentar síntomas como la gripe.
- Etapa clínica I o asintomatología: Presencia de linfadenopatía.
- Etapa clínica II: no hay presencia de síntomas pero existe ya una prueba positiva para VIH.
- Etapa clínica III: Diarreas crónicas, fiebre persistente, candidiasis, tuberculosis.
- Etapa IV o avanzada SIDA: presencia de síntomas graves, examen positivo, en esta etapa hay asociación de otras enfermedades oportunistas, presencia de sarcoma de Kaposi. (Solórzano, 2012).

Clasificación de VIH según CDC de Atlanta:

- Categoría A: Asintomática, muchos de los casos linfadenopatía generalizada.
- Categoría B: Candidiasis orofaríngea, vaginitis candidiásica, displasia cervical moderada o severa, herpes zoster presente, EPI complicada.
- Categoría C: Candidiasis esofágica, traqueal o bronquial, cáncer cervical invasivo, criptosporidiosis intestinal crónica, demencia asociada a VIH, pérdida de peso, diarreas crónicas, astenia crónica, fiebre de origen desconocido, sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin, tuberculosis pulmonar, toxoplasmosis. (Solórzano, 2012).

Herpes genital:

Causada por el virus del Herpes, aparece después de 2 semanas del contagio sexual, son vesículas dolorosas, se cura espontáneamente en 4 semanas. Permanece en la sangre para toda su vida y se vuelve a apreciar en momentos como estrés o reinfección. (Jaramillo, 2015).

Virus del papiloma humano:

Existe más de 100 clases de virus del papiloma humano, pero solo 30 son los más graves las mismas que causan cáncer cérvicouterino, en la actualidad es una de las enfermedades más frecuentes en las mujeres. Existe una vacuna para prevenir la enfermedad la cual está siendo colocada en el Ecuador a menores de 12 años de edad con previo consentimiento familiar con el objetivo de prevenir el cáncer antes de que las menores inicien una relación sexual.

El esquema de vacunación es la colocación de 3 dosis; la primera colocada como día uno, la segunda dosis es a los 60 días de la primera dosis y la tercera dosis a los 180 días es decir a los 6 meses después de la primera dosis. (Cavero, 2015).

Hepatitis B:

Suele ser asintomática, los síntomas tarda en aparecer hasta los 30 años de evolución de la enfermedad sin embargo mediante exámenes de laboratorio son positivos, causa daño hepático de manera silenciosa. Existe 600.000 personas a nivel mundial mueren por esta enfermedad. (Jaramillo, 2015).

CAPITULO III

3. DISEÑO METODOLOGICO

3.1 Tipo de estudio y diseño de la investigación.

Se realizó un estudio descriptivo, de correlación en adolescentes de la unidad educativa Ciudad Tena, del Barrio Eloy Alfaro en el período comprendido Octubre 2015-Abril 2016.

3.1.1 Definición del universo de estudio.

El universo de estudio estuvo representado por 160 adolescentes y la muestra quedó constituida por 73 adolescentes de la Unidad Educativa Ciudad de Tena. La selección de la muestra se realizó por muestreo aleatorio simple de conveniencia, siempre que cumplieran con los criterios de Inclusión y exclusión respectivamente.

Criterios de inclusión:

- Estudiantes matriculados en el período lectivo Octubre 2015- Abril 2016.
- Estudiantes que cursen del 1° al 3° año de Bachillerato, de ambos sexos.
- Que los estudiantes estén de acuerdo en formar parte de la investigación.
- Estudiantes que pertenezcan al área diurna.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes que no deseen participar en el estudio.

3.2 Método

La ejecución del proyecto educativo sobre salud sexual y reproductiva se llevó a cabo en la unidad educativa Ciudad del Tena, para lo cual resultó necesario constar con la aprobación por parte de las autoridades del centro escolar, a través de la socialización del proyecto y la firma del consentimiento informado por parte de los participantes (ver Anexo N° 1).

3.3 Validación del instrumento.

Durante la fase diagnóstica de la investigación, se aplicó una encuesta (ver Anexo N° 2) a la totalidad de los adolescentes que conformaron la muestra, para determinar el conocimiento sobre salud sexual. La cual fue validado por un grupo de cinco expertos 2 especialistas en Medicina Familiar; un experto en Ginecología, un experto en Pediatría y una Psicóloga, utilizando los criterios de Moriyama, (ver Anexo N° 3) luego se realizó una prueba piloto aplicándoles el instrumento (encuesta) a 25 adolescentes entre 13 y 19 años de edad, que no estuvieron incluidos en el estudio, finalmente se realizó el alfa de Cron Bach quedando validada la encuesta con un valor mayor a 0,73 aplicándose así a los adolescentes del primer, segundo y tercer año de Bachillerato de la Unidad Educativa Ciudad de Tena. Para esta encuesta se contó con varias preguntas de las cuales 5 son preguntas cerradas y 4 son preguntas abiertas.

3.4 Fuentes de información.

3.4.1 Fuentes Directas.

- Encuesta realizada a los adolescentes de la unidad educativa Ciudad del Tena, sobre salud sexual y reproductiva.
- Análisis de la Situación Integral de Salud del Barrio Eloy Alfaro.

3.4.2 Fuentes Indirectas o Secundarias.

Revisiones bibliográficas de estudios previos sobre la temática de estudio.

Datos del censo de población del Ecuador 2010.

3.5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

OPERACIONALIZACION				
VARIABLES	TIPO	ESCALA	DEFINICIÓN	RESULTADO
Edad	Cuantitativa continua	13-15 16-19.	Evolución de la persona en años cumplidos.	% De estudiantes con conocimientos sobre salud sexual y reproductiva según grupo de edad.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Condición orgánica masculina o femenina	% de estudiantes con conocimientos sobre salud sexual y reproductiva según sexo
Escolaridad	Cualitativa Ordinal	1°, 2° y 3° año del Bachillerato	Tiempo en el que el alumno asiste a un centro de aprendizaje	% De estudiantes con conocimientos sobre salud sexual y reproductiva según escolaridad.
Conocimientos de las complicaciones del embarazo en la adolescencia	Cualitativa nominal Politómicas	Adecuados: los que marquen literal b, d, e, i, j, k, l.	Puntaje según conocimientos. (Cada ítems correcto tuvo un valor de 5 puntos.) 14 a 20 puntos	% de adolescente por escala del nivel de conocimiento sobre complicaciones del embarazo en la adolescencia

		No adecuados: literal a, c, f, g, h.	Menos 14	
Conocimientos de complicaciones del aborto	Cualitativa nominal Politómicas	Adecuado: los que marquen literal c, e, f, h. Inadecuado: literal a, b, d, g.	Puntaje según conocimientos. (a cada ítems correcto 2,5 puntos) 7 a 10 puntos. (Adecuado) Menos de 7 puntos. (Inadecuado).	% de adolescente por escala del nivel de conocimiento sobre complicaciones del aborto en la adolescencia
Conocimiento de anticonceptivos	Cualitativa nominal dicotómica	SI NO	Los que marcaron SI se les da un puntaje de 10 puntos. Los que marcaron NO 0 puntos.	% de estudiantes con información sobre anticonceptivos.
		Adecuados: los que marquen literal a, c, f, e, i, j, k.	Puntaje según conocimientos. (a cada ítems correcto 2,5 puntos) 9,8 a 14 (Adecuado)	

Tipos de métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal Politómicas	Inadecuados: literal b, d, e, h.	Menos de 9,8 (Inadecuado)	% de adolescente por escala según conocimiento sobre tipos de métodos anticonceptivos.
---	---------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------	--

OPERACIONALIZACION				
VARIABLES	TIPO	ESCALA	DEFINICIÓN	TIPO
Procedencia del conocimiento sobre anticonceptivos	Cualitativa nominal	Médico y enfermera de la familia El hogar con los padres La escuela con los maestros Programas audiovisuales Medios de difusión masiva Debate de grupo	Define el origen del conocimiento que posee sobre métodos anticonceptivos	Porcentaje de las fuentes de información más utilizadas
Sexualidad humana	Cualitativa nominal Politómica	Adecuado Inadecuado	Puede identificar la respuesta correcta (C) e incorrecta que marque el resto de las opciones.	% de respuesta correcta.

<p>Conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual</p>	<p>Cualitativa nominal Politómicas</p>	<p>Adecuado: los que marquen ítems b, d, e, h, i. Inadecuado: a, c, f, g.</p>	<p>Puntaje según conocimiento (a cada ítems correcto 2,8 puntos) 9,8 a 14 (Adecuado) Menos de 9,8 (Inadecuado)</p>	<p>% de adolescente por escala según conocimiento</p>
<p>Conocimiento sobre métodos para evitar Infecciones de transmisión sexual</p>	<p>Cualitativa nominal Politómica</p>	<p>Adecuado: los que marque ítems a, b, c, d. Inadecuado: e, f.</p>	<p>Puntaje según conocimiento (a cada ítems correcto 4 puntos) 8 a 16 puntos (Adecuado) Menos de 8 puntos (Inadecuado).</p>	<p>% de adolescente por escala según conocimiento sobre métodos para evitar infecciones de transmisión sexual.</p>
<p>Conocimiento del inicio sobre relaciones sexuales</p>	<p>Cualitativa nominal dicotómica</p>	<p>Adecuado (si marca el ítem SI)</p>	<p>Nivel de conocimiento sobre el inicio de relaciones sexuales</p>	<p>% de adolescentes con respuesta afirmativa sobre conocimiento de inicio de relaciones sexuales.</p>

		Inadecuado (si marca el ítem NO).	según refiera el adolescente. Adecuado (10 puntos) Inadecuado (0 puntos).	
--	--	---	--	--

3.6 Procesamiento de la información:

Para el procesamiento de información se utilizó una laptop Dell, con Windows 10 en la cual se procesó una base de datos, con el programa SPSS, con el cual se realizó un análisis descriptivo de los datos generales y la elaboración de tablas y gráficos para una mejor interpretación.

El coeficiente de Pearson (r) se utilizó para la relación entre variables, medido en una escala de 0 a 1 con dirección positiva (cuando las dos variables son directamente proporcional) o negativa (cuando las dos variables son inversamente proporcional). Definiendo la relación entre variables como: muy débil cuando el valor fuera de 0 a 0.1, débil de 0.1 a 0.3, moderada de 0.3 a 0.5 y fuerte de 0.5 a 1.

Para todos los estadígrafos se utilizó el 95% como nivel de confiabilidad. Se diseñaron tablas y gráficos para mejor análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

3.7 Aspectos éticos.

El estudio estuvo dirigido a estudiantes adolescentes, cumpliendo estrictamente con los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, equidad y justicia, autonomía y respeto por las personas. Los adolescentes que participaron en la investigación lo hicieron previo consentimiento informado, el cual se solicitó por escrito (ver Anexo N° 4). Basándonos al Código de la niñez y la adolescencia en el Artículo 27 del Derecho a la Salud, los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más Alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual. Además del Artículo 44 refiere que el Estado asegurara el ejercicio pleno de sus derechos y se atenderá al principio pleno de su interés superior. El instrumento que se aplicó fue confidencial y anónimo, los datos obtenidos fueron solamente usados con fines investigativos. Y hasta el momento no se ha evidenciado denuncia alguna por parte de los familiares.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2014), reporta que la población adolescente a nivel mundial ha ido decreciendo, y toma como referencia a las edades de 15 y 24 años para hablar de juventud, lo que existe 1.200 millones de personas dentro de esta edad. (ONU, 2014). En Ecuador la población total es de 15'687.033 de las cuales el 49,56% son hombres y 50,44% son mujeres; la población adolescente es decir entre los 10 y 19 años es del 19% (2'980.536 adolescentes). (Salazar, et. al, 2015).

Tabla 1-4: Distribución de adolescentes según edad. Unidad Educativa Ciudad Tena.

Edad	No.	%
De 13 a 16 años	30	41,1
De 17 a 19 años	43	58,9
Total	73	100

Realizado por: Verónica Gavilánez, 2016.

Fuente: Encuesta.

