



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA**

TEMA:

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN DEL
EMBARAZO ADOLESCENTE DE 12 A 18 AÑOS
ESCUELA – COLEGIO CENTRO ESCOLAR
EXPERIMENTAL Nº 3 - 9 DE OCTUBRE
2013-2014**

AUTORES:

**ELIZABETH YESSENIA ACOSTA MORALES
MARÍA ISAURA SALAZAR MORENO**

TUTORA:

LIC. AMPARO PORTILLA LOOR, MSC.

Guayaquil - Ecuador

2014

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA**

Guayaquil, Junio del 2014

CARTA DE APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutora de la tesis de grado titulada: Nivel de conocimiento sobre la prevención del embarazo adolescente de 12 a 18 años. Escuela – Colegio Centro Escolar Experimental N°3 9 de octubre.2013-2014. Realizado por las egresadas de licenciatura en Enfermería Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar Moreno me permito declarar que luego de haber orientado, analizado, revisado y comprobado la aplicación el método científico el informe final de mi consideración es aprobado.

PRESENTADO POR:

I/E Acosta Morales Elizabeth

I/E Salazar Moreno María

Atentamente

Lic. Amparo Portilla Loor. Msc.

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de seguir adelante en mis estudios, gracias por iluminarme y darme fuerzas y caminar por tu sendero.

A mis padres, por ser ejemplo de arduo trabajo y tenaz lucha en la vida, a mi hijo que es el motivo de mi vida, a mi familia y amigos que han estado en el inicio como al final de mi carrera; por estar pendiente de mí a cada momento.

Para ustedes este logro y todos los que nos faltan por alcanzar; este es solo el comienzo de una vida llena de éxitos.

Elizabeth Yessenia Acosta Morales

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a Dios que me ha dado la oportunidad de vivir y las fuerzas de seguir adelante y de regalarme una familia maravillosa.

Con mucho cariño principalmente a mis padres que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento. Gracias por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles.

A mi esposo e hijo que son los pilares fundamentales de mi vida.

María Isaura Salazar Moreno

AGRADECIMIENTO

A Dios por habernos guiado por el camino del bien, a nuestros padres por su incondicional apoyo.

A la Escuela de Enfermería de la Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas porque en sus aulas, recibimos el conocimiento intelectual y humano de cada uno de los docentes.

Especial agradecimiento a nuestra tutora de Tesis la Lcda. Amparo Portilla Llor MSc. por su apoyo como tutora y sus conocimientos impartidos.

Elizabeth Yessenia Acosta Morales
María Isaura Salazar Moreno

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula	i
CARTA DE APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE DE CONTENIDOS	v
RESUMEN	viii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	
PLANTEAMIENTO Y ENUNCIADO DEL PROBLEMA	
1.2 JUSTIFICACIÓN	7
1.3 OBJETIVOS	9
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	10
2.1 BASES TEÓRICAS	11
2.1.3.2 Caracteres sexuales secundarios	15
2.1.4 Aparato reproductor masculino	16
2.1.4.1 Órganos genitales masculinos	16
2.1.4.1.1 Escroto	16
2.1.4.1.2 Testículos.	17
2.1.4.1.3 Espermatozoide.	17
2.1.4.1.4 Testosterona	18
2.1.4.1.5 Conductos	18
2.1.4.1.5.1 Epidídimo	19
2.1.4.1.5.3 Conducto Eyaculador	20
2.1.4.1.6 Uretra	20
2.1.4.1.7 Pene	21
2.1.4.1.8 Glándulas anexas	22
2.1.4.2 Órganos genitales femeninos	23
2.1.4.2.1 Ovarios	23
	v

2.1.4.2.2 Trompas de Falopio	25
2.1.4.2.3 Útero	26
2.1.4.2.4 Funciones Endocrinas: Ciclos Menstrual y ovárico	27
2.1.4.2.4.1 Ciclos Menstrual	27
2.1.4.2.4.2 Ciclos Ovárico	27
2.1.4.2.5 Menstruación	28
2.1.4.2.6 Vagina	29
2.1.4.2.7 Órganos genitales externos	30
2.1.4.2.7.1 Monte del pubis = monte de venus	31
2.1.4.2.7.2 Labios Mayores	31
2.1.4.2.7.3 Labios Menores	31
2.1.4.2.7.4 vestíbulo de la vagina	31
2.1.4.2.7.5 Clítoris	32
2.1.4.2.7.6 Bulbos del vestíbulo	32
2.1.4.2.8 Glándulas mamarias	33
2.1.6.1 La identidad genérica	36
2.1.6.2 El rol sexual	37
2.1.7.1 Clamidia	38
2.1.7.2 Gonorrea	39
2.1.7.3 Herpes genital	40
2.1.7.4 VIH/SIDA	40
2.1.7.5 Virus del Papiloma humano	41
2.1.7.6 Sífilis	42
2.1.7.7 Tricomoniasis	43
2.1.2.8.1 Funciones de la sexualidad	44
2.2.10.1 Consecuencias del Embarazo Adolescente	47
2.1.10.1.1 Complicaciones somáticas	47
2.1.10.1.1.1 Para la madre	47
2.1.10.1.1.2 Para el hijo	48
2.1.10.1.2 Complicaciones Psicosociales	48
2.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	61

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3. TIPOS DE ESTUDIO.	65
3.1 ÁREA DE ESTUDIO	65
3.2 UNIVERSO- MUESTRA:	65
3.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	66
3.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	67
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	67
3.8 RECURSOS:	67
3.9 ANÁLISIS DE RESULTADOS	69
CONCLUSIONES	77
BIBLIOGRAFÍA	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	81
LINCOGRAFÍA	82
Asignación de tutor	84
Permisos	85
Encuestas	89
Presupuesto	95
Evidencias fotográficas	96
II PARTE	101
PROPUESTA	101
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL	102
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS	102
ESCUELA DE ENFERMERIA	102
INTRODUCCIÓN	103
ANTECEDENTES	103
Marco institucional	107
Objetivo General	108
Objetivos Específicos	108
Actividades	109
Presupuesto	111
Evaluación.	111

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE
DE 12 A 18 AÑOS. ESCUELA – COLEGIO CENTRO ESCOLAR EXPERIMENTAL N°3 - 9 DE
OCTUBRE 2013-2014.**

Autores: Elizabeth Yessenia Acosta Morales
María Isaura Salazar Moreno
Tutora: Lic. Amparo Portilla Looor .Msc.

