



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA**

**TEMA:
CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LOS ADOLESCENTES, EN EL CANTÓN
COTACACHI 2015**

AUTORES: Changuán Rosero Cristian Javier

Ruiz Román María Inés

DIRECTORA DE TESIS: MSc. Viviana Espinel Jara

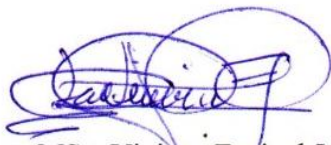
PROMETEO: Dra. Ysabel Casart PhD

Ibarra, Noviembre 2015

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

Yo, MSc. Viviana Espinel Jara en calidad de directora de la tesis titulada: CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LOS ADOLESCENTES, EN EL CANTÓN COTACACHI 2015, de autoría de Changuán Rosero Cristian Javier y Ruiz Román María Inés, una vez revisada y realizadas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

Atentamente.



MSc. Viviana Espinel Jara

C.I 100192795-1



**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio digital institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición de la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANIA:	1003666217-6
APELLIDOS Y NOMBRES:	CHANGUÁN ROSERO CRISTIAN JAVIER
DIRECCIÓN:	La primavera. Calle Madre Teresa de Calcula 2-39 y la Carolina.
EMAIL:	crisyf1@hotmail.com
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	2600-546 0988022463

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANIA:	100409710-9
APELLIDOS Y NOMBRES:	RUIZ ROMÁN MARÍA INÉS
DIRECCIÓN:	Otavalo. El Jordán. Calle Luis Enrique Cisneros 4-15 y Pedro Pinto.
EMAIL:	mari18do@hotmail.es
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	2921-711 0999814868

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO	CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LOS ADOLESCENTES, EN EL CANTÓN COTACACHI
AUTORES:	Changuán, Cristian; Ruiz, María Inés
FECHA:	2016/01/14
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciados en Enfermería
DIRECTOR DE TESIS:	MSc. Viviana Espinel Jara

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD


Yo, CHANGUÁN ROSERO CRISTIAN JAVIER con cédula Nro. 1003666217-6, y RUIZ ROMÁN MARÍA INÉS con cédula Nro. 100409710-9 en calidad de autores y titulares de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hacemos entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizamos a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

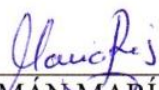
3. CONSTANCIAS

Los autores manifiestan que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que son las titulares de los derechos patrimoniales, por lo que asumen la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrán en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 16 días del mes de Enero de 2015.

LOS AUTORES:

Firma 
CHANGUÁN ROSERO CRISTIAN JAVIER
C.C: 1003666217-6

Firma 
RUIZ ROMÁN MARÍA INÉS
C.C. 100409710-9

ACEPTACIÓN:


Ing. Betty Chávez
JEFE DE BIBLIOTECA

Facultado por resolución de Consejo Universitario



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, CHANGUÁN ROSERO CRISTIAN JAVIER con cédula Nro. 1003666217-6, y RUIZ ROMÁN MARÍA INÉS con cédula Nro. 100409710-9, expresamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículo 4, 5 y 6 en calidad de autores de la obra o trabajo de grado denominado: CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LOS ADOLESCENTES, EN EL CANTÓN COTACACHI; que ha sido desarrollado para optar por el título de **Licenciados en Enfermería**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En calidad de autores nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. Suscribimos este documento en el momento que hacemos entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 16 días del mes de Enero de 2015.

LOS AUTORES:

Firma


CHANGUÁN ROSERO CRISTIAN JAVIER

C.C: 1003666217-6

Firma


RUIZ ROMÁN MARÍA INÉS

C.C. 100409710-9

DEDICATORIA

A Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis Padres, quienes con entero sacrificio y abnegación me brindaron su apoyo para hacer de mí una personas útil a la Patria y a la Sociedad y así poder obtener mi anhelado Título, ya que con este podremos realizar las metas que nos hemos propuesto para nuestro futuro.

Changuán Cristian

DEDICATORIA

A Dios y a mis padres INÉS y GERARDO por estar conmigo siempre guiándome y protegiéndome en esta etapa de mi vida, por su comprensión y apoyo incondicional, moral y económico que me brindaron, estuvieron conmigo guiando mis pasos para mi formación

A DOMÉNICA MAYTHE, mi pequeña y adorada hija, que es mi luz y fortaleza para ser mejor cada día y cumplir con mis metas trazadas.

A mi esposo RAÚL ROSERO por su apoyo incondicional y moral durante mi formación profesional por que estuvo en los momentos que más lo necesitaba dándome el aliento y las fuerzas para seguir adelante.

A mis HERMANAS Y HERMANO por ser por mi apoyo y aliento para seguir adelante en mi formación, por apoyarme en mis tareas universitarias y con el cuidado de mi

Ruiz María Inés

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro profundo Agradecimiento a la Universidad Técnica del Norte,
por las enseñanzas en ella recibidas.

A nuestros distinguidos Docentes, en especial a la MSc. Viviana Espinel quien con
nobleza y entusiasmo dirigió la realización de nuestro trabajo investigativo de
manera muy acertada.

A nuestros compañeros de aula, con quienes hemos compartido muchos
momentos de alegría y tristeza pero lo más importante es que siempre hemos sabido
salir adelante siempre unidos y a todas las personas que de una u otra manera han
contribuido con ideas y apoyo incondicional, y en forma muy especial agradecemos
a Dios que con su gracia iluminó nuestra vida estudiantil hasta la culminación de la
misma.

Changuán Cristian
Ruiz María Inés

ÍNDICE

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iv
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	viii
ÍNDICE	ix
ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS	xii
RESUMEN.....	xiii
SUMMARY	xiv
TEMA:	xv
CAPÍTULO I.....	1
1.- Problema de investigación	1
1.1.-Planteamiento del Problema.....	1
1.2.- Formulación del problema.....	2
1.3. Justificación	3
1.4. Objetivos.....	4
1.4.1. Objetivo General	4
1.4.2. Objetivos Específicos.....	4
1.5. Preguntas de investigación.....	5
CAPÍTULO II	7
2. Marco Teórico.....	7
2.1. Marco Referencial.....	7
2.1.1. Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad.....	7
2.1.2. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad	8
2.1.3. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa.....	8
2.1.4. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia	9

2.1.5.	Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de tres comunidades, Nuevo Chimbote, 2012	9
2.2.	Marco Contextual.....	10
2.2.1.	Cantón Cotacachi	10
2.2.2.	Reseña Histórica.....	10
2.2.3.	Geografía.....	11
2.2.4.	Vías de accesos.....	11
2.2.5.	Organización Política y Territorial de Cotacachi	12
2.2.6.	Medio natural	12
2.2.7.	Índices Socio- demográfico y Económico.....	12
2.2.8.	Salud.....	13
2.2.9.	Educación	13
2.3.	Marco Conceptual	14
2.3.1.	Pubertad y Adolescencia	14
2.3.2.	Cambios Físicos y Fisiológicos en la Pubertad	15
2.3.3.	Cambios Psicológicos en la Adolescencia	17
2.3.4.	Aparato Reproductor Femenino	17
2.3.5.	Aparato Reproductor Masculino	23
2.3.6.	Gametogénesis.....	31
2.3.7.	Ciclo Menstrual y Ovulación	35
2.3.8.	Erección- Eyaculación.....	36
2.3.9.	Planificación Familiar	38
2.3.10.	Método del Ritmo.....	38
2.3.11.	Etapas del Embarazo	39
2.3.12.	Etapas del Parto	41
2.4.	Marco Legal	43
2.4.1.	Constitución Política de la República del Ecuador:	43
2.4.2.	Ley Orgánica de Salud.	44
2.4.3.	Programa Nacional de Salud Integral en la adolescencia, Ley General de Protección a las madres Adolescentes.	45

2.4.4.	Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, Plan Nacional de prevención del embarazo en adolescentes en Ecuador.	46
2.4.5.	Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos	48
2.5.	Marco Ético	50
2.5.1.	Derecho de los Niños y Adolescentes	51
2.5.2.	Derechos del Paciente	52
CAPÍTULO III		55
3.	Metodología de la investigación	55
3.1.	Tipo de Estudio	55
3.2.	Diseño de la investigación	55
3.3.	Localización y Ubicación del área de estudio.....	55
3.4.	Población.....	56
3.5.	Operacionalización de las Variables	56
3.6.	Métodos y técnicas para la recolección de la información	58
3.7.	Análisis de datos	58
CAPÍTULO IV		59
4.	Resultados de la Investigación	59
4.1.	Datos socio demográficos	59
4.2.	Encuestas de nivel de conocimiento y evaluación sobre cambios físicos y fisiológicos en los adolescentes.....	63
CAPÍTULO V		71
5.	Conclusiones y Recomendaciones	71
5.1.	Conclusiones.....	71
5.2.	Recomendaciones.....	72
BIBLIOGRAFÍA		73
ANEXOS		81
Anexo 1.	Consentimiento Informado	81
Anexo 2.	Cuestionario sobre Conocimiento de Embarazo en Adolescentes.	84
Anexo 3.	Encuesta Socio - Económica.....	90

Anexo 4. Encuesta de Evaluación de Conocimiento.....	94
Anexo 5. Galería Fotográfica	97

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

Gráfico 1. Nivel Socioeconómico	59
Gráfico 2. Género	60
Gráfico 3. Nivel de estudio de acuerdo a la Edad.....	61
Gráfico 4. Etnia	62
Gráfico 5. Señale el tema sobre cuál o cuáles le gustaría tener mayor información.....	64
Gráfico 6. Mencione los cambios físicos y fisiológicos que ha sufrido durante la adolescencia como mujer	65
Gráfico 7. Mencione los cambios físicos y fisiológicos que ha sufrido durante la adolescencia como hombre.	66
Gráfico 8. Conoce cuales son los cambios físicos que ocurren en la adolescencia.....	67
Gráfico 9. Conoce cuales son los cambios fisiológicos que ocurren en la adolescencia.	68
Gráfico 10. Mencione los cambios físicos y fisiológicos durante la adolescencia.	69
Gráfico 11. A qué edad comienzan los cambios físicos y fisiológicos en la adolescencia.	70

RESUMEN

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LOS ADOLESCENTES, EN EL CANTÓN COTACACHI, 2015

Changuán Rosero Cristian Xavier¹, Ruiz Román María Inés¹.

¹ Carrera de Enfermería, Universidad Técnica del Norte

crisyf1@hotmail.com; mari18do@hotmail.es

En Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescentes son hasta 4 veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa), es por ello la importancia de conocer los cambios físicos y fisiológicos predominantes previos al embarazo tales como: crecimiento de mamas, ensanchamiento de caderas, desarrollo del aparato reproductor, menarquía y ovulación, con la finalidad de evitar embarazos tempranos. Se pretende medir el nivel de conocimiento sobre cambios fisiológicos en los adolescentes del cantón Cotacachi. Se trata de un estudio descriptivo, cuali - cuantitativo, longitudinal y de acción participativa. La información fue obtenida a través de aplicación de cuestionarios, los datos se analizan en el programa Microsoft Excel. Como resultados se mencionan: un 47% de adolescentes pertenecen al grupo Medio Típico (C+); Predomina el género masculino que denota machismo al no permitir que las mujeres estudien, El 95% cursan el bachillerato. El nivel de conocimiento es moderado pues a pesar que el 92% de adolescentes conocen los cambios físicos, pero el 60% desconocen los cambios fisiológicos que ocurren durante la adolescencia. Se elabora una guía didáctica sobre cambios físicos y fisiológicos, que es aplicada en talleres luego de lo cual, los conocimientos de los adolescentes aumentan al 97% y a un 86% respectivamente. Se concluye la investigación haciendo énfasis que en el sector rural los adolescentes requieren información adecuada sobre sexualidad y fisiología humana y reproductiva misma que se la debe incrementar en programas educativos.

Palabras clave: Adolescente, Cambios Fisiológicos, Adolescencia, Embarazo, Sexualidad.

SUMMARY

In Ecuador two out of three adolescents aged 15 to 19 years without education are mothers or they are pregnant for first time. The proportions of teen motherhood are up to 4 times higher among those with no education (43%), compared to higher (11% complete secondary) education levels , which is why the importance of understanding the physiological teen changes , to avoid early pregnancies . It is intended to measure the level of knowledge about physiological changes in teenagers from Cotacachi. It is a quality-quantitative, cross-section descriptive study and participatory action. The information was obtained through application of questionnaires; the data was analyzed in Microsoft Excel. As results are mentioned: 47.35 % belongs to the group of teenagers Typical Middle (C +); Predominantly male, denoting a type of gender violence by not allowing women to study, 95.3 % was enrolled in the school. The level of knowledge is moderate because although 92.2 % of adolescents knows the physical changes, but 60.3 % does not know the physiological transformations that occur during adolescence. A tutorial was done on physical and physiological changes they were applied in workshops, the knowledge of adolescents is up to 96.6 % and 86.2 % respectively is produced. The research concludes emphasizing that in the rural sector, teenagers require adequate information about sexuality and human and reproductive physiology, it must be increased in educational programs.

Keywords: Teenager, physiological, adolescence, pregnancy, sexuality.

TEMA:

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LOS ADOLESCENTES, EN EL CANTÓN
COTACACHI 2015

CAPÍTULO I

1.- Problema de investigación

1.1.-Planteamiento del Problema

Los adolescentes son los adultos del mañana y constituyen una proporción substancial de la población, ignorar sus necesidades no sólo es difícil, sino imprudente e injusto (1). La población adolescente mundial es de más de mil millones, y representa el 85 % en los países en desarrollo, la adolescencia es la etapa de la vida del ser humano caracterizada por profundos y complejos cambios fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales que culminan en la transformación de quienes hasta ahora fueron niños en adultos (2), (3), (4). Datos mundiales indican que más de la mitad de los adolescentes empiezan sus relaciones sexuales antes de los 16 años, de la misma forma cada 5 minutos se produce un suicidio inherente a su salud sexual y reproductiva, lo que indica indirectamente falencias en sus conocimientos y conductas de sexualidad (5).

Más del diez por ciento de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes. Cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes. Cada día hay 41095 y cada hora 1712 nacimientos de gestantes inmaduras. En América Latina, los países con mayor tasa de maternidad en adolescentes son: Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador, Venezuela, representando entre un 15 y un 25 % de las adolescentes (1). En Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescentes son hasta 4 veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa) (6).

El limitado conocimiento sobre cambios físicos y fisiológicos por parte de los adolescentes, sumado a diversos factores como: instrucción deficiente, nivel socio

cultural, género, etc. podría predisponerlos a altos índices de embarazo precoz, abortos con mortalidad y morbilidad materna elevada, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, Hepatitis B e incluso abandono de escolaridad (7), (8), (5). Las consecuencias señaladas del deficiente conocimiento en este grupo social impulsan a valorar las condiciones en las que se desenvuelven, mediante estudios de investigación que reflejen con veracidad la problemática señalada, para lo cual se busca definir el nivel de conocimientos de los adolescentes acerca de su cuerpo, y como este influye en la sexualidad de los adolescentes del cantón Cotacachi.

1.2.- Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de conocimiento acerca de los cambios fisiológicos en los adolescentes, en el cantón Cotacachi 2015?

1.3. Justificación

La necesidad de elaborar una documentación sobre cambios físicos, y fisiológicos en los adolescentes se considera como un recurso necesario para consulta y prevención, más aún si la misma está centrada en una Ciudad pequeña de la Provincia de Imbabura (Cotacachi), enfocándonos en una parte de la población que no tiene mayor información sobre sexualidad y métodos de prevención de embarazos no deseados.

El presente estudio cobra importancia ya que pretende establecer el nivel de conocimientos acerca de cambios físicos y fisiológicos de los adolescentes con el objetivo de disminuir el alto índice de embarazos, la morbilidad y mortalidad materna, los abortos y las Infecciones de Transmisión Sexual, suicidios, malas prácticas médicas, procedimientos clandestinos que nos insensibilizan y nos convierten en cómplices de esta temática, lo cual es considerado como un problema social, que poco a poco va ir pasando a ser una realidad bastante común entre las personas adolescentes, personas que aún no tienen la suficiente madurez física y emocional, para sobrellevar una carga de tan alta responsabilidad.

Es por ello la importancia de dar a conocer la Anatomía y Fisiología de nuestro cuerpo a los adolescentes mediante charlas didácticas, guías de capacitación y talleres educativos, conocimientos que contribuirán a enriquecer conceptos y enfoques teóricos a las comunidades, investigadores e investigadores quiénes se beneficiarán de este estudio que los llevará a obtener su Título de Licenciatura en Enfermería que posteriormente será tomada como una fuente bibliográfica para futuras investigaciones sean dentro y fuera de la Universidad Técnica del Norte.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Medir el nivel de conocimiento de los cambios fisiológicos en el cuerpo de los adolescentes, en el cantón Cotacachi.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas en el grupo de adolescentes en el Cantón Cotacachi.
2. Establecer el nivel de conocimiento sobre los cambios físicos y fisiológicos en los adolescentes del Cantón Cotacachi.
3. Dictar charlas de capacitación sobre cambios fisiológicos en la adolescencia, dirigida al grupo en estudio.
4. Elaborar y aplicar la guía de capacitación al grupo de adolescentes seleccionados con anterioridad.
5. Evaluar el trabajo realizado en el grupo de adolescentes.

1.5. Preguntas de investigación

¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adolescentes en el Cantón Cotacachi?

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre los cambios físicos y fisiológicos en los adolescentes?

¿Cómo influye el grado de escolaridad en el grupo de adolescentes en estudio?

¿Por qué elaborar una guía de capacitación?

¿Por qué aplicar esta guía de capacitación en los adolescentes seleccionados?

¿Para qué evaluar el trabajo realizado en el grupo de adolescentes?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1.Marco Referencial

2.1.1. Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad

El embarazo en la adolescencia se encuentra asociado con el desconocimiento de la edad óptima para el embarazo, de los días fértiles para quedar embarazada, el hecho de considerar el embarazo como responsabilidad exclusiva de la mujer, ver en el aborto un método anticonceptivo, así como también desconocer sus complicaciones en la adolescencia.

A partir de los resultados de nuestro trabajo se evidencia que es necesario un núcleo familiar que oriente sobre la sexualidad, creando una mayor relación entre los padres y los hijos. En la escuela es necesario incrementar la educación sexual y enseñar los métodos de planificación familiar, lo negativo de los embarazos en la adolescencia, y las secuelas que pueden acarrear las enfermedades de transmisión sexual, para así poder formar personas con alto nivel de conciencia en esta esfera tan importante de la vida del ser humano (9).

Autor: Oscar Soto Martínez, Anelys Franco Bonal, Arlene Franco Bonal, Jorge Silva Valido y George A. Velázquez Zúñiga.

2.1.2. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad

Consideramos que los adolescentes a pesar de tener conocimientos, no los ponen en práctica al enfrentar su sexualidad de acuerdo con las características propias de esta etapa de la vida. Es elevado el porcentaje de adolescentes con conocimientos sobre su aparato genital; estos no tienen en cuenta como posibles consecuencias de la actividad sexual, la posibilidad de un embarazo y la adquisición de infecciones de transmisión sexual.

Poseen conocimientos adecuados sobre la mejor edad para la maternidad, anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual.

Un menor porcentaje de adolescentes adquiere la información sobre sexualidad de sus padres.

Existe un mayor riesgo en la sexualidad en los adolescentes más jóvenes (10).

Autor: Dra. Ileana García Imia, Dra. Elena Ávila Gálvez, Dr. Antonio Lorenzo González y Dra. Marisela Lara Carmona.

2.1.3. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa.