Análisis:

Con el objetivo de caracterizar el universo de estudio, se aprecia en la tabla N° 1, que de 73 adolescentes estudiados, predominaron los de 17 a 19 años con un 58,9%, que pertenecen a la etapa tardía, seguidos de los de la etapa media que se encuentran entre los 13 y los 16 años con un 41,1%. No coincidiendo estos resultados con lo que ocurre en los países Andinos donde existen 28 millones de adolescentes entre los 10 y 19 años de estos la mitad pertenece al grupo de etapa inicial (10 – 14 años), y la otra mitad a 15 y 19 años. (Guevara, 2013). Tampoco coincide con el grupo poblacional en el Ecuador, el cual tiene 22'980.536 adolescentes y el 52% pertenece a edades entre 10 y 14 años (etapa intermedia) y el 48% a edades de 15 y 19 años (etapa tardía), según (Acosta, 2013. p. 27). Tampoco coincide al observar estadísticas poblacional de la Provincia de Napo donde los adolescentes entre en etapa intermedia (10 a 14 años) es el 12,6% y el 10,9% pertenecen a la etapa tardía. (Fascículo provincial Napo, 2010).

Tabla 2-4: Distribución de adolescentes según sexo. Unidad educativa Ciudad Tena.

Sexo	No.	%
Masculino	42	57,5
Femenino	31	42,5
Total	73	100

Realizado por: Verónica Gaviláñez, 2016.

Fuente: Encuesta.

Análisis:

Al analizar la tabla No. 2 se observa un predominio del sexo masculino con 42 adolescentes representado con un 57,5 %, contra el sexo femenino con 31 mujeres representado con un 42,5%. Coincidiendo estos resultados con un estudio realizado en Cuba en el Centro médico 9 del Policlínico Dr. Carlos J. Finlay, donde 21 adolescentes eran del sexo femenino para un 48.8% y 22 al sexo masculino para un 51.2%. (Fajardo 2011). La población adolescente de Chile predomina con el 50,8% hombres y el 49,1% son mujeres. (Compendio estadístico Chile, 2011). Al igual que coincide con las estadísticas de Ecuador, que del total de adolescentes del país, 51% son hombres y 49% son mujeres, (Acosta, 2013). Sin embargo no coincide con un estudio realizado en escuelas de la ciudad de Armenia – Colombia donde predominaron las mujeres con el 59,1% y el 40,8% fueron hombres. (Cardona, et. al, 2015).

Tabla 3-4: Distribución de adolescentes según escolaridad. Unidad educativa Ciudad Tena.

Escolaridad	No.	%
Primer año de Bachillerato	20	27,4
Segundo año de Bachillerato	29	39,7
Tercer año de Bachillerato	24	32,9
Total	73	100

Realizado por: Verónica Gaviláñez, 2016.

Fuente: Encuesta.

Análisis:

En la Tabla No. 3 se aprecia que hubo un predominio de la escolaridad de segundo año de bachillerato con 29 adolescentes representado con un 39,7 por ciento seguido del tercer año con 24 adolescentes que refleja un 32,9 por ciento y de 20 adolescentes del primer año con un 27,4 por ciento. En la provincia de Napo, el mayor nivel educativo alcanzado es noveno año de educación básica, sin embargo el 96,2% de los niños de 5 a 14 años y el 82,6% de los adolescentes de 15 a 17 años se hallan insertados en el sistema educativo vigente. (Fascículo provincial de Napo. 2010).

Para la UNFPA, las niñas y adolescentes que permanecen estudiando tienen menos probabilidad de un embarazo precoz. La educación mejora la autoestima, la posición en el hogar y la sociedad. A mayor deserción escolar mayor riesgo en las perspectivas económicas de la niña, debido a que genera menos oportunidad de empleo, existiendo más pobreza siguiendo así un ciclo y excluyéndola de más oportunidades en la vida. (UNFPA, 2013).

Tabla 4-4: Distribución de adolescentes según fuente de información. Unidad educativa Ciudad Tena.

Fuente de información	No.	%
Médico	11	15,1
Padres	7	9,6
Maestros	25	34,2
Programas audiovisuales	24	32,9
Medios de difusión masiva	4	5,5
Ninguna	2	2,7
Total	73	100

Realizado por: Verónica Gavilánez, 2016.

Fuente: Encuesta.

Análisis:

En la tabla No. 4 se describe que el 34,2 % de los adolescentes recibieron mayor información de los maestros, seguidos de los programas audiovisuales con un 32,9 %, los médicos con un 15,1 %, de los padres con un 9,6 %, de los medios de audiovisión masiva con un 5,5 % y el 2,7 % no recibieron información de ninguna fuente. Coincidiendo estos resultados con un estudio realizado en Quito, donde los adolescentes señalaron que la vía principal sobre conocimientos en esta área fueron los profesores con un 62%, seguido del internet con un 29% y de los padres la información recibida fue muy baja con el 5% (Massabanda, 2015). No coincide con nuestro estudio Montalvo (2014) quien refiere que la principal fuente de información fueron los padres con un 74% y amigos con un 17% (Montalvo, 2014).

Para los adolescentes lo prioritario con quien tratar los temas de sexualidad, salud sexual y reproductiva es la familia, ya que mediante la comunicación genera confianza y una mejor carga afectiva de manera positiva entre ellos. Sin embargo la presión de los medios de comunicación, grupo de pares, amigos, o la misma religión hacen que presenten obstáculos para una información correcta, volviéndolos grupos de riesgo. (Fernández, et. al, 2016).

Diversas investigaciones, muestran que la sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales; medios de comunicación, la televisión, la escuela, los pares y el hogar. (Pacheco, 2007).

Tabla 5-4: Distribución de adolescentes según conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva/Edad. Unidad educativa Ciudad Tena.

Edad	Conocimientos sobre salud sexual/ reproductiva			
	Adecuado		Inadecuado	
	No.	%	No.	%
De 13 a 16 años	9	12,3	21	28,8
De 17 a 19 años	9	12,3	34	46,6
Total	18	24,7	55	75,3

Realizado por: Verónica Gavilánez, 2016.

Fuente: Encuesta.

r = 0,067 (Muy débil)

Análisis:

Los adolescentes como se observa en la tabla No. 5 presentaron pocos conocimientos sobre salud sexual y reproductiva. Predominando los conocimientos inadecuados en el grupo etario de 17 a 19 años con un 46,4 %, seguido del grupo de 13 a 16 años con un 28,8 %. Mientras que el 12,3 % presentaron conocimientos adecuados sobre el tema, en ambos grupos etarios.

Al analizar los resultados se puede observar que el grado de relación entre edad y conocimientos sobre salud sexual y reproductiva es muy débil ($r=+ 0,067$). Se aprecia que los adolescentes de mayor edad fueron los que menos conocimientos presentaron, lo cual debía ser al contrario, teniendo en cuenta que los conocimientos se relacionan con la edad, donde a mayor edad hay mayor madurez cognitiva, ya estos son fortalecidos por su trayectoria escolar, social y con experiencias de vida, bien sean las propias o las compartidas con sus pares, como lo refiere la literatura. (Onrubia, 2005).

Al igual que la teoría del comportamiento planificado de Ajzen, el cual ayuda a entender que aunque queramos informar bien y cambiar ideales el comportamiento no será voluntario al 100% sino va estar basado a la cultura, religión, creencias, lo que permitirá en los adolescentes con mayores conocimientos no cambiar su comportamiento. (Icek Ajzen, 88).

Sin embargo para un estudio que se realizó en España sobre el mismo tema se evidenció que el 75% del grupo etario de 15 y 16 años se encontraban mejor informados frente a los de 13 y 14 años con un 17,9%. (Vega, et. al, 2012). En la tabla se logra observar que el índice de correlación de Pearson es muy débil.

Tabla 6-4: Distribución de adolescentes según conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva/Sexo. Unidad educativa Ciudad Tena.

Sexo	Conocimientos sobre salud sexual/ reproductiva			
	Adecuado		Inadecuado	
	No.	%	No.	%
Masculino	9	12,3	33	45,2
Femenino	9	12,3	22	30,1
Total	18	24,7	55	75,3

Realizado por: Verónica Gaviláñez, 2016.

Fuente: Encuesta.

r = - 0,051 (Muy Débil)

Análisis:

En la tabla No 6 donde se describe los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y el sexo se observa que los que más tuvieron conocimientos inadecuados fueron los adolescentes del sexo masculino con el 45,2% y el 30,1% del sexo femenino, sin embargo los adolescentes con conocimientos adecuados presentaron el mismo porcentaje en ambos géneros (12,3%). Coincidiendo estos resultados con un estudio realizado en una unidad educativa en Lima – Perú, donde el 16, 8% de sus adolescentes presentan bajos conocimientos sobre salud sexual y reproductiva siendo los más representativos los varones. (Grados, 2016). No coincide con un estudio realizado sobre conocimientos vs sexo en Venezuela, coincide, donde reportó que el sexo femenino tuvo conocimientos excelentes con el 62,7% que los hombres con un 44,9%. (Moreno, 2010).

El sexo masculino fue el que menos conocimientos presentó sobre el tema, lo que puede estar dado porque nuestra sociedad restrictiva hace que los hombres traten de aprender más de sus adultos con informaciones muchas veces erróneas, además que en la Región Amazónica se evidencian más los tabúes, mitos y creencias lo que hace que desconozcan sobre salud sexual y reproductiva correcta y segura, el compartir sus ideas y descubrir sus temores hacen que el adolescente deje de aprender. Además los adolescentes obtienen una idea generalizada donde creen que no les pasara nada, haciendo que solo adoptan una medida de prevención solo en mujeres, y muchos de ellos les prohíbe el uso de algún método; es muy frecuente ver a un adolescente que acuda a un centro de salud por un

resfriado o amigdalitis, es ahí donde el médico de familia debería promocionar sobre la salud sexual y reproductiva.

Además para Medina, el rol del hombre en la salud sexual y reproductiva en la actualidad ha ido tomando más importancia ya que se ha reconocido que él toma las decisiones en cuanto a la salud sexual de la pareja, la participación de ellos es escasa ya que generalmente son solo las mujeres el grupo beneficiario de casi en la totalidad de los programas sobre salud sexual y reproductiva, haciendo así una de las posibles causas para que el hombre sepa menos de salud sexual. (Medina, 2012).

Fajardo, manifiesta que en New York en un estudio realizado en adolescentes manifestaron que el 57% sufrían de una insatisfacción cognitiva en conocimientos de sexualidad, lo que revalidaron parte de los resultados que la prevalencia en desconocimientos del tema en juventudes masculinos fueron superior que en las mujeres, pero los dos géneros no utilizaron métodos anticonceptivos en el primer acto sexual, por lo que se deduce que ocho de cada diez mujeres se contagiaban con virus del papiloma humano en el primer trato sexual en EE.UU. (Fajardo, 2011). En la tabla se logra observar que el índice de correlación de Pearson es muy débil.

Tabla 7-4: Distribución de adolescentes según conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva/Escolaridad. Unidad educativa Ciudad Tena.

Escolaridad	Conocimientos sobre salud sexual/ reproductiva			
	Adecuado		Inadecuado	
	No.	%	No.	%
Primer año de Bachiller	5	6,8	15	20,5
Segundo año de Bachiller	5	6,8	24	32,9
Tercer año de Bachiller	8	11,0	16	21,9
Total	18	24,7	55	75,3

Realizado por: Verónica Gavilánez, 2016.

Fuente: Encuesta

r: - 0,128 (Débil)

Análisis:

De 55 adolescentes que presentaron conocimientos inadecuados sobre la salud sexual y reproductiva, el 32,9 % pertenecían al segundo año de bachillerato, seguidos de un 21,9 % al de tercer año y de un 20,5% al primer año de bachillerato. Del 6,8% con conocimientos adecuados pertenecientes al primer y segundo año de bachillerato y el 11,0% al tercer año. (Tabla N° 7).

La escolaridad en este estudio se encontró que tiene un grado de relación débil (r de $-0,128$) entre los conocimientos de los adolescentes y escolaridad, donde los que menos conocimientos presentaron fueron los de segundo año de bachiller, seguidos de los de tercer año, siendo los de mayor escolaridad los que presentaron mayor porcentaje de conocimientos inadecuados. Esto puede haber ocurrido por la falta de confianza que tienen los adolescentes con sus padres, por los tabúes sobre este tema y la religión que les impide hablar de un tema tan delicado.

En una investigación realizada en la Habana con adolescentes y jóvenes universitarios se comprobó que la mayoría tenía un nivel de conocimiento general evaluado de malo. (Rodríguez, 2013). También coincide con un estudio realizado en Venezuela sobre el mismo tema, donde los adolescentes presentaron insuficientes conocimientos. (Sánchez, 2013). Al igual coincide que un grupo de enfermeras en el año 2012 realizó una investigación en el Hospital Provincial de Guantánamo y reportó que los adolescentes masculinos tenían déficit en el conocimiento sobre sexualidad más que la salud sexual. (Singh Chuy, 2013). En la tabla se logra observar que el índice de correlación de Pearson es débil.