RESUMEN

En el Ecuador el tema de la sexualidad ha generado controversia a nivel general, a pesar de que en los establecimientos educativos y en el núcleo familiar se ha tratado el tema de manera superficial desde hace muchos años, nunca como en la actualidad, se le ha dado la importancia que se merece, a pesar de tener criterios tan obsoletos y sin fundamentos; hay quienes si están conscientes de la realidad y proponen ciertos cambios prevalentes **Objetivos:** Determinar el conocimiento sobre la prevención del embarazo en adolescentes de 12 a 18 años. Escuela – Colegio Centro Escolar Experimental N°3 9 de octubre.2013-2014.**Métodos:** Es un estudio descriptivo cualitativo y cuantitativo, La metodología de investigación aplicada en el estudio es de tipo cuantitativo, con diseño de tablas y gráficos estadísticos, a más de la interpretación, con cálculos de valores promedio. Donde tomaremos una muestra constituida por 143 estudiantes que serán seleccionados mediante el método probabilístico. **Resultados:** El 5% de los encuestados afirma están en embarazo adolescente, mientras que el 95% no está en esta situación, la prevalencia del embarazo adolescente está en el 5% en la Escuela– Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre. **Conclusión:** Por medio de las capacitaciones los estudiantes conocieron más acerca de su cuidado que deben de tener ante las enfermedades de transmisión sexual, así mismo sobre las consecuencias de que puede traer cada una de estas enfermedades en los estudiantes que sean sexualmente activos de forma irresponsable.

Palabras claveS: Adolescencia – Sexualidad – Educación - Embarazos - adolescente.

Abstract

In Ecuador the topic of sexuality has generated controversy overall, although in educational institutions and in the family has dealt with the issue in a superficial manner for many years, never as now, has been given the importance it deserves, despite having so obsolete criteria and without foundation; if there are those who are aware of reality and propose certain changes prevalent. **Objectives:** Determine knowledge about pregnancy prevention in adolescents 12 to 18 years. School - Centre College Experimental School No. 3 - 9 octubre.2013 -2014.Methods A descriptive qualitative and quantitative study, the research methodology applied in the study is quantitative, with design of tables and statistical graphs, over the interpretation, calculations of average values. Where we take a sample of 143 students will be selected by the probabilistic method. **Results:** 5% of respondents said they are in teenage pregnancy, while 95 % are not in this situation, the prevalence of teenage pregnancy is at 5% in the School - College School No. 3 Experimental Center Nueve de Octubre. **Conclusion:** Through the training the students knew more about their care must have with sexually transmitted diseases, also on the consequences that can bring each of these diseases in students who are sexually active irresponsibly.

Keywords: Adolescence, Sexuality Education, Teen Pregnancy

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia se han puesto de manifiesto diferentes modelos de educación sexual que conviven en nuestros días, entremezclándose y distorsionando mensajes. Debido a sus habituales contradicciones y a la ausencia de delimitación de sus fuentes, lo que debería ser una disciplina se ha convertido en discursos con trasfondos ideológicos que hacen difícil concretar enseñanzas y teorías.

En el Ecuador, el tema de la sexualidad ha generado controversia a nivel general, a pesar de que en los establecimientos educativos y en el núcleo familiar se ha tratado el tema de manera superficial desde hace muchos años, nunca como en la actualidad, se le ha dado la importancia que se merece, a pesar de tener criterios tan obsoletos y sin fundamentos; hay quienes si están conscientes de la realidad y proponen ciertos cambios.

Desde hace varios años a nivel mundial, la educación sexual se ha convertido en un tema de mucha importancia para quienes trabajan en el ámbito educativo, puesto que se ha demostrado que depende en gran medida de la escuela, que es el lugar en donde los niños pasan casi la mitad del tiempo diariamente, el conocimiento adecuado que puedan adquirir sobre la sexualidad.

Por ello nos preguntamos cuál sería la estrategia viable para el conocimiento de la sexualidad en adolescentes de los primeros años de bachillerato en la Escuela – Colegio Centro Escolar Experimental N°3 9 de octubre.2013-2014, para de esta manera contribuir con el mejoramiento de su desarrollo integral, mediante una herramienta adecuada para la enseñanza de la Educación Sexual.

Esta interrogante surge debido a varios conflictos presentados por las estudiantes con respecto a la sexualidad y que por consiguiente, generan

dificultades en el núcleo familiar y escolar.

Así, esta investigación persigue fundamentar teóricamente aspectos relacionados con la Educación Sexual Infantil, diagnosticar la situación actual de la educación sexual en el primer año de educación básica de la Escuela – Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 - 9 de Octubre, 2013-2014, y finalmente diseñar talleres de educación sexual para prevenir el embarazo en los adolescentes.

Con este propósito, se aplicaron los métodos de la entrevista, la encuesta obteniendo así la información necesaria para llevar a cabo esta investigación de tipo descriptiva, con una metodología no experimental.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO Y ENUNCIADO DEL PROBLEMA

El problema de esta investigación se da debido a la prevalencia de embarazos en adolescentes entre los 12 y 18 años, ya que la mayoría de los embarazos en adolescente son considerados como no deseados. Según UNICEF (2009) a nivel mundial las niñas menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el embarazo que las mujeres mayores de 20 años.

Si una madre tiene menos de 18 años la probabilidad de que su bebé muera durante el primer año de vida es un 60%; incluso en caso de que sobreviva existe una mayor probabilidad de que sufra de bajo peso al nacer, de desnutrición o de retraso en el desarrollo físico y cognitivo. Cada día 20.000 menores de 18 años dan a luz en los países en desarrollo y unas 200 mueren como consecuencia de embarazos o partos. El embarazo adolescente expresa las brechas socio-económicas prevaletes con relación a los niveles de ingreso y educación, así como las desigualdades entre las zonas urbana y rural.

Algunos países de América Latina, carecen de políticas públicas de salud sexual y reproductiva, no se valoran los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes. En el ámbito de esa población joven tienen también mucho impacto la presión de grupo, la curiosidad, el abuso sexual, el sexo como paga por dinero, y la falta de orientación de los padres y madres. En Brasil por ejemplo, se dan 89 embarazos precoces por cada mil mujeres, Venezuela: se ha ganado el primer lugar de Sudamérica con el mayor número de embarazos adolescentes. La Organización de las Naciones Unidas, informó que de cada mil embarazadas, 91 son menores de 18 años. (2009)

Esto se debe a que la edad media, en la que los jóvenes venezolanos inician su actividad sexual, se da entre los 12 y 14 años. Nicaragua: en este país el número de niñas embarazadas, entre 10 y 14 años, va en aumento. La Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Nicaragua, menciona que el 30 por ciento de los embarazos totales se dan en jóvenes. República Dominicana: Según la Encuesta Demográfica en Salud (Endesa) 2008, el 20 por ciento de las embarazadas eran adolescentes.

También se informó que el 26% de las jóvenes que viven en la zona rural han estado alguna vez embarazadas; frente al 18 de las que habitan en la zona urbana. En promedio 100 de cada mil mujeres adolescentes. Estados Unidos: dentro de los países desarrollados, los norteamericanos son los que más casos de embarazos precoces tienen. En el año 2000, el número total era de 84 embarazos por cada mil mujeres. Las cifras más altas de estos casos se dan entre los 18 y 19 años, seguido por las mujeres de 15 a 17 años.