Existe un porcentaje importante de adolescentes que inician precozmente la actividad sexual presentando actitudes desfavorables y falta de información hacia la sexualidad; siendo vulnerables a muchos factores de riesgo, es por ello la necesidad de iniciar la educación sexual desde los niveles de primaria y continuarse hasta la universidad.

Se evidencia en la población adolescente estudiada falta de información sobre sexualidad, diferencias en las actitudes y la práctica sexual según el grado académico y el sexo; siendo los hombres los que reportaron actitudes más favorables y mayor práctica sexual (11).

Autor: Liliana Libreros, Luzmila Fuentes y Amílcar Pérez.

2.1.4. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia

Se demostró que existió asociación causal entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces. El no tener relaciones adecuadas con los padres, no recibir apoyo espiritual y económico de la pareja, no mantener relaciones estables de pareja y no conversar con los padres aspectos de sexualidad y reproducción fueron factores que al actuar sobre ellos lograríamos un mayor impacto sobre la población expuesta (12).

Autor: Rodolfo Alarcón Argota; Jeorgelina Coello Larrea; Julio Cabrera García; Guadalupe Monier Despeine.

2.1.5. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de tres comunidades, Nuevo Chimbote, 2012

Partiendo del hecho que los comportamientos sexuales son el resultado de la interacción del conocimiento y de las actitudes sexuales; de manera general, se puede afirmar que los adolescentes motivo de estudio tendrían posibilidades de experimentar una sexualidad responsable y segura. Los resultados obtenidos en la presente investigación confirman la necesidad de una educación en sexualidad temprana y continua, que debe iniciarse en el hogar, complementarse en la escuela y reforzarse en los servicios de salud. Bajo el enfoque preventivo-promocional que

integra al adolescente como individuo, la familia, la comunidad y el Estado, que aborda los elementos socioculturales. Solo así se podrá garantizar la vivencia de una sexualidad segura y responsable durante la adolescencia y las futuras etapas de la vida (13).

Autores: Maydeli Carolina Matienzo Delgado, Amelia Nelly Solís Villanueva.

2.2. Marco Contextual

2.2.1. Cantón Cotacachi

El presente proyecto se efectuó en comunidades seleccionadas mediante un estudio realizado en el cantón Cotacachi, en el cual se evidenció un alto índice de embarazo en adolescentes (con un 36%, cifra que va por encima del porcentaje de embarazo en adolescentes a nivel Nacional 32%), desconocimiento de su cuerpo y falta de educación en lo que a su salud sexual y reproductiva se refiere.

2.2.2. Reseña Histórica

Santa Ana de Cotacachi es una ciudad de Ecuador, ubicada a las faldas del volcán Cotacachi. Fue fundada en 1544 por fray Pedro de la Peña, y constituye el cantón más extenso de la provincia de Imbabura. En el año 2000 fue declarada «cantón ecológico», preservando sus zonas verdes y fauna a través de la Reserva Ecológica Cotacachi Cayapas (14).

En 2002 recibió el Premio «Ciudades por la paz» otorgado por la Unesco. El 23 de abril de 2005, Cotacachi fue declarado «primer territorio libre de analfabetismo en el Ecuador» y recibe una medalla de la UNESCO, y en el 2007 recibe el Premio Ciudades Digitales Otorgado por AHCIET (15).

2.2.3. Geografía

Ubicada en la zona norte de Ecuador. Se ubica a 80 km al norte de Quito y 25 km al sur de Ibarra. Su clima es templado semi-seco o andino de valles. Su temperatura oscila entre 14° 18° y los 19° Celsius. La ubicación de la ciudad de Cotacachi está casi a mitad distancia entre Atuntaquí y Otavalo. Es también parte del corredor Tulcán-Riobamba, Una megalópolis del Ecuador concentrando las ciudades de la serranía norteña, Cotacachi geográficamente es una ciudad dividida en 5 partes principales, El Volcán Cotacachi, la Laguna de Cuicocha, el Macizo Verde, La zona de Intag y la Llanura de Imantag, todos estos componentes son parte importante que modifica el clima de la ciudad así desde los valles y dehesas soplan los vientos templados y secos, mientras desde los andes y las partes altas soplan vientos frescos y fríos, que le dan a Cotacachi un clima templado y agradable.

La geografía del Cantón es muy variada encontrándose alturas que van desde los 4.939 metros sobre el nivel del mar hasta los 1.600 m.s.n.m. en la zona de Nangulví y 200 m.s.n.m. en la parte más occidental correspondiente al recinto El Progreso. Las características topográficas y climáticas del Cantón permiten diferenciar claramente dos zonas: la Andina y la Subtropical. La zona Andina está ubicada en las faldas orientales volcán Cotacachi, conformado por las parroquias urbanas San Francisco y El Sagrario y las parroquias rurales Imantag y Quiroga. Su temperatura media oscila entre los 15 y los 20 °C (14).

2.2.4. Vías de accesos

De la vía panamericana de Otavalo a Ibarra, se encuentra un desvío hacia el occidente que en 15 minutos se llega a la próspera ciudad de Cotacachi, la cual posee una importante industria talabartera cuyos productos se exhiben en los almacenes del lugar. Aproximadamente ochenta locales ubicados, en su mayoría, en la calle 10 de Agosto, ofrecen una completa variedad de artículos de cuero como chompas, carteras, cinturones, maletas, bolsos y otros accesorios (15).

2.2.5. Organización Política y Territorial de Cotacachi

Cotacachi para su manejo más equilibrado se halla dividida en más de 100 barrios que agrupan 2 parroquias urbanas, estas se encargan de mantener el orden, hacer cumplir las leyes del alcalde y de administrar bien los recursos de la ciudad, actualmente Cotacachi está conformada por 2 parroquias, pero en total son 8 parroquias rurales y 2 urbanas que conforman el Cantón de Cotacachi (14).

Los barrios son agrupaciones que conforman las parroquias urbanas de la Ciudad y se organizan y dirigen desde la Federación de Barrios de Cotacachi, estas al contrario de la parroquia no tienen autonomía, tan sólo un rango legislativo y poder de administración de recursos. Las parroquias urbanas y los barrios en los que se halla dividida Cotacachi son los detallados a continuación (16).

El Sagrario: Ubicada al norte de la calle 10 de agosto.

San Francisco: Ubicada al sur de la calle 10 de agosto.

2.2.6. Medio natural

Localizada en un valle de clima templado, su naturaleza es óptima para los pinares, cipresales y bosques tanto mediterráneos como coníferos; Cotacachi se halla estratégicamente en la vera de dos ríos el Ambí y el Pichaví, ambos modifican de cierta manera los bosques en sus cuencas, así a las orillas de estos encontramos sauces, álamos y eucaliptos (15).

2.2.7. Índices Socio- demográfico y Económico

La tasa de alfabetización cuando Cotacachi se declara: Primer territorio libre de Analfabetismo es del 99,87% para 2005, 99,93% para los varones y 99,87% para las mujeres, el 100% de los niños acude a escuelas primarias del área urbana, el 95,7%

de los adolescentes acuden colegios de la ciudad, y un 67,4% de los bachilleres acuden a la universidad (14).

2.2.8. Salud

La salud en Cotacachi se halla garantizada por el Hospital: Asdrúbal de la Torre (Hospital Público), Dispensario Médico del Seguro (Dispensario del IESS), así como clínicas privadas y consultorios médicos privados.

La principal causa de muerte en Cotacachi son los problemas cardio-cerebrales y los respiratorios, mientras la población goza de una alta calidad de vida y una esperanza de vida que se aproxima a los 75,7 años para los hombres y 80,3 años para las mujeres (14).

2.2.9. Educación

La educación en Cotacachi es considerada una de las mejores en el norte del País, los centros de enseñanza son catalogados como los más modernos y académicamente prestigiosos, con una amplia infraestructura y tecnología de punta, tal es el caso del Instituto Superior “Luis Ulpiano de la Torre”, que es el alma mater de las instituciones en Cotacachi y su siguiente el amplio y tecnológico Instituto Tecnológico Superior de la Industria del Cuero “Cotacachi” (16).

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Pubertad y Adolescencia

La pubertad es un paso totalmente necesario para que el individuo adquiera su función reproductora en plenas facultades. Aunque se suele dar de diferente forma, tanto en edad como en ritmo, en función de cada niño. En muchos casos está mediado por la genética, la alimentación, raza, lugar geográfico o los estímulos psíquicos y sociales.

Es habitual que la pubertad comience entre los 8 y los 17 años, según el caso. En las niñas la edad de inicio es a los 11 años y en los niños, a los 12. Aunque en los últimos años, gracias a las mejoras en la calidad de vida, salud y nutrición, estamos asistiendo a un adelanto de la edad de la adolescencia y por ejemplo, en el caso de las niñas, cada vez es más habitual que tengan su primera menstruación en una edad bastante temprana (17).

Los cambios físicos fundamentales y normales de la adolescencia son los siguientes, aunque si se aprecian cambios diferentes o más graves para la salud, es recomendable acudir al especialista del seguro de salud para que valore los posibles síntomas:

- Aceleración y desaceleración al final de esta etapa del crecimiento óseo y de los órganos internos.
- Cambios en la composición corporal.
- Maduración sexual del aparato reproductor y de los caracteres sexuales secundarios (17).

2.3.2. Cambios Físicos y Fisiológicos en la Pubertad

a. Pubertad en las niñas

El desarrollo de las mamas es el signo principal de que una niña está entrando a la pubertad y a esto le sigue el primer período menstrual (menarquia). Antes de la llegada de la primera menstruación, una niña normalmente tendrá los siguientes cambios físicos y fisiológicos en su cuerpo:

- Crecimiento de las mamas
- Ensanchamiento de las caderas
- Desarrollo del Aparato Reproductor
- Crecimiento de vello en el pubis, las axilas y las piernas
- Un aumento en la estatura
- Menstruación
- Ovulación
- Cambio de voz

Los ciclos menstruales ocurren aproximadamente en un período de un mes (28 a 32 días) y al principio pueden ser irregulares. Una niña puede pasar dos meses entre períodos o tener dos períodos en un mes, pero con el tiempo éstos se vuelven más regulares (17), (18).

Después de que comienza la menstruación, los ovarios empiezan a producir y liberar óvulos, los cuales han estado almacenados en dichos ovarios desde el nacimiento. Aproximadamente cada mes, después que empieza la menstruación, un ovario libera un huevo llamado óvulo, que baja por la trompa de Falopio, la cual conecta el ovario al útero. Cuando el óvulo llega al útero, el revestimiento uterino se vuelve grueso con sangre y líquido. Esto sucede de tal suerte que si el óvulo es fertilizado, éste pueda crecer y desarrollarse en dicho revestimiento con el fin de producir un bebé.

Si el óvulo no se encuentra con el espermatozoide de un hombre y no es fecundado, se disuelve. El revestimiento que se ha engrosado se desprende y forma el flujo de sangre menstrual que sale del cuerpo a través de la vagina. Entre los períodos menstruales, puede haber un flujo vaginal claro o blanquecino, lo cual es normal. Durante o justo antes de cada período, la niña puede sentirse de mal humor o emotiva y su cuerpo se puede sentir inflado o hinchado (distendido). El síndrome premenstrual (SPM) puede comenzar a desarrollarse, sobre todo a medida que la niña crece. En las niñas, la pubertad generalmente termina a los 17 años, por lo que cualquier aumento de estatura después de esta edad es poco común. Aunque una niña haya alcanzado la madurez física completa en ese momento, la maduración educativa y emocional continúa (17).

b. Pubertad en los niños

- El primer signo de pubertad en los niños es el agrandamiento de ambos testículos. Después de esto, los niños normalmente experimentarán:
- Crecimiento acelerado, sobre todo de estatura.
- Crecimiento de vello en el área de los brazos, la cara y el pubis.
- Aumento del ancho de los hombros.
- Crecimiento del pene, del escroto (con enrojecimiento y pliegue de la piel) y los testículos.
- Eyaculaciones durante la noche (emisiones nocturnas o "poluciones nocturnas").
- Cambios en la voz.

Los testículos constantemente producen espermatozoides. Algunos espermatozoides se pueden almacenar en una estructura llamada epidídimo. Algunas veces, los espermatozoides almacenados son liberados como parte de un proceso normal para dar cabida a los espermatozoides nuevos. Esto puede ocurrir de forma automática durante el sueño (poluciones nocturnas) o después de una masturbación o una relación sexual. Las poluciones nocturnas son una parte normal de la pubertad (18).

2.3.3. Cambios Psicológicos en la Adolescencia

Respecto a los cambios psicológicos que se producen en la adolescencia destacamos la reafirmación del yo, el individuo toma conciencia de sí mismo y adquiere mayor control emocional. Una forma de reafirmar el yo es el deseo de mayor autonomía, la búsqueda de nuevas experiencias y cierta arrogancia y crítica con los padres y, en general, con la autoridad. Estos deseos novedosos originan en él cierta angustia e inseguridad provocada por el abandono de un mundo en el que se sentía seguro y la entrada en otro con el que no se siente plenamente identificado. A veces, el adolescente muestra un retraimiento interior que podemos interpretarlo como un exceso de egocentrismo, sobrevaloración personal y disconformidad con quienes le rodean, pero este proceso es necesario para que el adolescente afiance su personalidad y adquiera cierta autonomía en su forma de pensar, sentir y actuar (19).

2.3.4. Aparato Reproductor Femenino

El Aparato Reproductor Femenino está constituido de los siguientes órganos:

a. Monte de venus

El monte del pubis es una eminencia redondeada que se encuentra por delante de la sínfisis del pubis. Está formada por tejido adiposo recubierto de piel con vello pubiano.

b. Labios mayores

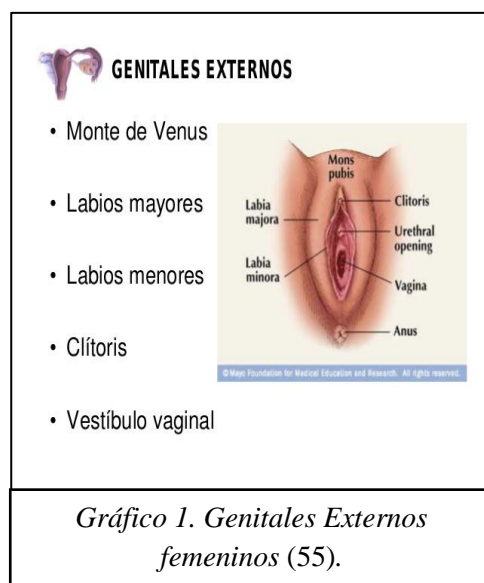
Los labios mayores son dos grandes pliegues de piel que contienen en su interior tejido adiposo subcutáneo y que se dirigen hacia abajo y hacia atrás desde el monte del pubis. Después de la pubertad, sus superficies externas quedan revestidas de piel pigmentada que contiene glándulas sebáceas y sudoríparas y recubiertas por vello (20).

c. Labios menores

Los labios menores son dos delicados pliegues de piel que no contienen tejido adiposo subcutáneo ni están cubiertos por vello pero que poseen glándulas sebáceas y sudoríparas. Los labios menores se encuentran entre los labios mayores y rodean el vestíbulo de la vagina.

Vestíbulo de la vagina

El vestíbulo de la vagina es el espacio situado entre los labios menores y en él se localizan los orificios de la uretra, de la vagina y de los conductos de salida de las glándulas vestibulares mayores (de Bartolini) que secretan moco durante la excitación sexual, el cual se añade al moco.



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

Clítoris

El clítoris es un pequeño órgano cilíndrico compuesto por tejido eréctil que se agranda al rellenarse con sangre durante la excitación sexual. Tiene 2 - 3 cm. de

longitud y está localizado entre los extremos anteriores de los labios menores. Consiste en: dos pilares, dos cuerpos cavernosos y un glande y se mantiene en su lugar por la acción de varios ligamentos. El glande del clítoris es la parte expuesta del mismo y es muy sensitivo igual que sucede con el glande del pene. La porción de los labios menores que rodea al clítoris recibe el nombre de prepucio del clítoris (20).

Bulbos del vestíbulo

Los bulbos del vestíbulo son dos masas alargadas de tejido eréctil de unos 3 cm. de longitud que se encuentran a ambos lados del orificio vaginal. Estos bulbos están conectados con el glande del clítoris por unas venas. Durante la excitación sexual se agrandan, al rellenarse con sangre, y estrechan el orificio vaginal produciendo presión sobre el pene durante el acto sexual.

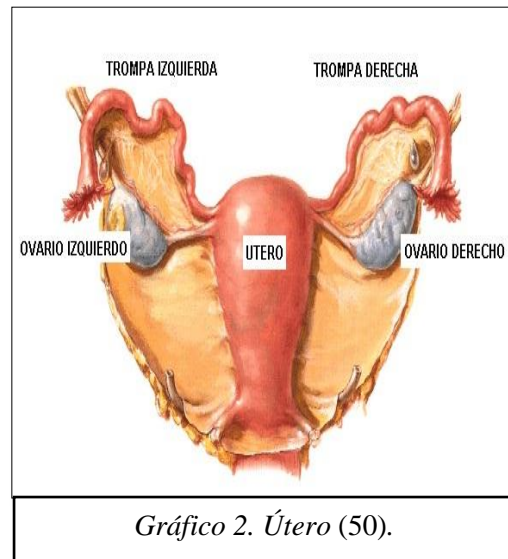
Vagina

La vagina es el órgano femenino de la copulación, el lugar por el que sale el líquido menstrual al exterior y el extremo inferior del canal del parto. Se trata de un tubo músculo membranoso que se encuentra por detrás de la vejiga urinaria y por delante del recto. En posición anatómica, la vagina desciende y describe una curva de concavidad anterior. Su pared anterior tiene una longitud de 6 - 8 cm., su pared posterior de 7 - 10 cm. y están en contacto entre sí en condiciones normales.

Útero o matriz

El útero es un órgano muscular hueco con forma de pera, tiene unos 7-8 cm. de longitud, 5 - 7 cm. de ancho y 2 - 3 cm. de espesor ya que sus paredes son gruesas. Su tamaño es mayor después

de embarazos recientes y más pequeño cuando los niveles hormonales son bajos como sucede en la menopausia.



Está situado entre la vejiga de la orina por delante y el recto por detrás y consiste en dos porciones: los 2/3 superiores constituyen el cuerpo y el 1/3 inferior, el cuello o cérvix que protruye al interior de la parte superior de la vagina y en donde se encuentra el orificio uterino por el que se comunica el interior del útero con la vagina. La porción superior redondeada del cuerpo se llama fondo del útero y a los extremos del mismo o cuernos del útero se unen las trompas de Falopio, cuyas cavidades quedan así comunicadas con el interior del útero. Varios ligamentos mantienen al útero en posición. La pared del cuerpo del útero tiene tres capas:

- Capa externa serosa o Perimetrio
- Capa media muscular (constituida por músculo liso) o Miometrio
- Capa interna mucosa (con un epitelio simple Columnar ciliado) o endometrio, en donde se implanta el huevo fecundado y es la capa uterina que se expulsa, casi en su totalidad, durante la menstruación (20).