Tabla 8-4: Distribución de adolescentes según conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva/Fuente de información. Unidad educativa Ciudad Tena.

Fuente de información	Conocimientos sobre salud sexual/ reproductiva				Total %
	Adecuado		Inadecuado		
	No.	%	No.	%	
Médicos	2	2,7	9	12,3	15
Padres	2	2,7	5	6,8	9,5
Maestros	6	8,2	19	26	34,2
Programas audiovisuales	7	9,6	17	23,3	32,9
Medios de difusión masiva	0	0,0	2	2,7	2,7
Grupo	0	0,0	2	2,7	2,7
No responde	0	0,0	2	2,7	2,7
Total	17	23,2	56	76,7	99,9

Realizado por: Verónica Gavilánez, 2016.

Fuente: Encuesta

Análisis:

Según la tabla No. 8 del 76,7 % de los adolescente tienen conocimientos inadecuados, el 34,2 % habían recibido la información sobre salud sexual y reproductiva por parte de los maestros, el 32,9 % de los programas audiovisuales, el 15 % por los médicos, con el 9,5 % por parte de los padres y el 2,7% por los medios de difusión masiva. Con conocimientos adecuados un 9,6 % recibieron la información de los programas audiovisuales, un 8,2 por maestros y 2,7 % de los médicos y padres.

Al realizar el análisis del estudio se aprecia, que a pesar de que los adolescentes la mayoría recibieron anteriormente información de salud sexual y reproductiva, los conocimientos sobre el tema no son suficientes. Esto puede estar dado porque los conocimientos recibidos no fueron los adecuados, no llegaron a ellos como debían haber llegado y no fueron asimilados adecuadamente.

Los resultados de esta investigación se corresponden con un estudio realizado en la Provincia de Imbabura en el años 2010, donde adolescentes de los últimos años de bachillerato presentaron el 87,2% falta de información y conocimientos sobre la sexualidad, las vías de información no eran las adecuadas ya que sus conocimientos son erróneos, fragmentados, sin una base científica, debido a la escasa información sobre educación sexual. (Mantilla, 2016). No coincidiendo con lo que refiere la literatura, donde la principal fuente de información frente a salud sexual y reproductiva son los amigos. (Agampodi, 2008). Así como en un estudio realizado en Chile identificó que el 75% de los adolescentes entre 15 y 18 años recibieron información de la escuela y el 5% de sus padres, pero siguen siendo los amigos quienes más información emiten entre ellos. (Vaillant, 2012).

Tabla 9-4: Distribución de adolescentes según conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva/Conocimiento de complicaciones del embarazo adolescente.

Conocimientos sobre Complicaciones del Embarazo Adolescente	Conocimientos sobre salud sexual/ reproductiva			
	Adecuado		Inadecuado	
	No.	%	No.	%
Adecuado	3	4,1	4	5,5
Inadecuado	14	19,2	52	71,2
Total	17	23,3	56	76,7

Realizado por: Verónica Gavilánez, 2016.

Fuente: Encuesta.

Análisis:

En la tabla N° 9 logramos observar que de 73 adolescentes, 56 para un 76,7 % presentaron conocimientos inadecuados sobre salud sexual y reproductiva, de estos 52 para un 71,2 % presentaron conocimientos inadecuados sobre las complicaciones del embarazo en la adolescente y 4 para un 5,5 % presentaron conocimientos adecuados sobre estas complicaciones. Del 23,3% de adolescentes presentaron conocimientos adecuados sobre salud sexual y reproductiva, el 19,2% no conocían las complicaciones del embarazo en la adolescencia y el 4,1% si la conocían.

El embarazo precoz es tratado como un embarazo de alto riesgo debido a la inmadurez biológica el cual amplia las incidencias y prevalencias de morbimortalidad materna y fetal, comportándose como doble riesgo para la adolescente menor de 16 años. (Baena, 2012). Barbón, refiere que los riesgos comunes señalados como hemorragias, parto Pretérmino, parto prolongado, etc.; no solo lo limita en lo biológico sino en el contexto social como la deserción escolar, la escasa o nula preparación para el desarrollo del rol madre e hijo, vida laboral temprana, alcance de metas frustradas. (Barbón, 2011). En Bolivia se realizó un estudio donde se calificaba que el nivel de conocimientos sobre las complicaciones del embarazo precoz y el 82% de los adolescentes tuvieron un nivel excelente, el 11,3% un nivel bueno y el 6,67% obtuvieron un nivel regular, esto se pudo haber dado debido a que en este País se imparten charlas educativas sobre salud sexual y reproductiva a partir del quinto año del Bachillerato (Mantilla, 2016). El cual no coincide con nuestro estudio.

CAPITULO V

5. DISEÑO DE PROYECTO DE INTERVENCIÓN

5.1 Antecedentes.

Los adolescentes son considerados como un grupo poblacional con grandes factores de riesgo aunque permanezcan con una buena vitalidad, la mayor parte de ellos acude a centros de salud por atención a síndromes gripales o cefaleas pero ninguno acude por información de la salud sexual y reproductiva. En la actualidad una de las problemáticas más frecuentes en encontrar son los embarazos no deseados sin dejar atrás a las enfermedades de transmisión sexual, abortos inseguros, alcoholismo, drogadicción y muchos de ellos se integran a bandas para los asaltos.

Si bien es cierto de este grupo poblacional no todos tienen el mismo comportamiento algunos tienen diversas metas y habilidades como creatividad, productividad, algunos dejan de estudiar para trabajar y mantener a su madre o hermanos, es por eso que la información sobre salud sexual y reproductiva es escasa o mala. La familia se reconoce como el espacio privilegiado para la comunicación con sus hijos sin embargo si existe una familia con educación básica no servirá de nada hablar con ellos, ya que transmitirán información errónea.

El embarazo precoz es de hecho una problemática de salud pública a nivel mundial, que no solamente lo asocia a los factores biológicos sino también a los sociales, económicos y psicológicos. En Ecuador siendo un país pluricultural de los 1.753.333 adolescentes que existe, 10.265 son madres adolescentes (12 y 19 años) indígenas, donde creen mucho en tabúes o mitos dejándose influenciar tanto de la familia como sus pares o amigos. (INEC, 2010). Muchas de las veces no son solo los mitos por lo que desconocen sobre temas de sexualidad sino también su idioma es uno de mayores obstáculos para emitir o que capten una buena información sobre estos temas. El Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia (ODN) en el año 2011 reporta que de 229.790 nacimientos, que hubo en el país 45.708 fueron de madres entre los 12 y 19 años, el promedio de hijos para estas madres es de 1,2 y su promedio de edad en tenerlo es de 17,7. (ODN, 2011).

En la provincia de Napo habitan 14.951 adolescentes entre los 12 y 17 años, la mayoría vive en el campo y pertenecen a pueblos indígenas. (INEC, 2010). El 81% de este grupo

poblacional son de hogares que no han logrado satisfacer sus necesidades de empleo, vivienda, educación y salud, el cantón más pobre es Carlos Julio Arosemena (92%) y el menos pobre es Quijos (58%). El porcentaje de nacimientos en madres adolescentes en el 2009 para Napo fue de 9 por cada 100. (ODN, 2011).

El índice de los derechos de la niñez y adolescencia (IDN) resume 3 derechos fundamentales para los adolescentes entre 12 y 17 años y es:

- Vivir libre de riesgos como embarazo adolescente, consumo de alcohol y drogas.
- Completar su educación.
- Culminar saludablemente su desarrollo físico y emocional.

La calificación que obtuvo Napo fue de 4,2 sobre 10 puntos ante el cumplimiento de estos derechos, y esa cifra fue igual al promedio del país en general. (ODN, 2011).

Uno de los cantones que tiene la Provincia de Napo es Tena, el cual cuenta con 46.007 habitantes de los cuales 16.111 pertenecen al grupo de adolescentes de estos el 50,9 % son de 10 a 14 años y 49,1% de 15 y 19 años. (Fascículo provincial Napo, 2010). No existe ningún estudio donde se refleje los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en estos grupos. Sin embargo al realizar un análisis situacional de Salud para una comunidad en esta ciudad, se evidencio un alarmante que fueron embarazos adolescentes en un 68,1% para el año 2015, teniendo en cuenta que a esta población sus estudios los realizarán en una unidad educativa se escogió dicha unidad para la aplicación de una estrategia de intervención ante salud sexual y reproductiva.

La Unidad Educativa “Ciudad de Tena” es una institución pública que fue creada en el año 1985 e inaugurada en 1987, iniciándose con un jardín de infantes de 11 niños y Escuela con 86 niños en el transcurso de los años y observando las necesidades de la población deciden junto con el Sr. Gobernador iniciar un colegio con ciclos básicos, en la actualidad esta unidad educativa cuenta con bachillerato completo y sus especialidades, además existe una sección diurna, sección vespertina y sección nocturna. La mayoría de la población adolescente que asiste a esta institución pertenecen a barrios cercanos uno de ellos es el Barrio Eloy Alfaro.

No se contó con información sobre la población total de asistentes a esta unidad sin embargo para realizar un estudio investigativo se solicitó a Dirección el número de

estudiantes por bachillerato ya que esa será nuestro universo (160 estudiantes pertenecientes al primer, segundo y tercer año de Bachillerato).(Lista de asistencia, UECT, 2016).

Por lo que es necesario realizar una estrategia de intervención con el fin de salir de los tabúes o mitos y creencias sobre salud sexual fortaleciendo los criterios de cada uno de los adolescentes con respeto a su cultura y religión, universalizando conceptos de salud sexual y reproductiva.

La meta de esta intervención es identificar el efecto que tiene la estrategia educativa sobre salud sexual y reproductiva en el conocimiento de antes y después, esto será realizada a los adolescentes de los tres últimos años del bachillerato de la Unidad Educativa Ciudad de Tena, la cual se recomendara aplicarla a inicios de un año lectivo. (Septiembre 2017).

5.2 OBJETIVOS

Objetivos Generales

1. Modificar los conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva en los adolescentes de la Unidad Educativa Ciudad de Tena.

Objetivos Específicos (sobre los temas a tratar en cada sesión)

1. Orientar sobre conceptos de sexualidad.
2. Informar los métodos anticonceptivos existentes.
3. Fomentar sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual.
4. Comunicar sobre las complicaciones de un embarazo precoz.

5.3 DISEÑO/DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

5.3.1 Diseño y programación

Quedaría estructurado en 4 encuentros, con la siguiente distribución:

1ª Sesión:

- El adolescente y su sexualidad.

2ª Sesión:

- Orientación e información sobre anticoncepción.

3ª Sesión:

- Enfermedades de transmisión sexual y aprendiendo a reconocerse.

4ª Sesión:

- Embarazo en la adolescencia y sus riesgos.

5.3.2 Desarrollo

La intervención se desarrollará en el transcurso del año 2017. - 2018

Cada sesión se estructuraría en un:

- Taller participativo, (mediante opiniones, conocimientos, experiencias, cara a cara, además presentaciones a través del programa informático de Power Point con ilustraciones gráficas y audiovisuales).
- Taller demostrativo y explicativo (se expondrá todos los métodos anticonceptivos existentes con la demostración de cómo sirven, como actúan y cuál es el ideal)
- Taller participativo y charla educativa (donde se reflejara vivencias sobre padecimientos de una ITS).
- Charla educativa, (se impartirá los conocimientos sobre embarazo en la adolescencia y sus complicaciones, riesgos del hijo de madre adolescente, padre adolescente).

5.3.3 Duración

Duración de los encuentros: (1 a 2 horas, de los cuales 60 minutos serán para la parte expositiva. Le seguirá un descanso de 10 minutos, luego 50 minutos de actividades).

5.3.4 Evaluación.

Sistemática: Al finalizar cada encuentro se realizará una pregunta sobre el tema tratado para ver si estos adquirieron o mejoraron sus conocimientos sobre el tema.

Final: Una vez concluida la intervención se aplicará la misma encuesta que se aplicó anteriormente sobre todos los temas tratados, para evaluar si los adolescentes adquirieron o elevaron sus conocimientos sobre salud sexual y reproductiva.