Actualmente, se estima que 1 de cada 3 adolescentes norteamericanas, queda embarazada antes de los 18 años. En México la situación ha cambiado, los embarazos entre adolescentes ha disminuido. Actualmente se presentan 65 embarazos por cada mil mujeres, que están entre los 15 y 19 años.

El incremento de los embarazos adolescentes, es uno de los grandes y complejos problemas que causan diversos impactos negativos en las mujeres ecuatorianas. Cabe señalar que dicho indicador experimentó un incremento que situó al Ecuador, como el país con el más alto índice de embarazos adolescentes en América Latina (17% aproximadamente). El crecimiento en los últimos 10 años bordea el 74%.

La población según datos estadísticos del INEC presenta una prevalencia de mujeres entre los 12 y 19 años de edad embarazadas o con al menos un

nacido vivo, de los cuales en la ciudad de Guayaquil es de 15.802 un equivalente de 94 por mil, siendo a nivel nacional de 122.301.

Siguiendo el análisis del problema de estas mujeres adolescentes de 12 a 19 años con al menos un nacido vivo, su estado civil es el siguiente: Soltera 20,2%; Divorciada 0,2%; Casada 15,7 %; Viuda, 0,5%; Separada 7,6%; unida 55,8. La prevalencia de mayor embarazo se da en las adolescentes en etapa de estudios secundarios de bachillerato (56,7%), los nacidos vivos con peso menos a 2500gr inscritos en el 2011 por madres adolescentes es de 3537, mientras que los nacidos vivos con un peso mayor a los 2500gr es de 10547, aproximadamente el 14% no informa resultando ser 1718 madres adolescentes.

Una vez analizadas las estadísticas del INEC (2013) se puede establecer las bases del problema, es decir la incidencia y prevalencia de embarazos adolescentes, la investigación establece el tema con una edad entre los 12 a 18 años de edad para ello se establece el estudio en Escuela – Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre, ciudad de Guayaquil-Ecuador.

Las menores de 18 años que tienen falta de educación sexual son más propensas a quedar embarazadas. Asimismo, las niñas que pertenecen a una minoría étnica o a un grupo marginado, o que tienen un acceso limitado o nulo a la educación sexual y reproductiva tienen un mayor riesgo de concebir a una edad temprana.

El profesional de enfermería es un coagente y cauteloso de la salud pública por ello la disminución de prevalencia de embarazos debe estar dentro de las obligaciones sociales del enfermero en la ciudad de Guayaquil capacitando y dando charlas a nivel psicológico, fisiológico, y social de un embarazo en edades tempranas.

Los conocimientos sobre estas consecuencias, son muy bajos por lo que están propensas a ser parte del aumento de las estadísticas de embarazos adolescentes, de los cuales la mortalidad durante el parto es elevada sin contar los riesgos de desarrollo del producto en una mujer con cuerpo inmaduro.

1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

En base a todo lo expresado se enuncia el siguiente problema: ¿Qué el nivel de conocimiento poseen los adolescente de 12 a 18 años acerca de la prevención del embarazo?

1.1 JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto se realiza con la finalidad de conocer si influye la función de la profesional en enfermería como educadora en los estudiantes de 12 a 18 años correspondientes a la etapa de adolescencia en el conocimiento sobre la prevención de embarazos, que medidas pueden tomar para prevenir el embarazo, que debo hacer si estoy embarazada, que es lo correcto. Se investigará esto en busca de solucionar o prevenir el aumento de embarazos no planificados en adolescentes en este caso se estudiara ambos sexos.

Se propone varios pasos para prevenir el embarazo adolescente: el fin de los matrimonios tempranos, la protección de los derechos humanos de las menores, una mejor educación sexual y acceso a la salud y concienciar a la sociedad sobre el problema. La educación sexual es un aspecto del ser humano, presente a lo largo la vida, abarca al sexo, identidad, roles de género, intimidad y reproducción, se vive y se expresa a través de pensamientos, deseos, creencias, valores conductas, roles y relaciones interpersonales

La necesidad de disminuir la prevalencia de embarazos adolescentes a nivel local de la Escuela – Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre, se considera de mucha importancia para otorgar una continuidad a la capacitación de la adolescente durante sus estudios, evitando la deserción estudiantil.

El objetivo a cumplirse en la investigación demanda dedicación y ejecución, siendo este: analizar y aumentar el conocimiento sobre la prevención del embarazo en adolescentes de 12 a 18 años. Escuela – colegio centro escolar experimental N°3 9 de octubre.2013-2014, a través de una charla taller para adolescentes.

Las posibilidades de la investigación son altas ya que se cuenta con la aceptación de las autoridades, los estudiantes y los representantes legales del plantel, la posibilidad económica es aceptable por ser un gasto no mayor a \$1000 la realización de la investigación la recolección de información por encuestas, y la realización de taller para docentes, representantes legales (padres) y adolescentes.

Como enfermera mi intervención en la sociedad es notable buscando que se mantenga la calidad de vida de los adolescentes, el mantenimiento de la salud de las adolescentes, y evitando la deserción estudiantil y aumentando las posibilidades de educación superior de las estudiantes, ayudando así a la disminución del embarazo adolescente y aumentando las posibilidades de estudio de las mismas adolescentes que posean bajo conocimiento de los riesgos fisiológicos de un embarazo a edad temprana, explicando así, los riesgos de enfermedades de transmisión sexual siendo de importancia tratar el tema sobre VIH con una prevalencia alta con una mortalidad en adolescentes más alta que en personas de edad adulta.

Con la investigación se proporciona al enfermero un enfoque más social de la investigación donde la capacitación fuera de las instituciones de salud y llegando al lugar donde se origina el problema, demostrando así que el enfermero es parte importante de la educación en salud pública.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Generales

- Determinar el conocimiento sobre la prevención del embarazo en adolescentes de 12 a 18 años. Escuela – Colegio Centro Escolar Experimental N°3 9 de octubre.2013-2014.

1.2.2 Específicos

- Evaluar el nivel de conocimientos que poseen los adolescentes en relación a los cambios físicos presentados durante el desarrollo sexual
- Determinar el nivel de conocimiento de los adolescentes en relación a la prevención e información sobre Enfermedades de transmisión sexual.
- Identificar los cambios de conducta frente al desarrollo psicosocial
- Diseñar talleres educativos para los adolescentes sobre educación sexual y reproductiva para una ejecución posterior

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

La educación sexual aparece como un concepto a fines del siglo pasado la existencia de embarazos no deseados, sobre todo embarazos en adolescentes, abortos inducidos en situación de clandestinidad y sin garantías sanitarias, de enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA, han dado un sentido de urgencia a la educación sexual en prácticamente todo el mundo. Países muy poblados como China, India y Corea del Norte promueven políticas de educación sexual sobre planificación familiar y control de la natalidad; muchas naciones africanas, donde el SIDA se considera una epidemia intentan promover una educación sexual que permita su prevención mediante la utilización de métodos anticonceptivos como el preservativo.