Trompas de Falopio

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

Con propósitos descriptivos, se divide cada trompa en cuatro partes:

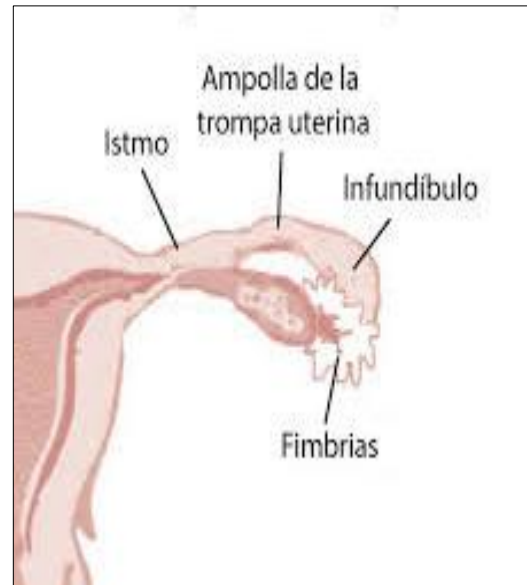


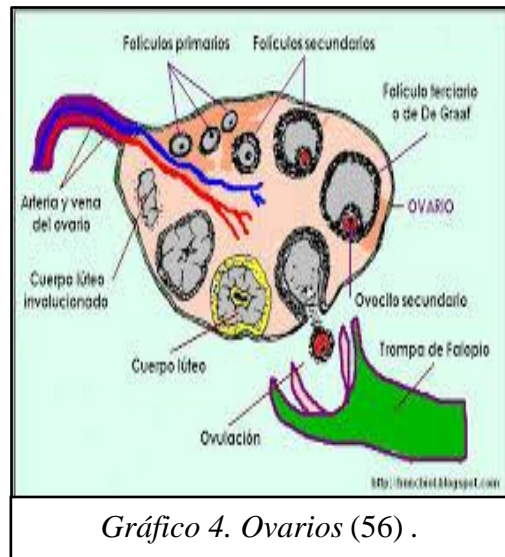
Gráfico 3. Trompas de Falopio (61).

- El infundíbulo presenta numerosos pliegues o fimbrias que atrapan al ovocito cuando se produce la ovulación para llevarlo al orificio abdominal de la trompa e introducirlo en el interior de la misma. Una de las fimbrias está sujeta al ovario correspondiente.
- La ampolla es el lugar en donde tiene lugar la fertilización del ovocito por el espermatozoide.
- El istmo que es una porción corta, estrecha y de paredes gruesas.
- La porción uterina que es el segmento de la trompa que atraviesa la pared del útero y por donde el ovocito es introducido en el útero. La pared de las trompas tiene una capa interna o mucosa con un epitelio simple columnar ciliado que ayuda a transportar el ovocito hasta el útero junto a células secretoras que producen nutrientes para el mismo, una capa intermedia de

músculo liso cuyas contracciones peristálticas ayudan también, junto con los cilios de la mucosa, a transportar el ovocito, y una capa externa o serosa (20).

Ovarios

Los ovarios son 2 cuerpos ovalados en forma de almendra, de aproximadamente 3 cm. de longitud, 1 cm. de ancho y 1 cm. de espesor. Se localiza uno a cada lado del útero y se mantienen en posición por varios ligamentos como: el ligamento ancho del útero. Los ovarios constituyen las gónadas femeninas y tienen el mismo origen embriológico que los testículos o gónadas masculinas.



En los ovarios se forman los gametos femeninos u óvulos, que pueden ser fecundados por los espermatozoides a nivel de las trompas de Falopio, y se producen y secretan a la sangre una serie de hormonas como la progesterona, los estrógenos, la inhibina y la relaxina. En los ovarios se encuentran los folículos ováricos que contienen los ovocitos en sus distintas fases de desarrollo y las células que nutren a los mismos y que, además, secretan estrógenos a la sangre, a medida que los ovocitos van aumentando de tamaño. El folículo maduro o folículo De Graaf es grande, está lleno de líquido y preparado para romperse y liberar el ovocito que será recogido por el infundíbulo de las trompas de Falopio. A este proceso se le llama ovulación. Los cuerpos lúteos o cuerpos amarillos son estructuras endocrinas que se desarrollan a partir de los folículos ováricos que han expulsado sus ovocitos u óvulos en la ovulación y producen y secretan a la sangre diversas hormonas como progesterona, estrógenos, relaxina e inhibina hasta que, si el ovocito no es fecundado, degeneran y son reemplazados por una cicatriz fibrosa. Antes de la pubertad, la superficie del

ovario es lisa mientras que después de la pubertad se cubre de cicatrices progresivamente a medida que degeneran los sucesivos cuerpos lúteos (20).

Glándulas Genitales auxiliares: Glándulas vestibulares y Glándulas parauretrales

Las glándulas vestibulares mayores (de Bartolino) son dos y tienen un tamaño de 0.5 cm. Se sitúan a cada lado del vestíbulo de la vagina y tienen unos conductos por donde sale su secreción de moco para lubricar el vestíbulo de la vagina durante la excitación sexual. Las glándulas vestibulares menores son pequeñas y están situadas a cada lado del vestíbulo de la vagina y también secretan moco que lubrica los labios y el vestíbulo. Las glándulas parauretrales (de Skene) desembocan a cada lado del orificio externo de la uretra. También tienen una secreción mucosa lubricante (20).

2.3.5. Aparato Reproductor Masculino

El Aparato Reproductor Masculino está conformado por los siguientes órganos:

Testículos

Los testículos son dos glándulas ovoides, una a cada lado del pene, de unos 5 cm de largo y 2,5 cm de diámetro y con un peso de 10-15 gramos, que están suspendidas dentro del escroto por el cordón espermático. Producen las células germinales masculinas o

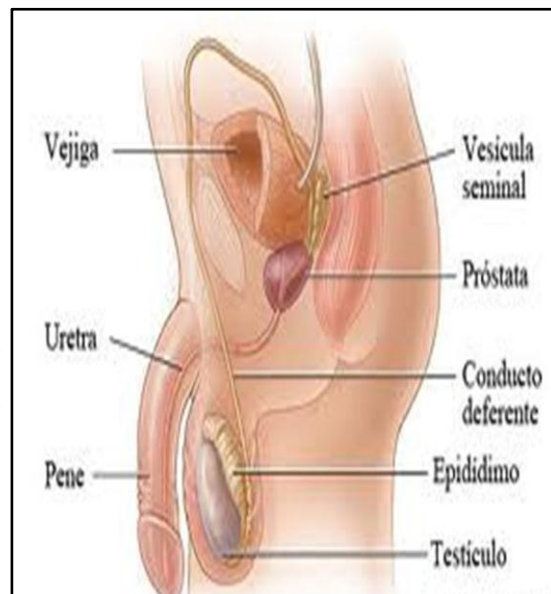


Gráfico 5. Aparato Reproductor Masculino (62).

espermatozoides y las hormonas sexuales o andrógenos.

Constituyen las gónadas masculinas y tienen el mismo origen embriológico que los ovarios o gónadas femeninas. En el interior de cada testículo, los espermatozoides se forman en varios cientos de túbulos seminíferos que se unen para formar una red de canales que recibe el nombre de rete testis. Pequeños conductos conectan la rete testis con el epidídimo.

Los túbulos seminíferos contienen dos tipos de células, las células espermatogénicas, que darán lugar a los espermatozoides y las células de Sertoli encargadas del mantenimiento del proceso de formación de espermatozoides o espermatogénesis. En el tejido conjuntivo situado en los espacios que separan a los túbulos seminíferos adyacentes hay grupos de células llamadas células de Leydig que secretan testosterona, el andrógeno más importante.

Epidídimos

Los epidídimos son dos estructuras en forma de coma de unos 4 cm de longitud, cada una de las cuales se encuentra adosada a las superficies superior y posterior-lateral de cada testículo. Cada epidídimo tiene un cuerpo que consiste en el conducto del epidídimo que está muy contorneado y en donde los espermatozoides son almacenados para pasar las etapas finales de su maduración, y una cola o cola del epidídimo que se continúa con el conducto deferente que transporta el esperma hacia el conducto eyaculador para su expulsión hacia la uretra. El epidídimo ayuda a expulsar los espermatozoides hacia el conducto deferente durante la excitación sexual por medio de contracciones peristálticas del músculo liso de su pared. Los espermatozoides pueden permanecer almacenados y viables en el epidídimo durante meses (21).

Escroto

El escroto es un saco cutáneo exterior que contiene los testículos y está situado postero-inferiormente en relación al pene e inferiormente en relación a la sínfisis del pubis.

Consta de:

- Piel: rugosa, de color oscuro
- Fascia superficial o lámina de tejido conjuntivo que contiene una hoja de músculo liso con el nombre de músculo dartos cuyas fibras musculares están unidas a la piel y cuya contracción produce arrugas en la piel del escroto. La fascia superficial forma un tabique incompleto que divide al escroto en una mitad derecha y otra izquierda y cada una de ellas contiene un testículo. Asociado a cada testículo dentro del escroto, se encuentra el músculo cremáster que es una pequeña banda de músculo estriado esquelético que continúa al músculo oblicuo menor o interno del abdomen. La localización exterior del escroto y la contracción de sus fibras musculares regulan la temperatura de los testículos porque la producción normal de espermatozoides requiere una temperatura inferior en unos 2-3 grados a la temperatura corporal. En respuesta a las bajas temperaturas el músculo dartos se contrae con lo que se arruga la piel del escroto y se reduce la pérdida de calor y el músculo cremáster en cada lado también se contrae con lo que los testículos son acercados al cuerpo para estar cerca del calor corporal.

Pene

Es el órgano de la copulación en el hombre. Sirve de salida común para la orina y el semen o líquido seminal. Consiste en un cuerpo y una raíz.

- **Cuerpo del pene:** es la parte pendular libre, cubierta por piel muy fina, de color oscuro y poco adherida. Está compuesto por tres cuerpos cilíndricos de tejido cavernoso eréctil, encerrados en una cápsula fibrosa. Dos de los cuerpos eréctiles que son los cuerpos cavernosos, están situados a ambos lados del pene, en la parte posterior del órgano.

El otro cuerpo eréctil que es el cuerpo esponjoso se encuentra anteriormente en el pene, en el plano medio, contiene la uretra esponjosa y la mantiene abierta durante la eyaculación.

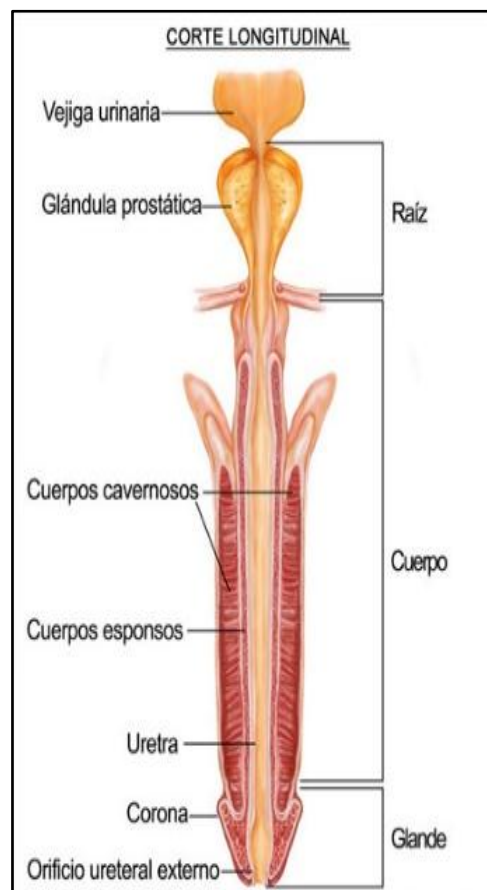


Gráfico 6. Pene y sus partes (63).

- El dorso del pene se encuentra en posición anterior cuando el pene está flácido y su superficie anterior mira hacia atrás. Los cuerpos cavernosos están fusionados uno con otro en el plano medio y en la parte posterior se separan y forman los dos pilares que sostienen el cuerpo esponjoso que se encuentra entre ellos.
- **Raíz del pene:** es la parte superior, de sujeción del pene y contiene los dos pilares que se insertan a cada lado del arco púbico. Cada pilar del pene está rodeado por el músculo isquiocavernoso. El bulbo del pene es la porción

ensanchada de la base del cuerpo esponjoso por donde penetra la uretra esponjosa en el cuerpo esponjoso, y está unido a los músculos profundos del periné. La contracción de todos estos músculos esqueléticos permite la eyaculación. El peso del cuerpo del pene está sostenido por dos ligamentos que lo sujetan a la superficie anterior de la sínfisis del pubis. En la punta del pene, el cuerpo esponjoso forma el glande que cubre los extremos libres de los cuerpos cavernosos. Cerca del extremo final del glande se encuentra el orificio de la uretra esponjosa u orificio externo de la uretra. La piel y las fascias del pene se prolongan como una doble capa de piel dando lugar al prepucio, que cubre el glande en una extensión variable (21).

Conductos deferentes

Los conductos deferentes son 2 tubos musculares de pared gruesa que comienzan en la cola del epidídimo de cada lado y terminan en el conducto eyaculador. Transportan espermatozoides desde el epidídimo al conducto eyaculador de su lado. El conducto deferente de cada lado asciende dentro del cordón espermático o estructura de sostén del aparato reproductor masculino que asciende desde el escroto, pasa al interior de la pelvis a través del conducto inguinal y contiene el conducto deferente, arterias, venas, linfáticos, nervios y el músculo cremáster. Una vez en el interior de la pelvis, el conducto deferente cruza el uréter y viaja entre el uréter y el peritoneo, después se une con el conducto de la vesícula seminal de su lado para formar el conducto eyaculador. El conducto deferente transporta los espermatozoides durante la excitación sexual, desde el epidídimo hasta el conducto eyaculador, en su camino hacia la uretra, por medio de contracciones peristálticas de su pared de músculo liso. Igual que sucede con el epidídimo, el conducto deferente puede almacenar espermatozoides durante meses.

Vesículas seminales

Las vesículas seminales son 2 largos tubos de unos 15 cm. de longitud que están enrollados y forman unas estructuras ovaladas en la base de la vejiga, por delante del recto. Sería más apropiado llamarlas glándulas seminales ya que producen una secreción espesa y alcalina que contiene fructosa, prostaglandinas y diversas proteínas, que se mezcla con el espermatozoides a medida que éste pasa a lo largo de los conductos eyaculadores. El conducto de cada vesícula seminal se une con el conducto deferente de su lado para formar el conducto eyaculador.

Conductos eyaculadores

Cada uno de los dos conductos eyaculadores es un tubo delgado, mide de 2 a 2,5 cm. de longitud y se forma cerca del cuello de la vejiga por la unión del conducto de la vesícula seminal y el conducto deferente de su lado. Ambos conductos eyaculadores viajan juntos a medida que pasan a través de la próstata y van a desembocar en la uretra prostática en donde expulsan el semen inmediatamente antes de que sea expulsado al exterior desde la uretra (21).

Próstata

La próstata es la mayor glándula accesoria del sistema reproductor masculino con un tamaño similar al de una pelota de golf. Se sitúa en la pelvis por debajo de la vejiga urinaria y detrás de la sínfisis del pubis y rodea la primera porción de la uretra que, por ello, se llama prostática. Crece lentamente desde el nacimiento hasta la pubertad, luego se expande hasta los 30 años y permanece estable hasta los 45 años. A partir de esa edad, puede agrandarse y ocasionar molestias. La uretra prostática y los conductos eyaculadores pasan a través de la próstata dividiéndola en lóbulos.

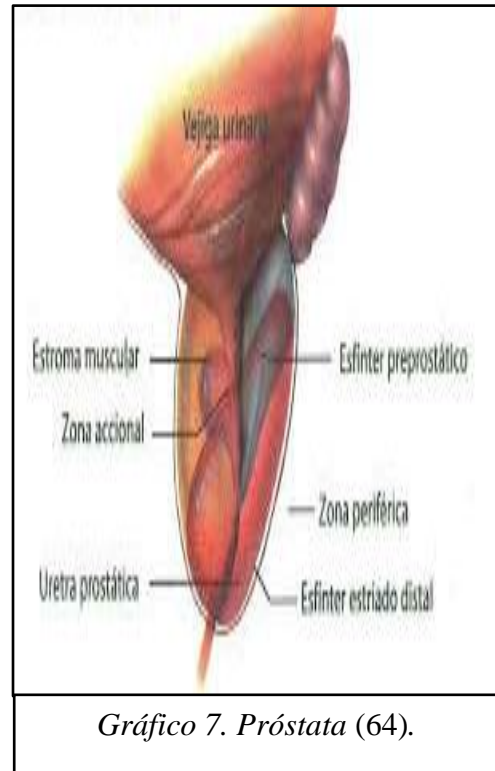


Gráfico 7. Próstata (64).

Existen de 20 - 30 conductillos prostáticos que desembocan en la pared posterior de la uretra prostática, ya que la mayor parte del tejido glandular se localiza posterior y lateral a la uretra prostática y por esos conductos se descarga la secreción prostática hacia la uretra y se añade al líquido seminal. El líquido prostático es lechoso y levemente ácido y contiene ácido cítrico, enzimas proteolíticos y sustancias antibióticas que contribuyen a disminuir el crecimiento de bacterias en el semen y el aparato reproductor femenino (21).

Glándulas bulbo uretrales

Las glándulas bulbouretrales son 2 y tienen el tamaño de un guisante, también reciben el nombre de glándulas de Cowper. Se encuentran debajo de la próstata, póstero - laterales en relación a la uretra membranosa. Sus conductos (2 - 3 cm.) se abren en la porción superior de la uretra esponjosa. Durante la excitación sexual

secretan un líquido alcalino al interior de la uretra que protege a los espermatozoides, neutralizando la acidez de la uretra y moco que lubrica el extremo del pene y las paredes de la uretra, disminuyendo el número de espermatozoides que resultan dañados por la eyaculación.

Uretra masculina

- Reiriz en el año 2014 refiere que la uretra masculina es un tubo muscular que transporta la orina y el semen hasta el orificio externo de la uretra o meato uretral, localizado en el extremo del glande. Con propósitos descriptivos, la uretra masculina se divide en 3 partes:
- Uretra prostática
- Uretra membranosa
- Uretra esponjosa

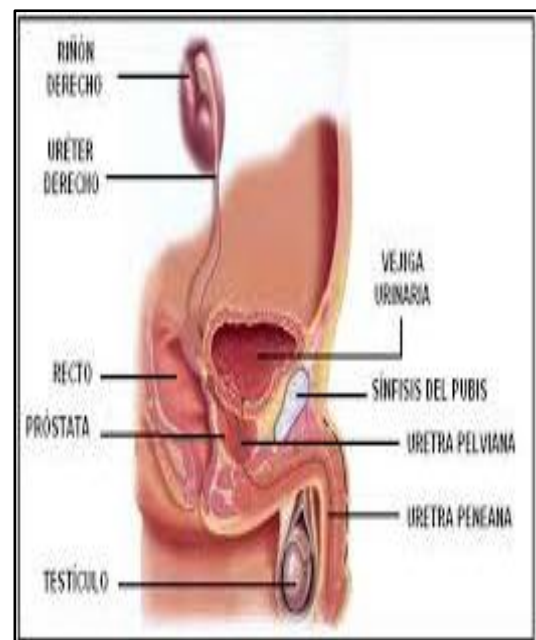


Gráfico 8. Uretra Masculina (65).

La uretra prostática tiene unos 3 cm de longitud y comienza en el orificio interno de la uretra, en el trígono de la vejiga. Desciende a través de la glándula prostática y en su pared posterior desembocan los conductos de la glándula prostática y los conductos eyaculadores. La uretra membranosa es la porción más corta de la uretra con 1 cm de longitud aproximadamente.

Está rodeada por el esfínter uretral y a cada lado se encuentra una glándula bulbo uretral. La uretra esponjosa es la porción más larga de la uretra con unos 15 cm de longitud y atraviesa toda la longitud del pene. Termina en el orificio externo de la uretra que comunica con el exterior y es la porción más estrecha y menos distensible

de la uretra con un diámetro aproximado de unos 5 mm. En la parte superior de esta uretra desembocan los conductos de las glándulas bulbouretrales (20).

