UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

TEMA:

"EDUCACIÓN PARA LA SALUD SEXUAL INTEGRAL EN LA UNIDAD EDUCATIVA ECUADOR"

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de médico

Línea de investigación: Salud y bienestar integral

AUTORA:

Micaela Jazmín Cárdenas Yela

DIRECTORA:

Dra. Adriana Edit Miniet Castillo

ASESORA:

Dra. Carmen Cecilia Pacheco Quintana

Ibarra-Ecuador-2026

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
DIRECCIÓN DE BIBLIOTECA

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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
APELLIDOS Y NOMBRES:	Cárdenas Yela Micaela Jazmín

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Educación para la Salud Sexual Integral en la Unidad Educativa Ecuador
AUTOR (ES):	Cárdenas Yela Micaela Jazmín
FECHA: DD/MM/AAAA	05/11/2026
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	■ **PREGRADO** ☐ **POSGRADO**
TITULO POR EL QUE OPTA:	Médico General
DIRECTOR /ASESOR:	Adriana Edit Miniet Castillo / Carmen Cecilia Pacheco Quintana

2. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) 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 es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 05 días del mes de noviembre de 2026

EL AUTOR:

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
MICAELA JAZMIN CARDENAS YELA

.....

Nombre: Cárdenas Yela Micaela Jazmín

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Ibarra, 05 de noviembre del 2026

Dra. Adriana Edit Miniet Castillo

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe final del trabajo de Integración Curricular, el mismo que se ajusta a las normas vigentes de la Universidad Técnica del Norte; en consecuencia, autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
ADRIANA EDIT MINIET CASTILLO

(f) ……
Dra. Adriana Edit Miniet Castillo

C.C.: 175717124-2

APROBACIÓN DEL COMITÉ CALIFICADOR

El Comité Calificador del trabajo de Integración Curricular "Educación para la salud sexual integral en la Unidad Educativa Ecuador" elaborado por Micaela Jazmín Cárdenas Yela, previo a la obtención del título de Médico General, aprueba el presente informe de investigación en nombre de la Universidad Técnica del Norte:

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
ADRIANA EDIT MINIET CASTILLO

(f):……
Dra. Adriana Edit Miniet Castillo
C.C.: 1757171242

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
CARMEN CECILIA PACHECO QUINTANA

(f):……
Dra. Carmen Cecilia Pacheco Quintana
C.C.: 1758355158

DEDICATORIA

A Dios, por guiarme y darme fortaleza en cada etapa, incluso cuando las fuerzas parecían agotarse.

A mi mami Flor, ejemplo de amor, esfuerzo y perseverancia. Gracias por creer en mí, por tu sacrificio y por enseñarme que todo lo que se sueña se puede lograr. Este logro también es tuyo.

A mi Sebitas, mi motor y mi alegría, la razón por la que cada sacrificio tiene sentido. Ojalá algún día te sientas orgulloso de tu madre y sepas que nunca dejé de luchar por nuestro futuro.

A mis amigos, por su compañía, por sus palabras a tiempo y por quedarse incluso en los días difíciles: este camino fue más ligero a su lado.

A quienes ya no están, por todo lo que me dejaron. Su recuerdo vive en cada paso que doy y en este logro, que también les pertenece.

Y a mis futuros pacientes, que depositarán en mí su salud y su confianza. Que nunca me falten compromiso, empatía y humanidad para acompañarlos en su dolor y ofrecerles una atención digna y respetuosa; que este camino me forme no solo como una profesional íntegra, sino también como una persona capaz de servir con amor.

A todos quienes forman parte de mi historia, de mi esfuerzo y de mis sueños, dedico este logro con profunda gratitud.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por brindarme la fortaleza, la sabiduría y la perseverancia para culminar esta etapa académica.

A la Universidad Técnica del Norte, por contribuir a mi formación profesional y proporcionarme los conocimientos necesarios para alcanzar esta meta. De manera especial, expreso mi agradecimiento a mi tutora Dra. Adriana Miniet y asesora de tesis Dra. Carmen Pacheco por su orientación, paciencia y valiosos aportes durante el desarrollo de esta investigación.

Expreso también mi gratitud a las autoridades de la Unidad Educativa Ecuador que me abrieron sus puertas y a los estudiantes que participaron y aportaron significativamente a la realización de este estudio.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, de una u otra manera, contribuyeron a la consecución de este importante logro académico.

RESUMEN

La educación sexual integral constituye un componente fundamental en la formación de los adolescentes, al favorecer la adquisición de conocimientos relacionados con la salud sexual y reproductiva, la prevención de riesgos y el ejercicio informado de sus derechos. El objetivo de esta investigación fue determinar la efectividad de una estrategia educativa sobre salud sexual integral en estudiantes de la Unidad Educativa Ecuador en El Chical, 2025. El estudio fue cuasiexperimental con diseño pretest-postest en un solo grupo y enfoque cuantitativo. Participaron 150 alumnos de Educación General Básica Superior y Bachillerato, cuya evaluación se llevó a cabo mediante un cuestionario estructurado compuesto por 30 preguntas, sobre las dimensiones biológica, psicológica y sociocultural. Los resultados revelaron que antes de la intervención educativo, el 76,0 % de los alumnos/as presentaron un nivel bajo de conocimiento general, mientras que la evaluación posterior a la intervención educativa mostró que el 96,0 % lograron un nivel alto. La media de las puntuaciones se incrementó de 6,91 a 27,28. Finalmente, la prueba de rangos de Wilcoxon evidenció diferencias estadísticamente significativas entre ambas valoraciones ($Z = -10,631$; $p < 0,001$). Concluyéndose así que la aplicación de dicho tipo de educación se asoció a un aumento significativo en los conocimientos en educación sexual integral, lo que refuerza la conveniencia de llevar a cabo una educación adecuadamente estructurada y centrada en las características de la población adolescente.

Palabras clave: educación sexual integral; adolescentes; conocimientos; intervención educativa; salud sexual y reproductiva.

ABSTRACT

Comprehensive sexuality education is a fundamental component of adolescent education, as it promotes the acquisition of knowledge about sexual and reproductive health, risk prevention, and the informed exercise of sexual and reproductive rights. The objective of this study was to determine the effectiveness of an educational strategy on comprehensive sexual health among students at "Ecuador" Educational Unit, in El Chical, 2025. A quasiexperimental study with a single-group pretest-posttest design and a quantitative approach was conducted. A total of 150 students from General Basic Education and High School participated in the study. Data were collected using a structured 30-item questionnaire assessing the biological, psychological, and sociocultural dimensions of sexuality. The results revealed that, prior to the intervention, 76.0% of participants demonstrated a low level of overall knowledge, whereas, following the intervention, 96.0% achieved a high level of knowledge. Similarly, the mean score increased from 6.91 to 27.28 points. The Wilcoxon signed-rank test revealed statistically significant differences between the pretest and posttest results ($Z = -10.631$; $p < 0.001$). It is concluded that the educational strategy was associated with a significant improvement in students' knowledge of comprehensive sexuality education. These findings highlight the importance of implementing structured, context-specific educational interventions tailored to the needs of adolescents to strengthen their knowledge of sexual and reproductive health.

Keywords: comprehensive sexuality education; adolescents; knowledge; educational intervention; sexual and reproductive health.

LISTA DE SIGLAS

SSI: Salud sexual integral

ESI: Educación sexual integral

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

ITS: Infecciones de transmisión sexual

ETS: Enfermedades de transmisión sexual

CNCSSR: Cuestionario de Nivel de Conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes

MARAP: Métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

VPH: Virus del papiloma humano

VHS: Virus del herpes simple

EPI: Enfermedad pélvica inflamatoria

PF: Planificación familiar

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. CAPÍTULO I 14
INTRODUCCIÓN 14
1.1 Problema de investigación 15
1.2 Justificación 16
1.3 Objetivos 17
1.3.1 Objetivo General 17
1.3.2 Objetivos Específicos 17
1.3.3 Hipótesis o preguntas de investigación 17
2. CAPÍTULO II 18
MARCO TEÓRICO 18
2.1 Salud sexual 18
2.1.1 Evolución del concepto y su definición 18
2.2 Adolescencia y cambios puberales 19
2.3 Educación sexual integral 21
2.3.1 Definición y principios 21
2.4 Métodos anticonceptivos 23
2.5 Infecciones de transmisión sexual (ITS) 27
2.5.1 Epidemiología y magnitud del problema 27
2.6 Embarazo en la adolescencia 29
2.7 Consentimiento y derechos sexuales 31
3. CAPÍTULO III 34
MATERIALES Y MÉTODOS 34
3.1 Definición de la población 34
3.2 Definición y Operacionalización de variable 35
3.3 Técnicas y procedimientos de recogida de la información 35
3.4 Procesamiento estadístico de la información 38
4. CAPÍTULO IV 39
RESULTADOS Y ANÁLISIS 39
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 55

5.1 Conclusiones 55

5.2 Recomendaciones 56

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 57

7. ANEXOS 64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cambios puberales según Tanner. 20
Tabla 2. Métodos anticonceptivos. 25
Tabla 3. Características de las ITS más frecuentes.....27
Tabla 4. Definición y operacionalización de variables.....35
Tabla 5. Clasificación del nivel de conocimiento en la dimensión biológica. 36
Tabla 6. Clasificación del nivel de conocimiento en la dimensión psicológica. 36
Tabla 7. Clasificación del nivel de conocimiento en la dimensión sociocultural.....36
Tabla 8. Confiabilidad del instrumento. 43
Tabla 9. Nivel de conocimientos de la dimensión biológica antes y después de la intervención educativa.....44
Tabla 10. Distribución de los niveles de conocimiento de la dimensión psicológica antes y después de la intervención educativa. 46
Tabla 11. Distribución de los niveles de conocimiento de la dimensión sociocultural antes y después de la intervención educativa. 48
Tabla 12. Distribución del nivel de conocimiento general antes y después de la intervención educativa.....50
Tabla 13. Estadísticos descriptivos del nivel de conocimiento general antes y después de la intervención educativa. 52
Tabla 14. Efectividad de la intervención educativa.....53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de estudiantes según sexo y año de escolaridad.....39
Figura 2. Distribución de estudiantes según variables sociodemográficas. 41

1. CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva (SSR) constituye un componente fundamental del bienestar integral de las personas, al involucrar aspectos físicos, emocionales, psicológicos y sociales relacionados con la sexualidad (1,2). Comprenderla desde un enfoque basado en derechos implica reconocer el respeto mutuo, la igualdad de género, el consentimiento, la diversidad sexual y la posibilidad de tomar decisiones libres, informadas y autónomas sobre la propia sexualidad. Para ello, resulta indispensable garantizar el acceso a información basada en evidencia, así como a servicios de salud sexual y reproductiva accesibles, equitativos, oportunos y libres de estigma (1,2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud sexual se define como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad" (3). La salud reproductiva, por su parte, define el estado completo de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos del sistema reproductor y sus funciones: derecho de todas las personas a llevar una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, así como a decidir libre e informadamente el número, la espaciamiento y el momento de tener los hijos, sin coerción, discriminación o violencia (1,3).

La educación sexual integral (ESI) adquiere especial relevancia en la adolescencia porque se trata de la etapa en la que las actitudes, los valores y los comportamientos se consolidan. Mediante ella, se brindan conocimientos sobre el cuerpo, las relaciones saludables, el consentimiento, la prevención de embarazos no planificados y de las infecciones de transmisión sexual (ITS), además de promover habilidades para la comunicación asertiva y la toma de decisiones autónomas e informadas (1,2,4). En este sentido, la educación sexual integral representa una herramienta fundamental para promover el bienestar sexual y reproductivo de los adolescentes, al fortalecer sus conocimientos, favorecer decisiones informadas y fomentar el respeto de sus derechos.

1.1 Problema de investigación

A nivel mundial, las desigualdades en el acceso a información y a servicios de salud sexual y reproductiva aumentan la vulnerabilidad de los adolescentes ante los embarazos no planificados, las ITS y la violencia basada en género (4). Esta realidad se ve reflejada en la alta incidencia de abortos inseguros, los cuales representan una problemática evitable para la salud pública a nivel global (4).

En América Latina y el Caribe, la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años es una de las más altas a nivel mundial, con 65 nacimientos por cada 1.000 adolescentes. Esta cifra evidencia las brechas persistentes en el acceso a la educación sexual integral y a los servicios de salud sexual y reproductiva en la región (5,6).

En Ecuador, el embarazo adolescente continúa siendo un problema prioritario de salud pública, con tasas de hasta 77 nacimientos por cada 1.000 adolescentes de 15 a 19 años, cifra superior al promedio regional (7). A esto se suma que únicamente el 40 % de las instituciones educativas incorpora contenidos de educación sexual integral en sus programas académicos (8), lo cual limita el acceso oportuno de los jóvenes a información basada en evidencia.

Ante esta realidad, en la Unidad Educativa Ecuador, ubicada en El Chical, no se cuenta con evidencia sobre el nivel de conocimiento que poseen sus estudiantes en materia de salud sexual y reproductiva, ni sobre la efectividad de una estrategia educativa estructurada para fortalecerlo.

1.2 Justificación

La presente investigación se justifica ante la brecha existente entre las recomendaciones internacionales sobre educación sexual integral y la realidad formativa de la población estudiantil de la Unidad Educativa Ecuador. Organismos internacionales, tales como la OMS, UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la UNESCO, coinciden en que la educación sexual integral sustentada en evidencia científica y en un enfoque de derechos, constituye una estrategia importante para promover conocimientos, actitudes y habilidades relacionados con la prevención de embarazos no planificados, las ITS y la violencia basada en género (1,4,9). En este sentido, resulta oportuno verificar en qué medida los niveles de conocimiento de los estudiantes de la Unidad Educativa Ecuador cambian antes y después de la puesta en práctica de una estrategia de educación sexual integral. La poca evidencia existente sobre intervenciones educativas de esta misma naturaleza en la institución apela a la necesidad y la oportunidad de poner en marcha investigaciones que permitan conocer sus (los de las intervenciones) resultados. A partir de los resultados de esta investigación será posible conocer si, de hecho, la mencionada intervención permite aumentar el nivel de conocimiento de los estudiantes, aportando evidencia empírica al fundamento de la incorporación o el aumento de los contenidos de educación sexual integral del currículo de esta institución.