En muchos países de Latinoamérica todavía tiene importancia la virginidad y la educación sexual impartida en las escuelas promueve la abstinencia como el único método para evitar el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual. Estas prácticas educativas chocan con cifras que muestran una alta prevalencia de embarazos no deseados en adolescentes en estos países.

En Ecuador, con cifras extraordinariamente altas en las tasas de embarazos en adolescentes (levemente por debajo de las de Haití), se debate si la libertad sexual en los adolescentes es algo positivo o negativo, y si la información sobre el uso de métodos anticonceptivos como el preservativo (condón), la píldora anticonceptiva, el anillo vaginal o los anticonceptivos de emergencia) reducen o incrementan las posibilidades de embarazos en los jóvenes.

En Ecuador, el índice de embarazo en jóvenes de 15 a 19 años, aumentó en un 18%. Por cada 10 mujeres embarazadas, 2 son adolescentes. El informe emitido por el ministerio de inclusión Social y Económica (2012) confirma que el país tiene una de las tasas más altas de embarazo en América Latina. La implementación de la Educación Sexual en las instituciones educativas no se orienta a brindar a las y los jóvenes o a las parejas información sobre sexualidad que implique incitar a la actividad sexual por el contrario se trata de educar para dar respuestas a las necesidades humanas básicas.

2.1 BASES TEÓRICAS

2.1.1 PUBERTAD

La pubertad es un acontecimiento físico, biológico, que supone la maduración del aparato reproductor y no debe, por tanto, confundirse con la adolescencia, etapa de la vida en la que el individuo abandona la infancia para entrar en la edad adulta. Se trata ésta también de un proceso madurativo, pero de carácter psicológico o, mejor, psicosocial. Ambos conceptos se encuentran en el tiempo, ya que la adolescencia se inicia, por lo general, con el inicio de la pubertad y la aparición de los primeros signos de cambio corporal, aunque se prolonga hasta el momento en el que el chico alcanza el pleno estatus sociológicos de adulto.

CERRUTI (2009) “Pubertad y pubescencia se derivan de las voces latinas *pubertas* (edad fértil) y *pubescens* (cubrirse de pelo, llegar a la pubertad). Además, distinguen las manifestaciones físicas, culturales y de conducta propias de este período”.

La pubertad tiene su origen en la respuesta de la glándula hipófisis, situada en la base del cráneo, a ciertas órdenes emitidas del cerebro, concretamente, desde el hipotálamo, que concluye en la liberación de una serie de hormonas que estimulan las gónadas, las femeninas u ovarios si se trata de una niña, o las masculinas o testículos en el caso de los varones.

A su vez, unos y otros segregan hormonas sexuales, estrógenos y progesterona la mujer, y testosterona el hombre. La periodicidad de la producción de estas hormonas es diferente en uno y otro sexo, ya que el ciclo masculino experimenta variaciones alrededor de 24 horas, mientras que el femenino se repite en periodo de 28 días. Estos cambios hormonales, origen de la pubertad, se inician en las mujeres con la primera menstruación, denominada menarquía, habitualmente entre los nueve y los 15 años, mientras que en los chicos suele darse entre los 11 y los 17, con una primera eyaculación espontánea.

En ambos sexos se produce un repentino y brusco crecimiento, acompañado de un sensible aumento de peso corporal, así como el crecimiento de los genitales internos y externos producto de la actividad hormonal de ovario y testículo, que han empezado a ser funcionales.

2.1.2 Adolescente

Al hablar teóricamente sobre la adolescencia es conveniente no olvidarse de que el considerar que se trata de una de las etapas de la vida por la que pasa cada ser humano, es al fin y al cabo, un simple concepto. De ahí que coexistan diferentes teorías, muchas veces contradictorias, que pretenden explicar este fenómeno.

SÁNCHEZ (2008) “Del mismo modo se produce la aparición de los caracteres sexuales secundarios, tales como pueden ser el vello corporal, más significativo en pubis y axilas, la nueva distribución de la grasa del cuerpo y el cambio de la voz. A partir de la menarquía o del desarrollo de la capacidad eyaculatoria del varón, todavía serán necesarios alrededor de dos años para una estabilización de las hormonas presentes en el organismo”.

La adolescencia como concepto pretende acercarse a la realidad, pero obviamente no la alcanza, puesto que no es la realidad misma; por lo que los

adolescentes no tienen por qué comportarse como las teorías lo han definido. Si se emplean estos términos, así como se abstrae a partir de los conceptos, es por pura economía y, sobre todo, porque es necesario comunicarse de una forma fácil y sencilla con los demás; pero esto no quiere decir que las cosas o los seres humanos se comporten según lo establecen las teorías o los conceptos.

2.1.2.1 Teorías sobre la adolescencia

Las teorías sobre la adolescencia se fundaban en experiencias personales y consideraciones filosóficas. Actualmente, se recurre cada vez más a estudios sistemáticos, observaciones controladas e investigaciones experimentales. Dentro de este contexto coexisten varios criterios y distintas teorías relacionadas con la adolescencia, desde las socioculturales hasta las que intentan dar una visión holística del fenómeno. Sigmund Freud, Stanley Hall postularon que ciertas pautas del desarrollo y de la conducta humana son unidades inseparables de su naturaleza.

Mientras que el niño y el adulto tienen un concepto claro del grupo al que pertenecen, el adolescente queda entre ambos grupos, sin definirse claramente en ninguno de ellos, dado que los miembros de la sociedad lo tratan de una manera ambigua: ciertas formas de conducta no le son aceptadas por considerarlas infantiles y otras le son negadas por considerarlas propias de los adultos.

Las dificultades de los adolescentes suelen ser tanto internas (que se traducen en inestabilidad, incertidumbres y odio hacia ellos mismos) como externas (manifestadas por el constante conflicto en torno a la búsqueda de una identidad propia que les hace rebelarse ante las personas adultas que, a su entender, pretenden mantenerlos en el ostracismo o bajo su dependencia. La conducta de los adolescentes en las esferas básicas de socialización, difiere de acuerdo con la clase social a que pertenecen.

Los primeros no desarrollan el tipo de ansiedad que los motive a mejorar sus rendimientos y a postergar el placer inmediato con vistas a objetivos a largo plazo; han aprendido que las gratificaciones de que gozan los adolescentes de la clase media no están a su alcance, aunque sus conductas sean las requeridas por la estructura social.

La gran mayoría de los adolescentes pasan por una serie de experiencias evolutivas, entre las cuales se destacan:

- La aceptación de su propia estructura física y del papel masculino o femenino que le corresponde socialmente.
- El establecimiento de nuevas relaciones con sujetos de su edad y de ambos sexos.
- La búsqueda de independencia emocional, tanto de sus padres como de otros adultos.