5.4 METODOLOGÍA

5.4.1 Principios inspiradores

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

5.4.2 Principios metodológicos

- Participación activa, evaluación y reflexión.
- Libertad en la exposición de ideas propias y respeto a las ajenas.
- Cooperación con las/los demás.

5.4.3 Estrategias metodológicas

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

5.4.4 Herramientas:

- Presentaciones en soporte informático.
- Proyección de imágenes, videos.
- Muestras de métodos anticonceptivos.

5.5 Cronograma.

PLAN DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA					
TEMA	OBJETIVOS	CONTENIDOS	MÉTODOS	RESPONSABLE	FECHA
1° Sesión.	Fortalecer la información sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la Unidad Educativa Ciudad de Tena. Conocer creencias, ideas y opiniones respecto al tema. Identificar mitos y prejuicios.	Definiciones de adolescencia y Salud sexual y reproductiva. Que es sexualidad. Anatomía y fisiología de los aparatos reproductores masculinos y femeninos. Signos de fertilidad. Diferencias entre orientación sexual, identidad de género, sexo, género, identidad sexual. Fomentar el rol de los educadores y adolescentes como principales fuentes de información.	Taller Participativo. Técnicas rompe hielo. “Presentación por parejas”. “Comenzando por nuestras creencias”.	Médico Familiar y Comunitario del Barrio Eloy Alfaro.	13 de Enero del 2017.

<p>2° Sesión.</p>	<p>Informar a los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos seguros. Fomentar la responsabilidad de una relación sexual.</p>	<p>Métodos anticonceptivos, como actúan, cuando usarlos y como usarlos. Métodos ideales para la adolescencia.</p>	<p>Taller demostrativo, explicativo. Técnica rompe hielo. “La moneda”.</p> <p>Uso de toda la caja de herramientas de planificación familiar.</p>	<p>Médico Familiar y Comunitario del Barrio Eloy Alfaro.</p>	<p>20 de Enero del 2017</p>
<p>3° Sesión.</p>	<p>Orientar las vías de contagio. Conocer las diversas enfermedades de transmisión sexual Concientizar el uso de preservativo. Recoger los antecedentes sexuales de los adolescentes (número de parejas, frecuencia de relaciones sexuales,</p>	<p>Orientar sobre las vías de contagio de Infecciones de transmisión sexual. Conocer las diversas infecciones de transmisión sexual Concientizar el uso de preservativo. Recoger los antecedentes sexuales de los adolescentes (número de parejas, frecuencia de relaciones sexuales, padecimiento de alguna ITS).</p>	<p>Técnica rompe hielo. “La Telaraña”.</p> <p>Taller participativo “Jugando con tarjetas”.</p> <p>Charla educativa.</p>	<p>Médico Familiar y Comunitario del Barrio Eloy Alfaro.</p>	<p>27 de Enero del 2017.</p>

	padecimiento de alguna ITS).				
4° Sesión.	Disminuir el embarazo en las adolescentes.	Embarazo adolescente a nivel mundial y el comportamiento en el Ecuador por regiones. Complicaciones en la madre, padre e hijo en un embarazo en la adolescente. Aborto y sus riesgos. Factores predisponentes y protectores.	Técnica rompe hielo. “Mi Futuro”. Charla educativa.	Médico Familiar y Comunitario del Barrio Eloy Alfaro.	3 de Febrero del 2017.

Realizado por: Verónica Gavilánez, 2016.

5.5.1 Plan de Sesión No 1.

Tema: El Adolescente y su Sexualidad

Duración: 120'

Fecha: 13de Enero del 2017.

Lugar: Unidad Educativa Ciudad de Tena.
Alfaro.

Responsable: Médico del barrio Eloy

Objetivos específicos:

- Fortalecer la información sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes.
- Conocer creencias, ideas y opiniones respecto al tema.
- Identificar mitos y prejuicios.

Sumario: Definiciones de adolescencia y Salud sexual y reproductiva, Que es sexualidad, Anatomía y fisiología de los aparatos reproductores masculinos y femeninos, Signos de fertilidad, Diferencias entre orientación sexual, identidad de género, sexo, género, identidad sexual, Fomentar el rol de los educadores y adolescentes como principales fuentes de información.

Recursos a utilizar:

Tarjetas de cartulina, gráficos, Laptop, in focus, humanos (participación activa de los adolescentes).

Métodos:

Mediante un taller participativo: se aplicará primero técnica de rompehielos “presentación por parejas”.

Se cortan en dos todas las tarjetas de cartulina y se reparten aleatoriamente las mitades entre los participantes. Luego cada participante debe buscar a su “par” para completar la figura, al encontrarlo se genera una conversación de presentación entre ambos. El que impartirá el taller debe explicar previamente como debe ser esta conversación y que aspectos deberán averiguar de la otra persona. Posteriormente se pide a cada persona que presente a su pareja, mencionando su nombre, apellidos, lugar donde vive, idiomas que habla.

Resultados esperados: Emitir confianza entre todos, romper las creencias y mitos de los adolescentes ante el tema.

Desarrollo de la sesión.

Actividades iniciales:

- Saludos a los adolescentes.
- Presentación de quien dirigirá el taller y los miembros acompañantes (voluntarios).
- Hojas de asistencia y firmas.
- Técnica rompe hielos “presentación por parejas”.
- Informar sobre el tema a tratar y sus objetivos.
- Taller participativo: “Comenzando por nuestras creencias”.

Con el ánimo de generar confianza entre los adolescentes y el instructor del taller, se realizará el taller “Comenzando por nuestras creencias” el cual consiste formar una columna en el centro del salón. La consigna es: “Iremos leyendo frases afirmativas sobre las que Uds. tendrán que expresar si están de acuerdo o no, es decir, si es verdadera o falsa. Luego de cada frase, quienes piensen que es verdadera deberán ubicarse a la izquierda de la columna, quienes piensen que es una afirmación falsa a la derecha, y quienes tengan duda se mantendrán en la columna”. Posteriormente, quienes tomaron posición y se ubicaron en uno de los lados de la columna deben argumentar su postura, tratando de hacer que quienes quedaron en el medio tomen una posición y se coloquen en alguno de los grupos. Cuando no queden más personas en la columna, vuelven todos a ella para leer otra frase y posicionarse de nuevo. Se podrán leer cinco o seis consignas, todas pueden referir al mismo tema o a diferentes aspectos de la sexualidad y/o género, que serán abordados a lo largo de la actividad y estas preguntas serán:

1. Sexo y sexualidad son lo mismo.
2. Con una pareja estable no es necesario usar preservativos porque no hay riesgos.
3. No se puede tener relaciones cuando la mujer está menstruando.
4. El tamaño del pene es muy importante para las relaciones sexuales.
5. Las personas tienen derecho a elegir si quieren o no quieren tener hijos/as, cuánto, cuando y con quién.

Una vez terminado el taller participativo se emitirá las definiciones correctas sobre el tema, con exposición en laptop e in focus sobre adolescencia, cambios biopsicosocial y sexualidad enfatizando la salud sexual y reproductiva.

Evaluación: Al momento de concluir sobre el tema, se realizará una ronda de preguntas con el fin de que haya quedado claro sobre el tema.

5.5.2 Plan de Sesión No 2.

Tema: Orientación e información sobre anticoncepción.

Duración: 120'

Fecha: 20 de Enero del 2017.

Lugar: Unidad Educativa Ciudad de Tena.
Alfaro.

Responsable: Médico del barrio Eloy

Objetivos específicos:

- Informar a los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos seguros.
- Fomentar la responsabilidad de una relación sexual.
- Ayudar a elegir un método acorde a sus características a los adolescentes.

Sumario: Métodos anticonceptivos, como actúan, cuando usarlos, como usarlos.

Recursos a utilizar:

Dos monedas de 50 centavos de dólar, caja de herramientas de planificación familiar, Laptop, in focus, humanos (participación activa de los adolescentes).

Métodos:

Mediante un taller participativo: se aplicará primero técnica de rompehielos “La moneda”.

Con todos los participantes se forman dos grupos, los mismos que deben colocarse en dos filas frente a frente. A cada grupo se le entrega una moneda. La primera persona de cada fila debe introducir la moneda entre sus ropas desde el cuello y sacar por el pie. Una vez logrado aquello debe pasar la moneda a su compañero que le sigue en la fila, para que el realice el mismo procedimiento hasta completar con la última persona de la fila.

El grupo que termina primero es el ganador, por lo tanto este debe dar una penitencia al grupo perdedor como por ejemplo que canten o que bailen, etc.

Resultados esperados: Que los adolescentes puedan reconocer que tipo de anticonceptivo pueden usar, y como usarlo. Que el uso de un anticonceptivo no solo es para las mujeres sino es decisión de pareja, además concientizar a los adolescentes que no solo se debe prevenir el embarazo en la adolescente sino el contagio de infecciones de transmisión sexual.

Desarrollo de la sesión.

Actividades iniciales:

- Saludos.
- Presentación de quien dirigirá el taller y los miembros acompañantes (voluntarios).
- Hojas de asistencia y firmas.
- Técnica rompe hielos “La moneda”.
- Informar sobre el tema a tratar y sus objetivos.
- Taller demostrativo y explicativo: “Caja de Herramientas de planificación familiar”.

Garantizando la confianza entre los adolescentes y el instructor del taller, se realizará el taller demostrativo y explicativo con la “Caja de herramientas de planificación familiar” el cual contiene en la caja todos los métodos anticonceptivos disponibles, además de una maqueta del órgano reproductor masculino y femenino con el cual se demostrara la correcta colocación de preservativos masculinos y femeninos, además de explicar las ventajas y desventajas de cada método y cuál será el adecuado para su edad.

Una vez terminado el taller se realizara de manera práctica con cada alumno sobre la correcta colocación de condón y preservativo femenino.

Evaluación: Se evaluara mediante la práctica con la colocación de preservativos masculinos y femeninos por cada estudiante.

5.5.3 Plan de Sesión No 3.

Tema: Enfermedades de transmisión sexual y aprendiendo a reconocerse.

Duración: 120'

Fecha: 27 de Enero del 2017.

Lugar: Unidad Educativa Ciudad de Tena.
Alfaro.

Responsable: Médico del barrio Eloy

Objetivos específicos:

- Orientar sobre las vías de contagio.
- Conocer las diversas enfermedades de transmisión sexual
- Concientizar el uso de preservativo.
- Recoger los antecedentes sexuales de los adolescentes (número de parejas, frecuencia de relaciones sexuales, padecimiento de alguna ITS).

Sumario: Enfermedades de transmisión sexual: clamidias, trichomonas, sífilis, gonorrea, VIH/SIDA, herpes, ladilla, papiloma virus.

Recursos a utilizar:

In focus, Computadora, Bola de lana, papelógrafos, marcadores, tarjetas con frases, cinta adhesiva.

Métodos:

Mediante una técnica participativa se aplicará primero una técnica de rompehielos “La Telaraña”.

Se utiliza un ovillo de lana (mínimamente del tamaño de una naranja), se organiza a los adolescentes en un círculo, uno de los participantes agarra la punta del ovillo y lo arroja a la otra persona, pero mientras lo hace debe mencionar en voz alta su nombre y la expectativa que tiene del taller a realizarse. La persona que recibe el ovillo de lana debe lanzar a otra persona mencionando en voz alta su nombre y la expectativa del taller y así sucesivamente, hasta que todos los participantes concluyan su presentación, a medida que se va arrojando el ovillo se forma una especie de telaraña. Después de esta se debe desenredar la telaraña con lo cual debe seguir el mismo procedimiento y orden que el anterior, con la diferencia que en esta oportunidad la persona que inicia el juego es la última persona que agarra el ovillo y debe repetir la expectativa del compañero anterior que le paso el ovillo.

Resultados esperados: Que sepan reconocer cuando es una infección de transmisión sexual y a dónde acudir, concientizar las consecuencias de estas enfermedades ya que algunas de ellas llegan a ocasionar hasta la muerte. Poner en práctica las enseñanzas impartidas sobre todo el uso del preservativo.

Desarrollo de la sesión.

Actividades iniciales:

- Saludos.
- Presentación de quien dirigirá el taller y los miembros acompañantes (voluntarios).
- Hojas de asistencia y firmas.
- Informar sobre el tema a tratar y sus objetivos.
- Técnica rompe hielos “La Telaraña”.
- Taller participativo: “Jugando con tarjetas”.

Una vez culminada la dinámica se iniciará el taller participativo “Jugando con tarjetas”, el cual consiste en dividir a los participantes en varios grupos a quienes se les entregará material didáctico como papelógrafos y marcadores, el mismo que dividirán en 4 columnas con los siguientes encabezados:

Se previene, se transmite, No se previene, No se trasmite.