En virtud de las competencias que le otorga el diseño cuasiexperimental de un único grupo, la investigación analizada se centrará en estudiar los cambios en el nivel de conocimiento de los estudiantes antes y después de la intervención educativa, lo que permite encontrar desigualdades, pero no establece una relación causa-efecto ni puede ser extrapolada a otras poblaciones por las limitaciones de la metodología. De esta manera, se contribuye al derecho de los adolescentes a recibir una educación integral, oportuna y adecuada a sus necesidades, en concordancia con lo establecido en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y las Directrices Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad de la UNESCO (1,4,9).

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar la efectividad de una estrategia educativa sobre la salud sexual integral en estudiantes de la Unidad Educativa Ecuador, El Chical, 2025.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar la población de estudio según edad, sexo, autoidentificación étnica y nivel educativo.
- Implementar la estrategia educativa según las necesidades de aprendizaje.
- Comparar el nivel de conocimiento sobre salud sexual integral antes y después de realizar la estrategia educativa.

1.3.3 Hipótesis o preguntas de investigación

¿Qué resultados tendrá la implementación de la estrategia educativa sobre la salud sexual integral en los estudiantes de la Unidad Educativa Ecuador?

H_0: No existe una diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de conocimiento antes y después de la intervención educativa.

H_1: Existe una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa.

2. CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Salud sexual

2.1.1 Evolución del concepto y su definición

Hasta la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994, la salud sexual formaba parte de la definición de salud reproductiva. Esta última fue entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y procesos (10).

Aunque la salud sexual y la salud reproductiva son conceptos estrechamente relacionados, presentan diferencias en su alcance., ya que la salud reproductiva se circunscribe, fundamentalmente, a los procesos relacionados con el sistema reproductor, mientras que la salud sexual abarca la sexualidad en un sentido más amplio.

Con el fin de esclarecer esta distinción, la Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó, en 2002, una consulta técnica internacional, cuyas conclusiones fueron publicadas en 2006. De este proceso derivó la definición vigente, según la cual la salud sexual es “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad” (10,11). Esta definición precisa, además, que su logro requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación o violencia (10,11).

De esta definición se destacan tres elementos fundamentales. Primero, por su carácter holístico considerando al placer y el bienestar como aspectos dignos de tener cabida y no como accesibles; segundo, por su carácter relacional fijándose en la calidad de la relación, más allá de la consistencia biológica. Por último, su anclaje normativo, al condicionar su

alcance al respeto, a la protección y al ejercicio pleno de los derechos sexuales de todas las personas (10).

Posteriormente, la OMS planteó un enfoque operativo que articula la salud sexual y la salud reproductiva, al tiempo que identifica cinco factores multisectoriales que las determinan: la legislación, las políticas y los derechos humanos; la educación; la sociedad y la cultura; la economía; y los sistemas de salud (12). Este modelo resulta especialmente pertinente para el estudio de la adolescencia, dado que los desenlaces en esta materia dependen, en gran medida, de las condiciones del entorno en el que esta se desarrolla.

2.2 Adolescencia y cambios puberales

La OMS define la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años, que marca el tránsito de la niñez a la adultez. Esta fase es decisiva para sentar las bases de la salud futura, ya que en ella se consolidan patrones que pueden proteger o comprometer el bienestar a lo largo del ciclo vital(13). Con fines analíticos, es posible subdividirla en adolescencia temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años) (13).

Para los fines de la presente investigación, se adopta el intervalo de 11 a 20 años, criterio utilizado en estudios ecuatorianos sobre embarazo en la adolescencia (14). Esta ampliación no contradice la definición de la OMS, sino que permite incluir a adolescentes mayores de 19 años que, al momento de la recolección de datos, formaban parte de la población estudiantil.

Si bien la edad constituye un criterio operativo para la investigación, resulta insuficiente por sí solo. Las transiciones sociales, culturales y económicas varían entre contextos, por lo que la adolescencia debe entenderse como un proceso de desarrollo, y no como un intervalo cronológico rígido (15). Además, la edad de aparición de la pubertad presenta variabilidad individual, étnica, geográfica y nutricional, por lo que las comparaciones biológicas solo pueden hacerse de forma relativa (15,16).

Para describir este proceso, se utiliza la clasificación de Tanner o Escala de Madurez Sexual (Sexual Maturity Rating), desarrollada por Marshall y Tanner entre las décadas de 1940 y 1960 y validada internacionalmente. Esta establece cinco estadios para la progresión de los caracteres sexuales secundarios (16). Es importante señalar que esta herramienta es de carácter clínico e investigativo, y que los estadios describen una secuencia esperada de desarrollo, mas no son un indicador de madurez emocional, social o de la capacidad para tomar decisiones (16).

Tabla 1. *Cambios puberales según Tanner.*

Estadio	Niños	Niñas
1	• Etapa prepuberal. • No se observan signos de desarrollo sexual; el volumen testicular es inferior a 4 ml.	• Etapa prepuberal. • No hay tejido glandular mamario palpable ni vello púbico.
2	• Aumento del volumen testicular y del escroto (primer signo). • Piel escrotal más fina y vascularizada. • Vello púbico escaso y poco pigmentado. • Olor corporal.	• Botón mamario o telarquia (primer signo). • Vello púbico escaso a lo largo de los labios mayores. Inicio de la aceleración del crecimiento.
3	• Crecimiento del pene, principalmente en longitud. • Vello púbico más oscuro y rizado. • Pueden aparecer emisiones nocturnas.	• Mayor crecimiento de la mama y de la areola, sin separación de contornos. • Vello púbico más oscuro y rizado. • Aparición de flujo vaginal fisiológico. • Velocidad máxima de crecimiento.
4	• Mayor crecimiento del pene y del glande; oscurecimiento de la piel escrotal. • Vello púbico de tipo adulto, con menor extensión. • Ginecomastia puberal transitoria. • Estirón puberal.	• La areola y el pezón se elevan formando un segundo contorno (doble relieve). • Vello púbico de tipo adulto. • Menarquia, en promedio dos años después de la telarquia.
5	• Desarrollo genital adulto. • Vello púbico que puede extenderse a la cara interna de los muslos. • La estatura se estabiliza.	• Desarrollo mamario adulto, con desaparición del doble contorno. • Vello púbico con distribución triangular que puede extenderse a los muslos. • Detención del crecimiento.

Nota: Adaptado de la American Academy of Pediatrics (17). *Los estadios describen la secuencia esperada del desarrollo; su cronología varía entre individuos y poblaciones.*

El conocimiento de los cambios puberales cumple una función preventiva. La evidencia indica que muchas adolescentes carecen de información adecuada sobre la menstruación y experimentan miedo o ansiedad ante su primera menarquia, situación que se agrava cuando el tema permanece silenciado en la familia y en la escuela (18). Una educación

oportuna puede contribuir a reducir la angustia, aumentar la aceptación del propio cuerpo y disminuir la vulnerabilidad que pueda provocarse debido a la desinformación.

También, la pubertad se caracterizaría por indicar el inicio de la capacidad reproductiva para la vida sexual, pero no necesariamente por mostrar el inicio de la madurez emocional, social o económica para asumir dicha maternidad o paternidad.

Esta disociación entre madurez biológica y madurez psicosocial constituye el fundamento de las políticas de protección y de educación sexual dirigidas a este grupo etario (18).

2.3 Educación sexual integral

2.3.1 Definición y principios

La educación sexual integral (ESI) es un proceso curricular, sistemático e incremental que aborda los aspectos cognitivos, emocionales, físicos, sociales y éticos de la sexualidad. Su finalidad es dotar a niñas, niños y adolescentes de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que les permitan cuidar su salud y bienestar, establecer relaciones respetuosas, considerar el impacto de sus decisiones en los demás, así como conocer y ejercer sus derechos (15).

A diferencia de la educación sexual tradicional, la ESI es científicamente precisa, adecuada a la edad y al desarrollo, basada en un currículo, sustentada en los derechos humanos y en la igualdad de género, culturalmente pertinente y orientada al desarrollo de habilidades para la vida. Su alcance va más allá de la prevención del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual (ITS), al abordar temas como la anatomía, las relaciones interpersonales, el consentimiento, las normas de género y la prevención de la violencia (15,19).

La evidencia científica respalda los beneficios de los programas de educación sexual integral. Los programas curriculares bien diseñados se asocian con el retraso del inicio de las relaciones sexuales, la disminución de su frecuencia y del número de parejas, el incremento en el uso de preservativos y de otros métodos anticonceptivos, y la reducción de conductas de mayor exposición a desenlaces adversos. Asimismo, la evidencia ha demostrado que la ESI no incrementa la actividad sexual ni las tasas de ITS, a diferencia de los programas basados exclusivamente en la abstinencia, los cuales no han mostrado eficacia para estos fines (19).

Los resultados de la ESI pueden fortalecerse cuando se implementa mediante programas estructurados con enfoque de género; fidelidad en su implementación (sin recortes de sesiones, contenidos o capacitación docente); y abordajes multicomponente que articulen la escuela con el acceso a servicios de salud, la participación de las familias y el involucramiento docente (19).

A nivel regional, la incorporación de la ESI ha sido heterogénea. Si bien varios países de América Latina y el Caribe cuentan con marcos normativos que la reconocen, persisten brechas entre su diseño y su ejecución, especialmente en zonas rurales, territorios indígenas y contextos con mayor exclusión. Entre las principales barreras se encuentran la resistencia de algunos sectores, la formación insuficiente del cuerpo docente, la escasez de materiales adecuados y la falta de mecanismos de monitoreo (20).

En el Ecuador, los análisis curriculares evidencian que los contenidos de ESI aparecen de forma fragmentada, con una progresión limitada entre los distintos subniveles educativos, lo que dificulta su abordaje sistemático (21). Esta situación adquiere mayor relevancia ante el hecho de que la región mantiene una de las tasas de fecundidad adolescente más altas a nivel mundial y un incremento de las ITS en la población joven (20,21).

2.4 Métodos anticonceptivos

La salud sexual y reproductiva implica el derecho a acceder a información basada en evidencia, a comprender el proceso reproductivo y a desarrollar habilidades para tomar decisiones libres, informadas y autónomas, sin discriminación, presión o violencia.

La anticoncepción constituye un componente fundamental para garantizar este derecho. La OMS estima que, en 2021, 1 100 millones de las 1 900 millones de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) tenían necesidad de planificación familiar. De ellas, 874 millones utilizaban métodos modernos, mientras que 164 millones presentaban necesidad insatisfecha de planificación familiar (22). Esta última hace referencia a quienes desean evitar o postergar un embarazo, pero no utilizan ningún método anticonceptivo, ya sea por barreras de acceso, temor a los efectos secundarios, oposición de la pareja o de la familia, o por información inadecuada (22,23). En la adolescencia, esta brecha es especialmente grave, al asociarse a embarazos no planificados, abortos en condiciones de riesgo e interrupción de las trayectorias educativas (22,23).

El acceso a la anticoncepción se sustenta en el derecho a decidir libre y responsablemente el número, el espaciamiento y el momento de tener hijos. Además de su dimensión ética y jurídica, su uso previene embarazos no deseados y reduce los riesgos maternos y perinatales (22).

Los métodos anticonceptivos pueden clasificarse según su mecanismo de acción (barrera, hormonales, dispositivos intrauterinos, conocimiento de la fertilidad y quirúrgicos), o según su dependencia del usuario. Los métodos dependientes requieren una acción correcta en cada relación (por ejemplo, el preservativo o los métodos de conocimiento de la fertilidad), mientras que los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (MARAP), como los implantes y los dispositivos intrauterinos, actúan de forma continua una vez colocados (24).

Es fundamental distinguir entre la eficacia en uso perfecto (cuando el método se utiliza de forma correcta y sistemática) y la eficacia en uso habitual (cuando se considera el uso real, con posibles errores u omisiones). La diferencia entre el uso habitual y el uso perfecto suele ser mayor en los métodos que dependen de la utilización correcta por parte del usuario mientras que es mínima en los MARAP, los cuales mantienen una eficacia superior al 99 % en ambos escenarios (24). Por consiguiente, la consejería anticonceptiva debe informar ambos valores para evitar sobreestimar el grado de protección ofrecido.

Tabla 2. *Métodos anticonceptivos.*

Método	Uso habitual (%)	Uso perfecto (%)	Mecanismo de acción	Duración y observaciones
Preservativo externo (masculino)	87	98	Barrera que impide el contacto entre gametos.	Uso único por relación. Único método que reduce el riesgo de ITS y de VIH.
Preservativo interno (femenino)	79	95	Barrera que recubre la vagina e impide el paso de los espermatozoides.	Uso único por relación. También confiere protección frente a ITS.
Píldora combinada (estrógeno y progestágeno)	93	99,7	Inhibe la ovulación y modifica el moco cervical y el endometrio.	Administración diaria. Requiere valoración de contraindicaciones.
Píldora de solo progestágeno	91	99,7	Espesa el moco cervical e inhibe la ovulación de forma parcial.	Administración diaria con horario estricto.
Inyectables mensuales o trimestrales	96	99,8	Inhiben la ovulación y modifican el moco cervical.	Según el producto. El retorno de la fertilidad puede demorar.
Implante de etonogestrel o levonorgestrel	99,9	99,9	Libera progestágeno de forma continua; inhibe la ovulación y espesa el moco cervical.	Tres a cinco años según el producto. Requiere inserción y retiro por personal capacitado.
DIU de cobre	99,2	99,4	Los iones de cobre alteran la movilidad y la viabilidad espermática e impiden la fecundación.	Cinco a diez años. Método reversible, sin hormonas y de larga duración.
DIU liberador de levonorgestrel	99,6 a 99,9	99,7	Espesa el moco cervical y produce cambios endometriales.	Tres a ocho años según el producto. Puede reducir el sangrado menstrual.
Anticoncepción de emergencia (levonorgestrel, acetato de ulipristal o DIU de cobre)	No aplica	No aplica	Retrasa o inhibe la ovulación; el DIU de cobre impide la fecundación.	Uso posterior a una relación sin protección, dentro de las primeras 120 horas. No sustituye un método habitual ni interrumpe un embarazo establecido.
Métodos de conocimiento de la fertilidad	76 a 88	95 a 99,6	Identifican la fase fértil mediante el calendario, el moco cervical o la temperatura basal.	Seguimiento continuo del ciclo. Exigen aprendizaje, constancia y registro.
Coito interrumpido	80	96	Retiro del pene antes de la eyaculación.	En cada relación. Presenta mayor riesgo de fallo y no protege frente a ITS.
Vasectomía	99,85	99,9	Oclusión quirúrgica de los conductos deferentes.	Permanente. Requiere consentimiento informado.
Oclusión tubárica bilateral	99,5	99,5	Interrupción quirúrgica del paso de los óvulos por las trompas.	Permanente. Requiere consentimiento informado.