Por otra parte, si se pretende entender a los jóvenes de hoy en día, no se puede dejar de lado la influencia del relativismo cultural en el que frecuentemente se apoyan las teorías antropológicas, ya que las relaciones de producción van a generar en los diversos medios geográficos y en sus distintas clase sociales, diferentes formas culturales, en donde la adolescencia va a plasmarse de manera siempre, no uniforme.

2.1.3 Desarrollo de los caracteres sexuales

En nuestra especie, como en la mayoría de las especies animales, sólo existe reproducción sexual. Hay dos sexos separados, el femenino, al que pertenecen las mujeres, y el masculino, al que pertenecen los hombres. Los dos sexos se diferencian por una serie de características externas e internas.

2.1.3.1 Caracteres sexuales primarios

Durante la infancia es difícil distinguir el sexo de una niña o de un niño si están vestidos de la misma forma. Sólo si están desnudos y podemos observar sus órganos sexuales podemos diferenciarlos. Los caracteres sexuales primarios son el conjunto de órganos sexuales masculinos y femeninos, que determinan el sexo de cada individuo desde su nacimiento.

2.1.3.2 Caracteres sexuales secundarios

El paso de la infancia a la adolescencia viene determinado por el inicio de pubertad. Es el momento en el que los ovarios femeninos y los testículos masculinos han completado su maduración y comienzan a producir los gametos, que son las células reproductoras, tanto femeninas como masculinas. Durante esta etapa aparecen los caracteres sexuales secundarios, Son los cambios que se producen durante la adolescencia y permiten reconocer con facilidad el sexo de una persona adulta.

Los principales caracteres secundarios son:

- En la mujer las formas se redondean, los senos se desarrollan, la cintura se hace más estrecha y la cadera más ancha.
- En el hombre hay un mayor desarrollo de la masa muscular, la espalda se hace más ancha, la laringe se desarrolla y aparece la nuez, la voz se hace más grave, y brota pelo sobre la cara y el tronco.
- En ambos sexos se produce un aumento de la estatura y aparece vello en el pubis y las axilas.
- Al final de la adolescencia, hacia los 18 o los 20 años, dependiendo de cada persona, el organismo ha alcanzado la madurez física que caracteriza al adulto.

- El deseo y la obtención de conductas socialmente responsables.

Los caracteres sexuales primarios son los que determinan el sexo del individuo, y los secundarios, los que permiten distinguirlo con facilidad en los adultos.

TORTORA, (2011) “Los aparatos reproductores masculino y femenino están organizados de modo que se les pueden agrupar conforme a sus funciones. Los testículos y ovarios, a los que también se denomina gónadas, tienen a su cargo la producción de gametos, que son los espermatozoides y los óvulos, respectivamente; las gónadas también llevan a cabo la secreción de hormonas.

2.1.4 Aparato reproductor masculino

La función del aparato reproductor masculino es producir los gametos masculinos -espermatozoides, conducirlos al exterior y asegurar su introducción en el interior del aparato reproductor femenino.

2.1.4.1 Órganos genitales masculinos

Los órganos genitales masculino son los testículos, que producen el espermatozoide, diversos conductos que almacenan el semen o lo transportan al exterior; glándulas accesorias cuyas secreciones forman parte del semen, y diversas estructuras de sostén, como es el pene.

2.1.4.1.1 Escroto

El escroto es una bolsa de la pared abdominal, y está formado por piel y fascia espermática superficial. Es la estructura de sostén de los testículos, y en su aspecto exterior semeja una bolsa de piel separada en dos porciones laterales por una unión media a la que se denomina rafe. En su interior está dividido por un septo en dos sacos, cada uno de los cuales contiene un testículo. El

septo consiste en fascia espermática superficial y haces de fibras musculares no estriada (lisas); el dartos.

2.1.4.1.2 Testículos.

TORTORA, (2011) “Los testículos están cubiertos por una densa capa de tejido fibroso blanco, la túnica albugínea, que se extiende en sentido interno y divide a cada testículo en un conjunto de comportamientos internos a los que se denomina lobulillos testiculares”.

Los testículos son órganos pares, situados fuera de la cavidad abdominal, están sostenidos por las bolsas escrotales (escroto), formadas por repliegues de la piel inguinal, separadas en partes laterales por medio de un reborde, el rafe escrotal.

En un individuo adulto, los testículos tienen forma ovoidea, son consistencia sólida; miden aproximadamente 4 a 5 cm. de longitud, 3 cm. de grosor y 2.5 cm ancho. Con un peso de 15 a 20 gramos cada uno. Cada testículo está cubierto sucesivamente por varias capas tisulares: en la parte interna se localiza una capa gruesa de tejido conectivo denso de color blanco, denominada túnica albugínea que se proyecta hacia el interior del órgano para formar tabiques conjuntivos que separan espacios piramidales en donde se alojan los componentes del parénquima testicular: los túbulos seminíferos y las células intersticiales o de Leydig. Los tabiques conjuntivos se reúnen en el extremo opuesto y posterior de los testículos para y originar una trama reticular denominada mediastino testicular.

2.1.4.1.3 Espermatozoide.

Un espermatozoide (del griego esperma, semilla, y zoom, animal) es una célula haploide que constituye el gameto masculino. Los espermatozoides son células altamente especializados para su movilización hacia el óvulo femenino

y la penetración de este último; están compuestas de cabeza, segmento intermedio y cola. La cabeza incluye el material nuclear y el acrosoma, corpúsculo compuesto por substancia química que son las causantes de la penetración del óvulo.

2.1.4.1.4 Testosterona

La testosterona juega un papel clave en el desarrollo de los tejidos reproductivos masculinos como los testículos y próstata, como también la promoción de los caracteres sexuales secundarios tales como el incremento de la masa muscular y ósea y el crecimiento del pelo corporal.

En promedio, la concentración de testosterona en el plasma sanguíneo en un adulto humano masculino es diez veces mayor que la concentración en el plasma de adultos humanos femeninos, pero como el consumo metabólico de la testosterona en los hombres es mayor, la producción diaria es de aproximadamente 20 veces mayor en los hombres.

TORTORA, (2011) “Las secreciones del lóbulo anterior de la hipófisis cumplen una función importante en los cambios vinculados con la pubertad. Al comenzar la pubertad, dicho lóbulo empieza a secretar hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona estimulante de las células intersticiales, cuya liberación está regulada por el hipotálamo por medio del factor de liberación de hormona folículo estimulante de las células intersticiales, respectivamente.”

2.1.4.1.5 Conductos

Toda vez que maduran los espermatozoides, se desplazan por los túbulos seminíferos contorneados hacia los túbulos seminíferos rectos, que al unirse forma una red de conductos denominada red testicular.