El instructor tendrá varias tarjetas con frases como:

- Manteniendo exclusivamente relaciones sexuales heterosexuales.
- Evitando dar besos a personas con VIH.
- Acariciando a una persona con VIH.
- Utilizando correctamente el preservativo en las relaciones sexuales (oral, anal, vaginal).
- Ayudar a una persona accidentada – ensangrentada sin uso de guantes.
- Haciéndose el test de VIH y promoviendo a que la pareja sexual también se lo realice.
- Por el agua, el aire.
- Por punción o herida con objetos con sangre contaminada con el virus.
- Controlando la sangre donada para el uso transfusional

- De la mujer con VIH a su hijo/a durante el embarazo, parto y amamantamiento.
- Por la picadura de insectos.

Cada grupo deberá pegar las tarjetas en la columna que corresponda según las frases de acuerdo a sus conocimientos sobre el tema.

Una vez analizado el déficit de conocimientos se procederá a impartir una charla educativa, dando a conocer mediante una exposición grafica las diversas infecciones de transmisión sexual que existen, sus modos de contagio, síntomas y signos de cada enfermedad y sus posibles tratamientos. Recomendar realizarse controles anuales sobre ITS (VIH, Hepatitis B, VDRL).

Evaluación: Se evaluara mediante preguntas con el objetivo de que sepan que hacer, donde acudir sin temores.

5.5.4 Plan de Sesión No 4.

Tema: Embarazo en la adolescencia y sus riesgos.

Duración: 120'

Fecha: 3 de Febrero del 2017.

Lugar: Unidad Educativa Ciudad de Tena.
Alfaro.

Responsable: Médico del barrio Eloy

Objetivos específicos:

- Informar sobre embarazo adolescente y sus complicaciones.

Sumario: Embarazo adolescente a nivel mundial y el comportamiento en el Ecuador por regiones, complicaciones en la madre, padre e hijo en un embarazo en la adolescente, aborto y sus riesgos en la adolescente, factores predisponentes y protectores.

Recursos a utilizar:

In focus, Computadora, marcadores, pizarra, videos sobre maternidad y paternidad adolescentes y neonato, parlantes.

Métodos:

Mediante una técnica participativa se aplicará primero una técnica de rompehielos “Mi Futuro”.

El cual consiste en que de manera individual escriba en la pizarra, sus deseos, aspiraciones, metas en su futuro, posteriormente se emitirá una charla educativa a manera de exposición sobre embarazo en la adolescencia sus riesgos biológicos y sociales. Riesgos en el neonato de madre adolescente. Además se emitirá un video con el fin de concientizar a las adolescentes sobre lo expuesto, donde también se observará los posibles eventos para la familia y la sociedad.

Resultados esperados: Que las adolescentes asuman actitudes de prevención en torno al embarazo e ITS, que aprendan a conocer sus consecuencias y que decidan esperar un poco más antes de tener una relación sexual.

Desarrollo de la sesión.

Actividades iniciales:

- Saludos.
- Presentación de quien dirigirá el taller y los miembros acompañantes (voluntarios).
- Hojas de asistencia y firmas.
- Informar sobre el tema a tratar y sus objetivos.
- Técnica rompe hielos “Mi Futuro”.
- Charla Educativa.

Una vez culminada la dinámica se iniciará la charla educativa se presentará las estadísticas a nivel del Ecuador y el mundo sobre esta temática y mediante la exposición de videos sobre embarazo adolescente, (<https://www.youtube.com/watch?v=YTUODq11QIw>) con una duración de 10 minutos luego, un video sobre los riesgos que corre un hijo de madre adolescente (<https://www.youtube.com/watch?v=E4excwznDao>) con duración de 7 minutos; (https://www.youtube.com/watch?v=GX8pm_o2TFc) es un video donde se expone las vivencias de ser padre adolescente.

Evaluación: Se evaluará mediante un test anónimo sobre conocimientos de riesgos del embarazo adolescente y complicaciones del neonato de madre adolescente.

CONCLUSIONES

Predominaron los adolescentes de 17 a 19 años, del sexo masculino, con escolaridad segundo año de bachillerato y que recibieron conocimientos sobre el tema por parte de los maestros. Presentaron conocimientos inadecuados sobre salud sexual y reproductiva la mayoría de los adolescentes. Existió un grado de relación débil y muy débil entre conocimientos sobre el tema y algunas variables sociodemográficas como edad, sexo y escolaridad. Por lo que se diseñó una estrategia de intervención educativa sobre Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes de la Unidad Educativa Ciudad Tena, Ecuador.

RECOMENDACIONES

- Aplicar la Estrategia de intervención educativa sobre salud sexual y reproductiva a los adolescentes de la Unidad Educativa Ciudad de Tena.
- Fortalecer las acciones de prevención y promoción de salud acerca del embarazo en la adolescencia, infecciones de transmisión sexual y métodos anticonceptivos.

BIBLIOGRAFIA

- Acosta. C.** (2013). *El embarazo adolescente: un problema de salud pública*. Quito – Ecuador. (Tesis Pregrado) Universidad Central del Ecuador. Quito – Ecuador. Recuperado de URL: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/6110/T-PUCE-6347.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Agampodi, S. B., et al** (2008). *Adolescents perception of reproductive health care services in Sri Lanka*. *BMC health services research*, 8(1), 1. Recuperado de URL: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-98>
- Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica.** (2015). *En Ecuador cae índice de embarazo en jóvenes de 15 y 19 años aunque aumenta en edades menores*. (Consultado el 14 de Abril 2016). Recuperado de URL: <http://www.andes.info.ec/es/noticias/ecuador-cae-indice-embarazo-jovenes-15-19-anos-aunque-aumenta-edades-menores.html>
- Agencia pública de noticias del Ecuador y Suramérica. Archivo** (2009 – 2011). Recuperado de URL: <http://www.andes.info.ec/es/noticias/ecuador-cae-indice-embarazo-jovenes-15-19-anos-aunque-aumenta-edades-menores.html>
- Álamos. F.** (2012). *Manejo del aborto en curso y diferido en adolescentes clínica San Juan Bosco 2010*. p. 8. (Tesis Doctoral) Universidad Estatal Santiago de Guayaquil. Guayaquil – Ecuador. Recuperado de URL: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1086/1/Tesis.pdf>
- Alvarado. J. & Panchana. N.** (2012). *Conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual en estudiantes de segundo curso de bachillerato del colegio fiscal “Fernando Dobronsky Ojeda” de Salinas 2011 – 2012*. (Tesis Pregrado). Universidad de Santa Elena. Sta. Elena – Ecuador. Recuperado de URL: <http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/876/1/ALVARADO%20BARAHONA%20JUANA%20SARITA.pdf>

- Álvarez Mesa, M. I., et al.** (2014). *Factores relacionados con el contagio de las infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 13(2), 270-283. Recuperado de URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000200012
- Arequipa, F. et al.** (2012). *Incidencia de ITS en trabajadoras sexuales que acuden a la consulta externa en el centro de salud N°1 de la Provincia de Cotopaxi periodo Enero 2010 – Mayo 2012.* (Tesis Pregrado) Universidad Central del Ecuador. Cotopaxi – Ecuador. Recuperado de URL: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2920/1/T-UCE-0006-62.pdf>
- Ávila, A.** (2014). *“Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole – Isis”.* (Tesis Pregrado). Universidad Central del Ecuador. Quito – Ecuador. Recuperado de URL: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3676/1/T-UCE-0007-121.pdf>
- Baena Rivero, A., et al.** (2012). *Complicaciones clínicas del embarazo en adolescentes: una investigación documental. Atención Familiar*, 19(4). Recuperado de URL: http://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/33626/30699
- Barbón Pérez, O. G.** (2011). *Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente. Ciencia y enfermería*, 17(1), 19-25. Recuperado de URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000100003&script=sci_arttext
- BBC mundo** (2015). *El supercondón que aumenta el placer sexual y previene el contagio de VIH.* Recuperado de URL: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/12/151218_salud_condon_aumento_placer_sexual_evitar_vih_mes

- BBC, mundo** (2016). *Cuáles son los países de América Latina con más casos nuevos de VIH/Sida*. Recuperado de URL: <http://www.bbc.com/mundo/noticias-36866330>
- Benetti**, (2011). *Sexualidad y Educación sexual*. Recuperado de URL: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES44.pdf
- Bernal González, R.** (2013). *El aborto: la bioética como principio de la vida*. Recuperado de URL: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3939/BernalGonzalezR.pdf?sequence=1>
- Bianco Colmenares, F., et, al.** (2013). *Sexo, género y ciudadanía. Comunidad salud*, 11(1), 3-9. Recuperado de URL: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932013000100002
- Boletín de prensa.** (2015). *“Estadísticas a propósito del.... Día Internacional de la Juventud (12 de Agosto). 2015*. p. 1. (Consultado el 12 de Abril 2016). Recuperado de URL: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/juventud0.pdf>
- Calero, J. L., et, al.** (2013). *Las infecciones de transmisión sexual desde el hacer y el saber de estudiantes de deportes. Revista Cubana de Salud Pública*, 39, 881-892. Recuperado de URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500007
- Calle, M, et, al.** (2014). *Aplicación de una estrategia educativa sobre infecciones de transmisión sexual en los adolescentes del Instituto Superior Pedagógico Intercultural Bilingüe “Quilloac”. Cañar. 2014*. (Tesis Pregrado). Universidad de Cuenca. Cuenca – Ecuador. Recuperado de URL: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21083/1/TESIS.pdf>
- Calvopiña, A.** (2012). *“Factores de riesgo psicosociales que influyeron en el embarazo y maternidad adolescente”*. (Tesis Pregrado). Universidad de

Cuenca. Cuenca – Ecuador. (Consultado el 13 de Abril 2016). Recuperado de URL: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2052/1/T-UCE-0007-70.pdf>

Camacho. Y. (2015). *Aproximación al concepto de sexualidad en población con diversidad funcional. Tunja – Colombia. 2016.* (Consultado el 19 de Mayo 2016). Recuperado de URL: <http://66.165.175.249/handle/10596/3501>

Cancino, A. M., & Valencia, M. H. (2015). *Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. Perinatología y Reproducción Humana, 29(2), 76-82.* Recuperado de URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533715000175>

Cannoni, B. G., et al. (2015). *Sexualidad en la adolescente: consejería. Revista Médica Clínica Las Condes, 26(1), 81-87.*

Cañón, C. C. G. (2016). *Consecuencias de ser padre a temprana edad sobre los ingresos: Caso colombiano. Ensayos sobre Política Económica.* Recuperado de URL: <http://sci-hub.cc/10.1016/j.espe.2016.02.002>

Cárdenas-García, L. J., et al. (2014). *Uso de la anticoncepción de emergencia en un grupo de estudiantes universitarias. Atención Familiar, 21(3), 90-93.* Recuperado de URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300256>

Cardona Duque, D. V., et al. (2015). *Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes escolares en la ciudad de Armenia, Colombia. Revista Archivo Médico de Camagüey, 19(6), 568-576.* Recuperado de URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000600003

Carrasco. F. (2013). *“Intervención del trabajador social en los programas educativos sobre la sexualidad del adolescente en la secundaria “Gral. Rafael Ramírez Castañeda” del Municipio de San Agustín Tlaxiaca”.* p. 35. (Tesis Pregrado) Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Estado de Hidalgo – México. Recuperado de URL: <https://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456789/10793/>

Intervencion%20del%20trabajador%20social%20sobre%20la%20sexualidad
.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cavero, L. (2015). *Conocimientos y prácticas sobre medidas preventivas en infecciones de transmisión sexual en las trabajadoras sexuales, al suroeste de Guayaquil, en las calles 18 y Brasil 2014*. (Tesis Pregrado). Universidad Estatal Santiago de Guayaquil. Guayaquil – Ecuador. Recuperado de URL: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/8172/1/TESIS%20LISSETTE%20CAVERO%20Y%20AGUEDA%20VERA%20%202015.pdf>

(CERCA) *Cuidado de la Salud Reproductiva para Adolescentes Enmarcado en la Comunidad. Documento de Referencia*. Cuenca – Ecuador. (2013). p. p. 4-5. Recuperado de URL: <http://www.cies.edu.ni/documentos/cerca/INFORME%20CERCA%20ECUADOR%20WEB.pdf>

Cervio, A. (2012). *LAS TRAMAS DEL SENTIR* Ensayos desde una sociología de los cuerpos y las emociones. p. 29. 1° ed. Buenos Aires – Argentina. Ed. E-Book.