2.3.6. Gametogénesis

Constituye el proceso generador del ciclo reproductor (ovogénesis y espermatogénesis).

Espermatogénesis

La espermatogénesis es el mecanismo encargado de la producción de espermatozoides; es la gametogénesis en el hombre. Este proceso se produce en las gónadas. La espermatogénesis tiene una duración aproximada de 62 a 75 días en la especie humana y se extiende desde la adolescencia y durante toda la vida del varón. La formación de espermatozoides comienza alrededor del día 24 del desarrollo embrionario en el saco vitelino. Aquí se producen unas 100 células germinales que migran hacia los esbozos de los órganos genitales. Alrededor de la cuarta semana ya se acumulan alrededor de 4000 de estas células germinales.



Imagen 9. Espermatogénesis (66).

Los testículos para poder producir espermatozoides, tendrán que esperar hasta la pubertad, cuando estén suficientemente desarrollados. La espermatogénesis, en la especie humana, comienza cuando las células germinales de los túbulos seminíferos de los testículos se multiplican. Se forman unas células llamadas espermatogonias.

Cuando el individuo alcanza la madurez sexual las espermatogonias aumentan de tamaño y se transforman en espermatoцитos de primer orden. En estas células se produce la Meiosis: la meiosis I dará lugar a dos espermatoцитos de segundo orden y tras la meiosis II resultarán cuatro espermátidas (gracias a la meiosis, de una célula diploide surgen cuatro células haploides (gametos)). Durante el eyaculado se produce una elevada pérdida de espermatozoides, junto con un número bastante elevado de espermatozoides malformados; de toda la capacidad espermatogénica potencial del testículo, tan sólo un 25% consigue tener capacidad suficiente y ser apto para la fecundación. La testosterona es una hormona esteroide que es producida principalmente en los testículos de (células de Leydig) y en los ovarios, aunque pequeñas cantidades son secretadas por las glándulas suprarrenales. En los hombres, la testosterona juega un papel clave en el desarrollo de los tejidos reproductivos masculinos como los testículos y próstata, La testosterona es necesaria para el desarrollo normal del espermatozoide. La testosterona activa genes que promueven la diferenciación de espermatogonia. Como también la promoción de los caracteres sexuales secundarios tales como el incremento de la masa muscular y ósea y el crecimiento del pelo corporal. Además, la testosterona es esencial para la salud y el bienestar como también para la prevención de la osteoporosis (22).

Ovogénesis

Es la formación de células sexuales femeninas.

Ovogénesis prenatal

En la etapa de formación embrionaria femenina, las células germinales se reproducen por mitosis sucesivas. Al llegar a las gónadas (ovarios) las células germinales continúan dividiéndose por mitosis donde se producen millares de ovogonias, que son células madres del ovario con toda la dotación genética de la especie (diploides). Las ovogonias dan origen por división mitótica a ovocitos primarios, también diploides. Los ovocitos primarios se rodean de células foliculares y epiteliales planas,

formando el folículo primordial. Alrededor del séptimo mes de gestación, los ovocitos primarios comienzan a dividirse por meiosis I, pero al llegar al diploteno de la profase I, se detiene la división meiótica. Este prolongado lapso de inactividad, llamado dictiotena, culmina cuando se alcanza la pubertad, momento en que se reinicia el proceso de ovogénesis por acción hormonal. Se supone que las células foliculares segregan una sustancia que frena el proceso de maduración del ovocito primario.

Ovogénesis posnatal

Las niñas nacen con folículos primarios que encierran a todos los ovocitos primarios en dictiotena, hasta que llega la madurez sexual. En ese momento empiezan a madurar los folículos y los ovocitos primarios aumentan de tamaño. Un poco antes de que la mujer ovule, concluye la meiosis I y se genera un ovocito secundario haploide y el primer cuerpo polar. Cabe señalar que esta división no es proporcional en cuanto a volumen, ya el cuerpo polar, que más tarde se atrofia es muy pequeño respecto del ovocito secundario, que obtiene casi todo su citoplasma.

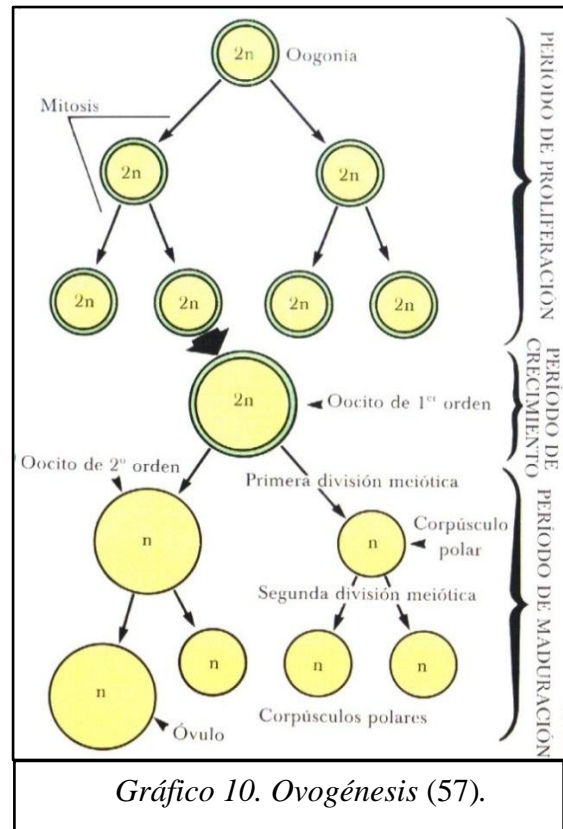


Gráfico 10. Ovogénesis (57).

En la medida que exista fecundación, el ovocito secundario reanuda la meiosis II hasta el final, formándose un ovocito haploide maduro y un segundo y pequeño cuerpo polar que más tarde involuciona. Si no se produce la fecundación, el ovocito secundario es eliminado durante la menstruación. Cerca de dos millones de ovocitos primarios se forman en los ovarios durante la etapa embrionaria, aunque esa cantidad se reduce aproximadamente a 400000 al nacimiento. Al llegar la pubertad, la gran

mayoría se atrofia, puesto que solo 400-500 ovocitos primarios diploides se transformarán en ovocitos secundarios haploides a lo largo de toda la vida reproductiva. Con la ovulación de cada ciclo sexual de 28 días, el ovocito secundario pasa del ovario a la trompa de Falopio, madurando de a uno por vez. Las hormonas segregadas por la hipófisis (gonadotrofinas) ejercen su acción sobre los ovarios. La hormona folículo estimulante (FSH) estimula al ovocito primario para que se convierta en secundario, mientras que la hormona luteinizante (LH) provoca la ovulación (22).

Foliculogénesis

Los folículos ováricos son estructuras formados por un conglomerado de células granulosas que encierran a cada ovocito en el interior del ovario. Dentro de los folículos tiene lugar la ovogénesis. La foliculogénesis es la formación y maduración de los folículos ováricos, a partir del folículo primordial hasta períodos intermedios o finales. De acuerdo a la etapa de desarrollo, se distinguen distintos tipos de folículos.

Folículos primordiales: se forman en la vida embrionaria y contiene una capa de células planas epiteliales y foliculares. Rodea al ovocito primario que está en dictiotena.

Folículos primarios: están constituidos por células de forma cúbica que encierran ovocitos primarios, también en dictiotena, pero que han aumentado de tamaño.

Folículos secundarios: tienen un diámetro cercano a 300 micras. Poseen varias capas de células granulosas que encierran a un ovocito secundario de 90-100 micras.

Folículos terciarios o de Graaf: tienen un diámetro promedio de 20 mm. Están constituidos por varias capas de células granulosas que se van ahuecando, formando un antro que se llena de líquido a medida que se acerca a la superficie del ovario. El folículo terciario contiene a un ovocito secundario latente en la profase de la mitosis

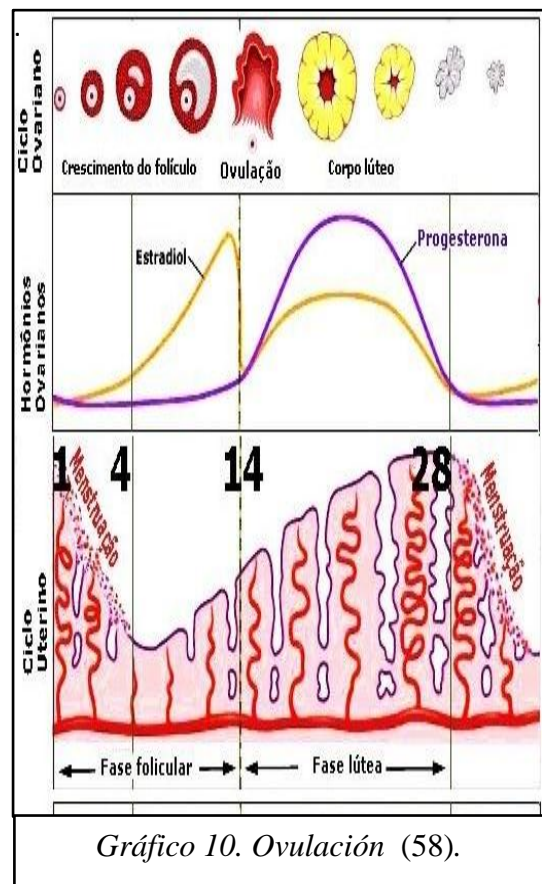
I (dictiotena) que se prepara para ser expulsado hacia la trompa de Falopio. Se calcula que se necesitan casi tres meses para que se genere un folículo de De Graaf a partir de un folículo primordial (22). Ver Gráfico 3.

2.3.7. Ciclo Menstrual y Ovulación

Durante la primer semana después de la menstruación (día 28 del ciclo), la FSH continúa aumentando, los folículos crecen intensamente y la FSH aumenta la expresión de sus propios receptores y receptores de LH en las células granulosas.

Durante este periodo, los folículos producen estradiol en pequeñas cantidades y sus niveles son \pm constantes en sangre.

Durante la segunda semana, siguen creciendo los folículos, incrementan los receptores de FSH en la granulosa, donde las aromatasas transforman los andrógenos tecales en E2, que aumenta significativamente.



Este incremento induce un feed-back (-), la FSH que disminuye significativamente en sangre. El folículo con más número de receptores de FSH, la máxima actividad aromatasas y que produce la mayor concentración de E2 es el folículo dominante seleccionado para ovular. Los otros folículos degeneran gradualmente en un proceso denominado.

El estradiol continúa incrementándose fundamentalmente a expensas del folículo dominante y llega al pico 72 Hs. antes de la ovulación. Este alto nivel de E2 induce por feed- back positivo, una pequeña producción de FSH y LH que determinan su pico. La ruptura folicular (ovulación) ocurre 36hs. después del pico de LH.

Esto es debido a que las células granulosas adquieren receptores de LH (por efecto de la FSH) y ahora responde a la LH. Este péptido induce la secreción de enzimas que digieren la pared folicular. El incremento inicial de LH al inicio de su pico, es suficiente para que las granulosas secreten pequeñas cantidades de Progesterona que participa en el mecanismo de inducción del pico de LH (23).

Una vez que el ovocito sale del folículo roto, la LH induce la secreción de Progesterona por las células granulosas remanentes que se organizan en una nueva glándula llamada el cuerpo lúteo (luteinización). La progesterona y el E2 aumenta y llegan a su plateau al día 22. Esto induce un feed-back negativo en la LH y FSH que disminuyen sensiblemente en la circulación.

Si la implantación no ocurre no hay hGC, el cuerpo lúteo no es sustentado por mucho tiempo y disminuye el E2 y la Progesterona. Esta disminución induce un aumento de FSH que empieza a reclutar folículos para el próximo ciclo. La menstruación aparece por que los niveles de progesterona bajan a los requeridos para mantener el endometrio secretor (23).

2.3.8. Erección- Eyaculación

El tejido eréctil de los cuerpos cavernosos y del cuerpo esponjoso consiste en unos espacios venosos entrelazados e intercomunicados entre sí. Cuando se produce excitación sexual las fibras nerviosas parasimpáticas, que provienen de la médula espinal sacra, estimulan la producción y liberación de óxido nítrico (NO) que provoca la relajación del músculo liso de las arteriolas que proporcionan sangre a estos espacios venosos y como consecuencia la sangre fluye y los llena.

El cuerpo esponjoso no se vuelve tan rígido como los cuerpos cavernosos y por tanto, cuerpos la uretra esponjosa permanece abierta permitiendo el paso del semen durante la eyaculación. Una vez que la excitación sexual termina, el pene retorna a su estado de flacidez, debido a la estimulación de las fibras nerviosas los cavernosos se agrandan y se vuelven rígidos, y el pene se pone en erección los cavernosos se agrandan y se vuelven rígidos, y el pene se pone en erección.

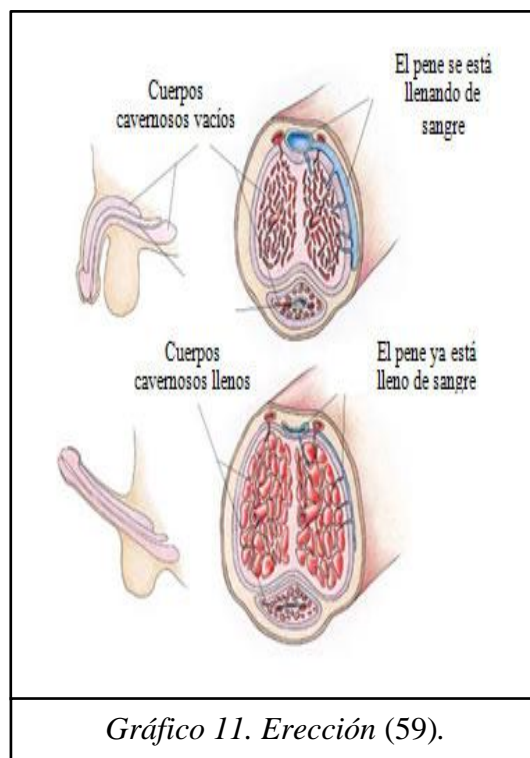


Gráfico 11. Erección (59).

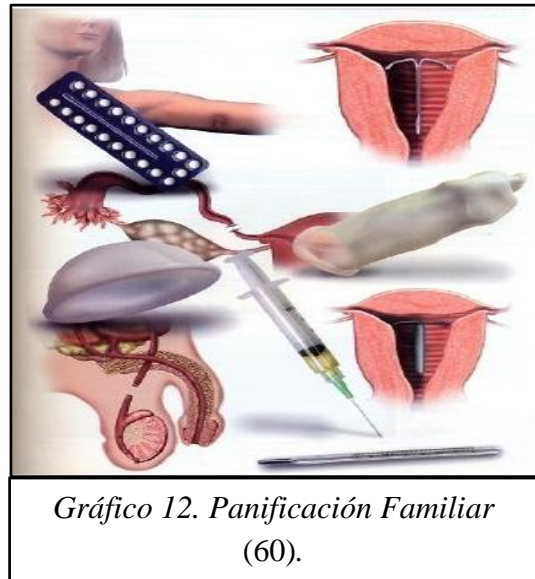
La eyaculación es la liberación brusca de semen desde la uretra al exterior debido a un reflejo simpático coordinado por la región lumbar de la médula espinal. Como parte de ese reflejo, el esfínter de músculo liso situado en la base de la vejiga urinaria se cierra, evitando que la orina sea expulsada durante la eyaculación y que el semen ingrese en la vejiga urinaria. Antes de que se produzca la eyaculación, las contracciones peristálticas del epidídimo, del conducto deferente, de las vesículas seminales, de los conductos eyaculadores y de la próstata impulsan el semen a la uretra esponjosa lo que produce la emisión de un pequeño volumen de semen antes de la eyaculación. Esta emisión también puede ocurrir durante el sueño (polución nocturna). La musculatura del pene también se contrae durante la eyaculación. El semen es una mezcla de espermatozoides y líquido seminal, el cual está formado por las secreciones de los túbulos seminíferos, las vesículas seminales, la próstata y las glándulas bulbo uretrales. Es decir, es una suspensión de espermatozoides en los líquidos segregados por dichas estructuras. El volumen de semen de una eyaculación normal es de unos 2,5-5 ml y contiene unos 50-150 millones de espermatozoides por cada ml. Tiene un pH ligeramente alcalino. Las secreciones de la próstata le dan una

aparición lechosa y los líquidos de las vesículas seminales y las glándulas bulbouretrales le dan una consistencia pegajosa. El líquido seminal proporciona a los espermatozoides un medio de transporte, nutrientes y protección frente al medio ácido hostil que representan la uretra masculina y la vagina femenina (21).

2.3.9. Planificación Familiar

Es una herramienta básica para decidir cuántos hijos se desea tener de acuerdo a las posibilidades de cada grupo familiar o individuo y en qué momentos tenerlo para ello existen varios métodos como son:

- Métodos Naturales
- Métodos de Barrera
- Métodos Hormonales
- Métodos Definitivos



2.3.10. Método del Ritmo

Este método requiere un seguimiento del ciclo durante unos pocos meses para determinar el patrón individual de ovulación. Consiste en llevar a cabo, durante al menos 6 meses, un registro de las fechas en que se inicia la menstruación, con la finalidad de conocer en qué días tiene lugar la ovulación.

Como la ovulación se produce entre 12 y 15 días antes de la menstruación, se considera que los días fértiles de aquellas mujeres con ciclos regulares de 28 días, son los comprendidos entre el noveno y el decimoctavo día, contando desde el que comenzó la menstruación. En el caso de las mujeres cuyo ciclo dura entre 25 y 35 días, los días fértiles se encuentran entre el séptimo y el vigesimoprimer día a partir del que tuvo lugar la menstruación (24).

2.3.11. Etapas del Embarazo

El desarrollo dentro del útero del nuevo ser pasa por dos fases:

1. La primera constituye el “Período Embrionario”, que comprende aproximadamente los primeros dos meses y medio.
2. La segunda se denomina “Período Fetal” y se inicia al terminar la anterior y comprende el resto del embarazo.

- Al final del primer mes, el embrión mide medio centímetro y comienzan a formarse el cerebro, la columna, los riñones, el hígado, el aparato digestivo y lo que más adelante serán los brazos y las piernas.



Gráfico 13. Período Embrionario

(25).

- En el segundo mes el embrión mide unos 2,5 cm. La cabeza está bien diferenciada y en ella se distinguen los ojos, la nariz, la boca y las orejas.
- También se diferencian bien los brazos y las piernas en sus distintas partes o segmentos. Los principales órganos se han formado y el corazón empieza a latir. Al final de este período el embrión mide unos 4 cm y se denomina feto.
- Al tercer mes el feto tiene una forma que recuerda a la especie humana. Es capaz de realizar movimientos por sí solo. Ahora mide entre 8 y 10 cm. Tiene

una cabeza muy grande con relación a su cuerpo. En este momento su cuerpo se encuentra básicamente formado. A partir de ahora es capaz de deglutir o tragar, y en el aparato digestivo se acumula una sustancia de color verde llamada meconio que se irá expulsando durante los primeros días de vida

- Hacia el cuarto mes, los genitales externos están bien formados. La piel se va desarrollando y produce una sustancia blanquecina que se denomina “vermix” y que recubre al feto y contiene gran cantidad de grasa. Esta sustancia protege su piel del continuo contacto con el líquido amniótico en el que está inmerso y suele recubrir al niño en el nacimiento.

Entre los cuatro y cinco meses de embarazo se empezará a notar cómo se mueve el nuevo ser. Al principio se moverá muy suavemente y más adelante se moverá con mayor fuerza. En estos meses es capaz de llevarse la mano a la boca, puede tener tos o hipo y suele estar en momentos dormido y en momentos despierto.