Nota: Elaboración propia a partir de la Organización Mundial de la Salud y del Centers for Disease Control and Prevention, citados por la OMS (22,25). *Los porcentajes expresan la proporción de personas que no conciben durante el primer año de uso y se redondean según la fuente.*

Los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración como implantes y dispositivos intrauterinos presentan la mayor eficacia anticonceptiva y la menor dependencia del comportamiento del usuario. Las guías internacionales coinciden en que pueden ofrecerse a adolescentes sin restricciones basadas únicamente en la edad o la nuliparidad, siempre que exista valoración clínica individual y consejería que respete la autonomía (25,26). No obstante, el uso en este grupo sigue siendo bajo, de forma que permanece la falta de información, la construcción de mitos sobre fertilidad futura, el miedo al procedimiento, la falta de recursos humanos capacitados y costo. En el Ecuador, el trabajo de Punina y Moyano de métodos anticonceptivos en una comunidad indígena de la sierra, demuestran que el acceso al mismo y la aceptabilidad son diferenciados de acuerdo a la comunidad, lo que enfatizan la importancia de la realización de una consejería culturalmente pertinente(27).

Cabe destacar que de los métodos hormonales, intrauterinos y quirúrgicos pueden prevenir las infecciones de transmisión sexual. Únicamente, el preservativo, si es utilizado de modo correcto y de forma sistemática, puede prevenir el embarazo, VIH y otras infecciones. Por ello se recomienda la doble protección, entendida como el uso combinado del preservativo con otro método anticonceptivo (22).

Por su parte, la anticoncepción de emergencia que incluye levonorgestrel, acetato de ulipristal o dispositivo intrauterino de cobre reduce el riesgo de embarazo tras una relación sin protección, con eficacia mayor cuanto más temprano se administra, dentro de un margen de 120 horas; no es un método habitual, no protege frente a las infecciones y no interrumpe un embarazo establecido, por lo que debe acompañarse de consejería y de la oferta de un método regular (26).

2.5 Infecciones de transmisión sexual (ITS)

2.5.1 Epidemiología y magnitud del problema

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son causadas por más de treinta bacterias, virus y parásitos, que se transmiten predominantemente por contacto sexual. Algunas también pueden transmitirse por vía sanguínea o de madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia (28).

Ocho agentes concentran la mayor carga de enfermedad: cuatro de ellos producen infecciones curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis), mientras que otros cuatro corresponden a infecciones virales que no tienen cura, pero sí pueden controlarse (hepatitis B, herpes simple, VIH y virus del papiloma humano) (28).

La OMS estima que, a nivel mundial, cada día se registran más de un millón de nuevas infecciones por alguna de las cuatro ITS curables. En 2020, se contabilizaron 374 millones de nuevos casos, y en 2022, ocho millones de nuevos casos de sífilis en adultos y 1,1 millones de embarazadas infectadas, lo que generó complicaciones en más de 390 000 partos (28). En la Región de las Américas, se estima que cerca de 38 millones de personas sexualmente activas padecen alguna ITS curable, y la sífilis ha mostrado una tendencia ascendente, con aproximadamente 3,36 millones de nuevos casos en 2022, un 30 % más que en 2020 (29).

Un aspecto determinante de su magnitud es la alta proporción de casos asintomáticos, lo cual favorece la transmisión inadvertida y el diagnóstico tardío (28,29).

Tabla 3. *Características de las ITS más frecuentes.*

Infección	Agente causal	Manifestaciones clínicas	Tratamiento y prevención
VIH y sida	Virus de la inmunodeficiencia humana	Fase aguda con síntomas gripales; progresión variable hacia la inmunosupresión.	Tratamiento antirretroviral de por vida. Preservativo, profilaxis preexposición y tamizaje.
VPH	Virus del papiloma humano	Habitualmente asintomático. Verrugas genitales y lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, ano y orofaringe.	Vacunación antes del inicio de la vida sexual; tamizaje con prueba de VPH o citología.

Infección	Agente causal	Manifestaciones clínicas	Tratamiento y prevención
Clamidiasis	Chlamydia trachomatis	Frecuentemente asintomática. Secreción genital y disuria; puede evolucionar a enfermedad inflamatoria pélvica e infertilidad.	Antibióticos. Tamizaje de contactos y preservativo.
Gonorrea	Neisseria gonorrhoeae	Secreción uretral o vaginal purulenta y disuria. Puede causar enfermedad inflamatoria pélvica e infertilidad.	Antibióticos según sensibilidad local. Vigilancia de la resistencia antimicrobiana.
Sífilis	Treponema pallidum	Úlcera indolora en el sitio de entrada; exantema y lesiones mucosas; latencia y afectación cardiovascular o neurológica.	Penicilina benzatínica. Tamizaje obligatorio en el embarazo.
Herpes genital	Virus del herpes simple, tipos 1 y 2	Ampollas y úlceras dolorosas recurrentes en la región anogenital.	No tiene cura. Los antivirales reducen la duración y frecuencia de los brotes.
Tricomoniasis	Trichomonas vaginalis	Flujo vaginal anormal, prurito y disuria en mujeres; en hombres suele ser asintomática.	Antibióticos. Tratamiento simultáneo de la pareja.
Hepatitis B y C	Virus de la hepatitis B y C	Cuadro agudo variable; puede cronificarse y evolucionar a cirrosis o carcinoma hepatocelular.	Antivirales. Vacunación contra la hepatitis B.

Nota: Elaboración propia a partir de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud(28,30).

La infección por el virus del papiloma humano es la ITS viral de mayor impacto oncológico: la OMS estima que se asocia a más de 311 000 muertes anuales por cáncer de cuello uterino, lo que la convierte en la principal causa infecciosa de cáncer en la mujer (28). Su prevención combina dos grupos de estrategias: por una parte, la vacunación, recomendada a partir de los 9 años y preferentemente previa al inicio de las relaciones sexuales, y por otra parte el tamizaje, a partir de la prueba de VPH o la citología cervical, como formas de detección y tratamiento de las lesiones precursoras. En la adolescencia la vacunación es una intervención que presenta una relación costo-efectividad garantizada, pero existe un problema relacionado con las desigualdades asociadas a la residencia rural y a la disponibilidad de los servicios.

La prevención combina estrategias conductuales, biomédicas y estructurales: el uso correcto y sistemático del preservativo, la vacunación frente al VPH y la hepatitis B, el tamizaje en el momento adecuado, el tratamiento adecuado de las personas infectadas y de sus contactos, y la educación integral en sexualidad (28,30). El tamizaje es de gran importancia en organizaciones asintomáticas y puede romper la cadena de transmisión; en las embarazadas, la detección de sífilis y VIH puede evitar la transmisión materno-infantil. En el caso de las

organizaciones de escasos recursos se sugiere el manejo sindrómico, basado en algoritmos de tratamiento de los síndromes más frecuentes en la primera consulta. En casos de violencia sexual, la atención debe incluir profilaxis, anticoncepción de emergencia y seguimiento conforme a los protocolos establecidos (31).

2.6 Embarazo en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública con consecuencias físicas, emocionales, familiares y sociales. La OMS estima que en 2019 se produjeron alrededor de 21 millones de embarazos anuales entre adolescentes de 15 a 19 años en países de ingreso mediano y bajo, de los cuales aproximadamente la mitad no fueron planificados y cerca de 12 millones culminaron en nacimiento; se calcula que el 55 % de los embarazos no deseados en este grupo termina en aborto, frecuentemente en condiciones de riesgo (32).

La tasa mundial de natalidad en adolescentes disminuyó de 64,5 nacimientos por cada 1 000 mujeres de 15 a 19 años en 2000 a 41,3 en 2023, pero la reducción ha sido desigual: África subsahariana y América Latina y el Caribe mantienen las tasas más altas, con 97,9 y 51,4 nacimientos por cada 1 000 mujeres. En la Región de las Américas se registran aproximadamente 1,6 millones de nacimientos anuales de madres de 15 a 19 años, y las adolescentes indígenas y afrodescendientes, las que viven en zonas rurales y las de menor escolaridad presentan hasta cuatro veces más probabilidades de iniciar la maternidad que sus pares urbanas (33,34).

El fenómeno es multicausal, en los determinantes proximales está la iniciación temprana de las relaciones sexuales, el uso irregular de anticonceptivos y la falta de información; entre los determinantes intermedios están la pobreza, la exclusión educativa, la ruralidad, la pertenencia étnica, la violencia sexual y el matrimonio infantil. Los determinantes estructurales remiten a las normas de género y a las condiciones de acceso a los servicios: las normas que asignan a las mujeres un papel primordial en la reproducción limitan su

autonomía y dificultan la negociación del uso del preservativo, a lo que se suman las barreras de acceso a métodos anticonceptivos, especialmente los de larga duración (32,33).

La evidencia regional es consistente en señalar que la fecundidad adolescente constituye un marcador de desigualdad social. Los estudios arrojan gradientes muy pronunciados en función del desarrollo humano sub nacional, la riqueza del hogar, la ruralidad y la pertenencia étnica, lo cual hace manifiesto que el fenómeno no puede explicarse en función de decisiones aisladas sino que hace referencia a condiciones estructurales que mantienen la exclusión (34).

Las madres adolescentes tienen un mayor riesgo de eclampsia, endometritis puerperal e infecciones sistémicas frente a mujeres de 20 a 24 años. Sus hijos tienen de cualquier manera más probabilidad de tener bajo peso al nacer, un nacimiento prematuro o una condición neonatal grave. Las complicaciones del embarazo y el parto se encuentran entre las principales causas de mortalidad en las jóvenes de 15 a 19 años, asociación que se explica no solo por la inmadurez biológica, sino por el acceso tardío a controles prenatales y por las condiciones socioeconómicas desfavorables (32). A lo anterior hay que añadir las consecuencias para la salud mental, tales como la culpa, la ansiedad, la depresión posparto y el estigma social.

La maternidad anticipada también interrumpe el recorrido educativo: la discontinuidad escolar limita las oportunidades laborales, disminuye la autonomía económica y contribuye a la reproducción intergeneracional de la pobreza, siendo el efecto más intenso cuando es la propia adolescente la que asume en solitario el cuidado o no cuenta con redes de apoyo. La evidencia cualitativa muestra que muchas jóvenes abandonan metas formativas y laborales y asumen responsabilidades para las que no se encontraban preparadas; desde una perspectiva de derechos, esta situación constituye una vulneración de oportunidades y no una consecuencia inevitable de la maternidad (35).

La prevención requiere intervenciones multisectoriales y sostenidas que combinen educación integral en sexualidad, acceso a métodos anticonceptivos incluidos los de larga duración, servicios diferenciados y confidenciales para adolescentes, fortalecimiento de la

comunicación familiar y prevención del matrimonio infantil y de la violencia sexual (18,32). Las intervenciones puramente informativas resultan insuficientes: los programas más efectivos articulan habilidades para la vida, acceso efectivo a servicios y transformación de las normas de género que limitan la autonomía de las adolescentes. La continuidad educativa constituye, en sí misma, una estrategia de protección, pues la permanencia en la escuela se asocia con menor riesgo de embarazo temprano (33).

2.7 Consentimiento y derechos sexuales

El consentimiento sexual es la aceptación libre, informada, consciente y voluntaria de participar en una práctica sexual. Para que sea válido, debe cumplir tres características: ser específico (para una práctica determinada), revocable (puede retirarse en cualquier momento, incluso durante el acto sexual) y renovable (el consentimiento previo no implica consentimiento futuro) (11).

Que no haya resistencia no equivale a que haya consentimiento. Influye en ello la embriaguez, el sueño, la inconsciencia, la amenaza, la manipulación, el engaño o el hecho de encontrarse en una situación de poder, de tal manera que anula las condiciones del consentimiento. Esta precisión es especialmente relevante en la adolescencia, dado que las asimetrías de edad, experiencia y poder pueden dificultar la expresión libre de la voluntad (11). La educación integral en sexualidad aborda este contenido de manera explícita y adecuada a la edad, y la evidencia indica que mejora las habilidades de negociación y reduce la violencia en las relaciones (15).

Los derechos sexuales son la aplicación de los derechos humanos a la sexualidad. Estos protegen la posibilidad de expresar y vivir la sexualidad de forma respetuosa, el ejercicio de la salud sexual y reproductiva, la igualdad, la no discriminación, la privacidad, la información y la educación, la libertad de decisión sobre la reproducción y el acceso a reparación efectiva ante su violación (11).

Su fundamento se encuentra en instrumentos internacionales, tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos del Niño y el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) (9,11). El ejercicio cabal de estos derechos por parte de los adolescentes significa, entre otras cosas, acceder a información fidedigna, a servicios de salud sexual y reproductiva respetuosos y confidenciales, amigables, a la protección de su privacidad y a una vida sin ningún tipo de discriminación, abuso o violencia.