Compendio Estadístico Chile. (2011). *Estadísticas Demográficas*. Recuperado de URL: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/compendio_estadistico/pdf/2011/1.2demograficas.pdf

Conejero, C., et, al. (2013). *Experiencia con un método de autónoma de muestra vaginal para la detección de infección por Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae en mujeres jóvenes*. *Revista chilena de infectología*, 30 (5), 489-493. Recuperado de URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182013000500004&script=sci_arttext

Corona, H. F., & Peralta, V. E. (2011). *Prevención de conductas de riesgo*. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 68-75.

Dávila, T. (2015). *Embarazo en adolescentes y penalización del aborto terapéutico*. Año II. N° 3. 2015. p. 7.

- Diario El Comercio.** (2013). *Embarazo en la adolescencia*. Recuperado de URL: <http://www.elcomercio.com/tendencias/relaciones-sexuales-son-vez-mas.html>.
- Diario La Hora.** (2016). *Embarazo adolescente en Ecuador*. Recuperado de URL: <http://lahora.com.ec/index.php/movil/noticia/1101381161>
- Díaz, S & Schiappacasse, V.** (2011). *¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos?. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. 2011. Santiago – Chile.* Recuperado de URL: http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/Que_y_cuales_son_met_antic_02_05_2011.pdf
- Diz, J. I.** (2013). *Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatr Integral, 17(2), 88-93.* Recuperado de URL: <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>
- DocSalud.com.** (2013). *Según la ONU, Más de 20 mil adolescentes dan a luz cada día.* (Consultado el 12 de octubre 2016). Recuperado de URL: <http://www.docsalud.com/articulo/5154/seg%C3%BAAn-la-onu-m%C3%A1s-de-20-mil-adolescentes-dan-a-luz-cada-d%C3%ADa>
- Domínguez-Lara, S. A.** (2016). *Diferencias en el estilo de vida según sexo y edad, análisis de la significancia práctica. Revista Cubana de Pediatría, 88(3), 398-400.*
- El Telégrafo.** (2012). *Más de 122 mil madres en Ecuador son adolescentes.* (Consultado el 18 de Noviembre 2015) Recuperado de URL: <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/122301-madres-en-ecuador-son-adolescentes>
- elnuevodiario.com.ni.** (2015). *Aumentan los embarazos en adolescentes en Cuba. 2015.* (Consultado el 25 de Enero 2016). Recuperado de URL: <http://www.elnuevodiario.com.ni/actualidad/379574-aumentan-embarazos-adolescentes-cuba/>

- Estado de la población mundial.** (2014). Cap. 3. *Obstáculos para el crecimiento y el potencial de los jóvenes.* P. 39 – 40. Recuperado de URL: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP2014%20Report%20Web%20Spanish.pdf>
- Estados de los Derechos de la Niñez y Adolescencia.** (1999 – 2011). *Derechos de la niñez y la adolescencia.* Ecuador. Recuperado de URL: http://www.unicef.org/ecuador/Edna2011_web_Parte2.pdf
- Estivalis, M. L., & Amat, A. F.** (2014). *Educating for Sexual and Reproductive Health in an Information Society. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 116,* 3026-3029. Recuperado de URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814007186>
- Fajardo Villarroel, A.** (2011). *Estrategia de intervención para el cuidado de los/as adolescentes en salud sexual y reproductiva. Policlínico" Dr. Carlos J. Finlay": Marianao, 2009. Enfermería Global, 10(21), 0-0.* Recuperado de URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011001100009
- Fascículo Provincial Napo.** (2010). *Distribución poblacional de la Provincia de Napo.* Recuperado de URL: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/napo.pdf>
- Fernández. L. et. al.** (2016). *Nivel de conocimientos y formas de comunicación, sobre sexualidad en las familias de los adolescentes de octavo, noveno, y décimo año de educación básica del colegio Javeriano, Cuenca 2015".* (Tesis Pregrado). Universidad de Cuenca. Cuenca - Ecuador. Recuperado de URL: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23539/1/TESIS.pdf>
- Fondo de la Población de las Naciones Unidas (UNFPA).** (2010). *Estado poblacional a nivel mundial.* México. (Consultado el 14 de Marzo 2016). Recuperado de URL: <http://www.unfpa.org.mx/salud%20sexual%20y%20reproductiva.php>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).** (2011). *La adolescencia una época de oportunidades.* p. 10. Nueva York – EEUU.

(Consultado el 13 de Febrero 2016). Recuperado de URL:
http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (UNICEF). (2002). *Adolescencia una etapa fundamental*. New York – Estados Unidos. p. p.2-3. Recuperado de URL: http://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp-2.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Población. (UNFPA). (2013). *5 datos que los adolescentes deben saber sobre su vida sexual*. Recuperado de URL: <http://www.unfpa.org.ec/public/diario-el-comercio-5-datos-que-los-adolescentes-deben-saber-sobre-su-vida-sexual>

Fondo de naciones unidas para la infancia (UNICEF). (2002). *Adolescencia una etapa fundamental*. New York, p.p. 2 – 3 (consultado el 10 de Febrero 2016). Disponible en URL: http://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp-2.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2009). *Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios*. New York – USA. p. 6. (Consultado el 12 de Mayo 2016). Recuperado de URL: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHtoolkit_espanol.pdf

Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). (2007). *Tu cuerpo, tu salud, tus derechos. Guía sobre salud sexual y reproductiva*. 1° Ed. Buenos Aires – Argentina. Pág. 9. (Consultado el 13 de Febrero 2016). Disponible en: URL: <http://www.msal.gob.ar/saludsexual/pdf/unfpa-baja.pdf>

Fontiveros, M. Á. M., et, al. (2016). *Interrupciones voluntarias del embarazo en adolescentes del medio rural: evolución desde 2008*. *Medicina General y de Familia*, 5(2), 49-52.

Gaete. V. (2015). “*Desarrollo psicosocial del adolescente*”. *Revista Chilena de Pediatría*, 2015, Santiago, Chile. Vol. 86 (6): 436 – 443. (Consultado el 12/10/2016). Disponible en URL: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v86n6/art10.pdf>

- García-Vega, E., et al** (2012). *Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes*. International Journal of Psychological Research, 5(1), 79-87. Recuperado de URL: <file:///C:/Users/MANAGER/Downloads/Dialnet-SexualidadAnticoncepcionYConductaSexualDeRiesgoEnA-5134684.pdf>
- González, E., et al.** (2013). *Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile*. Revista médica de Chile, 141(3), 313-319. Recuperado de URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013000300005&script=sci_arttext&tlng=en
- González. C.** (2015). *“Factores asociados al embarazo en adolescentes en el centro de salud Ponce Enríquez periodo 2011 – 2012”*. pp. 20-21. (Tesis Magister). Universidad de Guayaquil. Guayaquil – Ecuador. Recuperado de URL: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9840/1/GONZALEZcindy.pdf>
- Grados. M & Ordoñez. M.** (2016). *Nivel de conocimiento de los adolescentes respecto a su autocuidado reproductivo en la Institución educativa 3054 La Flor, Carabayllo – 2014*. (Tesis Pregrado). Universidad de Ciencias y Humanidades. Breña – España. Recuperado de URL: http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/73/Grados_Ot%C3%A1ro_la_Mecerdes_Raquel.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Greene et al.,** (2014); *Comisión de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas, 2014*. UNFPA, pp. 21-23.
- Guevara. W.** (2013). *“Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores psicosociales asociados, en colegios de Cuenca – Ecuador 2012”*. (Tesis Doctoral). Universidad de Cuenca. Cuenca – Ecuador. Recuperado de URL: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4006/1/MEDGO15.pdf>
- Gutiérrez.** (2010). *Hemorragias en el Embarazo*. Rev. Per. Ginecol Obstet. 2010; 56: 8-9. Recuperado de URL: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a02v56n1.pdf

- Icek Ajzen ('88).** (2011). *Teoría del comportamiento planificado*. Recuperado de URL: <http://mecmipyme.blogspot.com/2011/06/teoria-del-comportamiento-planificado.html>
- INEC.** (2010). *Cifras poblacionales del Ecuador*. Recuperado de URL: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/ecuador-registra-122-301-madres-adolescentes-segun-censo-2010/>
- INEC.** (2010). *Total de madres por Provincias*. Recuperado de URL: http://especiales.elcomercio.com/2013/05/retrato_madre/pdf/estadisticas.pdf
- INEC.** (2014). *Anuario de Estadísticas Vitales – Nacimientos y Defunciones. 2014*. p. 66 (consultado el 13 de Mayo 2016). Recuperado de URL: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf
- Informe21.com.** (2011). *Los 10 países con mayor índice de embarazos precoces... Venezuela está en 6to lugar*. (Consultado el 20 de Mayo 2016). Recuperado de URL: <https://informe21.com/venezuela/los-10-paises-mayor-indice-embarazos-precoces-venezuela-esta-6to-lugar>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).** (2014). *Proyecciones de Población. Observatorio Social del Ecuador*. Recuperado de URL: http://www.unicef.org/ecuador/children_28772.htm
- Jaramillo. M.** (2015). *Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes del colegio Nacional 26 de Noviembre de Zaruma*. (Tesis Pregrado). Universidad Nacional de Loja. Loja – Ecuador. Recuperado de URL: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12160/1/TESIS.pdf>
- Jiménez, M. R.** (2014). *Protocolo diagnóstico y terapéutico de las infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 11(61), 3622-3626*. Recuperado de URL: [http://sci-hub.cc/10.1016/S0304-5412\(14\)70822-4](http://sci-hub.cc/10.1016/S0304-5412(14)70822-4)
- Kliegman, R. M.** (2016). *Cap. 2. Adolescencia*. Nelson textbook of pediatrics. Ed. Panamericana. 4. 2014. p. p. 12 – 20.

- Kornblit, A. L., & Diz, A. M. M.** (2000). *La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales*. Buenos Aires: Aique.
- Larrañaga, I., Martín, U., & Bacigalupe, A.** (2014). *Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España*. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 109-115.
- León et al.** (2008): *Embarazo adolescente*. p. 43. Recuperado de URL: http://clasev.net/v2/pluginfile.php/37834/mod_resource/content/1/5_EMBA_RAZO%20ADOLESCENTE.pdf
- Mantilla, C.** (2016). *Anticonceptivos en las adolescentes entre 11 y 19 años del consultorio de Gineco-Obstetricia del HNHU,, Octubre- Noviembre 2015*. (Tesis Doctoral). Universidad Ricardo Palma. Lima – Perú. Recuperado de URL: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/550/1/Mantilla_c.pdf
- Marín, M. Á. G.** (2015). *Adolescentes en conflicto social, hijos e hijas de un dios menor. Una vivencia atormentada de la sexualidad*. N°55. p. 109. Navarra - ISSN 1133-6552.
- Marina, Mirta.** (2011). *Educación sexual integral: para charlar en familia*. - 1a ed. - Buenos Aires – Argentina. Ministerio de Educación de la Nación. p. 26. ISBN 978-950-00-0849-5. Recuperado de URL: http://bibliotecadigital.educ.ar/uploads/contents/ESI_familia0.pdf
- Massabanda, P.** (2015). “*nivel de conocimientos relacionados con los riesgos del embarazo en adolescentes, alumnas de bachillerato matriculados en las instituciones educativas fiscales para el curso académico 2014 – 2015 en el distrito 17D07 de Quito – Parroquia Urbana Chillogallo*”. (Tesis Magister). Universidad Central del Ecuador. Quito – Ecuador. Recuperado de URL: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4717/1/T-UCE-0006-99.pdf>
- Medina, L. F. O., et, al.** (2012). *¿Qué saben los hombres del valle de Aburrá acerca de la salud reproductiva?* *Iatreia*, 25(2), 120-126. Recuperado de URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v25n2/v25n2a04>

- Mediterráneo,** (2011). *Actividad sexual y embarazo en menores de 20 años.* p. 70.
Recuperado de URL:
<http://www.dicv.csic.es/arxius/del17al23deOctubrede2011.pdf>
- Mendoza. L.** (2012). *Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana.* Rev. chil. obstet. ginecol. Vol. 77(4): 271 – 279. (Consultado el 13 de Abril 2016). Recuperado de URL:
<http://dx.doi.org/10.4067/SO717-75262012000400006>
- Mendoza. L. et. al.** (2016). “*Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte*”. 2016, Rev. chil. obstet. ginecol. vol.81 no.3 Santiago jun. 2016. (Consultado el 23 de Mayo 2016). ISSN 0717-7526. Recuperado de URL:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300012
- Menéndez Guerrero, G. E., et, al.** (2012). *El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente.* Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 38(3), 333-342. Ciudad de la Habana – Cuba. Recuperado de URL:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006
- Ministerio de Salud Pública (MSP).** (2015). *Análisis de Situación de Salud. Cantón Tena. Barrio Eloy Alfaro.*
- Ministerio de Salud Pública.** (2011). *VIH/Sida e Infecciones de Transmisión Sexual en Ecuador.* Recuperado de URL:
<http://www.coalicionecuadoriana.org/web/pdfs/VIH-sida-ITS-en-Ecuador-MSP.pdf>
- Ministerio de Salud Pública.** (2014). *Salud de adolescentes. Guía de Supervisión. Primera Edición.* Quito: Dirección Nacional de Normalización. Disponible en:
<http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GUIA-SUPERV-ADOLESCCT-Editogran1.pdf>
- Montalvo Millán, A. E.** (2014). *Comportamientos y conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes.* Correo Científico Médico, 18(3), 403-414.