2.1.4.1.5.1 Epidídimo

El epidídimo es un tubo estrecho y alargado, situado en la parte superior del testículo; conecta los conductos deferentes al reverso de cada testículo. Está constituido por la reunión y apilamiento de los conductos seminíferos. Se distingue una cabeza, cuerpo y cola que continúa con el conducto deferente. Tiene aproximadamente 5 cm de longitud por 12 mm de ancho. Está presente en todos los mamíferos machos.

2.1.4.1.5.2 Conducto Deferente

Los conductos deferentes constituyen parte de la anatomía masculina de algunas especies, incluyendo la humana. Son un par de tubos musculares rodeados de músculo liso, cada uno de 35 a 45 cm aproximadamente, que conectan el epidídimo con los conductos eyaculatorios intermediando el recorrido del semen entre éstos. Durante la eyaculación los tubos lisos se contraen, enviando el semen a los conductos eyaculatorios y luego a la uretra, desde donde es expulsado al exterior.

Los conductos deferentes se encuentran en el interior del cordón espermático. El cordón espermático es la estructura que pasa por el conducto inguinal masculino y, en su desarrollo embriológico como gubernáculo, hace que los testículos desciendan hacia una "bolsa" llamada escroto. Además de tener en su interior al conducto deferente, posee múltiples estructuras neurovasculares.

El cordón espermático está compuesto por tres capas o fascias:

- Fascia espermática externa: proveniente de la aponeurosis del músculo oblicuo externo.
- Fascia cremastérica: proveniente de la aponeurosis del músculo oblicuo interno.
- Fascia espermática interna: proveniente de la aponeurosis del músculo transversal del abdomen.

El cordón espermático puede no cerrarse o hacerlo de una forma incompleta en el desarrollo embriológico, ocasionando así "hidrocele", lo cual puede corregirse con el tiempo, pero a pesar de eso, representa un futuro riesgo de que ese niño en la etapa adulta forme una hernia indirecta (hernia lateral a los vasos epigástricos inferiores).

2.1.4.1.5.3 Conducto Eyaculador

Los conductos eyaculatorios constituyen parte de la anatomía masculina; cada varón tiene dos de ellos. Comienzan al final de los vasos deferentes y terminan en la uretra. Durante la eyaculación, el semen pasa a través de estos conductos y es posteriormente expulsado del cuerpo a través del pene.

2.1.4.1.6 Uretra

Es un conducto que, en el individuo de sexo masculino, también integra parte del aparato urinario, pues a través de ella se elimina la orina almacenada en la vejiga urinaria.

Se inicia en el vértice inferior de la vejiga urinaria, y se extiende hasta el extremo distal del pene, a través de un orificio denominado meato urinario.

La uretra consta de tres segmentos:

- Uretra prostática, se continúa con el vértice de la vejiga urinaria y atraviesa el espesor de la próstata. Está tapizada por epitelio polimorfo, mixto o de transición. En su recorrido recibe el orificio de salida de los conductos eyaculadores. En este lugar se vierten los espermatozoides y el líquido de las glándulas seminales en la eyaculación y de los conductos de la glándula prostática.
- Uretra membranosa, conducto corto situado a continuación de la uretra prostática, y previo a la uretra peneana. Está revestido por un epitelio

cilíndrico estratificado; presenta dos orificios de salida de las glándulas bulbouretrales o de Cowper.

- Uretra peneana, es un conducto situado a lo largo del pene y termina en el meato urinario en una dilatación del órgano, denominado glande. Presenta una porción pélvica relacionada con la raíz del pene y una externa, que forma parte del cuerpo del pene. En su inicio presenta un epitelio similar a la uretra membranosa, después, en el tercio final, el epitelio se transforma en estratificado plano.

La uretra tiene glándulas mucosas intraepiteliales o situadas en la lámina propia o corion denominadas glándulas de Littré. La secreción de las glándulas es ligeramente alcalina y permite neutralizar el medio ácido de la uretra.

2.1.4.1.7 Pene

Es el órgano copulador del hombre. En un estado de erección, se introduce en la vagina, y allí, mediante la eyaculación, deposita el semen. Se inicia en la cavidad pélvica en el espesor del periné, al llegar a la sínfisis púbica se hace libre y se rodea de una cubierta cutánea.

El pene tiene forma cilíndrica y está constituido por dos partes: la raíz y el cuerpo.

La raíz del pene es la extremidad proximal o interna fija en la región del periné. Está sostenida por los pilares del pene, tejido conectivo cubierto por músculos isquiocavernosos o esponjosos que se insertan en las tuberosidades isquiopúbicas de la pelvis; entre los dos pilares se sitúa el bulbo del pene, que se inserta en la membrana perineal y está cubierto por el músculo bulbocavernoso. El bulbo se continúa con el cuerpo del órgano.

El cuerpo del pene tiene forma de cilindro aplanado en sentido dorsoventral. Cuando está flácido, cuelga encima del escroto y cuando se erecta, se dirige hacia arriba, paralelo a la pared abdominal, adquiriendo en este estado, la forma de un prisma triangular de bordes redondeados.

2.1.4.1.8 Glándulas anexas

Las glándulas anexas son formaciones epiteliales glandulares, cuyo producto junto con los espermatozoides, forman el semen o líquido seminal. Las glándulas anexas son:

Las vesículas seminales. Son glándulas pares, situadas entre las paredes laterales y posteriores de la vejiga y el recto. Miden de cinco a seis centímetros de largo por 1.5 de ancho. Son estructuras alargadas que se enrollan ligeramente sobre sí mismas; están recubiertas de tejido conectivo que les forma una cápsula. Están revestidas por un epitelio cilíndrico sencillo secretor que junto con el tejido conjuntivo que forma la lámina propia o corion, se proyectan para formar vellosidades ramificadas. Poseen un conducto que desemboca en el conducto eyaculador.

La secreción de las vesículas seminales es ligeramente alcalina y contiene un azúcar, la fructosa, utilizada por los espermatozoides como una fuente de energía, sus células también sintetizan y secretan prostaglandinas y flavinas (pigmento amarillento).

Próstata. Es un órgano impar; de forma cónica, cuya base se adosa a la vejiga. Está atravesada por la uretra prostática. Las unidades glandulares, denominadas alvéolos prostáticos, forman lóbulos y lobulillos que a través de pequeños conductos, secretan el líquido prostático hacia la uretra prostática.

Los alvéolos prostáticos se disponen en el estroma conjuntivo constituyendo tres niveles de glándulas. a) mucosas, localizadas alrededor de la uretra prostática, por debajo del epitelio mixto o transición que la recubre, b)

.submucosas, separadas de las anteriores por tabiques conjuntivos y musculares (fibras musculares lisas) y c) principales.

El parénquima prostático se encuentra atravesado por los conductos eyaculadores que se abren en una pequeña dilatación de la uretra prostática denominado *veru montanum*.