*Gráfico 14. Periodo Fetal
(25).*

- Aproximadamente a los seis meses aparece el pelo en la cabeza. Crecen las cejas y las pestañas y todo su cuerpo se cubre de un vello muy fino que se denomina “lanugo”. En esta fase pesa algo más de 1.000 gr. Y mide unos 35 cm.
- Sobre el séptimo mes se va completando la maduración de sus órganos (pulmón, aparato digestivo). A partir de este mes el empezará a engordar porque su cuerpo ya acumula grasa.

- Durante el octavo y noveno mes, el bebé sigue creciendo hasta alcanzar el peso que tendrá en el nacimiento, alrededor de los 3 o 3,5 kg. Su longitud es de unos 50 cm. Durante estos meses le crece el pelo y las uñas, sus movimientos se los sentirá de una forma más brusca. El niño tenderá a ponerse con la cabeza hacia abajo, es decir, hacia la pelvis en dirección al cuello del útero. Ésta es la postura más adecuada para el parto y desde ese momento ya no se moverá tanto (25).

2.3.12. Etapas del Parto

Período de dilatación

La dilatación se consigue mediante las contracciones del útero. La frecuencia, intensidad y duración de estas contracciones son variables. Ésta es la fase más larga del parto y la que puede resultar más pesada a la mujer. En las primerizas, puede durar desde 4 a 5 horas, hasta más de 12, y en las mujeres que ya han tenido un parto o más, desde 2 a 3 horas, hasta más de 8. El período de dilatación posee a su vez dos partes o fases:

- La dilatación consiste en el Borramiento o desaparición del cuello uterino y en su ensanchamiento progresivo hasta alcanzar un diámetro de aproximadamente diez centímetros, lo que permite el paso del bebé.
- Borramiento del cuello Las primeras contracciones son cortas, poco intensas y bastante espaciadas. Tienen como finalidad ablandar y acortar el cuello hasta hacerlo desaparecer o “borrarlo”. Este proceso puede durar bastantes horas sobre todo en primerizas. Durante esta fase del parto debes tratar de distraerte, pasear e intentar relajarte y reservar tus energías para más adelante cuando las contracciones sean más intensas. Dilatación Una vez borrado el

cuello comienza la dilatación. Gradualmente las contracciones aumentan en intensidad, frecuencia y duración.

Período expulsivo

Comienza cuando se alcanza la dilatación completa y termina con la salida del niño. Su duración es muy variable, y depende de muchos factores. Se considera normal una duración de una hora en primerizas y 30 minutos en mujeres que ya han tenido otro/s parto/s. Pero este período se puede prolongar, considerándose normal. Las contracciones son ahora más largas e intensas pero efectivas. Con estas últimas contracciones el bebé desciende poco a poco a través del canal del parto girando sobre sí mismo para facilitarse el paso. Cuando la cabeza sea visible y asome a través de la abertura de la vulva, en ese instante puede hacerse un pequeño corte o episiotomía para ensanchar dicha abertura e impedir pequeños desgarros de los músculos. A continuación saldrá la cabeza del niño e inmediatamente el resto del cuerpo. Posteriormente se pinza y corta el cordón umbilical (26).

Período de alumbramiento

Este período comienza cuando termina la expulsión del feto y se corta el cordón umbilical y termina cuando se expulsa la placenta. Después de una breve pausa las contracciones reaparecen, aunque ahora son suaves y escasamente dolorosas. Generalmente la placenta se desprende de las paredes del útero y sale espontáneamente, aunque a veces requiere una ligera presión o masaje sobre el vientre de la madre. Una vez expulsada la placenta se cose la episiotomía, si esta se ha realizado (26).

2.4. Marco Legal

2.4.1. Constitución Política de la República del Ecuador:

Sección cuarta - De la salud (27):

Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Art. 43.- Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados.

El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social. Adoptará programas tendientes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías.

Art. 44.- El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos.

Art. 45.- El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.

Art. 46.- El financiamiento de las entidades públicas del sistema nacional de salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley.

La asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central. No habrá reducciones presupuestarias en esta materia (27).

2.4.2. Ley Orgánica de Salud.

La Ley Orgánica de Salud, menciona derechos de la salud y protección y serán señalados los más relevantes a continuación (28).

Del derecho a la salud y su protección

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

Art. 2.- Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

2.4.3. Programa Nacional de Salud Integral en la adolescencia, Ley General de Protección a las madres Adolescentes.

Dentro del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia se encontraran artículos de mucha relevancia para nuestra investigación y serán detallados a continuación (29).

Art. 1.- La presente Ley tiene por objeto dar atención y asistencia social a madres adolescentes en situación de riesgo y a sus hijos desde su concepción hasta cuando sus hijos cumplan once años, principalmente proporcionándoles salud y educación. Para los efectos de esta Ley se entenderá por madre adolescente la mujer menor de edad embarazada o que tenga al menos un hijo o una hija; no importará el estado civil.

Art. 2.- Esta ley regulará todas las políticas públicas, establecidas por el Estado para programas preventivos y de apoyo, que ejecutan los ministerios del área social, dirigidas a madres adolescentes.

2.4.4. Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, Plan Nacional de prevención del embarazo en adolescentes en Ecuador.

Dentro del Plan Nacional del Buen Vivir encontramos diferentes Objetivos y el que nos ayuda a Mejorar la calidad de vida de la población es el Objetivo 3 y se mencionará sus políticas más relevantes: (30).

- *Ofrecer protección y prevención especializada para la salud de niñas, niños y adolescentes.*
- *Promover los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, difundiendo el derecho a la salud, al disfrute de su sexualidad y fortaleciendo el acceso a la información, orientación, servicios y métodos de planificación familiar a la vez que se vele por la intimidad, la confidencialidad, el respeto a los valores culturales y a las creencias religiosas.*

- *Valorar las condiciones particulares de salud de las mujeres diversas, en particular durante el embarazo, parto y postparto.*
- *Priorizar las acciones tendientes a reducir la mortalidad materno-infantil y el riesgo obstétrico, en particular en las zonas rurales, las comunidades, pueblos y nacionalidades.*
- *Optimizar y equipar los servicios de atención materno-infantil y acompañar a las madres durante el embarazo, con calidad y calidez, promoviendo una adecuada nutrición, cuidado y preparación, e impulso a la maternidad y paternidad responsable.*
- *Fortalecer el sistema de atención diferenciada y acorde a las diversidades, en el postparto y al recién nacido, y articular éste a redes de cuidado a las niñas y niños en centros laborales, barriales, comunitarios, institucionales, en coordinación intersectorial y con las iniciativas locales.*
- *Fortalecer las acciones y servicios para garantizar el derecho a una salud sexual y reproductiva no discriminatoria y libre de violencia que respete la diversidad, y empoderar a las mujeres en el conocimiento y ejercicio de sus derechos.*
- *Impulsar acciones de prevención del embarazo adolescente, e implementar estrategias de apoyo integral a madres y padres adolescentes, así como a sus familias, garantizando el ejercicio pleno de sus derechos.*

2.4.5. Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Dentro de los Derechos Sexuales y Reproductivos se encontraron los más relevantes que a continuación serán mencionados (27).

El cuerpo de cada uno y una es el espacio básico para el ejercicio de derechos. La reivindicación de esta condición es producto de un proceso de visibilización, en el marco mismo de la normativa de derechos humanos, que en un primer momento se dirigía al individuo frente a un otro llamado Estado con una obligación de respeto o de no hacer.

El segundo momento correspondió al reconocimiento del individuo y de la sociedad como actores ante un Estado que no solo debía respetar sino realizar acciones positivas para promover y garantizar derechos. En esta etapa la salud como derecho económico, social y cultural fue redefinida como un derecho más allá de la ausencia de enfermedad y por lo tanto un Estado con obligaciones de prevenir y resguardar.

La salud sexual y la salud reproductiva están vinculadas con los derechos sexuales y derechos reproductivos y los demás derechos humanos y por lo tanto su aplicación es universal, indivisible, interdependiente, interrelacionados y además irrenunciables.

Los tratados y convenios internacionales de derechos humanos implican la obligación para los estados que los suscriben de respetar, garantizar y proteger los derechos de todas las personas bajo cada jurisdicción estatal.

La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) del año 89 establece en el artículo 12 que:

- *Garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso de la mujer a los servicios, la educación y la información sobre salud, inclusive en la esfera de la salud sexual y genésica y, en particular, asignar recursos a programas orientados a las adolescentes para la prevención del embarazo precoz y la prevención y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, incluido el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH-SIDA).*
- *Dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual y reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal. En la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos.*
- *Supervisar la prestación de servicios de salud a la mujer por las organizaciones públicas, no gubernamentales y privadas para garantizar la igualdad del acceso y la calidad de la atención; Exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa.*

- *Velar por que los programas de estudios para la formación de los trabajadores sanitarios incluyan cursos amplios, obligatorios y que tengan en cuenta los intereses de la mujer sobre su salud y sus derechos humanos, en especial la violencia basada en el género.*

2.5. Marco Ético

El Estado Ecuatoriano sobre la base de los preceptos constitucionales, es un Estado social de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, laico, multiétnico y pluricultural, propicia a través de la Política Nacional de Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, la aplicación y el cumplimiento de todos los avances realizados en las diferentes convenciones, pactos, convenios, declaraciones y leyes que están vigentes en el país, de manera que sean una realidad en la vida cotidiana de las mujeres y hombres del Ecuador. Las conferencias de El Cairo y Beijing continúan siendo las principales fuentes de inspiración para la formulación de ésta política y sus líneas de acción, cuya tarea fundamental es llevar a la práctica todos los enunciados escritos en las normas legales y construir iguales oportunidades para que toda la población ejerza plenamente y goce estos derechos (31).

Toda política de salud como parte de la política social es un instrumento a través del cual el Estado interviene en la vida de las sociedades, en función de finalidades como el desarrollo no sólo económico sino humano y su compleja construcción es un “un asunto fundamentalmente público pero no exclusivamente público” lo que implica la participación de diferentes actores, grupos, clases, etc. en los que coexisten contradicciones e intereses diferentes, que muchas veces rebasan las fronteras nacionales. La formulación de una política pasa también por la comprensión de la democracia y la ciudadanía buscando responder a las necesidades de salud de toda la población, en este caso específico de la salud sexual y salud reproductiva (31).

Art. 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Durante los últimos 15 años, las organizaciones de las Naciones Unidas han reunido a los países del mundo en diferentes conferencias, convenciones, pactos, acuerdos o declaraciones internacionales para tratar los temas del desarrollo, pobreza, población, mujer, niñez, pueblos y nacionalidades, etc. En todas ellas los principios fundamentales son el respeto a los derechos de humanos y cómo se hacen una realidad para todos los seres, en todos los rincones del planeta (31).

2.5.1. Derecho de los Niños y Adolescentes

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

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

El Estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas (31).

2.5.2. Derechos del Paciente

Art 2.- DERECHO A UNA ATENCION DIGNA.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- DERECHO A NO SER DISCRIMINADO.- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4.- DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD.- Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Art 5.- DERECHO A LA INFORMACION.- *Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia. El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.*

Art. 6.- DERECHO A DECIDIR.- *Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión (31).*

CAPÍTULO III

3. Metodología de la investigación

3.1. Tipo de Estudio

La investigación realizada es de tipo observacional, descriptiva de corte transversal debida que la población fue observada e intervenida en un período de tiempo determinado de marzo a junio del 2015. Es descriptivo porque se determinó el nivel de conocimiento de los adolescentes del Cantón Cotacachi en cuanto a los Cambios Fisiológicos de los adolescentes.

3.2. Diseño de la investigación

El presente estudio tiene una metodología cuali-cuantitativa, ya que se realizó registros de conocimientos que fueron estudiados mediante técnicas como la observación participante y las encuestas existiendo mayor comunicación entre el investigador y los investigados, permitiendo identificar la proporción de adolescentes que conocen el tema a investigar

3.3. Localización y Ubicación del área de estudio

La presente investigación se realizó en comunidades del cantón Cotacachi: El Cercado, Apuela, Imantag, trabajando con los adolescentes de la zona.

3.4. Población

La Población y Universo constituye a 158 adolescentes pertenecientes a las comunidades de Cercado, Apuela, Imantag.

Criterios de Inclusión: Pertenecer al Cantón Cotacachi
Adolescentes hombres y mujeres que oscilan en el grupo de edad de 10 a 19 años.

Criterios de Exclusión: Adolescentes transeúntes.

3.5. Operacionalización de las Variables

Objetivo	Variable	Indicador
Identificar las características sociodemográficas en el grupo de adolescentes en el Cantón Cotacachi.	Sexo	Masculino Femenino
	Edad	< 15 años 15 años 16-19 años
	Nacionalidad	Ecuatoriano Extranjero
	Etnia	Mestiza Indígena Afrodescendiente Montubio Blanco Otro, especifique

	Estado Civil	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre
	Ocupación	Estudiante Ama de casa Comerciante Agricultor Jornalero

Establecer el nivel de conocimiento sobre cambios físicos y fisiológicos en los adolescentes del Cantón Cotacachi.	Cambios fisiológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos de los cambios fisiológicos de la adolescencia • Conoce • Cuales conoce • Desconoce
		<ul style="list-style-type: none"> • Cambios fisiológicos que has tenido los adolescentes del CC • Menstruación • Menarquia • Anarquía • Eyaculación • Erección
	Cambios físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Ensanchamiento de caderas • Ensanchamiento de la espalda • Vello púbico • Engrosamiento de

		la voz
--	--	--------

3.6. Métodos y técnicas para la recolección de la información

Los métodos utilizados en la presente investigación fueron encuestas y recolección verbal del conocimiento de los adolescentes de cada comunidad, al final de las charlas se evaluaron los conocimientos de cada adolescente mediante encuestas.

3.7. Análisis de datos

Los datos recolectados por medio de las encuestas fueron analizados mediante una base de datos en Microsoft Excel. Los resultados obtenidos mediante las encuestas se tabularon y se los representó en gráficos o tablas.

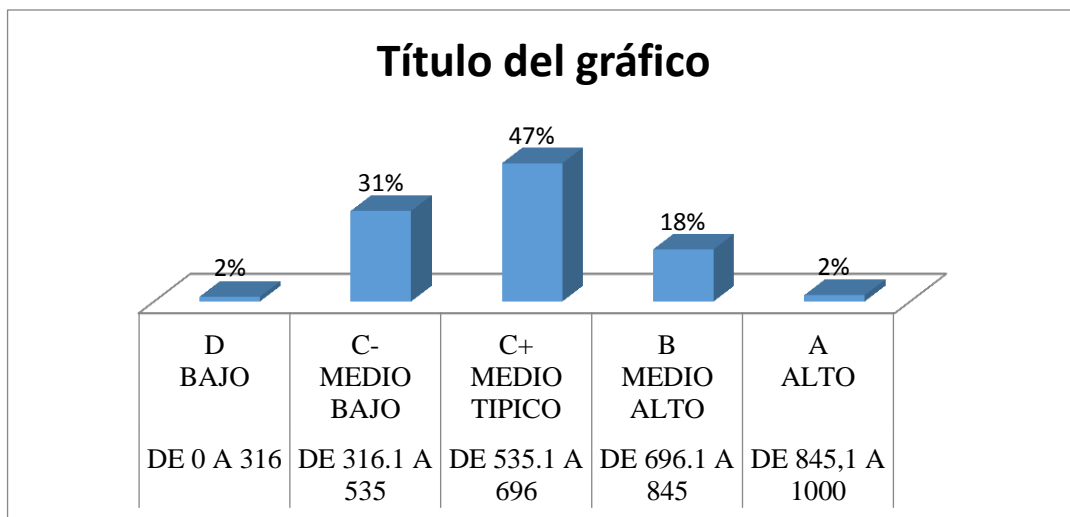
CAPÍTULO IV

4. Resultados de la Investigación

Se logró obtener los siguientes resultados con la aplicación de las distintas encuestas al grupo de adolescentes, a continuación se detallaran los resultados obtenidos de acuerdo a cada objetivo antes planteado.

4.1. Datos socio demográficos

Gráfico 1. Nivel Socioeconómico (34).

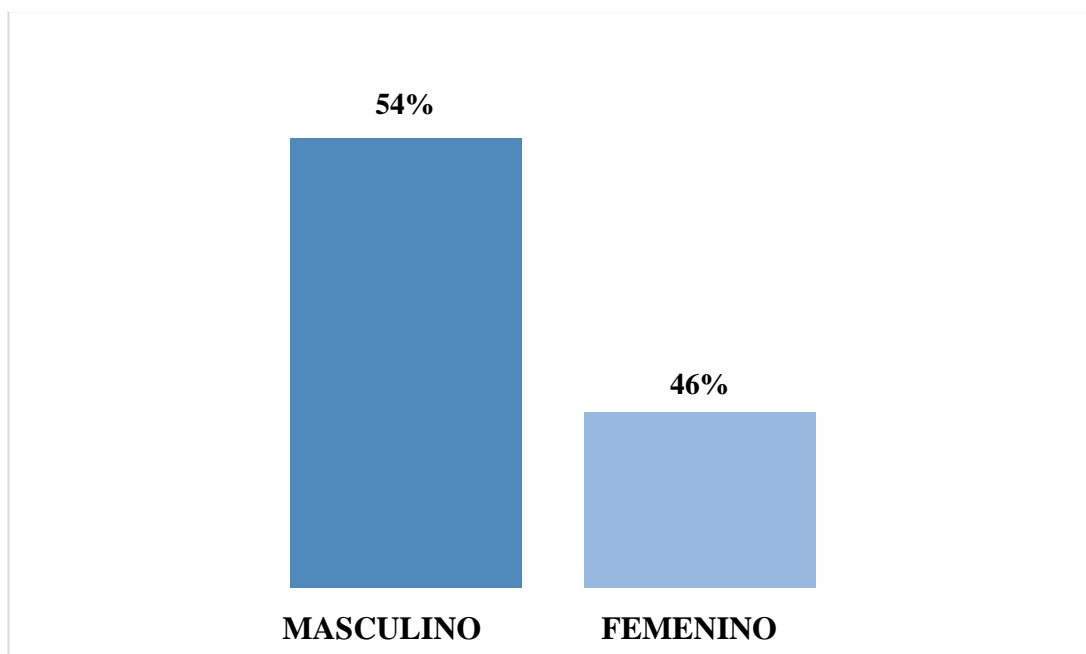


Fuente: Encuesta INEC 2004.

Elaborado: Los Autores

Análisis:- Teniendo en cuenta que el resultado fue obtenido en una zona rural del Cantón Cotacachi, en el presente gráfico se observa que el 47% de las familias de los adolescentes pertenece al nivel socioeconómico Medio Típico (C+); lo cual se relaciona con los resultados de la encuesta INEC 2014, en la cual se establece que el 49% de los hogares ecuatorianos pertenecen al estrato medio bajo (C) (32). Realidad que se evidencio al viajar a las comunidades mencionadas para el desarrollo de la investigación donde se pudo observar el tipo de vivienda que existían en la zona.

Gráfico 2. Género (34).