La violencia sexual se considera uno de los tipos más graves de vulneraciones de los derechos sexuales y se convierte, además, en uno de los principales factores de riesgo para el embarazo no planificado y para las ITS. Tal violencia incluye actos que van desde el contacto sexual no consentido, hasta la explotación, el acoso y la coerción, la manipulación y la amenaza. Los adolescentes presentan una vulnerabilidad particular por su etapa de desarrollo, la dependencia económica y emocional respecto de los adultos y la naturalización de ciertas formas de control en las relaciones; la evidencia indica que las normas de género rígidas y la tolerancia social frente a la violencia aumentan el riesgo, mientras que la educación con enfoque de género y los servicios de apoyo accesibles lo reducen (31).

Los comportamientos de riesgo como las prácticas que aumentan la probabilidad de sufrir una consecuencia negativa para la salud sexual, ya sea un embarazo no deseado, una ITS o una situación de violencia; éstas comprenden el inicio temprano en las relaciones, la utilización errática e inconsistente del preservativo, la existencia de múltiples compañeros sexuales sin protección, la utilización de alcohol y/o de otras sustancias antes o durante las relaciones, así como la falta de tamizaje. Es importante subrayar que el riesgo no es una propiedad de la persona, sino de la interacción entre la conducta, el contexto y la disponibilidad de recursos: un adolescente que mantiene relaciones protegidas y cuenta con acceso a servicios no se encuentra en la misma situación que otro que carece de información y de métodos (18).

La literatura científica identifica diversos factores de riesgo que pueden analizarse desde los ámbitos individual, familiar y comunitario-social. En el contexto individual, resaltan la baja autoestima, la escasa sensibilización hacia el riesgo, la falta de conocimiento sobre métodos anticonceptivos o inicios precoces de la vida sexual. En el entorno familiar, la pobre comunicación acerca de la sexualidad, la falta de control, la violencia dentro de la familia o el ser pobre podrían aumentar la vulnerabilidad de los adolescentes. Por su parte, en el ámbito comunitario y social, se identifican factores como la tolerancia hacia la violencia de género, las normas socioculturales que estigmatizan el uso de anticonceptivos, la deserción escolar, la insuficiente disponibilidad de servicios de salud adaptados a las necesidades de los adolescentes y las restricciones legales que dificultan el acceso a la información y a la atención en salud sexual y reproductiva (18,33).

Los factores protectores operan como recursos que reducen la probabilidad de desenlaces adversos: educación integral en sexualidad, permanencia escolar, comunicación abierta con adultos de confianza, autoestima y habilidades de negociación, acceso a servicios confidenciales y existencia de un proyecto de vida. La evidencia sugiere que su combinación produce un efecto acumulativo, por lo que las intervenciones más prometedoras no se dirigen a un único factor, sino que fortalecen simultáneamente los recursos individuales, familiares, escolares y comunitarios, en coherencia con un enfoque de determinantes sociales (15,18).

3. CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Definición de la población

La población de estudio estuvo constituida por 150 estudiantes de Educación General Básica Superior y Bachillerato de la Unidad Educativa Ecuador, matriculados en el periodo académico 2025-2026. La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico intencional, con base en los criterios de inclusión, exclusión y de salida establecidos para la presente investigación.

Criterios de selección

Inclusión

- Estudiantes matriculados en la Unidad Educativa "Ecuador" durante el periodo académico 2025-2026 que otorgaron su consentimiento, y el de sus representantes legales, para participar en la investigación.

Exclusión

- Estudiantes que no desearon participar en la investigación.

De salida

- Estudiantes que abandonaron el periodo académico por cualquier causa.
- Estudiantes que no asistieron al total de sesiones de la intervención.

Clasificación del estudio

El estudio fue cuasiexperimental con diseño pretest-postest en un solo grupo y enfoque cuantitativo.

3.2 Definición y Operacionalización de variable

Tabla 4. *Definición y operacionalización de variables.*

Dimensiones	Variables
Sociodemográficas	Edad, sexo, etnia, nivel de escolaridad.
Nivel de Conocimientos	Nivel de conocimientos: Conocimientos generales sobre salud sexual y reproductiva, anatomía y fisiología del sistema reproductor, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual (ETS), embarazo en la adolescencia, consentimiento y relaciones sexuales, fuentes de información y acceso a servicios de salud.
Resultados de la intervención	Efectividad de la estrategia educativa.

3.3 Técnicas y procedimientos de recogida de la información

Se llevaron a cabo las siguientes acciones para garantizar el cumplimiento de los principios éticos y metodológicos de la investigación:

- Se solicitó y obtuvo la aprobación del proyecto de investigación por parte del Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte (UTN).
- Se solicitó y obtuvo la autorización del Ministerio de Educación, Coordinación Zonal 1, para la aplicación del estudio.
- Se obtuvo el consentimiento de los estudiantes participantes, así como el consentimiento de sus representantes legales.
- Se procedió a la recolección de los datos, los cuales fueron registrados en Microsoft Excel 365, considerando lo siguiente:

- ✓ Datos sociodemográficos: año escolar, edad, sexo, etnia.
- ✓ Nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva: se utilizó el Cuestionario de Nivel de Conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes (CNCSSR). Este instrumento evalúa el conocimiento en las dimensiones biológica, psicológica y sociocultural. Está conformado por 30 ítems, cada uno con cinco alternativas de respuesta, de las cuales solo una es correcta, con una puntuación de 1 punto por respuesta correcta. Para el análisis, se emplearon las categorías de nivel de conocimiento descritas en las Tablas 5, 6 y 7.

Tabla 5. *Clasificación del nivel de conocimiento en la dimensión biológica.*

Nivel de conocimiento	Puntuación
Alto	6 - 8
Medio	3 - 5
Bajo	0 - 2

Tabla 6. *Clasificación del nivel de conocimiento en la dimensión psicológica.*

Nivel de conocimiento	Puntuación
Alto	4 - 5
Medio	2 - 3
Bajo	0 - 1

Tabla 7. *Clasificación del nivel de conocimiento en la dimensión sociocultural.*

Nivel de conocimiento	Puntuación
Alto	12 - 17
Medio	6 - 11
Bajo	0 - 5

Para determinar la estructuración de la intervención educativa, se analizaron los resultados obtenidos en la aplicación del pretest. De acuerdo con dicho análisis, se elaboraron y desarrollaron tres sesiones educativas semanales, de 45 minutos de duración cada una, convenientemente coordinadas con la Rectoría de la Unidad Educativa "Ecuador" y con los grupos participantes.

En función de los resultados del cuestionario inicial, se establecieron los encuentros educativos que girarían en torno a los siguientes contenidos: conocimientos generales sobre salud sexual y salud reproductiva; anatomía y fisiología del sistema reproductor; métodos anticonceptivos; enfermedades de transmisión sexual (ETS); embarazo en la adolescencia; consentimiento; relaciones sexuales; fuentes fiables de información y acceso a servicios sanitarios

Cada sesión, todas ellas con un objetivo específico previamente fijado, realizaron un énfasis en aquellos aspectos que presentaron mayor dificultad, a modo de profundizar en el desarrollo integral de los participantes. Así mismo, se llevaron a cabo dinámicas participativas para establecer un clima seguro, estimular la confianza, facilitar la puesta en evidencia de inquietudes y experiencias, así como favorecer aprendizajes significativos.

Al inicio (pretest) y al finalizar (postest) la intervención educativa, se aplicó el Cuestionario de Nivel de Conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes (CNCSSR), basado en el instrumento de Ricaldo (2006), posteriormente adaptado por Fernández y Flores (2016) (36,37) y adecuado a las características de la población de estudio. El cuestionario estuvo conformado por 34 ítems, distribuidos en cuatro secciones:

- **Sección I.** Datos sociodemográficos: edad, sexo, etnia y nivel de escolaridad (4 ítems).
- **Sección II.** Dimensión biológica: evalúa conocimientos sobre anatomía, fisiología del sistema reproductor y cambios biológicos en la pubertad (8 ítems: 6 sobre anatomía y fisiología, y 2 sobre cambios biológicos en la pubertad).

- **Sección III.** Dimensión psicológica: evalúa conocimientos sobre consentimiento, toma de decisiones, gestión emocional, autoestima, identidad sexual y respeto por el propio cuerpo y el de los demás (5 ítems: 3 sobre consentimiento y límites personales, y 2 sobre identidad sexual y emocional).
- **Sección IV.** Dimensión sociocultural: evalúa conocimientos sobre desarrollo sexual, valores, paternidad responsable, masturbación, enfermedades de transmisión sexual (ETS), métodos anticonceptivos y planificación familiar (17 ítems: 3 sobre desarrollo sexual y valores; 2 acerca de paternidad responsable y masturbación; 5 referente a enfermedades de transmisión sexual (ETS); 5 sobre métodos anticonceptivos; 2 sobre planificación familiar).

En total, el instrumento comprendió cuatro variables sociodemográficas y treinta preguntas de conocimiento. Estas últimas fueron calificadas mediante una codificación dicotómica, asignando un punto a cada respuesta correcta y cero puntos a cada respuesta incorrecta. La puntuación global posible osciló entre 0 y 30 puntos.

3.4 Procesamiento estadístico de la información

Los datos fueron procesados con Microsoft Excel 365 y el paquete estadístico IBM SPSS Statistics, versión 25. Para el análisis descriptivo, se emplearon frecuencias absolutas y relativas (n y %), así como las medidas de tendencia central (media y mediana).

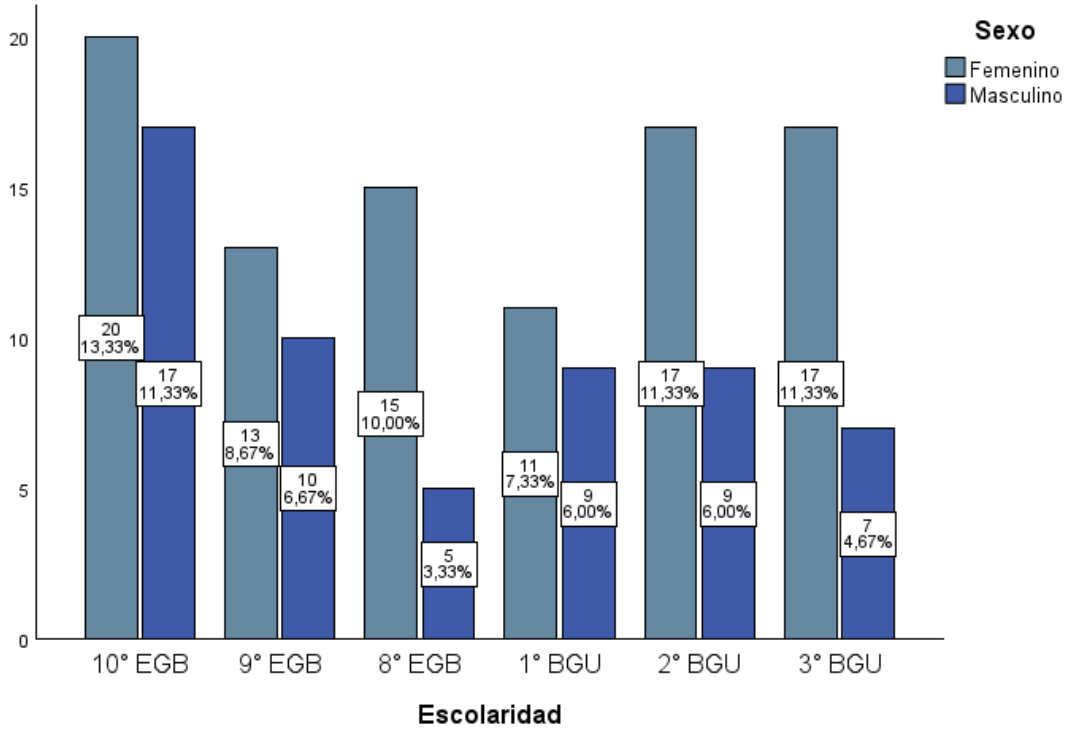
Para evaluar la efectividad de la intervención educativa, se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas, dado que se compararon los niveles de conocimiento antes y después de aplicarla en el mismo grupo de participantes. Se consideró un nivel de significancia estadística de $p \leq 0,05$ y un intervalo de confianza del 95%. La existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el postest se tomó como evidencia de la efectividad de la intervención educativa.

4. CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS

En el presente capítulo se exponen, analizan e interpretan los resultados obtenidos tras la aplicación del cuestionario de conocimientos sobre Educación Sexual Integral a 150 estudiantes de la Unidad Educativa Ecuador, antes (pretest) y después (postest) de la implementación de la intervención educativa "Educación sexual oportuna: infórmate, protégete y decide".