La secreción prostática es ligeramente densa y pegajosa y de pH ácido porque contiene gran cantidad de ácido cítrico. También secreta una enzima la fosfatasa ácida, y fibrolisinas.

Glándulas bulbouretrales o de Cowper. Son dos pequeñas glándulas que tienen la forma y el tamaño de un garbanzo. Se localizan a los lados de la uretra membranosa, en cuya luz drenan la secreción que ellas elaboran mediante dos pequeños conductos. Están constituidas por pequeños lobulillos integrados por alvéolos glandulares mucosos, encargados de secretar mucina (moco), una sustancia densa y transparente de pH alcalino. La secreción contribuye a proporcionarle alcalinidad al semen

2.1.4.2 Órganos genitales femeninos

Los órganos genitales femeninos incluyen los ovarios, en los que tiene lugar la formación de los óvulos; las tubas uterinas, que transportan los óvulos al útero; la vagina, y los órganos externos que constituyen la vulva o pudendo femenina. A las mamas también se las considera parte del sistema reproductor femenino.

2.1.4.2.1 Ovarios

Los ovarios son 2 cuerpos ovalados en forma de almendra, de aproximadamente 3 cm. de longitud, 1 cm. de ancho y 1 cm. de espesor. Se localiza uno a cada lado del útero y se mantienen en posición por varios ligamentos como, por ejemplo, el ligamento ancho del útero que forma parte del

peritoneo parietal y que se une a los ovarios por un pliegue llamado meso ovario, formado por una capa doble de peritoneo.

Los ovarios constituyen las gónadas femeninas y tienen el mismo origen embriológico que los testículos o gónadas masculinas. En los ovarios se forman los gametos femeninos u óvulos, que pueden ser fecundados por los espermatozoides a nivel de las trompas de Falopio, y se producen y secretan a la sangre una serie de hormonas como la progesterona, los estrógenos, la inhibina y la relaxina. En los ovarios se encuentran los folículos ováricos que contienen los ovocitos en sus distintas fases de desarrollo y las células que nutren a los mismos y que, además, secretan estrógenos a la sangre, a medida que los ovocitos van aumentando de tamaño.

TORTORA, (2011) “Los ovarios son un par de cuerpos ovoides, del tamaño de una almendra, situados en la parte superior de la cavidad pélvica, uno a cada lado del útero.

El folículo maduro o folículo De Graaf es grande, está lleno de líquido y preparado para romperse y liberar el ovocito que será recogido por el infundíbulo de las trompas de Falopio. A este proceso se le llama ovulación.

Los cuerpos lúteos o cuerpos amarillos son estructuras endocrinas que se desarrollan a partir de los folículos ováricos que han expulsado sus ovocitos u óvulos en la ovulación y producen y secretan a la sangre diversas hormonas como progesterona, estrógenos, relaxina e inhibina hasta que, si el ovocito no es fecundado, degeneran y son reemplazados por una cicatriz fibrosa. Antes de la pubertad, la superficie del ovario es lisa mientras que después de la pubertad se cubre de cicatrices progresivamente a medida que degeneran los sucesivos cuerpos lúteos.

2.1.4.2.2 Trompas de Falopio

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

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

- El infundíbulo que es el extremo más externo y en donde se encuentra el orificio abdominal de la trompa, que comunica con la cavidad peritoneal. El infundíbulo presenta numerosos pliegues o fimbrias que atrapan al ovocito cuando se produce la ovulación para llevarlo al orificio abdominal de la trompa e introducirlo en el interior de la misma. Una de las fimbrias está sujeta al ovario correspondiente.
- La ampolla que es la parte más ancha y larga de la trompa y la que recibe al ovocito desde el infundíbulo. Es el lugar en donde tiene lugar la fertilización del ovocito por el espermatozoide
- El istmo que es una porción corta, estrecha y de paredes gruesas. Se une con el cuerno del útero en cada lado
- La porción uterina que es el segmento de la trompa que atraviesa la pared del útero y por donde el ovocito es introducido en el útero.

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

2.1.4.2.3 Útero

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

Está situado entre la vejiga de la orina por delante y el recto por detrás y consiste en dos porciones: los 2/3 superiores constituyen el cuerpo y el 1/3 inferior, el cuello o cérvix que protruye al interior de la parte superior de la vagina y en donde se encuentra el orificio uterino por el que se comunica el interior del útero con la vagina.

La porción superior redondeada del cuerpo se llama fondo del útero y a los extremos del mismo o cuernos del útero se unen las trompas de Falopio, cuyas cavidades quedan así comunicadas con el interior del útero. Varios ligamentos mantienen al útero en posición.

La pared del cuerpo del útero tiene tres capas:

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

Las células secretoras de la mucosa del cuello uterino producen una secreción llamada moco cervical, mezcla de agua, glucoproteínas, lípidos, enzimas y sales inorgánicas. A lo largo de sus años reproductores, las mujeres secretan de 20-60 ml de este líquido cada día que es menos viscoso y más alcalino durante el tiempo de la ovulación, favoreciendo así el paso de los

espermatozoides a los que aporta nutrientes y protege de los fagocitos y del ambiente hostil de la vagina y del útero.

TORTORA, (2011) “La unión de la cavidad uterina y el canal del cuello del uterino, presenta un orificio interno del útero, mientras que el orificio uterino (orificio externo del útero) es el punto en el que el cuello comunica con la vagina”.

2.1.4.2.4 Funciones Endocrinas: Ciclos Menstrual y ovárico

Es posible vincular los principales fenómenos del ciclo menstrual con los del ciclo ovárico y los cambios en el endometrio, ya que todos son fenómenos sujetos a regulación hormonal.

2.1.4.2.4.1 Ciclos Menstrual

El ciclo menstrual es la preparación del cuerpo de la mujer para un posible embarazo. Esta serie de acontecimientos ocurre mensualmente durante los años reproductivos de la mujer (desde la pubertad hasta la menopausia).

El ciclo menstrual generalmente dura entre 25 y 32 días. Sin embargo, el ciclo menstrual varía de una mujer a otra, en cuanto a duración y cantidad de sangrado, de acuerdo con la edad, peso, dieta, nivel de ejercicio físico, grado de estrés y factores genéticos. La duración del ciclo menstrual se mide desde el primer día de sangrado hasta el día anterior al inicio del sangrado siguiente.

2.1.4.2.4.2 Ciclos Ovárico

Desde la aparición de la primera menstruación (menarquia) hasta la desaparición de la regla (menopausia), las mujeres no embarazadas experimentan unos cambios cíclicos secuenciales en los ovarios y el útero.

Cada ciclo tiene una duración de unos 28 días e implica la preparación de un ovocito por el ovario y la adecuación del endometrio para recibir a este en el supuesto de que quede fertilizado. Si la fertilización no se produce el endometrio se desprende del lecho compacto y esponjoso que había preparado dejando unas áreas hemorrágicas que producen el sangrado menstrual.