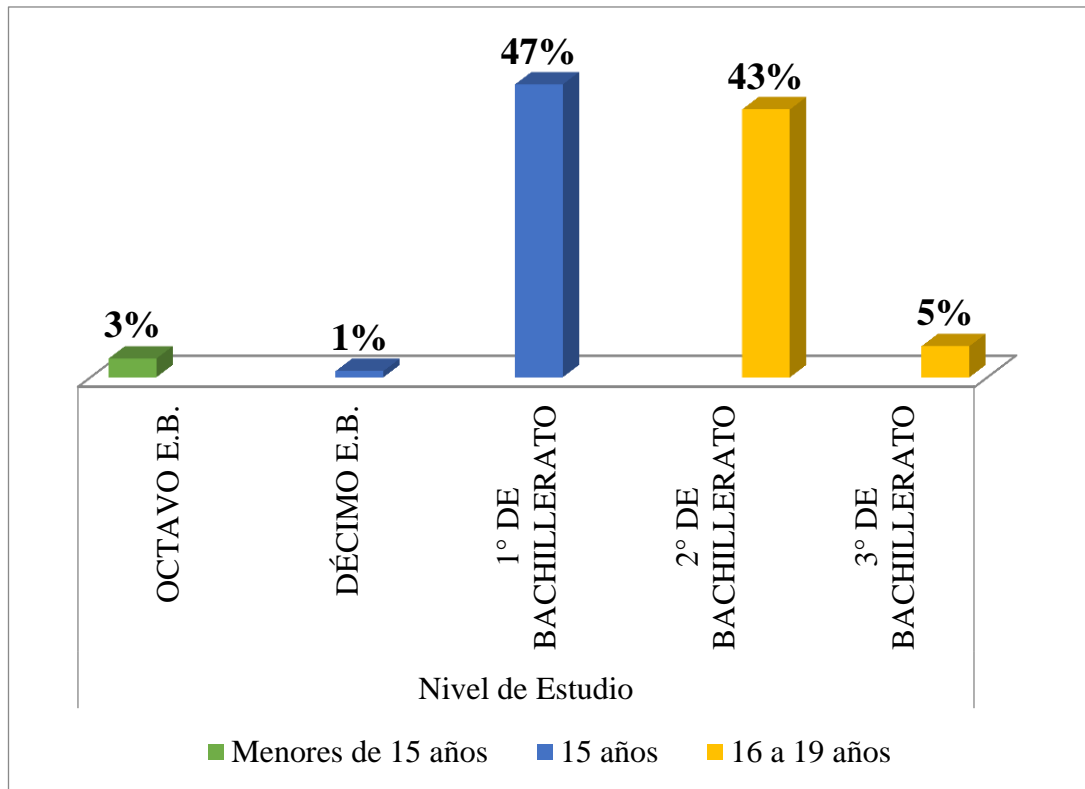


Fuente: Encuesta INEC 2004.

Elaborado: Los Autores

Análisis: El estudio evidencia que un 54% de población es de género masculino. Datos que se relaciona con cifras dadas por el INEC en las que señala que el 51% de la población adolescente pertenece al género masculino (33). No se observa gran diferencia entre datos del INEC con los obtenidos en lo que concierne a zona rural, a pesar que en zonas como la estudiada aún existe machismo que de una u otra manera representa un tipo de violencia de género. En Imbabura el 63,5% de las mujeres ha sufrido violencia de género, valor que supera el porcentaje Nacional que llega al 60%; así mismo se menciona a que este tipo de violencia se presenta en un 58% en la Educación Media (33).

Gráfico 3. Nivel de estudio de acuerdo a la Edad (34).

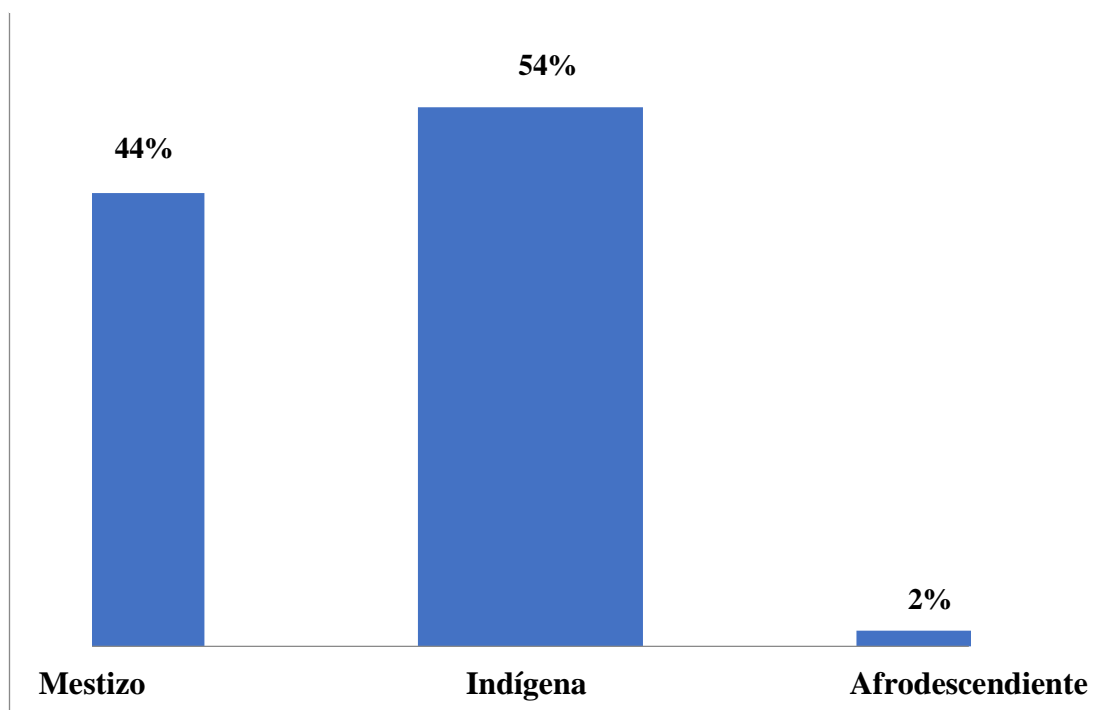


Fuente: Encuesta INEC 2004.

Elaborado: Los Autores

Análisis: Se identificó que los adolescentes encuestados se encuentran en el rango de edad de 16 a 19 años con una población de 83 adolescentes que representan el 48% mismo porcentaje que representan los adolescentes de 15 años pero con una diferencia en su población que son 71 adolescentes; según Viviana Cruz en el 2014 el inicio temprano de inducción acerca de su cuerpo y su salud reproductiva a un adolescente le asegura al mismo un menor riesgo de sufrir embarazos no deseados al igual que infecciones de transmisión sexual, (35). Se observa de igual manera que los rangos de edad obtenidos concuerdan con el nivel de estudio en el cual se encuentran los adolescentes dato que nos asegura que la población encuestada es netamente adolescente.

Gráfico 4. Etnia (34).



Fuente: Encuesta INEC 2004.

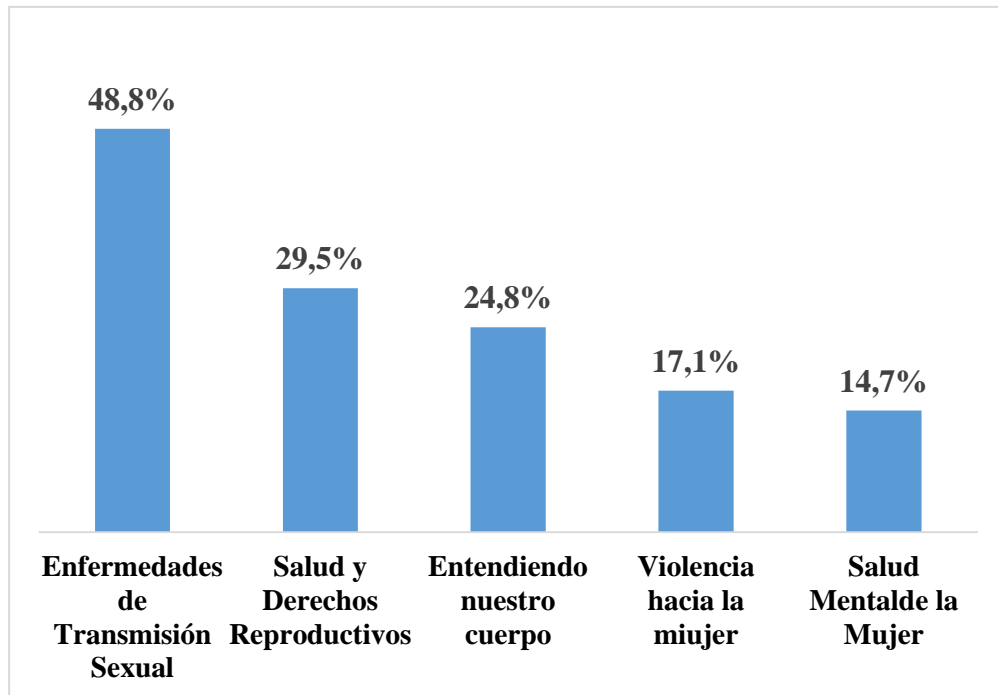
Elaborado: Los Autores

Análisis: En el presente estudio realizado en una comunidad predominantemente rural se identificó que el grupo de adolescentes encuestados el 54% pertenecen a la etnia indígena y el 44% a la etnia mestiza; En el país encontramos una gran cantidad de nacionalidades y pueblos indígenas, específicamente en la zona de estudio la etnia predominante es la indígena kichwa del pueblo Otavalo, según el Grupo Étnico del Ecuador que ubica a este grupo en los cantones de Otavalo y Cotacachi (36). A pesar que la investigación se realizó en una zona de asentamiento indígena no hubo mayor predominio sobre la etnia mestiza de acuerdo al número de adolescentes que asistieron.

4.2. Encuestas de nivel de conocimiento y evaluación sobre cambios físicos y fisiológicos en los adolescentes

Las presentes encuestas se las realizaron en dos fases la primera previamente a la socialización de la charla educativa y a la presentación de la guía de conocimientos acerca del tema Cambios Fisiológicos en los Adolescentes al grupo en estudio y la segunda tras la intervención obteniéndose los siguientes resultados que a continuación se ven detallados en tablas y gráficos.

Gráfico 5. Señale el tema sobre cuál o cuáles le gustaría tener mayor información.

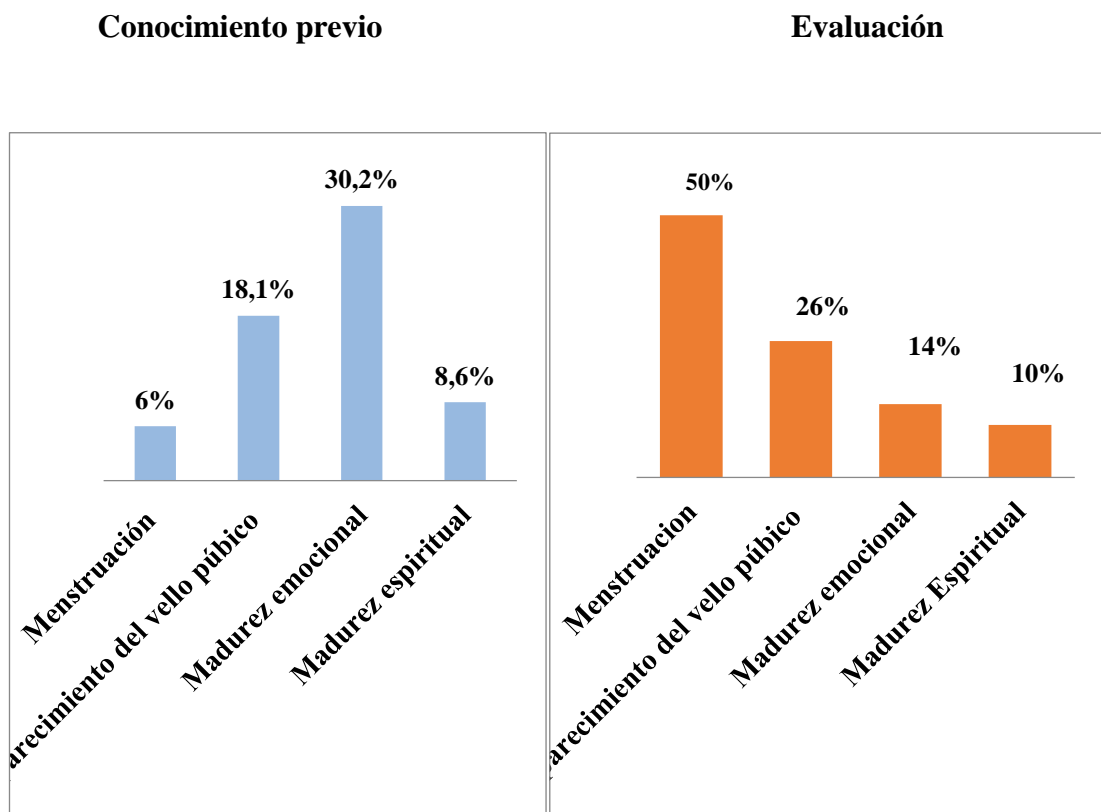


Fuente: Encuesta UTN

Elaborado: Los Autores

Análisis: En esta investigación el 49% de los adolescentes está interesado en conocer acerca de enfermedades de transmisión sexual mientras que el 30% en salud y derechos reproductivos. En estudios realizados en el Policlínico Docente “Wilfredo Pérez Pérez” se evidencia que los adolescentes no tienen en cuenta como posibles consecuencias de la actividad sexual, la posibilidad de un embarazo y la adquisición de infecciones de transmisión sexual (10). En el presente estudio se denota datos no muy relevantes en el interés que tienen los adolescentes por conocer más acerca de Enfermedades de Transmisión Sexual a pesar de las complicaciones que estas llevarían a su diario vivir y sobre todo a su salud.

Gráfico 6. Mencione los cambios físicos y fisiológicos que ha sufrido durante la adolescencia como mujer

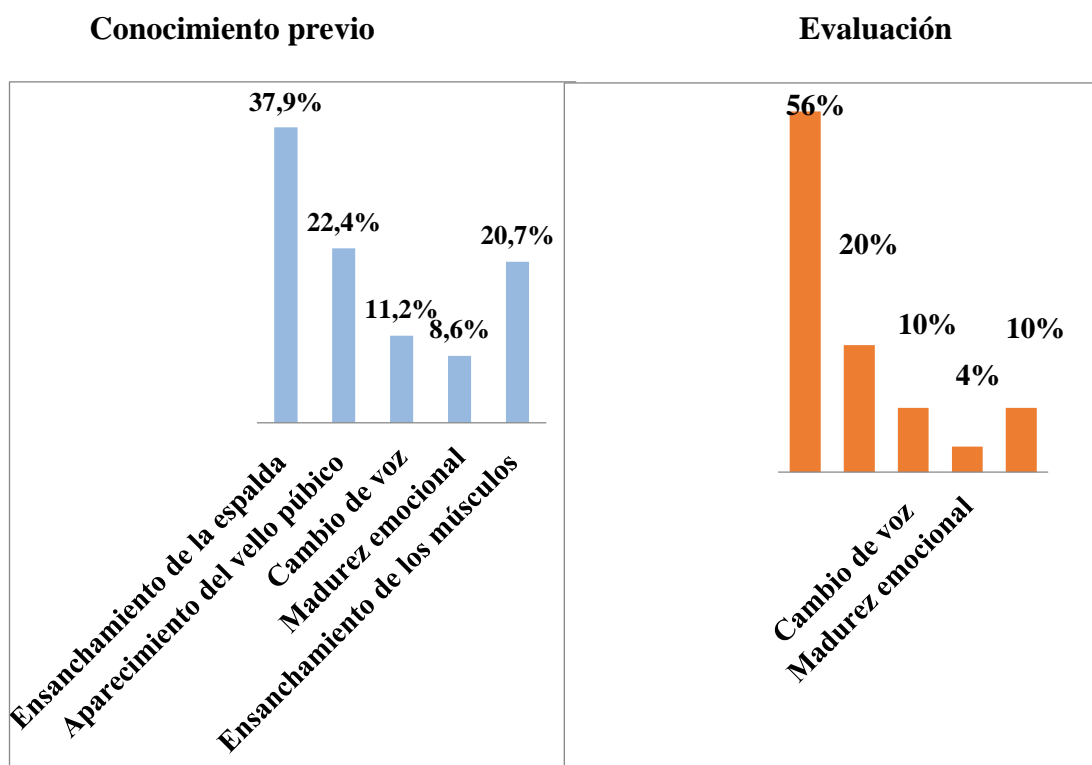


Fuente: Encuesta UTN

Elaborado: Los Autores

Análisis: En los siguientes gráficos podemos observar que el grupo femenino en estudio indicó como cambio más relevante que ha sufrido durante su adolescencia la menstruación con un 43% mismo que tras la intervención siguió marcando como cambio significativo en las adolescentes con un 50%; según Katherine Gordon en su libro de Ginecología Pediátrica y Adolescente nos da a conocer que los cambios más significativos para una adolescente son la menstruación y la madurez emocional debido a la importancia que estos cambios tendrán a lo largo de toda su vida (37). La menstruación es sin duda alguna la finalización de la niñez para comenzar la etapa de la adolescencia, cambio que influirá en las adolescentes física y psicológicamente.

Gráfico 7. Mencione los cambios físicos y fisiológicos que ha sufrido durante la adolescencia como hombre.

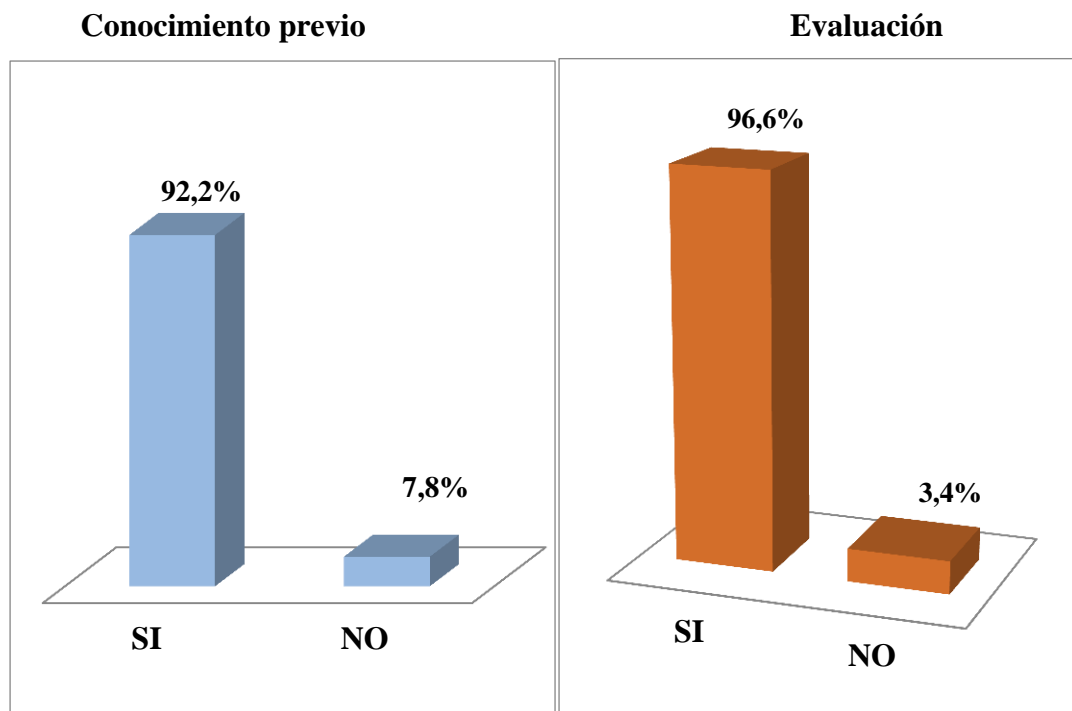


Fuente: Encuesta UTN.

Elaborado: Los Autores.