Figura 1. *Distribución de estudiantes según sexo y año de escolaridad.*



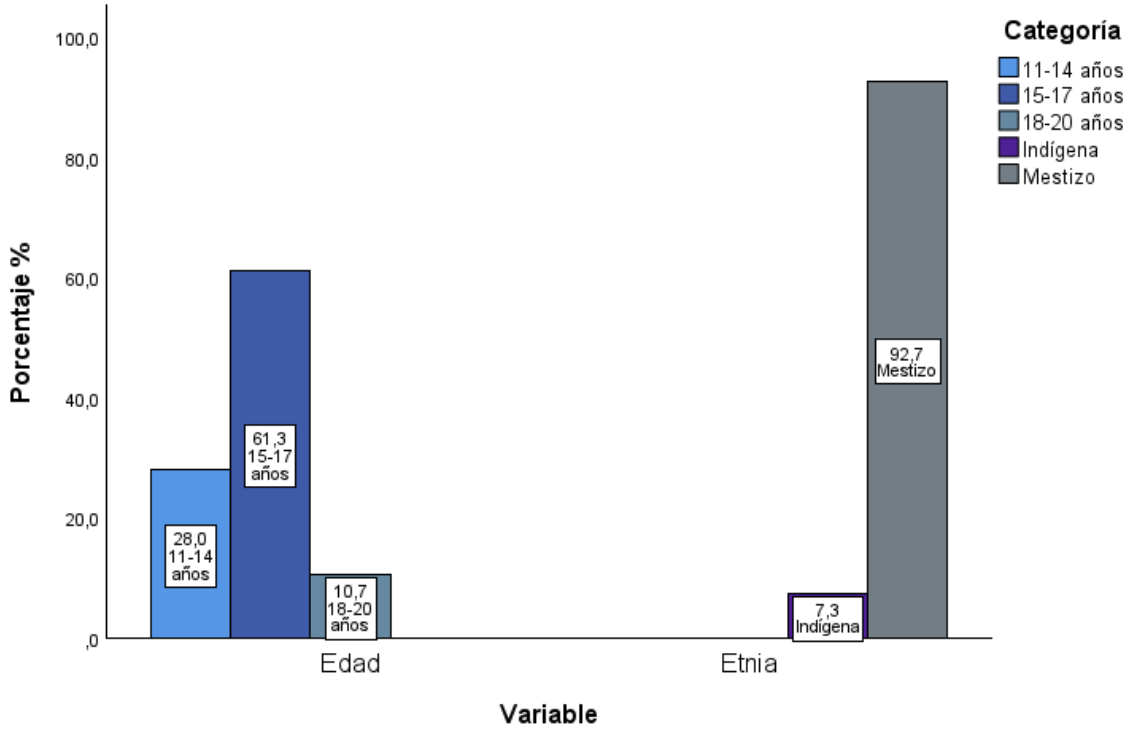
La distribución sociodemográfica se muestra en la Figura 1, evidenciando que la mayor concentración de participantes estuvo en décimo año de EGB (24,7 %), seguido de segundo año de Bachillerato General Unificado (BGU) (17,3 %), mientras que octavo año de EGB y primero de BGU presentaron una distribución equivalente (13,3 % cada uno).

Asimismo, se observó un predominio del sexo femenino (62,0 %) sobre el masculino (38,0 %), una tendencia que se mantiene en todos los años de escolaridad evaluados, siendo especialmente marcada en octavo año de Educación General Básica (EGB), donde las mujeres representaron el 75,0 % del curso.

Este predominio femenino es una tendencia recurrente en investigaciones sobre salud sexual y reproductiva en América Latina (38). Desde una perspectiva de género, este aspecto cobra mayor relevancia al momento de evaluar una intervención en Educación Sexual Integral (ESI). Tal como señalan las Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad de la UNESCO, este tipo de educación debe tener un enfoque transformador de género (15), reconociendo que las necesidades de información, las experiencias y las normas sociales son distintas entre mujeres y hombres.

En el contexto ecuatoriano, este hallazgo guarda similitud con lo reportado por Unda-Villafuerte (39), quien, en una investigación realizada con 497 adolescentes, encontró que las mujeres representaron el 52,0 % y los hombres el 48,0 % de la muestra. Además, dicho autor señala que existen diferencias en las necesidades e intereses en materia de ESI según el género, por lo que resulta fundamental tener en cuenta las particularidades socioculturales de los adolescentes al momento de diseñar e implementar estrategias educativas (39).

Figura 2. *Distribución de estudiantes según variables sociodemográficas.*



La Figura 2 exhibe la distribución por edad, observándose un predominio de adolescentes entre 15 y 17 años (61,3 %), seguido del grupo de 11 a 14 años (28,0 %) y, en menor proporción, del grupo de 18 a 20 años (10,7 %). Por su parte, en la autoidentificación étnica, se identificó como mestiza/o el 92,7 %, siendo la gran mayoría de los participantes, mientras que el 7,3 % se autoidentificó como indígena.

La concentración de participantes entre los 15 y 17 años es coherente con la etapa media-tardía de la adolescencia, periodo en el cual se producen importantes transformaciones físicas, psicológicas, cognitivas y sociales. Durante esta etapa, cobra mayor relevancia la construcción de la identidad, el desarrollo de la autonomía y la toma de decisiones relacionadas con la afectividad y la sexualidad (13). La Organización Mundial de la Salud señala que la adolescencia constituye una etapa estratégica para la promoción de la salud, por lo que las acciones preventivas y formativas deben implementarse de manera oportuna, con el fin de dotar a los adolescentes de información, habilidades y herramientas para la

toma de decisiones responsables (13). En este sentido, la mayor representación de este grupo etario en la presente muestra justifica plenamente la pertinencia de la intervención educativa "Educación sexual oportuna: infórmate, protégete y decide".

No obstante, la presencia del 28,0 % de estudiantes entre 11 y 14 años pone de manifiesto la necesidad de abordar la Educación Sexual Integral (ESI) de forma progresiva y sistemática desde edades tempranas. Desde esta perspectiva, la UNESCO destaca que los contenidos deben ser desarrollados de acuerdo con la edad, el nivel de desarrollo y las capacidades cognitivas y emocionales de los adolescentes, garantizando, al mismo tiempo, que sean científicos, basados en derechos y libres de estigma o prejuicios (15).

Respecto a la composición étnica, fue destacable el predominio de la población mestiza, pero la incidencia de estudiantes indígenas (7,3 %) genera evidencia de la existencia de diversidad cultural en la muestra, un aspecto que toma un significado importante en el contexto ecuatoriano, en la medida en que la interculturalidad se encuentra en la base de una educación inclusiva. Desde la perspectiva de Walsh, la interculturalidad crítica va más allá de la aceptación de las diferencias étnicas y culturales e implica la necesidad de interrogar las estructuras que sustentan relaciones de desigualdad y exclusión (40).

Bajo esta posición, cabe considerar que las intervenciones de educación sexual integral deben incluir estrategias de tipo pedagógicas, culturalmente sensibles, que promuevan el respeto por los diversos modos de ver el mundo y favorezcan el diálogo entre los saberes científicas y los contextos socioculturales. Esta interpretación también guarda relación con las recomendaciones de la UNESCO, que destacan la importancia de desarrollar una educación sexual científicamente fundamentada, inclusiva y culturalmente pertinente (15,40).

Tabla 8. *Confiabilidad del instrumento.*

Instrumento	Ítems	Modelo	Fiabilidad
Nivel de Conocimiento sobre Salud Sexual – Reproductiva (CNCSSR)	30	Alfa de Cronbach	0,732

Fuente: Procesamiento de datos mediante IBM SPSS Statistics 25.

El coeficiente alfa de Cronbach obtenido fue α = 0,732, tal como se presenta en la Tabla 8, este valor, según los criterios de Nunnally y Bernstein (41), se considera aceptable para investigaciones en el ámbito educativo y de las ciencias sociales.

Este resultado indica que los ítems del cuestionario presentan un grado adecuado de correlación entre sí, por lo que las puntuaciones obtenidas son lo suficientemente consistentes para justificar su empleo en el análisis de los conocimientos sobre Educación Sexual Integral. Sin embargo, dado que el instrumento evalúa tres dimensiones (biológica, psicológica y sociocultural), el coeficiente global no permite establecer la consistencia interna de cada una de ellas de forma independiente. Asimismo, tal como señalan Tavakol y Dennick (42), el alfa de Cronbach aporta evidencia de consistencia interna, pero no constituye, por sí solo, una demostración de la validez del instrumento, por lo que debe interpretarse únicamente como un indicador de fiabilidad.

Tabla 9. *Nivel de conocimientos de la dimensión biológica antes y después de la intervención educativa.*

Componentes de la dimensión biológica	Evaluación	Alto		Medio		Bajo	
		f	%	f	%	f	%
Anatomía y fisiología	Antes	0	0,0	23	15,3	127	84,7
	Después	134	89,3	16	10,7	0	0,0
Cambios puberales	Antes	6	4,0	55	36,7	89	59,3
	Después	137	91,3	13	8,7	0	0,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de la Unidad Educativa Ecuador.
Elaboración: Propia, mediante IBM SPSS Statistics 25.

Al evaluar los conocimientos correspondientes a la dimensión biológica presentados en la Tabla 9, se evidenció un importante cambio entre el pretest y el postest.

En el componente de anatomía y fisiología, el nivel bajo de conocimiento predominó en el pretest (84,7 %), mientras que en el postest el 89,3 % de los estudiantes alcanzó el nivel alto. De manera similar, en cambios puberales, el 59,3 % presentó un nivel bajo antes de la intervención, frente al 91,3 % que obtuvo un nivel alto después de su aplicación. En ambos componentes, ningún estudiante permaneció en el nivel bajo durante la evaluación final.

Los resultados obtenidos evidencian un incremento considerable en los conocimientos sobre anatomía, fisiología y cambios puberales tras la intervención educativa. Este hallazgo es coherente, toda vez que dichos contenidos constituyen el fundamento biológico para que los adolescentes logren comprender los procesos que experimentan durante la pubertad.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (13), brindar información científica, oportuna y comprensible sobre el cuerpo, la anatomía reproductiva y los cambios propios de la adolescencia, contribuye a que los jóvenes reconozcan lo que es fisiológicamente normal, fortalezcan el cuidado de su salud y se encuentren mejor preparados para tomar decisiones informadas.

Asimismo, la UNESCO (15) señala que el abordaje de los aspectos biológicos debe ser el punto de partida de la Educación Sexual Integral (ESI), siempre y cuando se desarrolle con un lenguaje claro, científico, libre de tabúes y acorde a la edad de los estudiantes. Además, este enfoque permite sentar las bases para abordar, posteriormente, los aspectos psicológicos y socioculturales que intervienen en la sexualidad.

Tales hallazgos se alinean con lo que han encontrado Panchaud et al. (43), al revisar el contexto de la educación sexual integral dentro de diversos países de Latinoamérica, lo que hace que los adolescentes presenten importantes vacíos de conocimientos sobre su cuerpo y sobre los cambios puberales que experimentan, esto, sobre todo, cuando el aprendizaje no ha estado sistemáticamente dirigido ni planificado sobre este tipo de contenidos. En este sentido, la evidencia muestra que las intervenciones educativas estructuradas son capaces de revertir en gran medida dichos vacíos de conocimiento cuando, en la presente investigación, fue así.

Así pues, el considerable aumento registrado en ambos componentes avala la decantación por un tratamiento deliberado de los contenidos biológicos dentro de la ESI, aunque el mero control irreflexivo de estos conocimientos, por sí solo, no se considera suficiente. Tal como plantean las orientaciones de la UNESCO (15), el conocimiento del cuerpo debe ir articulado con el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones, la comunicación asertiva, el respeto mutuo y la equidad de género, a fin de que los adolescentes puedan trasladar lo aprendido a situaciones reales y tomar decisiones responsables en materia de su salud sexual y reproductiva.

Tabla 10. *Distribución de los niveles de conocimiento de la dimensión psicológica antes y después de la intervención educativa.*

Componentes de la dimensión psicológica	Evaluación	Alto		Medio		Bajo	
		f	%	f	%	f	%
Consentimiento sexual y límites personales	Antes	0	0,0	4	2,7	146	97,3
	Después	142	94,7	4	2,7	4	2,7
Identidad sexual y gestión emocional	Antes	4	2,7	67	44,7	79	52,7
	Después	142	94,7	2	1,3	6	4,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de la Unidad Educativa Ecuador.
Elaboración: Propia, mediante IBM SPSS Statistics 25.

En la Tabla 10 se presentan los resultados correspondientes a la dimensión psicológica de la educación sexual integral

En el componente de consentimiento sexual y límites personales, el 97,3 % de los estudiantes presentó un nivel bajo de conocimiento en el pretest, mientras que en el postest el 94,7 % alcanzó el nivel alto. De manera similar, en identidad sexual y gestión emocional, el nivel bajo predominó inicialmente (52,7 %), mientras que después de la intervención el 94,7 % obtuvo un nivel alto. Tales resultados muestran una mejora en los niveles de conocimiento de los dos componentes después de la intervención educativa. El incremento observado de los dos componentes demuestra que, cuando se trabaja explícitamente el consentimiento, el respeto por los límites individuales, la identidad sexual o la gestión emocional se llega a mejorar unos contenidos que, inicialmente, eran en gran medida deficitarios.

En el caso del consentimiento sexual, este constituye uno de los pilares fundamentales para la prevención de la violencia. Tal como señalan Jewkes et al. (44), las intervenciones educativas que promueven la noción de consentimiento libre, previo, informado y revocable, contribuyen a transformar las normas de género que, históricamente, han naturalizado la presión o la coerción. Además, las Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad de la UNESCO (15) establecen que el consentimiento debe ser abordado de

forma obligatoria dentro de la Educación Sexual Integral (ESI), enfatizando que ninguna actividad sexual es aceptable sin él.

Por otro lado, el abordaje de la identidad sexual y la gestión emocional adquiere mayor relevancia al considerar la diversidad afectivo-sexual. La evidencia señala que los y las adolescentes lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex (LGBTI) se encuentran expuestos a mayores tasas de acoso escolar, discriminación y afectaciones a su salud mental, cuando sus identidades no son reconocidas ni respetadas (45). En este sentido, promover espacios libres de discriminación, validar las emociones y fomentar la empatía, resulta fundamental para garantizar el bienestar integral de todos los estudiantes (15,45).

A nivel ecuatoriano, si bien se han dado avances normativos en materia de protección a la diversidad y a la erradicación de la violencia, persisten brechas en su implementación dentro de las instituciones educativas. Esto se ve reflejado en la alta prevalencia de bullying homofóbico y transfóbico reportado en distintos contextos escolares del país, lo cual evidencia la necesidad de fortalecer la ESI con un enfoque de derechos, inclusivo y transformador (15,45). Tomando en cuenta lo expuesto, el cambio observado tras la intervención va más allá de la memorización de conceptos. El hecho de que la gran mayoría de los estudiantes haya alcanzado el nivel alto en ambos componentes, sugiere que se logró avanzar hacia la internalización de principios clave para el respeto, la autonomía y la equidad. Sin embargo, es importante considerar que, para consolidar estos aprendizajes, estas temáticas deben ser abordadas de forma continua y transversal a lo largo de la trayectoria escolar, y no de manera aislada, con el fin de garantizar su aplicabilidad ante situaciones reales.