Recuperado de URL:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000300003

Montero, V. A. (2011). *Anticoncepción en la adolescencia*. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 59-67. Recuperado de URL:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703935?np=y>

Moreno, L., & Rangel, B. (2010). *Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en estudiantes de 9no de la UE" Nuestra Señora de Lourdes". Puerto Ordaz, Estado Bolívar* (Doctoral dissertation, Universidad de Oriente). Recuperado de URL: <http://ri.bib.udo.edu.ve/handle/123456789/2226>

Muñoz, S. C., et al. (2015). *Morbimortalidad del recién nacido prematuro hijo de madre adolescente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(2), 49-53. Recuperado de URL:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533715000126>

Nieto, C. Á., et al. (2012). *Motivaciones para el embarazo adolescente*. *Gaceta Sanitaria*, 26(6), 497-503. Recuperado de URL:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911112000878>

Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia (ODN). (2011). *Estado de los derechos de la niñez y adolescencia en Ecuador 1990 – 2011*. Quito - Ecuador. Recuperado de URL:
http://www.unicef.org/ecuador/Edna2011_web_Parte1.pdf

OMS. (2011). *Embarazo en la adolescencia*. Recuperado de URL:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/es/

OMS. (2014). *Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS*. Recuperado de URL:
<http://www.who.int/bulletin/volumes/92/3/14-136333/es/>

OMS. (2014). *Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS*. Recuperado de URL:
<http://www.who.int/bulletin/volumes/92/3/14-136333/es/>

- OMS.** (2014). *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo*. Vol. 87:2009, 405 – 484. Recuperado de URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
- OMS.** (2015). *Planificación Familiar. Mayo. 2015*. (Consultado el 12 de Abril 2016). Recuperado de URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
- OMS.** (2016). *Desarrollo maternal en las adolescentes*. Recuperado de URL: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/es/
- OMS.** (2016). *Infecciones de transmisión sexual*. Recuperado de URL: http://www.who.int/topics/sexually_transmitted_infections/es/
- Onrubia, J.** (2005). *Aprender y enseñar en entornos virtuales: actividad conjunta, ayuda pedagógica y construcción del conocimiento. Revista de educación a distancia*. Recuperado de URL: <http://revistas.um.es/red/article/view/25091>
- Organización de las Naciones Unidas.** (2014). *La situación demográfica en el mundo, 2014. Informe conciso*. Nueva York – Estados Unidos. Recuperado de URL: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>
- Organización Mundial de Salud.** (2011). *Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries*. (Consultado el 12 de Diciembre 2015). Recuperado de URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304948/>
- Osorio, L. & Cuello, K.** (2013). *Evaluación de mitos sexuales de acuerdo al género y nivel de formación en jóvenes universitarios y de educación media. Realista, revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes.* (1), 9-13.
- Pacheco Sánchez, C. I., et, al.** (2007). *Socialización Sexual de Adolescentes Mujeres de 10 a 14 años: Un estudio de caso en la ciudad de Bogotá. Otras Miradas,* 7(1). Recuperado de URL: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/22865/2/articulo2.pdf>

- Parajeles Reyes, M., & Zamora Arrieta, M.** (2012). *Educación sexual en la adolescencia: la vivencia de un trabajo comunal universitario*. *Medicina Legal de Costa Rica*, 29(2), 67-76.
- Pasqualini, D & Llorens, A.** (2010). *Salud y Bienestar de Adolescentes y jóvenes: Una Mirada Integral*. 1° Ed. Buenos Aires – Argentina. Editorial Caty Iannello (OPS/OMS). (Consultado el 12 de Abril 2016). Recuperado de URL: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/SaludBienestarAdolescente.pdf>
- Peñaloza, J.** (2013). *Sexualidad*. Ed. Group Eumed. Net. Recuperado de URL: <http://www.globethics.net/gel/6547187>
- Pinheiro, P.** (2016). *Primera menstruación – Menarquia*. MD.SAUDE. Recuperado de URL: <http://www.mdsaude.com/es/2016/03/primera-menstruacion-menarquia.html>
- Population Reference Bureau.** (2013). *Los jóvenes en el mundo. Cuadro de datos*. (2013). pp. 2 – 4. (Consultado el 13 de Junio 2016). Recuperado de URL: http://www.prb.org/pdf13/youth-datasheet-2013_sp.pdf
- Rengifo-Reina, H., et, al.** (2012). *Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano*. *Revista de Salud Pública*, 14(4), 558-569.
- Riera, J. R. M.** (2014). *Enfermería comunitaria*. In *Manual práctico de enfermería comunitaria* (p. 608). Elsevier.
- Rionaula, M. et. al.** (2014). *Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden a consulta externa del Hospital Básico “Limón Indanza”, 2013*. (Tesis Pregrado). Universidad de Cuenca. Cuenca – Ecuador. Recuperado de URL: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20973/1/TESIS.pdf.pdf>
- Ríos-Becerril J, et, al.** (2016). *Intervención educativa de enfermería sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes*. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2016; 24(1):51-4. Recuperado de URL:

http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/r/t/printerFriendly/78/135

Rodríguez Cabrera, A., et. al. (2013). *Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1), 161-174. Habana - Cuba. Recuperado de URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100015

Rodríguez Wong, L., & Perpétuo, I. H. O. (2011). *La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina: 15 años después de El Cairo 1994*. Cepal. Recuperado de URL: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7134/S1100075_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rodríguez Wong, L., & Perpétuo, I. H. O. (2011). *La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina: 15 años después de El Cairo 1994*. Cepal. Recuperado de URL: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7134/S1100075_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rodríguez. M. (2014). *Hablemos de.... Anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual en la adolescencia*. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España. *An Pediatr Contin.* 12 (6):362-5. Recuperado de URL: [http://sci-hub.cc/10.1016/S1696-2818\(14\)70218-5](http://sci-hub.cc/10.1016/S1696-2818(14)70218-5)

Rodríguez. V. (2013). *“Incidencia del Embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en maternidad Mariana de Jesús” de Setiembre 2012 a Febrero del 2013*. (Tesis Pregrado). Universidad de Guayaquil. Guayaquil – Ecuador. Recuperado de URL: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1978/1/TESIS%20VIVIANA%20RODRIGUEZ%20AQUINO.pdf>

Rosales-Silva, J. G., & Irigoyen-Coria, A. (2007). *Embarazo en adolescentes: problema de salud pública y prioridad para el médico familiar. Avances en*

Enfermería, 25(1), 92-100. Recuperado de URL:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630102X>

Royuela. P. et. al. (2015). *Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes*. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2015; 17:127 – 36. (Consultado el 6 de Abril 2016). Recuperado de URL:
http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPoC V3t1fS0Dm5SfdDSXVJcY

Ruiz. M. & Saula. C. (2016). *Conocimientos, actitudes y prácticas del uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil que acuden al centro de salud “El Tambo”, Cañar 2015*. (Tesis Pregrado). Universidad de Cuenca. Cuenca – Ecuador. Recuperado de URL:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23523/1/TESIS.pdf>

Salazar, et. al. (2015). *Embarazo adolescente en el marco de la estrategia nacional intersectorial de planificación familiar (ENIPLA) 2014 y el plan nacional de fortalecimiento de la familia. 2015*. Quito – Ecuador. Recuperado de URL:
<http://saludyderechos.fundaciondonum.org/wp-content/uploads/2015/06/SEXUALIDAD-ADOLESCENTE-PDF.pdf>

Salmerón. M. et. al. (2014). *Hablemos de... Ciberacoso y adolescentes*. Madrid – España. 12(5):269-73. Recuperado de URL:
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=PdfExcerptURL&_imagekey=1-s2.0-S1696281814702033-main.pdf&_piikey=S1696281814702033&_cdi=277719&_orig=article&_zone=centerpane&_fmt=abst&_eid=1-s2.0-S1696281814702033&_user=12975512&md5=d97739455cacd697280c9f2416bc9188&ie=/excerpt.pdf

Salvo, L. A. (2011). *Infecciones de transmisión sexual (ITS) en Chile*. *Revista médica clínica Las Condes*, 22(6), 813-824. Recuperado de URL:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011704941>

Sánchez, C. I. P. (2015). *Significados de la sexualidad y salud reproductiva: el caso de las y los adolescentes de Colombia*. (Tesis Doctoral). Universitat de Barcelona. Barcelona – España. p. 65. Recuperado de URL:

http://www.globethics.net/es/library/overall-search?p_auth=nFN9whsC&p_p_id=read_panel_portlet_WAR_digitallibraryspring25portlet&p_p_lifecycle=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-3&p_p_col_count=1&function=showWeb&preSelectedDocUrl=http%3A%2F%2Fhdl.handle.net%2F10803%2F387122

Sánchez, M. C. R., et. al. (2013). *Conocimiento sobre la sexualidad en adolescentes de Venezuela*. *Correo Científico Médico*, 17(1). Recuperado de URL: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1292/328>

Singh Chuy, L., et, al. (2013). *Comportamiento de la sexualidad en adolescentes*. *Rev Informac Científ*, 77(1).

Solórzano. E. (2012). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA en mujeres que acuden al Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora de Quito: Julio 2009*. (Tesis Doctoral). Universidad Central del Ecuador. Quito – Ecuador. Recuperado de URL: <http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/bitstream/25000/614/1/T-UCE-0006-22.pdf>

Somogyi, L., & Mora, E. (2011). *Métodos anticonceptivos: Entonces y ahora*. *Rev. obstet. ginecol. Venezuela*, 71(2), 118-123. Recuperado de URL: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322011000200006

Suntaxi. C. (2013). *“Conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar, en adolescentes del barrio Chillo Jijón de la parroquia de Amaguaña durante tres meses del año 2014”*. (Tesis Doctoral). Universidad San Francisco de Quito. Quito – Ecuador. (Consultado el 11 de Febrero 2016). Recuperado de URL: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2589/1/109282.pdf>

Torres. A. (2015). *Factores que influyen en el abandono de los métodos de planificación familiar en mujeres receptoras del programa. Estudio realizado en el centro de salud, municipio de Santa Lucia la Reforma, Totonicapan, Guatemala*. (Tesis Pregrado). Universidad Rafael Landivar. Quetzaltenango –

Guatemala. Recuperado de URL:
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/02/Torres-Alba.pdf>

UNFPA. (2013). *Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Estado de la población mundial 2013.* Recuperado de URL:
<http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf>

UNFPA. (2015). *5 datos que los adolescentes deben saber sobre su vida sexual.* Recuperado de URL: <http://www.unfpa.org.ec/public/diario-el-comercio-5-datos-que-los-adolescentes-deben-saber-sobre-su-vida-sexual>

Vaillant Correoso, M., et, al. (2012). *Prevención del embarazo en adolescentes. Revista Cubana de Enfermería, 28(2), 125-135.* Recuperado de URL:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192012000200008&script=sci_arttext&tlng=en

Vallejo. J. (2013). *Embarazo en adolescentes complicaciones. Rev. Medica de Costa Rica y Centroamérica LXX (605) 65-69, 2013.* Recuperado de URL:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131m.pdf>

Vamos al cero. (2011). *VIH/Sida e Infecciones de Transmisión sexual en Ecuador.* Recuperado de URL: <http://www.coalicionecuatoriana.org/web/pdfs/VIH-sida-ITS-en-Ecuador-MSP.pdf>

Vargas Barrantes, É. (2013). *BASES DE LA DIFERENCIACIÓN SEXUAL Y ASPECTOS ÉTICOS DE LOS ESTADOS INTERSEXUALES.* (Consultado el 17 de octubre de 2016) Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72927050008>> ISSN 1021-1209

Vásquez. E. (2015). *“Conocimientos y practicas sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual en los estudiantes de la Unidad Educativa General Córdova del Distrito Educativo 02 circuito C05.06 en el periodo Julio-Noviembre 2014”.* (Tesis Pregrado). Universidad Técnica de Ambato. Ambato – Ecuador. Recuperado de URL:
<http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9432/1/tesis%20erika%20fernanda%20vasquez%20cherrez.pdf>

Vega, E. G., et, al. (2012). *Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. International journal of psychological research*, 5(1), 79-87.
Recuperado de URL:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5134684>

Velasco Abad Margarita & Álvarez Velasco Soledad. (2014). *La niñez y adolescencia en el Ecuador contemporáneo: avances y brechas en el ejercicio de derechos.* Quito – Ecuador. Recuperado de URL:
http://www.unicef.org/ecuador/NA_EcuadorContemporaneo_ultima_version.pdf

ANEXO 1

Consentimiento informado al adolescente.