Análisis: En los presentes gráficos se observa que los adolescentes mencionan más sus cambios más relevantes sus cambios físicos como son el ensanchamiento de la espalda con un 38% mismo porcentaje que tras la intervención aumento a un 56% ; investigación que concuerda con la revista de Adolescente y sus crisis del desarrollo la cual nos indica que los cambios más grandes para un adolescente son el ensanchamiento de sus músculos y espalda debido a como este cambio influye tanto en sus vidas como en la sociedad que los rodea (38). Podemos notar que los adolescentes evidenciaron en mayor número cambios físicos en sus cuerpos más no fisiológicos sin tomar en cuenta que los anteriormente mencionados son los que van a ocasionar embarazos precoces.

Gráfico 8. Conoce cuales son los cambios físicos que ocurren en la adolescencia.

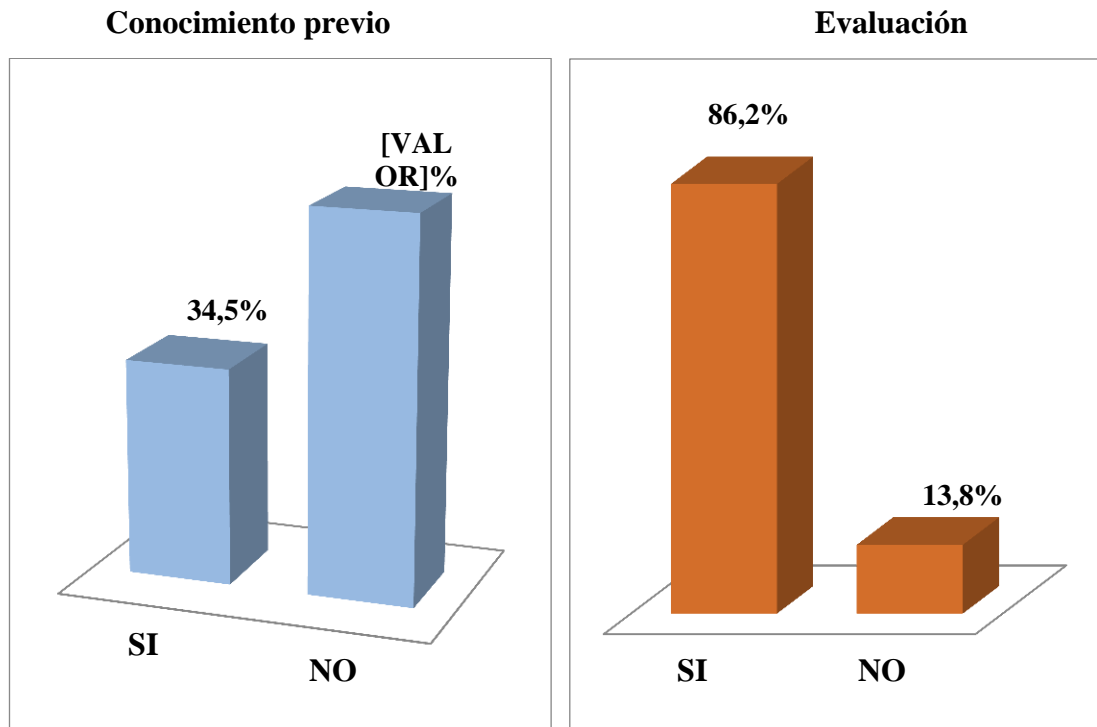


Fuente: Encuesta UTN.

Elaborado: Los Autores

Análisis: En los siguientes gráficos se observa que el grupo en estudio con un 92% conocían los cambios físicos que ocurren durante la adolescencia y tras la intervención se evidencia un incremento en su conocimiento al 97%; Matienzo confirman la necesidad de una educación en sexualidad temprana y continua, que debe iniciarse en el hogar, complementarse en la escuela y reforzarse en los servicios de salud (13). La importancia del conocimiento acerca de los cambios físicos influye en gran manera en el comportamiento y desarrollo de los adolescentes ya que ellos se ven enfocados en la apariencia física, el cómo se ven y como los ve la sociedad sobre todo en el aspecto sexual.

Gráfico 9. Conoce cuales son los cambios fisiológicos que ocurren en la adolescencia.

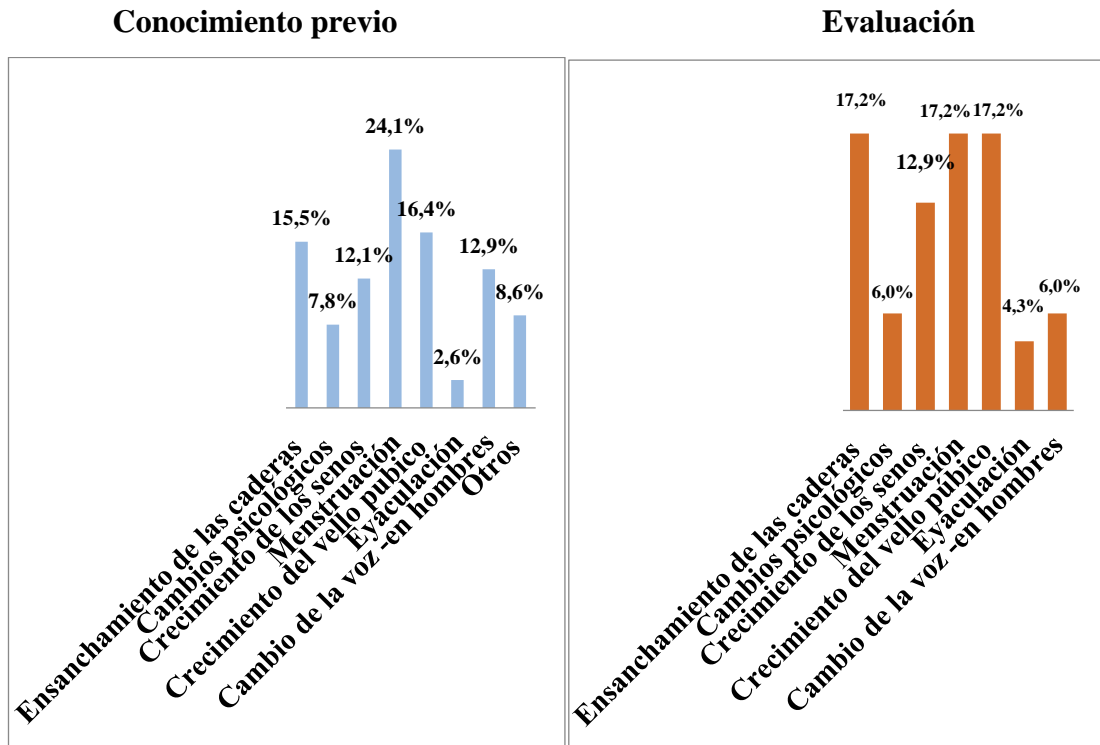


Fuente: Encuesta UTN

Elaborado: Los Autores

Análisis: En los siguientes gráficos se observa que el 35% del grupo en estudio conocían cuales son los cambios fisiológicos que ocurren durante la adolescencia, datos que aumentaron significativamente tras la intervención a un 86%; Según estudios realizados en el Policlínico Emilio Daudinot se indica que el desconocimiento de los cambios fisiológicos en la adolescencia principalmente la ovulación, el no saber cuándo y cuáles son sus días fértiles son factores de riesgo para embarazos en la adolescencia (9). Cambios fisiológicos que son indispensables conocer por las consecuencias que estos pueden ocasionar por ende el conocimiento adecuado de estos cambios podría disminuir el alto índice de embarazos que se dan a temprana edad.

Gráfico 10. Mencione los cambios físicos y fisiológicos durante la adolescencia.

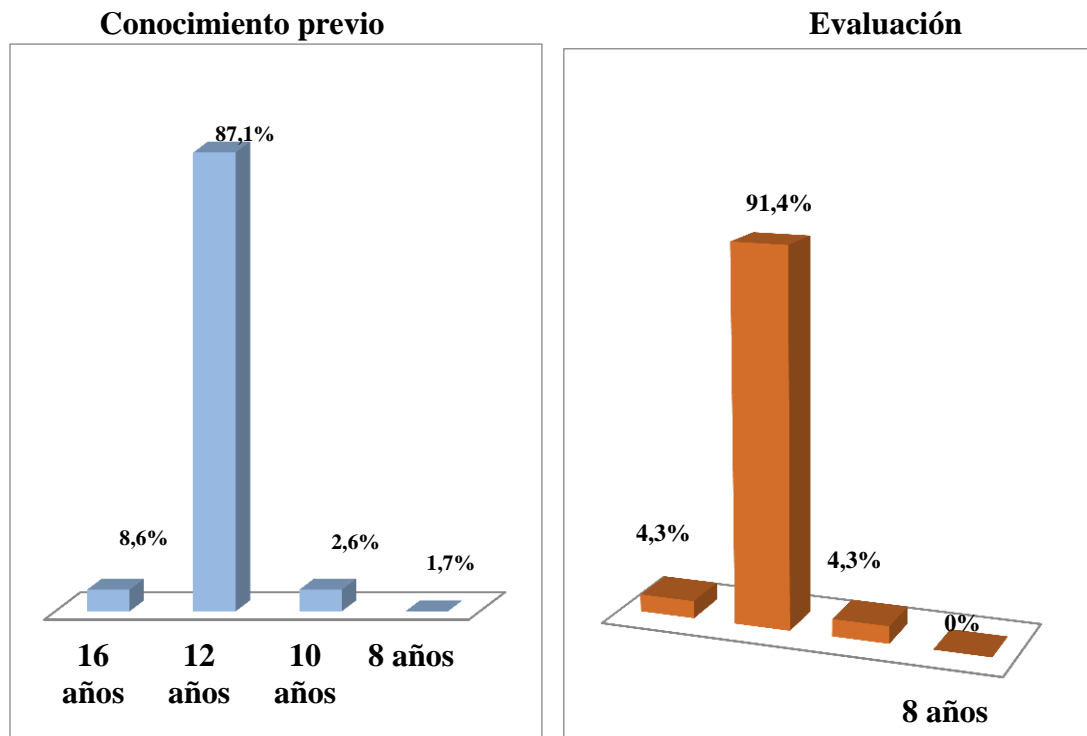


Fuente: Encuesta UTN.

Elaborado: Los Autores

Análisis: En los siguientes gráficos se observa los cambios físicos y fisiológicos que los adolescentes refieren haber tenido, en donde se denota que la menstruación es el cambio más evidente con un 24%; dato que tras la intervención cambia a un 17% conjuntamente con el ensanchamiento de caderas, crecimiento de vello púbico, y crecimiento de las mamas en un 13%, Según Alarcón en el 2009 refiere que el no tener relaciones adecuadas con los padres, no recibir información correcta acerca de los cambios físicos y fisiológicos que ocurrirán en la adolescencia, no conversar con los padres aspectos de sexualidad y reproducción son factores que intervienen en el embarazo a temprana edad (12). Cabe mencionar que los adolescentes se enfocan más en cambios físicos siendo que los cambios fisiológicos como la ovulación, eyaculación en un 4,6% son los que acarrearán grandes conflictos (embarazos), mientras que los físicos intervendrán solamente en su aspecto personal.

Gráfico 11. A qué edad comienzan los cambios físicos y fisiológicos en la adolescencia.



Fuente: Encuesta UTN.

Elaborado: Los Autores.

Análisis: Los siguientes gráficos refieren a la edad que comienzan los cambios físicos y fisiológicos en la adolescencia en donde se observa que el 87% creen que se inicia a los 12 años y tras la intervención nos indican en un 91% que efectivamente a los 12 años empiezan sus cambios. Según Libreros en el 2008 señala la necesidad de iniciar la educación sexual desde los niveles de primaria y continuarse hasta la universidad; ya que existe un porcentaje importante de adolescentes que inician precozmente la actividad sexual presentando actitudes desfavorables y falta de información hacia la sexualidad; siendo vulnerables a muchos factores de riesgo (11) . Es importante mencionar que los cambios pueden darse antes de los 12 años y es por ello que los adolescentes desde muy tempranas edades ya deben conocer sobre ellos.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- En el área de estudio el nivel socioeconómico más representativo es el Medio Típico (C+). La etnia predominante es la indígena Kichwa del pueblo Otavalo; El género masculino es del predomina con un 54%.
- El nivel de conocimientos obtenido fue adecuado en cuanto a los cambios físicos en vista que los adolescentes mencionaron con facilidad cuales son, mientras que al analizar los resultados de los cambios fisiológicos los adolescentes desconocían acerca del ciclo ovárico, menstruación, eyaculación, erección.
- Se logró mejorar el nivel de conocimiento acerca de los cambios físicos y fisiológicos de los adolescentes mediante la elaboración de una guía informativa específica que señala los cambios físicos y fisiológicos que se presentan durante la adolescencia.
- Se consiguió mejorar el conocimiento de los adolescentes en cuanto a los cambios físicos y fisiológicos que ellos presentan, lo cual se evidencia con el incremento al 97% en conocimientos sobre cambios físicos y con el incremento al 86% sobre cambios fisiológicos.

5.2. Recomendaciones

- Para futuras investigaciones a nivel rural se necesita un acercamiento oportuno que gane la confianza entre el adolescente y el investigador ya que se lograra mejorar la veracidad de las respuestas por parte de los encuestados, se recomienda buscar una mejoría en el diálogo entre padres e hijos ya que de allí viene una parte de la educación hacia los adolescentes.
- Trabajar en conjunto Unidades Educativas, Ministerio de Educación y Salud Pública y la Universidad Técnica del Norte, mediante programas de vinculación con la comunidad para de esta manera mejorar el nivel de conocimiento acerca de los cambios físicos y fisiológicos de los adolescentes, para prevenir embarazos no deseados.
- Entregar la guía de conocimientos elaborada como un aporte de la UTN, a las entidades de Salud y Educación del Cantón Cotacachi, con la finalidad de que se continúen las capacitaciones a los adolescentes, con talleres de metodología lúdica para reforzar los conocimientos en el tema específico del material entregado.
- Que el presente trabajo de investigación constituya un aporte a la Carrera de Enfermería con la elaboración de un artículo científico que será entregado a la Revista la U investiga, de la Facultad Ciencias de la Salud, para solicitar la publicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández L, Martínez N, Cruz Y, Cabrera Y, Mirelis O. Evaluación del nivel de conocimientos de jóvenes adolescentes sobre sexualidad. Scielo. 2014 Enero-Febrero; 18(1).
2. Saenz Cartero V. Embarazo Temprano. Adolescencia. 2005 Jul; 1(1).
3. SM, Hun Sante. El embarazo en la adolescencia precoz. Revista Panama Salud Pública. 2008 Marzo; 2(4(2):262-3.).
4. Uzcatequi O. Embarazo en la adolescencia precoz. Revista Obstetricia Ginecología Venez. 2007 Enero; 1(57(1):29-31).
5. Salazar A, Santamaría A, Solano Romero I, Lazaro K. Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino, Lima-Perú. Revista Horizonte Médico. 2007 Diciembre ; 7(2).
6. Ecuador, MIES. Direccion de la juventud. Plan de Prevención del Embarazo en Adolescentes. 2008 Junio; I(706).
7. Reyes E, Encalada E. Factores de Riesgo en Embarazos Adolescentes. [Online].; 2012 [cited 2015 Enero 14. Available from: <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/master-agenda-ni%C3%B1ez-2da-edicion.pdf>.
8. Peláez MJ. Adolescente embarazada Características y Riesgos. Revista Cubana Obstetricia Ginecológica. 2007 Julio; 1(23(1):13-7).
9. Soto Martínez O, Franco Bonal A, Franco Bonal A, Silva Valido J, Velázquez Zuñiga G. Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad. Scielo. 2003 diciembre; 19(6).

10. García Imia I, Ávila Gálvez E, Lorenzo Gonzales A, Lara Carmona M. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. Scielo. 2002 Septiembre; 74(4).
11. Libreros L, Fuentes L, Pérez A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una Unidad Educativa. Salud Pública y Nutrición. 2008 Octubre; 9(4).
12. Argotal Alarcón R, Larreall Coello J, Garciall Cabrera J, Despeinel Monier G. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Revista Cubana de Enfermería. 2009 Junio; 25(1-2).
13. Matienzo Delgado NC, Solis Villanueva AN. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de tres comunidades, Nuevo Chimbote, 2012. In Crescendo Ciencias de la salud. 20015 Enero; 2(1).
14. Rosales Salguero E. GAD Municipal Santa Ana de Cotacachi. [Online].; 2015 [cited 2015 Junio 18. Available from: <http://www.cotacachi.gob.ec/>
15. GAD Municipal. GAD Municipales del País. [Online].; 2012 [cited 2015 Junio 18. Available from: <http://www.ame.gob.ec/ame/index.php/ley-de-transparencia/67-mapa-cantones-del-ecuador/mapa-imbabura/286-canton-cotacachi>.
16. Cotacachi, Asamblea. Asamblea de la Unidad Nacional de Cotacachi. [Online].; 2013 [cited 2015 Junio 18. Available from: <http://www.asambleacotacachi.org/pagina.php?varmenu=110>.
17. Salud, Canal de la Vida. www.mapfre.es/salud/es/informativo/cambios-fisicos-pubertad-adolescencia. [Online].; 2015 [cited 2015 Julio 3. Available from: <http://www.mapfre.es/salud/es/informativo/cambios-fisicos-pubertad-adolescencia.shtml>.
18. AV, Marcell. Pubertad y Adolescencia. University of Meryland Medical Center.

2013 Mayo; I(12).

19. Adolescencia. www.sasia.org.ar/sites. [Online].; 2015 [cited 2015 mayo 12. Available from: <http://www.sasia.org.ar/sites/www.sasia.org.ar/files/Adolescencia.%20Los%20cambios.pdf>.
20. Reiriz Palacios A. Enfermería Virtual. [Online].; 2014 [cited 2015 Mayo 14. Available from: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/105/Sistema%20reproductor%20femenino.pdf?1358605661>.
21. Reiriz Palacios A. www.infermeravirtual.com/. [Online].; 2014 [cited 2015 Mayo 14. Available from: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/105/Sistema%20reproductor%20femenino.pdf?1358605661>.
22. Espermatogénesis. www.edu.xunta.es. [Online].; 2013 [cited 2015 Abril 18. Available from: <http://www.edu.xunta.es/centros/ieschapela/gl/system/files/ESPERMATOG%3%89NESIS.pdf>.
23. Benalcazar, Cesar Luis Berta. Educación Médica. [Online].; 2004 [cited 2015 07 15. Available from: http://www.gfmer.ch/Educacion_medica_Es/Pdf/Ciclo_menstrual.pdf.
24. Planificación Familiar. www.icmer.org. [Online].; 2010 [cited 2015 Mayo 11. Available from: http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/metodos_abstinencia_periodica.pdf.
25. Programa de Educación Maternal. www.juntadeandalucia.es. [Online].; 2015 [cited 2015 04 25. Available from: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1

_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/embarazo.pdf.