Tabla 11. *Distribución de los niveles de conocimiento de la dimensión sociocultural antes y después de la intervención educativa.*

Componentes de la dimensión sociocultural	Evaluación	Alto		Medio		Bajo	
		f	%	f	%	f	%
Desarrollo sexual y valores	Antes	0	0,0	8	5,3	142	94,7
	Después	135	90,0	11	7,3	4	2,7
Paternidad responsable y masturbación	Antes	34	22,7	4	2,7	112	74,7
	Después	140	93,3	2	1,3	8	5,3
Infecciones de transmisión sexual (ITS)	Antes	0	0,0	18	12,0	132	88,0
	Después	144	96,0	4	2,7	2	1,3
Métodos anticonceptivos	Antes	4	2,7	57	38,0	89	59,3
	Después	116	77,3	32	21,3	2	1,3
Planificación familiar	Antes	10	6,7	79	52,7	61	40,7
	Después	112	74,7	36	24,0	2	1,3

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de la Unidad Educativa Ecuador.
Elaboración: Propia, mediante IBM SPSS Statistics 25.

Los resultados expuestos en la tabla 11 que conforman la dimensión sociocultural, evidencian un incremento significativo en los conocimientos de los estudiantes tras la intervención educativa.

En el componente de desarrollo sexual y valores, el 94,7 % de los estudiantes presentó un nivel bajo de conocimiento en el pretest, mientras que en el postest el 90,0 % alcanzó el nivel alto. De manera similar, en paternidad responsable y masturbación, el nivel bajo predominó inicialmente (74,7 %), frente al 93,3 % que obtuvo un nivel alto después de la intervención. Con respecto a las infecciones de transmisión sexual (ITS), el 88,0 % se encontraba en el nivel bajo antes de la intervención, mientras que un 96,0 % se halló en el nivel alto en el postest. Por lo que respecta a los métodos anticonceptivos, un 59,3 % se encontraba en el nivel bajo en el pretest y un 77,3 % en el postest, en el nivel alto. Por último, en planificación

familiar, un 52,7 % se hallaba en el nivel medio en el pretest y, tras la intervención, un 74,7 % se situaba en el nivel alto. Por lo tanto, globalmente, los resultados expresan un incremento de los niveles de conocimiento de los cinco componentes evaluados.

Los resultados indican que todos los componentes tuvieron una mejora, principalmente ITS (96,0 %) y paternidad responsable y masturbación (93,3 %), mientras que métodos anticonceptivos (77,3 %) y planificación familiar (74,7 %) tuvieron los porcentajes más bajos de conocimiento alto, por lo que son contenidos que deben reforzarse.

Este hallazgo resulta esperable, ya que la información sobre anticoncepción suele ser una de las áreas con mayores vacíos entre adolescentes latinoamericanos. Según Kirby, Laris y Rolleri (46), las intervenciones integrales de educación sexual, a diferencia de las enfocadas únicamente a la abstinencia, han demostrado ser más efectivas para aumentar los conocimientos sobre métodos anticonceptivos, sin incentivar el inicio de las relaciones sexuales a edades tempranas. De igual manera, las orientaciones técnicas de la UNESCO (15) señalan que la información sobre anticoncepción debe brindarse de forma científica, imparcial y basada en derechos, garantizando que los adolescentes conozcan su finalidad, su correcta utilización, sus ventajas, limitaciones y la importancia de su acceso.

En el contexto ecuatoriano, diversos estudios han señalado que, pese a existir marcos normativos que promueven la Educación Sexual Integral, persisten barreras para el acceso oportuno a servicios de salud sexual y reproductiva amigables para adolescentes, sumado a persistentes tabúes que dificultan el abordaje abierto y explícito de la anticoncepción dentro y fuera del ámbito escolar (47). Esta brecha entre el conocimiento y el acceso puede explicar por qué, aun tras la intervención, los componentes de métodos anticonceptivos y planificación familiar fueron los que menos alcanzaron el nivel alto en comparación con el resto de los componentes.

Por su parte, el aumento observado en Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) es sumamente positivo, considerando que la prevención constituye una acción prioritaria para esta población. Estos hallazgos guardan relación con lo reportado por Maldonado Gómez (48), quien, mediante una intervención educativa desarrollada en adolescentes de una

institución educativa de Huancayo, Perú, identificó un incremento en los conocimientos relacionados con la identificación, transmisión y prevención de las ITS. El autor concluyó que el programa educativo contribuyó de forma importante al afianzamiento de los saberes de los estudiantes. Por lo cual, ambos trabajos dan cuenta de resultados favorables posterior a la utilización de estrategias educativas orientadas a la prevención de las ITS en la adolescencia.

Por último, el afianzamiento de desarrollo sexual, valores y paternidad responsable, manifiesta un avance hacia una visión de la sexualidad más responsable, crítica y respetuosa. Tal como plantea la UNESCO (15), el abordaje sociocultural de la sexualidad no debe limitarse a la prevención de riesgos, sino que debe promover valores como el respeto, la equidad de género, la toma de decisiones autónoma y la corresponsabilidad, aspectos que resultan clave para la construcción de relaciones sanas y libres de violencia. Tomando en cuenta lo expuesto, si bien la intervención logró elevar considerablemente los conocimientos en esta dimensión, los resultados sugieren la necesidad de seguir fortaleciendo, de forma transversal y continua, los contenidos relacionados con la anticoncepción y planificación familiar, articulándolos con información sobre el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, a fin de acercar el conocimiento adquirido a las posibilidades reales de protección con las que cuentan los adolescentes.

Tabla 12. *Distribución del nivel de conocimiento general antes y después de la intervención educativa.*

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	f	%	f	%
Alto	0	0,0	144	96,0
Medio	36	24,0	6	4,0
Bajo	114	76,0	0	0,0
Total	150	100,0	150	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de la Unidad Educativa Ecuador. Procesamiento mediante IBM SPSS Statistics 25.

En la Tabla 12 se muestra la distribución del nivel de conocimiento general sobre Educación Sexual Integral, antes (pretest) y después (postest) de la intervención educativa "Educación sexual oportuna: infórmate, protégete y decide".

En el pretest, predominó el nivel bajo de conocimiento, con el 76,0 % de los estudiantes, seguido del nivel medio con el 24,0 %, mientras que ningún participante (0,0 %) se ubicó en el nivel alto. Tras la intervención educativa, esta distribución se invirtió considerablemente, ya que el 96,0 % de los estudiantes alcanzó el nivel alto, el 4,0 % se ubicó en el nivel medio y ninguno (0,0 %) presentó un nivel bajo de conocimiento.

El marcado incremento observado en el nivel de conocimiento general evidencia la efectividad de la intervención educativa para fortalecer los aprendizajes sobre Educación Sexual Integral (ESI). Este resultado guarda concordancia con lo señalado por Kirby, Laris y Rolleri (46), quienes, mediante una revisión sistemática de programas escolares de educación sexual a nivel mundial, concluyeron que las intervenciones integrales, participativas y basadas en evidencia, logran aumentar significativamente los conocimientos de los adolescentes sobre sexualidad.

Asimismo, las Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad de la UNESCO (15) plantean que una ESI impartida de forma sistemática, progresiva y acorde a la edad, permite dotar a los adolescentes de información científica y confiable, constituyendo, así, una base fundamental para el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Lorenzo Velázquez et al. (49), quienes desarrollaron una intervención educativa sobre sexualidad en 378 adolescentes y encontraron que, antes de su implementación, el 47,6 % presentaba conocimientos deficientes. Posteriormente, el 78,3 % de los participantes obtuvo resultados favorables, lo que evidenció una mejora en los conocimientos después de las actividades educativas.

De manera similar, Ordóñez Ávila (50), en una investigación realizada con 224 adolescentes de la Unidad Educativa Hermano Miguel La Salle, en Cuenca, Ecuador, identificó que, antes de la intervención, únicamente el 12,5 % de los estudiantes presentaba conocimientos altos sobre sexualidad. Después de las actividades educativas, este porcentaje superó el 85 %, sin registrarse participantes con conocimientos bajos.

El hecho de que casi la totalidad de los participantes pasara de un nivel bajo o medio a un nivel alto tras la intervención, sugiere que el abordaje integral desarrollado fue adecuado para este grupo etario. Cabe señalar que el presente estudio se centró únicamente en la evaluación de los conocimientos, por lo que no es posible afirmar, con base en estos resultados, un cambio en las actitudes o en las conductas sexuales de los estudiantes. Aun así, el incremento registrado constituye un indicador sólido de la pertinencia, coherencia y efectividad de la intervención educativa implementada.

Tabla 13. *Estadísticos descriptivos del nivel de conocimiento general antes y después de la intervención educativa.*

Evaluación	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Antes	150	0	16	6,91	4,096
Después	150	14	30	27,28	3,030

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de la Unidad Educativa Ecuador. Procesamiento mediante IBM SPSS Statistics 25.

En la Tabla 13 se presentan los estadísticos descriptivos del nivel de conocimiento general sobre educación sexual integral, medido antes y después de la intervención educativa.

En la evaluación preintervención, los estudiantes obtuvieron una puntuación media de 6,91 puntos (DE = 4,096), mientras que, tras la intervención, esta ascendió a 27,28 puntos (DE = 3,030), sobre una puntuación máxima posible de 30 puntos.

La diferencia entre las dos medias fue de 20.37, es decir, se produjo un incremento significativo en el nivel de conocimiento tras las actividades educativas. Por otro lado, la puntuación mínima variaría de 0 a 14 puntos y la máxima de 16 a 30 puntos.

Asimismo, también se evidenciaba un incremento en el rendimiento global de aprendizaje de los alumnos y en el grupo de post intervención se pensaba que la puntuación estaba menos dispersa.

Tabla 14. *Efectividad de la intervención educativa.*

Nota	N.º de estudiantes	Rangos negativos	Rangos positivos	Empates	Estadístico Z	Significación asintótica (bilateral)
Promedio (después - antes)	150	0	150	0	-10,631[b]	< 0,001

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de la Unidad Educativa Ecuador. Procesamiento mediante IBM SPSS Statistics 25.

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos

Con el propósito de determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas antes y después de la intervención educativa “Educación sexual oportuna: infórmate, protégete y decide”, se aplicó la prueba no paramétrica de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas, considerando las evaluaciones realizadas a 150 estudiantes de la Unidad Educativa Ecuador.

Los resultados evidenciaron 150 rangos positivos, sin identificarse rangos negativos ni empates, lo que indica que la totalidad de los participantes presentó un incremento en sus puntuaciones durante la evaluación posterior. El análisis estadístico reportó un valor de Z = -10,631 y una significación asintótica bilateral de $p < 0,001$, inferior al nivel de significancia previamente establecido ($\alpha = 0,05$).

Por tanto, se considera que la hipótesis nula ha sido rechazada y que existe evidencia estadísticamente significativa que favorece a la hipótesis alternativa, constatándose que existen diferencias entre los conocimientos sobre educación sexual integral evaluados antes de la intervención y el conocimiento evaluado tras ella. De estos datos, se puede derivar el aumento de la puntuación media de 6,91 a 27,28 puntos, lo que se traduce en una diferencia de 20,37 puntos entre ambas mediciones.

Desde un punto de vista investigativo, los resultados permiten establecer que existe una mejora estadísticamente significativa en el nivel de conocimiento general de los alumnos después de la implementación de la intervención. Sin embargo, no se puede negar que al no existir grupo de comparación los resultados sólo pueden ser interpretados a través de las limitaciones que presentan los diseños metodológicos utilizados, ya que no es posible atribuir exclusivamente el cambio de los conocimientos a la intervención puesta en marcha.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- El perfil sociodemográfico de la población estudiada mostró una marcada hegemonía del sexo femenino, mayor concentración de estudiantes en el grupo etario de 15 a 19 años y preponderancia de la etnia mestiza.

- La evaluación inicial evidenció un predominio del nivel bajo de conocimiento sobre educación sexual integral identificándose mayores deficiencias en consentimiento sexual y límites personales, desarrollo sexual y valores, e infecciones de transmisión sexual. Estos resultados facilitaron identificar las principales necesidades educativas de los alumnos para planear la intervención.

- La intervención educativa "Educación sexual oportuna: infórmate, préstate y decide" que permitió un incremento significativo del nivel de conocimiento de los estudiantes en las dimensiones biológica, psicológica y sociocultural. La prueba de Wilcoxon fue la que permitió observar diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el post test ($Z = -10{,}631$; $p < 0{,}001$), lo que permitió pensar en la posibilidad de rechazar la hipótesis nula y, en consecuencia, confirmar la alternativa.

5.2 Recomendaciones

- Se recomienda implementar programas permanentes de educación sexual integral, adaptados a las necesidades de los adolescentes, que incluyan la capacitación de docentes y familias, espacios de diálogo participativo y el fortalecimiento de contenidos sobre anticoncepción y planificación familiar. Asimismo, se sugiere desarrollar estudios longitudinales que permitan evaluar la permanencia de los conocimientos adquiridos y su influencia en las actitudes y prácticas de los estudiantes.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Defining sexual health [Internet]. [citado 28 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/publications/m/item/defining-sexual-health
2. Salud Sexual y Reproductiva - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2026 [citado 26 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva
3. Sexual and Reproductive Health - PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. 2025 [citado 28 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/en/topics/sexual-and-reproductive-health
4. Educación sexual integral | Fondo de Población de las Naciones Unidas [Internet]. [citado 26 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.unfpa.org/es/educaci%C3%B3n-sexual-integral
5. Adolescent Health - PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. 2026 [citado 28 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/en/topics/adolescent-health
6. Early childbearing and teenage pregnancy rates by country. UNICEF DATA [Internet]. [citado 28 de octubre de 2026]. Disponible en: https://data.unicef.org/topic/child-health/early-childbearing/
7. Proyecto para el Abordaje Integral de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en Adolescentes (PAISSSRA). – Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado 28 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/proyecto-para-el-abordaje-integral-de-la-salud-sexual-y-salud-reproductiva-en-adolescentes-paisssra/
8. Emerging evidence, lessons and practice in comprehensive sexuality education: a global review, 2015 - UNESCO Biblioteca Digital [Internet]. [citado 28 de octubre de 2026]. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000243106
9. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas; 1995.