Les pedimos su cooperación para llenar una encuesta que constituye una investigación, la cual usted puede participar y en ningún momento quedara afectado su estatus en la Unidad Educativa, dicha investigación es sobre su conocimiento y comportamiento sobre la salud sexual y reproductiva. Con esta investigación pretendemos mejorar los programas de educación sexual y reproductiva de los y las adolescentes.

Lo que estamos acordando con usted es la oportunidad de conocer los objetivos de esta investigación y la confiabilidad del estudio, de igual forma si usted desea abandonar en cualquier momento la investigación puede hacerlo.

Firma de estudiante: _____

Firma del padre o tutor: _____

Consentimiento informado a la dirección de la institución educativa.

Les solicitamos su autorización para realizar una investigación en las aulas del 1 – 2- 3 años de bachillerato perteneciente a la Unidad Educativa Ciudad del Tena, dirigida a los y las adolescentes que por voluntad propia deseen participar, donde se indagara en el conocimiento que ellos poseen sobre salud sexual y reproductiva.

Esta investigación constituye un proyecto de tesis para el Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, y tiene como premisa no crear la incomodidad a dichos estudiantes y será anónima, teniendo en cuenta todos estos aspectos se les solicita su consentimiento para llevar a cabo la investigación.

Firma del Director de la institución educativa: _____

ANEXO 2



Datos Generales

a) Cuantos años tiene Ud.:

13 años _____ 17 años _____

14 años _____ 18 años _____

15 años _____ 19 años _____

16 años _____

b) Nivel Escolar:

c) Sexo:

Masculino _____

Femenino _____

Preguntas:

1. Marque con una (X) cinco complicaciones (es decir daños que pueden causar) del embarazo en la adolescencia:
 - a) Desnutrición (perder mucho peso) _____
 - b) Presión arterial muy alta _____
 - c) Aumento del peso corporal _____
 - d) Mayor posibilidad de que él bebe muera _____
 - e) Anemia _____
 - f) Incremento del aborto _____

g) Problemas sexuales (dolor, ardor, dificultad ante la erección, etc.) _____

h) Deformidad en el cuerpo _____

i) Parto antes de tiempo _____

j) Problemas para parir, el bebe no sale _____

k) Aumentan problemas después del parto _____

l) Abandono escolar _____

2. Marque con una (X) cuatro daños que Ud. conozca sobre el aborto:

a) Disminución del peso _____

b) Aumento de peso _____

c) Dañar el útero _____

d) Cansancio fácil _____

e) No poder tener más hijos después _____

f) Inflamaciones del útero a repetición (dolor y fiebre) _____

g) No poder dormir bien _____

h) Sangrados abundantes por la vagina _____

3. ¿Tiene Ud., algún conocimiento sobre los anticonceptivos? Marque con una (X)

Sí _____ No _____

4. Marque con una (X) los métodos anticonceptivos que Ud., conozca.

a) Tabletillas _____

b) Legrado _____.

c) Preservativo _____

d) Cesárea _____.

- e) Infusión de la hoja de aguacate _____
- f) T de cobre _____
- g) Píldora del día después _____
- h) Regulación menstrual _____
- i) Coito interrumpido (Eyacuación fuera de la vagina) _____
- j) Ligadura en el hombre _____
- k) Método del ritmo _____

5. ¿Dónde adquirió estos conocimientos? Marque con una (X)

- a) Médico y enfermera de la familia _____
- b) El hogar con los padres _____
- c) La escuela con los maestros _____
- d) Programas audiovisuales _____
- e) Medios de difusión masiva _____
- f) Debate de grupo _____

6. Señale con una (X) lo que usted crea que es la sexualidad humana, solo una opción:

- a) Por besos y abrazos _____
- b) Hacer el amor _____
- c) Manifestarse tal y como somos en la vida _____
- d) Tener hijos _____
- e) Querer mucho a su pareja _____

7. Señale con una (X) cinco infecciones de Transmisión Sexual que Ud., conozca:

- a) Neumonía _____

b) Gonorrea _____

c) Dengue _____

d) Condilomas _____

e) SIDA _____

f) Hepatitis A _____

g) Parotiditis _____

h) Trichomoniasis _____

i) Sífilis _____

8. Seleccionar con una (X) los métodos que le permitan evitar las infecciones de transmisión sexual:

a) Mediante el uso del condón _____

b) Teniendo una sola pareja sexual _____

c) No tener sexo con nadie _____

d) Relaciones sexuales estables _____

e) Mediante el uso de ducha vaginales _____

f) No compartiendo jeringuillas _____

9. Una adolescente puede quedar embarazada cuando tiene relaciones sexuales la primera vez? Marque con una (X) la respuesta que considere correcta

_____ SI _____ NO _____ NO SE

GRACIAS POR SU COLABORACION...

MODELO DE CUESTIONARIO CLAVE

PREGUNTAS:

1. Marque con una (X) cinco complicaciones (es decir daños que pueden causar) del embarazo en la adolescencia:

- a) Desnutrición (perder mucho peso) _____
- b) Presión arterial muy alta X
- c) Aumento del peso corporal _____
- d) Mayor posibilidad de que él bebe muera X
- e) Anemia X
- f) Incremento del aborto _____
- g) Problemas sexuales (dolor, ardor, dificultad ante la erección, etc.) _____
- h) Deformidad en el cuerpo _____
- i) Parto antes de tiempo X
- j) Problemas para parir, el bebe no sale X
- k) Aumentan problemas después del parto X
- l) Abandono escolar X

2. Marque con una (X) cuatro daños que Ud. conozca sobre el aborto:

- a) Disminución del peso _____
- b) Aumento de peso _____
- c) Dañar el utero X
- d) Cansancio fácil _____
- e) No poder tener más hijos después X
- f) Inflamaciones del útero a repetición (dolor y fiebre) X

g) No poder dormir bien _____

h) Sangrados abundantes por la vagina X

3. ¿Tiene Ud., algún conocimiento sobre los anticonceptivos? Marque con una (X)

Sí X No _____

4. Marque con una (X) los métodos anticonceptivos que Ud., conozca.

a) Tabletillas X

b) Legrado _____.

c) Preservativo X

d) Cesárea _____.

e) Infusión de la hoja de aguacate _____

f) T de cobre X

g) Píldora del día después X

h) Regulación menstrual _____

i) Coito interrumpido (Eyacuación fuera de la vagina) _____

j) Ligadura en el hombre X

k) Método del ritmo X

5. ¿Dónde adquirió estos conocimientos? Marque con una (X)

a) Médico y enfermera de la familia _____

b) El hogar con los padres X

c) La escuela con los maestros X

d) Programas audiovisuales X

e) Medios de difusión masiva X

f) Debate de grupo _____

6. Señale con una (X) lo que usted crea que es la sexualidad humana, solo una opción:

- a) Por besos y abrazos _____
- b) Hacer el amor _____
- c) Manifestarse tal y como somos en la vida X
- d) Tener hijos _____
- e) Querer mucho a su pareja _____

7. Señale con una (X) cinco infecciones de Transmisión Sexual que Ud., conozca:

- a) Neumonía _____
- b) Gonorrea X
- c) Dengue _____
- d) Condilomas X
- e) SIDA X
- f) Hepatitis A _____
- g) Parotiditis _____
- h) Trichomoniasis X
- i) Sífilis X

8. Seleccionar con una (X) los métodos que le permitan evitar las infecciones de transmisión sexual:

- a) Mediante el uso del condón X
- b) Teniendo una sola pareja sexual X
- c) No tener sexo con nadie X
- d) Relaciones sexuales estables X
- e) Mediante el uso de ducha vaginales _____
- f) No compartiendo jeringuillas _____

9. Una adolescente puede quedar embarazada cuando tiene relaciones sexuales la primera vez? Marque con una (X) la respuesta que considere correcta

SI NO NO SE

GRACIAS POR SU COLABORACION.....

ANEXO 3.



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
INSTITUTO DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Validación del contenido y apariencia del constructo

Evaluación por especialistas

A los ___ días del mes de ____ de 2016

Ciudad Tena, Napo

Respetado/a juez:

Usted ha sido seleccionado/a para evaluar el siguiente constructo/instrumento:

Que forma parte de la investigación que se titula:

La evaluación del constructo/instrumento es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de estos sean utilizados eficientemente, aportando tanto al área investigativa como a sus aplicaciones. Agradeciéndole su valiosa colaboración.

Nombre y apellidos del juez: _____

Formación académica: _____

Especialista: _____

Área de experiencia profesional: _____

Tiempo de experiencia: _____

Cargo actual:

Institución: _____

Objetivo de la investigación: _____

Objetivo de la prueba/juicio : _____

Validación del constructo de apariencia y contenido a través de las técnicas cuantitativa y cualitativa:

Cuantitativo:

Cualitativo:

Criterios de Moriyama					
Ítems	Comprensible	Sensible a variaciones	Razonable	Componentes claramente definidos	Datos factibles de obtener
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

Evaluar en cada pregunta los cinco criterios de Moriyama aportándoles los siguientes valores: Mucho: 3, Suficiente: 2, Poco: 1 Nada: 0.

1. **Comprensible:** Se refiere a si se comprenden los aspectos (ítems) que se evalúan, en relación con el fenómeno que se quiere medir.

2. **Sensible a variaciones** en el fenómeno: Si usted considera que puede discriminar a individuos con diferentes grados de vulnerabilidad.

3. Si el instrumento (ítem) tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente **razonables:** Es decir, si existe una justificación para la presencia de dicho ítem en el instrumento.

4. **Componentes claramente definidos:** o sea, si el ítem tiene una definición clara.

5. Si deriva de datos **factibles** de obtener: Si el dato correspondiente al ítem evaluado se puede recoger.

Observaciones:

Evaluaran la sencillez y amabilidad del formato: _____

Evaluaran el interés, la brevedad y la claridad de las preguntas: _____

Si el enunciado es correcto y comprensible _____

Si las preguntas tienen la extensión adecuada _____

Si es correcta la categorización de las respuestas _____

Si existen resistencias psicológicas o rechazo hacia algunas preguntas _____

Si el ordenamiento interno es lógico _____

El tiempo empleado en el llenado: _____:_____

Hora/ minutos

Postgradista

Especialista/juez

Bioestadística

ANEXO 4



UNIDAD EDUCATIVA "CIUDAD DE TENA"

Tena - Napo

Telefax: 06 2846-238

Acuerdo de creación N° 10115 - 20 de septiembre de 1985

Tena, 05 de mayo de 2015.
Oficio N° 131-R-UECT.

Doctora
Verónica Gavilanez T.
MÉDICO POSTGRADISTA DE LA ESCUELA POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
Ciudad.-

De mi consideración:

En referencia a su Oficio de fecha 30 de abril de 2015, hago conocer a usted que, a fin de atender su petición debe reflejar el tiempo en días y en horas que ocupará para realizar el trabajo de investigación, previo a la obtención de su título.

Particular que pongo en su conocimiento, para los fines pertinentes.

Atentamente,



Lic. Baltazar Durán R.

RECTOR