26. Andalucía. www.juntadeandalucia.es. [Online].; 2010 [cited 2015 julio 23. Available from: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/parto.pdf.
27. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. 1st ed. Noriega , editor. Quito: IGM; 2008.
28. Registro Oficial. Legislacion. [Online].; 2011 [cited 2015 06 15. Available from: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/EC/ley_organica_de_salud.pdf.
29. Nacional, Asamblea. Programa Nacional de Salud Integral. [Online].; 2008 [cited 2015 06 11. Available from: <http://documentacion.asambleanacional.gob.ec/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/d7de88ab-3ce4-4ec8-a36c-0b0b07af550e/Ley%20de%20Protecci%C3%B3n%20y%20Asistencia%20a%20Madres%20Adolescentes%20%28Tr%C3%A1mite%20No.%20106284%29>.
30. Plan Nacional del Buen Vivir. Sumak kawsay. [Online].; 2008 [cited 2015 07 24. Available from: <http://www.elecgalapagos.com.ec/transparencia/files/2014/2.%20Informaci%C3%B3n%20Legal/A1%29%20Base%20legal/Normas%20de%20Regulaci%C3%B3n/Plan%20Nacional%20para%20el%20Buen%20Vivir%202009-2013.%20Resumen.pdf>.
31. Estado del Ecuador. Politicas Nacionales de Salud del Ecuador. [Online].; 2010 [cited 2015 abril 20. Available from: https://www.healthresearchweb.org/files/Politicas_Nacionales_Salud-Ecuador_2007.pdf.
32. INEC. ecuadorencifras.gob.ec. [Online].; 2014 [cited 2015 10 20. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-de-estratificacion-del-nivel>

economico/.

33. INEC. [ecuadorencifras.gob.ec](http://www.ecuadorencifras.gob.ec). [Online].; 2014 [cited 2015 11 10. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/violencia-de-genero/>.
34. Prevencion de embarazos en la adolescencia. Plan de prevención de embarazo en adolescentes. [Online].; 2008 [cited 2015 06 19. Available from: http://profamilia.org.do/media/Plan_prevencio%C2%B4n_embarazos_final.pdf.
35. UNFPA.org. Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes. [Online].; 2014 [cited 2015 noviembre 10. Available from: http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php.
36. gruposetnicosute2013. GRUPOS ETNICOS DEL ECUADOR. [Online].; 2013 [cited 2015 NOVIEMBRE 10. Available from: <http://gruposetnicosute2013.blogspot.com/>.
37. Gordon CM, Laufer M. Fisiología de la pubertad. 5th ed. Goldstein DP LMe, editor. Philadelphia: Ginecología Pediátrica y Adolescente ; 2005.
38. Laufer MyLE. Adolescencia y crisis del desarrollo. Barcelona. Expaxs S.A. 2008 mayo; uno(739-755).
39. informajoven.org. www.informajoven.org. [Online].; 2006 [cited 2015 noviembre 10. Available from: http://www.informajoven.org/info/salud/k_7_7.asp.
40. Ortega O. www.centromujer.es. [Online].; 2007 [cited 2015 Noviembre 11. Available from: <http://www.centromujer.es/diario-intimo/cambios-fisicos-en-la-adolescencia.html>.
41. RW, Blow. Visión general de las conductas sexuales juveniles y sus consecuencias. Chile Revista Sojia. 2004 Abril; Tercero(10(3):31-4).

42. Peláez M J. Adolescente embarazada. Características y Riesgos. Revista Cubana Obstetricia Ginecología. 2007 Julio; 1(23(1):13-7).
43. Martínez Mirabal G, Martínez M M, Pérez Domínguez D. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. Revista Cubana Enfermería. 2002 Septiembre; 18(3).
44. Santisteban Borrás. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. Correo Científico Médico. 2014 marzo; 18(1).
45. Krauskopof. El desarrollo psicológico en la adolescencia. Adolescencia y Salud. 1999 Junio; 1(2).
46. Lilo Espinoza JL. Crecimiento y Comportamiento en la adolescencia. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2004 abril- junio; 1(90): p. 57-71.
47. Claudia Talero M*, Felipe Durán¹ IPMMS, Talero C, Durán F, Pérez I. Sueño: características generales Patrones fisiológicos y fisiopatológicos en la adolescencia. Ciecias de la Salud. 2013 septiembre-diciembre; 11(03).
48. Iglesias Diz JL. Desarrollo del adolescenete: aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatría Integral. 2013 Oct; 2(XVII).
49. Molina M, Ferrada C, Pérez R, Cid L, Casnueva V, García A. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Revista médica Chile. 2004 enero; 132(1).
50. Educación Sexual. [www.educasex2012](http://educasex2012.blogspot.com/p/aparato-reproductor-femenino.html). [Online]. Babahoyo; 2008 [cited 2015 12]. Available from: <http://educasex2012.blogspot.com/p/aparato-reproductor-femenino.html>.
51. Arias P, Ruiz M, Changuan C, Villa M, Guandinango E, Pambaquispe K, et al. Encuesta Socio Economica del INEC. 2015. Encuesta aplicada a adolescentes en comunidades del Cantón Cotacachi.

52. ORTIZ LOZA V. Niveles de Educación en el Ecuador. [Online].; 2010 [cited 2015 NOVIEMBRE 10. Available from: <http://es.slideshare.net/victorinho/niveles-de-educacin-en-el-ecuador>.
53. Changuan Rosero , Ruiz Roman. encuesta de evaluacion de conocimientos. 2015. Encuesta aplicada en el Canton Cotacachi.
54. Novelo M. catholic.net. [Online].; 2013 [cited 2015 Noviembre 11. Available from: <http://es.catholic.net/op/articulos/43152/cat/29/cambios-fisiologicos-en-el-adolescente.html>.
55. Genitales Femeninos. www.sexocuartas.blogspot.com. [Online].; 2004 [cited 2015 02 12. Available from: <http://sexocuartas.blogspot.com/p/aparato-reproductor-femenino.html>.
56. Fonte , Fonte G. SEXUALIDAD Y SALUD. [Online].; 2013 [cited 2015 04 23. Available from: <http://www.esimer.com/blog/tag/aparato-reproductor-femenino/>.
57. Naarro López C. www.mural.uv.es. [Online].; 2013 [cited 2015 08 22. Available from: <http://mural.uv.es/monavi/disco/primero/biologia/Tema29.pdf>.
58. Berta CL. /www.gfmer.ch/Educacion_medica_EsPdf/Ciclo_menstrual.pdf. [Online].; 2004 [cited 2015 08 21. Available from: http://www.gfmer.ch/Educacion_medica_Es/Pdf/Ciclo_menstrual.pdf.
59. Cruz Navarro N, San Juan Salas A. edia.axon.es/. [Online].; 2010 [cited 2015 09 22. Available from: <http://media.axon.es/pdf/89278.pdf>.
60. Organización Mundia de a Salud. /www.fphandbook.org. [Online].; 2009 [cited 2015 09 12. Available from: <https://www.fphandbook.org/sites/default/files/es003-guidetofpforchws.pdf>.
61. Parrondo P, Pérez Medina T, Álvarez Heros J. www.Unadis.net. [Online].; 2013 [cited 2015 07 22. Available from:

http://www2.univadis.net/microsites/area_salud_mujer/pdfs/1-Anatomia_del_aparto_genital_femenino.pdf.

62. Colegio Oficial Enfermeras de Barcelona. *InfermeraVirtual*. [Online].; 2014 [cited 2015 09 11. Available from: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/104/Sistema%20reproductor%20masculino.pdf?1358605633>.
63. Aparato Reproductor Masculino. *InfermeraVirtual*. [Online].; 2012 [cited 2015 08 22. Available from: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/104/Sistema%20reproductor%20masculino.pdf?1358605633>.
64. Zona médica. *InfermeraVirtual*. [Online].; 2009 [cited 2015 08 22. Available from: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/104/Sistema%20reproductor%20masculino.pdf?1358605633>.
65. Proaño Aguirre DP. *InfermeraVirtual*. [Online].; 2014 [cited 2015 08 22. Available from: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/104/Sistema%20reproductor%20masculino.pdf?1358605633>.
66. Espermatogénesis. www.edu.xunta.es. [Online].; 2009 [cited 2015 08 22. Available from: <http://www.edu.xunta.es/centros/ieschapela/gl/system/files/ESPERMATOG%3%89NESIS.pdf>.
67. Bertha CL. *Educación Médica*. [Online].; 2004 [cited 2015 Julio 20. Available from: http://www.gfmer.ch/Educacion_medica_Es/Pdf/Ciclo_menstrual.pdf.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLO DE INVESTIGACION TITULADO:

Prevención de embarazo en adolescentes, a cargo de la Dra. Ysabel Casart

Introducción

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a las jóvenes adolescentes del Cantón Cotacachi a quienes que se les invita a participar en el Proyecto Prevención de embarazo en adolescentes. Yo soy: _____ trabajo para la Universidad Técnica del Norte en la Facultad de Ciencias de la Salud. Estamos realizando un proyecto de Capacitación sobre salud sexual y reproductiva, donde además se impartirán módulos de gastronomía, nutrición y proyectos de vida. No tiene que decidir hoy si participar o no en este proyecto. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me para según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí, al doctor que investiga o a miembros del equipo.

Propósito

El embarazo en los adolescentes ocurre con mucha frecuencia, las causas son muchas, el impartir conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, además de conocimientos sobre el aprendizaje de diferentes recetas y como alimentarnos mejor, así como conocer sobre las opciones de emprender negocios y practicar actividades físicas son los propósitos de este proyecto. El averiguar si todas estas intervenciones ayudan a disminuir el embarazo en los adolescentes, es la razón por la que hacemos este estudio.

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación incluirá la realización de diferentes charlas de capacitación en conocimientos de salud sexual y reproductiva, otro grupo de actividades para la elaboración de recetas y el aprendizaje de una buena alimentación, Igualmente se impartirán conocimientos para iniciar negocios y se desarrollaran actividades físicas. Estas actividades se realizaran durante los fines de semana y serán impartidas en forma continua. La investigación contará con un cronograma donde se establecen las fechas en que se realizarán, usted puede solicitar información y consultar cualquier duda en cualquier momento.

Selección de participantes

Estamos invitando a todos las adolescentes del Cantón Cotacachi.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Confidencialidad

Con esta investigación nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su número y se mantendrá la información encerrada en cabina con llave. No será compartida ni entregada a nadie excepto su médico y el equipo de investigación.

Compartiendo los Resultados

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial. Los resultados se publicaran para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene por qué tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar cualquiera de las siguientes personas: Dra. Ysabel Casart, correo casarty@gmail.com Teléfono 0987879001. También puede contactar a:

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en el Proyecto Prevención e embarazo en adolescentes. He sido informado de todas las actividades programadas. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi persona.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Si es analfabeto

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____ **Y Huella dactilar del participante**

Firma del testigo _____

Fecha _____
Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____ (iniciales del investigador/asistente)

Anexo 2. Cuestionario sobre Conocimiento de Embarazo en Adolescentes.

La siguiente encuesta se aplica con la intención de conocer la opinión y conocimientos sobre la causa de embarazo en adolescentes.

Es una encuesta anónima, le rogamos contestar todas las preguntas de la forma más sincera posible.

1. Sexo de la persona encuestada

Masculino Femenino

2. Edad

Entre 10-18 años Entre 19-23 años Entre 24-49 años

3. ¿Qué nivel de estudio posee?

Primaria Secundaria Cursa la Universitaria

4. ¿Tiene conocimientos en el área de la salud?

Sí No

5. ¿Qué entiende por embarazo adolescente?

Es el que ocurre antes de los 15 años
 El que ocurre entre los 12 y 19 años
 No lo sé

6. ¿Cuál es la principal causa de embarazo en adolescentes?

- Falta de valores
- Ausencia de proyecto de vida
- Poca información sobre el sexo
- Poca información sobre métodos anticonceptivos
- Falta de comunicación con los padres
- Otro: _____

7. ¿A qué edad se inician sexualmente los adolescentes?

- Antes de los 15 años
- Entre los 15-17 años
- Después de los 18 años
- Cuando son responsables económicamente
- Otro: _____

8. ¿Consideras que para quedar embarazada no más hace falta una relación sexual?

- Si
- No
- No lo sé

9. ¿Por qué ocurren las relaciones sexuales entre adolescentes?

- Por curiosidad
- Por presión grupal
- Por necesidad de afecto
- Por decisión propia

Otro: _____

10. ¿Cuándo se produce un embarazo?

Cuando se une el óvulo con el espermatozoide durante el período fértil de la mujer.

Cuando se une el óvulo con el espermatozoide durante la menstruación

Cuando se une el óvulo con el espermatozoide después de la menstruación

Otro: _____

11. Cree que el embarazo en adolescente es responsabilidad de:

La adolescente embarazada

El padre adolescente

Ambos

Las familias

El gobierno

Otro: _____

12. ¿Cómo evitar efectivamente el embarazo?

Usando métodos anticonceptivos naturales (método del ritmo, lactancia materna)

Usando otros métodos anticonceptivos (preservativo, píldora, DIU)

Con abstinencia (hasta la unión matrimonial)

Por interrupción del coito antes de la eyaculación ("marcha atrás")

Otro: _____

13. ¿Cuál crees que es el anticonceptivo más usado?

- Preservativo masculino
- Preservativo femenino (DIU)
- Píldora diaria
- Píldora "del día siguientes"
- Otro: _____

14. ¿Quién debe enseñar sobre anticonceptivos?

- A través de una educación sexual en la escuela
- A través del padre/madre o tutor
- Redes sociales
- Amigos
- Otro: _____

15. ¿Qué consecuencias tiene el embarazo en la adolescencia?

- Fracaso escolar
 - Dificultad para conseguir trabajo
 - Libertad para la toma de decisiones
 - Aumento de la pobreza
 - Perdida de la autoestima
 - Otro: _____
-

16. ¿Cuál crees que es la mejor forma de eliminar el embarazo en la adolescencia?

- Educación sexual en las escuelas
 - Aumentar la comunicación entre padres e hijos
 - Aumentar la orientación sexual en los centros educativos
 - Que se encargue el gobierno a través de campañas de educación sexual
 - Otro:
-

17. ¿Crees que se da el apoyo suficiente a las adolescentes embarazadas?

- Sí
- No
- No lo sé

18. ¿Cuántos casos conoces de embarazos en adolescentes?

- Un
- Dos o tres
- Más de tres
- Ninguno

19. ¿Consideres el aborto una solución para la adolescente embarazada?

- Sí
- No
- No lo sé

20. ¿Crees que los padres de los adolescentes (o tú, si es un caso) son los más afectados en la situación?

- Sí
- No
- Están afectados pero no tanto como los adolescentes
- No lo sé, no he visto esa situación

21. ¿Cuál crees que es el impacto más relevante en este grupo?

- Psíquico
- Físico
- Social
- No lo sé.

Anexo 3. Encuesta Socio - Económica



Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

Conozca el nivel socioeconómico de su hogar

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:

Características de la vivienda		puntajes finales
1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo	<input type="checkbox"/>	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	<input type="checkbox"/>	59
Departamento en casa o edificio	<input type="checkbox"/>	59
Casa/Villa	<input type="checkbox"/>	59
Mediagua	<input type="checkbox"/>	40
Rancho	<input type="checkbox"/>	4
Choza/ Covacha/Otro	<input type="checkbox"/>	0
2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón	<input type="checkbox"/>	59
Ladrillo o bloque	<input type="checkbox"/>	55
Adobe/ Tapia	<input type="checkbox"/>	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	<input type="checkbox"/>	17
Caña no revestida/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
3 El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante	<input type="checkbox"/>	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	<input type="checkbox"/>	46
Ladrillo o cemento	<input type="checkbox"/>	34
Tabla sin tratar	<input type="checkbox"/>	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	<input type="checkbox"/>	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	32
5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene	<input type="checkbox"/>	0
Letrina	<input type="checkbox"/>	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo ciego	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo séptico	<input type="checkbox"/>	22
Conectado a red pública de alcantarillado	<input type="checkbox"/>	38

Acceso a tecnología		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	45
2 ¿Tiene computadora de escritorio?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	35

3 ¿Tiene computadora portátil?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 celular	<input type="checkbox"/>	8
Tiene 2 celulares	<input type="checkbox"/>	22
Tiene 3 celulares	<input type="checkbox"/>	32
Tiene 4 ó más celulares	<input type="checkbox"/>	42

Posesión de bienes		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	19
2 ¿Tiene cocina con horno?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	29
3 ¿Tiene refrigeradora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	30
4 ¿Tiene lavadora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
5 ¿Tiene equipo de sonido?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 TV a color	<input type="checkbox"/>	9
Tiene 2 TV a color	<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 ó más TV a color	<input type="checkbox"/>	34
7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	6
Tiene 2 vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	15

Hábitos de consumo		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	6
2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0

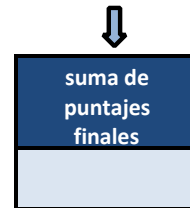
Sí	<input type="checkbox"/>	26
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	27
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	28
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	12

Nivel de educación		puntajes finales
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?		
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	0
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	21
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	41
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="checkbox"/>	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	<input type="checkbox"/>	127
Post grado	<input type="checkbox"/>	171

Actividad económica del hogar		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	55
3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="checkbox"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="checkbox"/>	46
Empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="checkbox"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="checkbox"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="checkbox"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="checkbox"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="checkbox"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	54
Desocupados	<input type="checkbox"/>	14
Inactivos	<input type="checkbox"/>	17

Según la suma de puntaje final (Umbrales),
identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

Grupos socioeconómicos	Umbrales
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos



Anexo 4. Encuesta de Evaluación de Conocimiento

1. Datos generales

SEXO	
Hombre	
Mujer	

Edad	
------	--

Nacionalidad	
--------------	--

ETNIA	
Mestiza	
Indígena	
Afro descendiente	
Montubio	
Blanco	
Otra, especifique	

NIVEL DE ESTUDIO	
Octavo E.B.	
Noveno E.B.	
Décimo E.B.	
1°ro de Bachillerato	
2°do de Bachillerato	
3°ro de Bachillerato	

ESTADO CIVIL	
Soltero	
Casado	
Divorciado	
Unión libre	
Viudo	

REALIZA ALGUNA OTRA ACTIVIDAD COMO:	
Ama de casa	
Comerciante	
Agricultor	
Jornalero	
Otro especifique	
Ninguna	

2.- Considera que las charlas recibidas durante los talleres son útiles para sus conocimientos y el logro de una salud sexual y reproductiva sana.

SI () NO ()

¿Porqué? _____

3.- Señale cuál o cuáles de los talleres le resultó **MÁS** interesante y le aportó más información (puede ser más de una opción).

- a) Entendiendo nuestro cuerpo
- b) Enfermedades de Transmisión sexual
- c) Salud y derechos reproductivos
- d) Violencia hacia la mujer
- e) Salud Mental de la Mujer

4.- Señale cuál o cuáles de los talleres le resultó **MENOS** interesante y le aportó menos información (puede ser más de una opción).

- a) Entendiendo nuestro cuerpo
- b) Enfermedades de Transmisión sexual
- c) Salud y derechos reproductivos
- d) Violencia hacia la mujer
- e) Salud Mental de la Mujer

5.- Le gustaría recibir más información sobre alguno de los temas:

- a) Entendiendo nuestro cuerpo
- b) Enfermedades de Transmisión sexual
- c) Salud y derechos reproductivos
- d) Violencia hacia la mujer
- e) Salud Mental de la Mujer

6.- Mencione un tema que no haya sido tratado y que sea de su interés para futuras capacitaciones

7.- Conoce cuales son los cambios corporales y fisiológico durante la adolescencia

SI () NO ()

8.- Menciones los cambios que se dan durante la adolescencia:

9.- Desde que edad cree Ud. que comienza a aparecer los cambios fisiológicos

10.- Seleccione los cambios que su cuerpo ha tenido en los últimos años

- a) Menstruación
- b) Aparecimiento de Vello Púbico
- c) Cambio de voz
- d) Madurez emocional
- e) Madurez espiritual

Anexo 5. Galería Fotográfica

Imagen 1.- Realización de encuestas sociodemográficas y de conocimiento.



Imagen 2.- Desarrollo de las charlas y promoción de la guía de capacitación al grupo de adolescentes.