10. Sexual health [Internet]. [citado 28 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/sexual-health
11. Sexual health, human rights and the law [Internet]. [citado 26 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241564984
12. Coming of age: adolescent health [Internet]. [citado 28 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/spotlight/coming-of-age-adolescent-health
13. Salud del adolescente [Internet]. [citado 26 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health
14. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: ENSANUT-ECU 2012. Quito: INEC; 2014.
15. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia - UNESCO Biblioteca Digital [Internet]. [citado 26 de octubre de 2026]. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335
16. Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. Arch Dis Child. junio de 1969;44(235):291-303. doi:10.1136/adc.44.235.291 PubMed PMID: 5785179; PubMed Central PMCID: PMC2020314.
17. American Academy of Pediatrics. Caring for Your School-Age Child: Ages 5 to 12 [Internet]. American Academy of Pediatrics; 2018 [citado 26 de octubre de 2026]. Disponible en: https://publications.aap.org/aapbooks/book/562/Caring-for-Your-School-Age-Child-Ages-5-to-12 doi:10.1542/9781610022569
18. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo [Internet]. Ginebra; 2018 [citado 26 de octubre de 2026]. Disponible en: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4e2531ef-d56a-4178-8757-c0137791f3a9/content
19. Goldfarb ES, Lieberman LD. Three Decades of Research: The Case for Comprehensive Sex Education. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. enero de 2021;68(1):13-27. doi:10.1016/j.jadohealth.2020.07.036 PubMed PMID: 33059958.

20. (PDF) Comprehensive Sexuality Education in Latin America and the Caribbean: Where We Are and Where We Should Go. ResearchGate. 3 de mayo de 2026. doi:10.15691/0719-9112Vol11n1a7

21. Creamer M, Araujo S, Baquero V, Crespo MF, Espinosa MC, Pavo MÁH, et al. Currículo de los Niveles de Educación Obligatoria [Internet]. Disponible en: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/11030.pdf

22. Planificación familiar/métodos anticonceptivos [Internet]. [citado 26 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception

23. UNITED NATIONS DEPARTMENT FOR ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS. WORLD POPULATION PROSPECTS 2024: summary of results. S.l.: UNITED NATIONS; 2025.

24. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use Fifth edition 2015 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [citado 28 de octubre de 2026]. Disponible en: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/1c2ec8b3-6653-44fc-83fc-d03bef8287ca/content

25. Selected practice recommendations for contraceptive use, 4th ed. [Internet]. [citado 26 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240115606

26. Contraception: Counseling and selection - UpToDate [Internet]. [citado 26 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/contraception-counseling-and-selection/print?search=Anticoncepci%C3%B3n:%20cuestiones%20espec%C3%ADficas%20de%20los%20adolescentes.%20&topicRef%20=107&fuente=ver_enlace.

27. Punina L, Moyano Calero W. Uso de métodos anticonceptivos en una comunidad indígena de la sierra ecuatoriana. Rev InveCom. junio de 2024;4(2). doi:10.5281/zenodo.10558739

28. Infecciones de transmisión sexual (ITS) [Internet]. [citado 26 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)

29. Sexually Transmitted Infections - PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. 2026 [citado 28 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/en/topics/sexually-transmitted-infections

30. Infecciones de Transmisión Sexual - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2026 [citado 26 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/infecciones-transmision-sexual

31. Menezes MLB, Araújo MAL, Santos ASD dos, Gir E, Bermúdez XPD. Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: violencia sexual. Epidemiol E Serviços Saúde. 15 de marzo de 2021;30:e2020600. doi:https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100018.esp1

32. Adolescent pregnancy [Internet]. [citado 26 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

33. Cerrando las Brechas en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos para las Mujeres y las Adolescentes - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2026 [citado 26 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/cerrando-brechas-salud-derechos-sexuales-reproductivos-para-mujeres-adolescentes

34. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Secretaría Ejecutiva del, Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana. Estudio regional de equidad y fecundidad adolescente (EREFA) en Centroamérica y República Dominicana [Internet]. Washington, D.C.; 2023 [citado 26 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/2023-10/estudio-regional-equidad-fecundidad-adolescente-erefa-centroamerica-republica-dominicana.pdf

35. Vélez LGP, Sánchez CFM. Embarazo adolescente y rendimiento académico en la zona rural de Ecuador. Ehquidad Rev Int Políticas Bienestar Trab Soc. 2024;(21):35-64.

36. Fernández Boy KY, Flores Rubio KRM. Nivel de conocimiento sobre salud sexual - reproductiva y riesgo a embarazo en adolescentes. LA ESPERANZA 2016 [Internet]. 9 de junio de 2016 [citado 29 de octubre de 2026]. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.14414/7696

37. Rodriguez R, Elma A. Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes de centros educativos de Lima : proyecto de fortalecimiento [Tesis de licenciatura] [Internet]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006 [citado 29 de octubre de 2026]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/588e5fa3-1d3b-4d83-9b7d-cb75a63473b9

38. Desafios de la Juventud IberoAmerica [Internet]. [citado 27 de octubre de 2026]. Disponible en: https://dds.cepal.org/redesoc/archivos_recursos/460/SituacionyDesafios__Juventud_IberoAmerica.pdf

39. Unda-Villafuerte FS. Estrategias didácticas inclusivas para la educación integral de la sexualidad en adolescentes. Rev Cienc Pedagógicas E Innov. 22 de diciembre de 2023;11(2):29-38. doi:10.26423/rcpi.v11i2.681

40. Walsh C. Interculturalidad crítica y educación intercultural. En: Construyendo interculturalidad crítica. La Paz, Bolivia: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello; 2010. p. 75-96.

41. Nunnally, Jum C., Bernstein, Ira H. Psychometric Theory [Internet]. 3.ª ed. New York: McGraw-Hill; 1994 [citado 27 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1017362

42. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. Int J Med Educ. 27 de junio de 2011;2:53-5. doi:10.5116/ijme.4dfb.8dfd PubMed PMID: 28029643; PubMed Central PMCID: PMC4205511.

43. Panchaud C, Keogh SC, Stillman M, Awusabo-Asare K, Motta A, Sidze E, et al. Towards Comprehensive Sexuality Education: A Comparative Analysis of the Policy Environment Surrounding School-Based Sexuality Education in Ghana, Peru, Kenya and Guatemala. Sex Educ Sex Soc Learn. 2019;19(3):277-96. doi:10.1080/14681811.2018.1533460

44. Jewkes R, Flood M, Lang J. From work with men and boys to changes of social norms and reduction of inequities in gender relations: a conceptual shift in prevention of violence against women and girls. Lancet. 18 de abril de 2015;385(9977):1580-9. doi:10.1016/S0140-6736(14)61683-4 PubMed PMID: 25467578.

45. Russell ST, Fish JN. Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth. Annu Rev Clin Psychol. 2016;12:465-87. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153 PubMed PMID: 26772206; PubMed Central PMCID: PMC4887282.

46. Kirby DB, Laris BA, Rolleri LA. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. marzo de 2007;40(3):206-17. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.11.143 PubMed PMID: 17321420.

47. Svanemyr J, Guijarro S, Riveros BB, Chandra-Mouli V. The health status of adolescents in Ecuador and the country's response to the need for differentiated healthcare for adolescents. Reprod Health. 28 de febrero de 2017;14:29. doi:10.1186/s12978-017-0294-5 PubMed PMID: 28245855; PubMed Central PMCID: PMC5331697.

48. Gómez CAM. Impacto de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento de infecciones de transmisión sexual en adolescentes de institucion educativa de Huancayo 2017-2018. Visionarios En Cienc Tecnol. 10 de agosto de 2020;5(2):55-61. doi:10.47186/visct.v5i2.31

49. Lorenzo Velázquez BM, Mirabal Martínez G, Rodas Clavijo A, González Reyes M, Botín del Llano L. Intervención de enfermería sobre educación sexual en adolescentes. Enferm Investiga Investig Vincul Docencia Gest. 2018;3(3):138-41.

50. Ordoñez Ávila MJ. Intervención educativa sobre sexualidad y uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes de la unidad educativa Hermano Miguel La Salle, Cuenca 2018 [Internet]. 2018 [citado 27 de octubre de 2026]. Disponible en: https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/10871

7. ANEXOS

Anexo 1: Autorización institucional

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD,
DECANATO

Oficio nro. UTN-FCS-D-2025-0081-O
Ibarra, 04 de abril del 2025

ASUNTO: Autorización para desarrollo de trabajo de investigación

Magister
Elvis Leonardo Mendoza Tamayo
COORDINADOR ZONA 1 - EDUCACIÓN (E)
Presente. -

De mi consideración:

Luego de expresarle un cordial saludo y desearle éxito en su función, solicito comedidamente se autorice realizar el estudio de investigación en la institución; del estudiante de la Carrera de Medicina que se encuentra desarrollando el trabajo de grado, con el fin de aplicar el instrumento previamente validado para el levantamiento de información, y en virtud que dicho estudio aporte a la institución.

TRABAJO DE INVESTIGACION	ESTUDIANTE TESISTA	DIRECTOR
EDUCACIÓN PARA LA SALUD SEXUAL INTEGRAL EN LA UNIDAD EDUCATIVA ECUADOR	CARDENAS YELA MICAELA JAZMIN	DRA. ADRIANA MINIET CASTILLO

El presente estudio se sujeta a los criterios de "INVESTIGACIÓN SIN RIESGO". y la información que se solicita será eminentemente con fines académicos y de investigación por lo que se mantendrá los principios de confidencialidad y anonimato en el manejo de la información.

Por su gentil atención a este pedido, reciba mi agradecimiento

Atentamente,
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO

DECANATO

Mg. Widmark Báez, Md
DECANO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
Correo: decanatosalud@utn.edu.ec

Adjunto: Ficha Técnica del proyecto e instrumentos

WB/cl

COORDINACIÓN ZONAL 1 EDUCACIÓN
ATENCIÓN CIUDADANA
Fecha: 07-04-2025 12:10
Recibido
05/05/25

UNIDAD EDUCATIVA ECUADOR
RECTORADO

Ciudadela Universitaria Barrio El Olivo
Av.17 de Julio 5-21 y Gral. José María Córdova
Ibarra-Ecuador

Página 1 de 1

Anexo 2: Consentimiento

Estimado estudiante:

Solicito de manera atenta, su participación en un proyecto de investigación titulado: "Educación para la Salud Sexual Integral en la Unidad Educativa Ecuador", en caso de aceptar, se compromete a completar un cuestionario en línea diseñado para recopilar información sobre el nivel de conocimiento acerca de salud sexual integral (anatomía y fisiología del aparato reproductor, desarrollo sexual, paternidad responsable, infecciones de transmisión sexual, planificación familiar y métodos anticonceptivos), previo y posterior a la intervención educativa, a la cual usted debe asistir.

Toda la información recopilada será tratada de manera confidencial y se mantendrá en forma anónima. Sus respuestas no estarán vinculadas a su identidad y se utilizarán únicamente con fines de investigación. La participación en esta encuesta es voluntaria.

Los datos recopilados se utilizarán únicamente con fines investigativos y podrían ser publicados o presentados en informes o artículos científicos.

Sin embargo, sus respuestas individuales se mantendrán confidenciales y no se divulgará ninguna información personalmente identificable.

Gracias por su participación.

Acepto ☐

Anexo 3: Cuestionario

UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MEDICINA

CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES

Elaborado por Ricaldo, A. (2006) modificado
Modificado por Fernández y Flores (2015).

El presente cuestionario tiene como finalidad determinar el nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva que adolescentes poseen; el cuestionario es anónimo por lo cual esperamos que contesten con sinceridad todas las preguntas.

Edad…….. Sexo……. Curso…… Etnia:……..

INSTRUCCIÓN: Marque con una (x) la premisa con la cual usted se identifique.

1. La Salud sexual se define como:
a. Se refiere sólo a los órganos genitales de hombre y mujer.
b. Relaciones sexuales coitales entre una pareja.
c. Enamorarse de alguien
d. Bienestar físico, mental y social para una vida sexual satisfactoria y segura.
e. No conozco.

2. Los cambios físicos que experimentan las mujeres en la adolescencia son:
a. Aumento de peso y tamaño.
b. Crecen los senos.
c. Crecimiento del vello púbico y axilar.
d. Ensanchamiento de caderas y disminución de apetito.
e. Todas las anteriores.

3. La menstruación es:
a. Una enfermedad en todas las mujeres.
b. Comienza en la juventud
c. El sangrado a consecuencia de un golpe en los genitales de la mujer.
d. La expulsión de la capa interna del útero formado por el óvulo no fecundado.
e. No conozco.

4. La ovulación es un proceso del ciclo menstrual que se da con la salida de un óvulo maduro, donde la mujer puede quedar embarazadas ¿En qué momento se produce la ovulación?

a. Cuando empieza la menstruación
b. Al terminar cada menstruación
c. A la mitad del ciclo (en el 14 día aprox.)
d. Solo lo que dura la adolescencia
e. No conozco.

5. Los cambios físicos que experimentan los hombres en la adolescencia son:

a. Aumento de peso
b. Crecimiento del vello púbico, axilar y luego del rostro
c. Voz gruesa
d. Aumento de fuerza muscular
e. Todas las anteriores

6. Los órganos externos femeninos son:

a. Vagina, monte de venus, labios menores, clítoris
b. Orificio vaginal, útero, trompa de Falopio
c. Labios mayor, labios menores, monte de venus
d. Labios mayores, labios menores, vejiga, monte de venus
e. Vagina, trompa de Falopio, útero, ovarios.

7. Los órganos sexuales masculinos son:

a. Pene y testículos
b. Testículos y próstata
c. Pene y meato urinario
d. Testículos y conducto deferente
e. Próstata y vejiga

8. La eyaculación nocturna o sueños húmedos:

a. Ocurre como resultado de un golpe
b. Es la salida de semen de forma natural e involuntario en el hombre durante el sueño
c. Es una enfermedad
d. Ocurre como resultado del enamoramiento
e. No conozco.

9. El adolescente quiere ser independiente, esto significa:

a. Hacer lo que uno quiere
b. Irse de su casa para no depender y acatar las normas de los padres
c. La capacidad de elegir, tomar decisiones y actuar con libertad sin ir en contra de sus principios.

d. No depender económicamente de sus padres
e. No conozco.

10. El adolescente para tomar decisiones debe:
a. Hacer lo que dicen o hacen sus amigos
b. Olvidar las sugerencias de los adultos
c. Pensar por sí mismo y analizar alternativas de solución a su problema
d. Pensar en quedar bien con los demás sin importar lo que el piense o sienta
e. No conozco.

11. Los cambios psicológicos que suelen experimentar los adolescentes son:
a. Les gusta tener espacios para estar solos
b. Se muestran con mayor sensibilidad emocional.
c. Presentan confusión en sus sentimientos, a veces lloran sin razón
d. Tienen comportamientos explosivos de molestia.
e. Todas las anteriores

12. La autonomía se define como:
a. Capacidad de tomar decisiones por sí mismo sin dejarnos influenciar
b. Falta de capacidad para solucionar mis problemas
c. Tener libertad de hacer lo que yo quiera
d. Capar de tomar mis decisiones de acuerdo a lo que me digan los demás
e. Ninguna de las anteriores

13. En la toma de decisiones los adolescentes deben:
a. Hacer lo que su grupo de amigos le aconsejen
b. Hacer o actúan para hacer quedar bien a los demás y no a si mismo
c. Considerar y hacer caso a la madurez, experiencia y consejos de los adultos
d. Olvidar los consejos y sugerencias de los padres
e. No conozco

14. Los diferentes ambientes o espacios donde el adolescente se desarrolla son:
a. La familia
b. Las escuelas, colegios
c. Los amigos
d. La iglesia
e. Todas las anteriores

15. El rol sexual es:
a. Tener relaciones sexuales precozmente
b. Comportarse como hombres o como mujeres de acuerdo a su sexo
c. El trabajo que desarrolla cada persona en su hogar
d. Cumplir con nuestras obligaciones

e. No conozco

16. Los valores son:
a. Conjunto de reglas estrictas para diferenciar el mal
b. Hacer todo bien
c. Un sentido claro de lo que está bien o está mal
d. Pensar y actuar de forma correcta
e. No conozco

17. La paternidad responsable es:
a. Decidir en pareja cuando y cuantos hijos tener.
b. Abandonar un hijo que no se puede mantener
c. Optar por el aborto para no hacer sufrir a un hijo que no se deseo
d. Tener relaciones sin ningún tipo de protección
e. No conozco.

18. La masturbación es:
a. Algo anormal que ocurre en todas las etapas de la vida
b. Una manifestación normal y transitoria
c. Una práctica propia de los varones
d. Es la actividad sexual en la cual se estimula al pene o al clítoris hasta alcanzar el orgasmo
e. No conozco.

19. Con respecto a las enfermedades de trasmisión sexual podemos decir que:
a. Son enfermedades que atacan a las personas que tienen varias parejas sexuales
b. Se adquieren por tener relaciones coitales con personas infectadas
c. Enfermedades que se adquieren por la masturbación
d. Todas las anteriores

20. Las enfermedades de trasmisión sexual se contagia por:
a. Usar la misma ropa interior
b. Relaciones sexuales sin protección
c. Besar a una persona
d. Uso de utensilios para comer, picaduras de insectos
e. No conozco

21. Son síntomas de una persona que adquieren una enfermedad de transmisión sexual:
a. Pus que sale por el pene
b. Aparición de llagas en los órganos sexuales
c. Ardor y picazón en la vulva
d. Picazón exagerada en la zona cubierta por el vello púbico o en la región púbica

e. Todas las anteriores

22. Las enfermedades que se contagian a través de las relaciones sexuales son:
a. Tuberculosis, diabetes, cáncer
b. Tuberculosis, gonorrea
c. Gonorrea, sífilis, SIDA
d. SIDA, diabetes, hipertensión arterial
e. No conozco

23. Son medidas para prevenir enfermedades de transmisión sexual:
a. Tener relaciones coitales con protección
b. Fidelidad mutua
c. Uso correcto del preservativo
d. No compartir máquinas de rasurar ni agujas
e. Todas las anteriores

24. Los métodos anticonceptivos son:
a. Métodos desarrollados para prevenir el embarazo
b. Métodos que solo lo usan las mujeres para evitar el embarazo
c. Métodos que solo usan los hombres para evitar el embarazo
d. Métodos que solo se usan después del matrimonio para limitar el número de hijos que se desea tener
e. Métodos inmorales que no se deben usar

25. Entre los ejemplos de métodos anticonceptivos tenemos:
a. T de Cobre
b. Los condones
c. El método del ritmo
d. Ligadura de trompas
e. Todas las anteriores

26.Los métodos anticonceptivos:
a. Son dañinos.
b. Sirven para evitar enfermedades
c. Sirven para la planificación familiar y evitar embarazos no deseados
d. Es usado solo por hombres
e. No conozco

27.Con respecto a la píldora anticonceptiva (píldora del día siguiente):
a. Se usa para prevenir enfermedades
b. Deben tomarse todos los días
c. Deben tomar las mujeres que están embarazadas
d. Deben tomarse casa vez que se tienen relaciones sexuales coitales sin protección

e. No conozco

28. Una mujer no queda embarazada cuando:
a. Utiliza cualquiera de los métodos anticonceptivos
b. Su pareja eyaculó en alguna zona cercana a su vulva, pero no dentro de su vagina
c. Es la primera vez que tiene relaciones coitales
d. Lava su vagina después de tener relaciones coitales
e. Todas las anteriores

29. Con respecto al condón
a. Un condón se puede utilizar dos veces
b. Se usa una sola vez
c. Se puede usar, aunque este roto
d. Es usado solo por las mujeres
e. No conozco.

30. La planificación familiar sirve para:
a. La pareja decida cuándo y cuantos hijos tener
b. Evitar los embarazos no deseados
c. Tener los hijos en el momento más adecuado
d. Programar la llegada del primer hijo
e. Todas las anteriores

Anexo 4: Cronograma

Actividad / meses	Abril 2025				Mayo 2025				Junio 2025				Octubre 2026			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión del instrumento de recolección de información.		X														
Recolección de información (Aplicación de instrumento pre-intervención)						X										
Tabulación y análisis de resultados del instrumento pre intervención						X										
Diseño de intervención educativa "Educación sexual oportuna: infórmate, protégete y decide" según resultados de la primera encuesta							X									
Intervención educativa 1								X								
Intervención educativa 2									X							
Intervención educativa 3										X						
Aplicación de encuesta post-intervención											X					
Tabulación, análisis de datos e interpretación de resultados												X				
Elaboración del informe final													X	X		
Presentación y aprobación del informe final.															X	X

Anexo 5. Evidencias fotográficas: intervenciones educativas y recolección de datos.









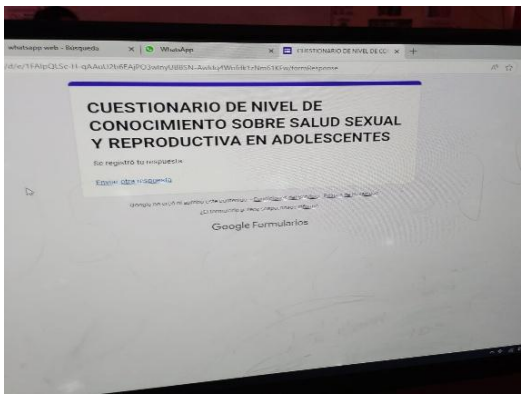




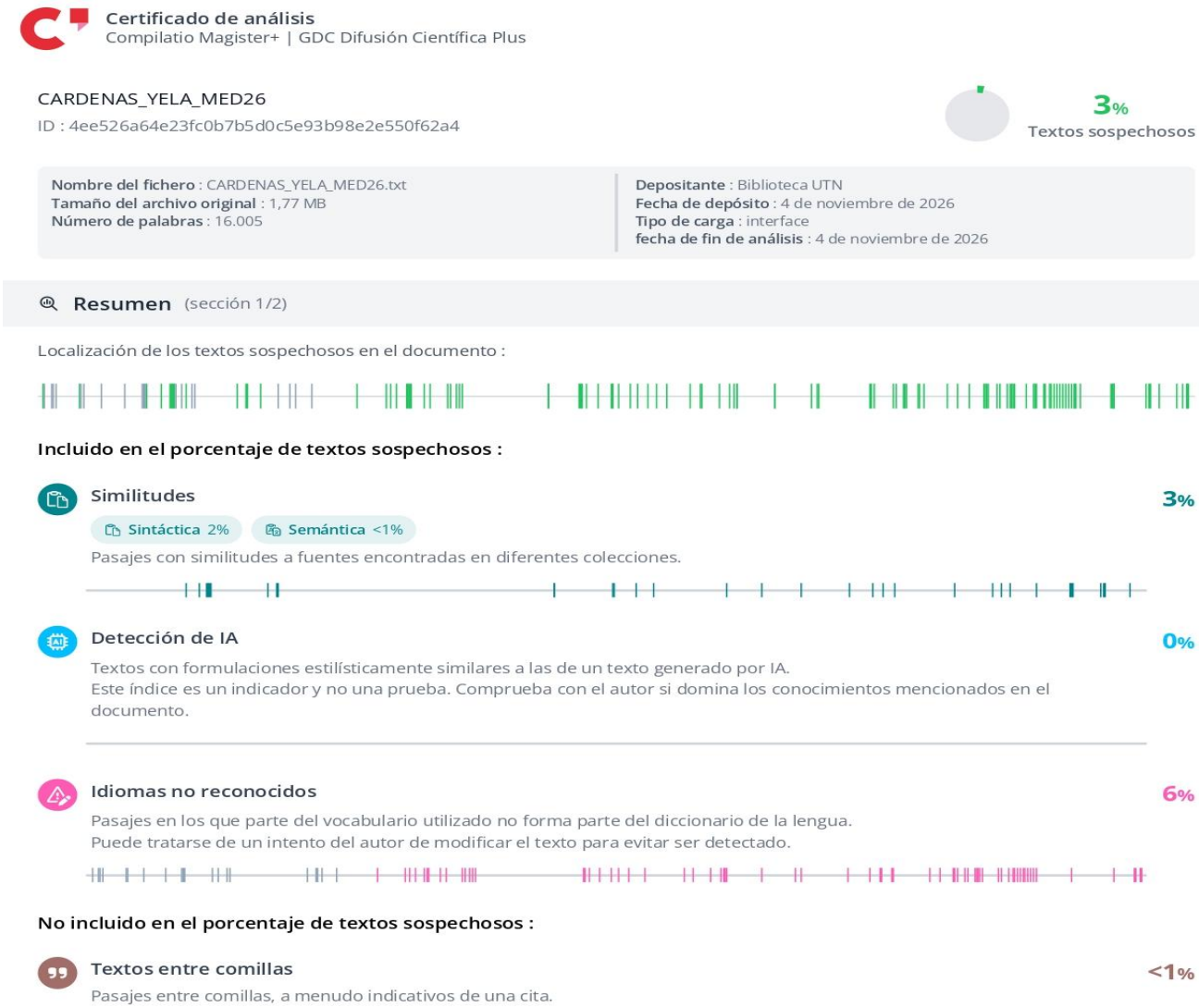







CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES
Google Formularios

Anexo 6: Certificado de Compilatio



Certificado de análisis
Compilatio Magister+ | GDC Difusión Científica Plus

CARDENAS_YELA_MED26
ID : 4ee526a64e23fc0b7b5d0c5e93b98e2e550f62a4

3%
Textos sospechosos

Nombre del fichero : CARDENAS_YELA_MED26.txt
Tamaño del archivo original : 1,77 MB
Número de palabras : 16.005

Depositante : Biblioteca UTN
Fecha de depósito : 4 de noviembre de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 4 de noviembre de 2026

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :

Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

Similitudes 3%
Sintáctica 2% Semántica <1%
Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.

Detección de IA 0%
Textos con formulaciones estilísticamente similares a las de un texto generado por IA.
Este índice es un indicador y no una prueba. Comprueba con el autor si domina los conocimientos mencionados en el documento.

Idiomas no reconocidos 6%
Pasajes en los que parte del vocabulario utilizado no forma parte del diccionario de la lengua.
Puede tratarse de un intento del autor de modificar el texto para evitar ser detectado.

No incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

Textos entre comillas <1%
Pasajes entre comillas, a menudo indicativos de una cita.

Anexo 7: Certificado Abstract

ABSTRACT

Comprehensive sexuality education is a fundamental component of adolescent education, as it promotes the acquisition of knowledge about sexual and reproductive health, risk prevention, and the informed exercise of sexual and reproductive rights. The objective of this study was to determine the effectiveness of an educational strategy on comprehensive sexual health among students at "Ecuador" Educational Unit, in El Chical, 2025. A quasi-experimental study with a single-group pretest-posttest design and a quantitative approach was conducted. A total of 150 students from General Basic Education and High School participated in the study. Data were collected using a structured 30-item questionnaire assessing the biological, psychological, and sociocultural dimensions of sexuality. The results revealed that, prior to the intervention, 76.0% of participants demonstrated a low level of overall knowledge, whereas, following the intervention, 96.0% achieved a high level of knowledge. Similarly, the mean score increased from 6.91 to 27.28 points. The Wilcoxon signed-rank test revealed statistically significant differences between the pretest and posttest results ($Z = -10.631$; $p < 0.001$). It is concluded that the educational strategy was associated with a significant improvement in students' knowledge of comprehensive sexuality education. These findings highlight the importance of implementing structured, context-specific educational interventions tailored to the needs of adolescents to strengthen their knowledge of sexual and reproductive health.

Keywords: comprehensive sexuality education; adolescents; knowledge; educational intervention; sexual and reproductive health.

Reviewed by:
MSc. Luis Paspuezán Soto
CAPACITADOR-CAI
November 4, 2026