Cabe por tanto, hablar de dos ciclos que se producen simultáneamente:

- El ciclo ovárico que consiste en la maduración de un folículo y expulsión de un ovocito.
- El ciclo menstrual (o ciclo endometrial) que consiste en la preparación de un lecho apto para recibir al ovocito y, si este no está fertilizado, en la eliminación del mismo.

Ambos ciclos están regulados por un conjunto de hormonas procedentes del hipotálamo, de la pituitaria y de los folículos ováricos. Todas ellas son interdependientes y forman un cascada hormonal retroalimentada.

TORTORA, (2011) “Los ciclos menstrual y ovárico, y otros cambios que se inician con la pubertad en la mujer, están sujetos a la acción de factores de regulación hipotalámicos, a saber, el factor de liberación de hormonas luteinizante. El primero de ellos desencadena la liberación de FSH por parte del lóbulo anterior de la hipófisis, y esta hormona da origen al desarrollo inicial de los folículos ováricos y la secreción de estrógeno por los mismos.

2.1.4.2.5 Menstruación

La menstruación es el sangrado mensual de una mujer, también denominada periodo. Durante la menstruación, su cuerpo está liberándose del recubrimiento del útero (matriz). La sangre menstrual fluye del útero a través de una pequeña abertura en el cuello uterino, y sale del cuerpo a través de la vagina. La mayoría de los periodos menstruales duran de tres a cinco días.

La menstruación es un proceso cíclico y fisiológico de las mujeres sexualmente maduras que ocurre con una cadencia media aproximada de veintiocho días, aunque el 90% de las mujeres tiene ciclos entre 23 y 36 días. Lo mismo ocurre en las hembras de todos los grandes primates.

Durante la menstruación se produce un sangrado vaginal fruto de la descamación de la capa funcional del endometrio, como consecuencia de la brusca deprivación hormonal al final del ciclo femenino, cosa que se presenta si no se ha producido la implantación de un blastocito.

TORTORA, (2011)“La menstruación consiste de la expulsión periódica de 25 a 65 ml de sangre, líquido tisular, moco y células epiteliales, que ocurre en promedio, durante los primeros cinco días del ciclo. Durante la menstruación también tiene lugar el ciclo ovárico, y se inicia el desarrollo de los folículos ováricos primarios”.

El ovario sintetiza y secreta distintas hormonas esteroides:

- Los estrógenos: la estrona, el estradiol y el estriol.
- La progesterona: se produce durante la fase lútea del ciclo sexual femenino.
- La inhibina: actúa sobre las gonadotropinas hipofisarias, suprimiendo la producción de la hormona estimulante del folículo (HEF).
- La activina: tiene una función inversa a la de la inhibina, pues estimula la producción de HEF.

2.1.4.2.6 Vagina

La vagina es el órgano femenino de la copulación, el lugar por el que sale el líquido menstrual al exterior y el extremo inferior del canal del parto. Se trata de un tubo musculomembranoso que se encuentra por detrás de la vejiga urinaria y por delante del recto.

En posición anatómica, la vagina desciende y describe una curva de concavidad anterior. Su pared anterior tiene una longitud de 6 - 8 cm., su pared posterior de 7 - 10 cm. y están en contacto entre sí en condiciones normales. Desemboca en el vestíbulo de la vagina, entre los labios menores, por el orificio de la vagina que puede estar cerrado parcialmente por el himen que es un pliegue incompleto de membrana mucosa.

La vagina comunica por su parte superior con la cavidad uterina ya que el cuello del útero se proyecta en su interior, quedando rodeado por un fondo de saco vaginal. En esta zona es donde debe quedar colocado el diafragma anticonceptivo. El útero se encuentra casi en ángulo recto con el eje de la vagina.

La pared vaginal tiene 3 capas: una externa o serosa, una intermedia o muscular (de músculo liso) y una interna o mucosa que consta de un epitelio plano estratificado no queratinizado y tejido conectivo laxo que forma pliegues transversales. La mucosa de la vagina tiene grandes reservas de glucógeno que da lugar a ácidos orgánicos originando un ambiente ácido que dificulta el crecimiento de las bacterias y resulta agresivo para los espermatozoides. Los componentes alcalinos del semen secretados, sobre todo, por las vesículas seminales, elevan el pH del fluido de la vagina que así resulta menos agresivo para los espermatozoides.

2.1.4.2.7 Órganos genitales externos

Los genitales externos femeninos forman, en conjunto, la vulva. Los diversos componentes son el monte de Venus, los labios mayores, los labios menor es el clítoris y el vestíbulo vagina con sus glándulas. Losgenitales externos tienen una gran cantidad de terminaciones sensoriales (corpúsculos de Meissner, corpúsculos de Pacini y terminaciones libres).

2.1.4.2.7.1 Monte del pubis = monte de venus

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

2.1.4.2.7.2 Labios Mayores

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

2.1.4.2.7.3 Labios Menores

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

2.1.4.2.7.4 vestíbulo de la vagina

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

El orificio uretral externo se localiza 2 - 3 cm. por detrás del clítoris, e inmediatamente por delante del orificio vaginal. A cada lado del orificio uretral se encuentran los orificios de desembocadura de las glándulas parauretrales (de Skenne) que están situadas en las paredes de la uretra, y también secretan moco.

El orificio vaginal es mucho más grande que el orificio uretral. El aspecto del orificio vaginal depende del himen, que es un delgado pliegue incompleto de membrana mucosa que rodea dicho orificio.

2.1.4.2.7.5 Clítoris

El clítoris es un pequeño órgano cilíndrico compuesto por tejido eréctil que se agranda al rellenarse con sangre durante la excitación sexual. Tiene 2 - 3 cm. de longitud y está localizado entre los extremos anteriores de los labios menores.

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

2.1.4.2.7.6 Bulbos del vestíbulo

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

2.1.4.2.8 Glándulas mamarias

Las glándulas mamarias son túbulo alveolares ramificadas y se localizan sobre los músculos pectorales mayores, a los cuales están unidos por una capa de tejido conectivo.

La glándula mamaria está formada por tres tipos de tejidos: glandular de tipo túbulo-alveolar, conjuntivo que conecta los lóbulos, y adiposo que ocupa los espacios interlobulares. El tejido celular subcutáneo rodea la glándula sin que exista una cápsula claramente definida, desde éste se dirigen hacia el interior numerosos tabiques de tejido conectivo.

Estos tabiques constituyen los ligamentos suspensorios de la mama o ligamentos de Cooper. Un conjunto de quince a veinte lóbulos mamarios conforman la glándula mamaria, cada uno con su aparato excretor, que se abre en el pezón por medio de un conducto lactífero. Los lóbulos mamarios están constituidos por numerosos lobulillos que se encuentran unidos entre sí por tejido conectivo, vasos sanguíneos y por su sistema excretor, los conductos lactíferos.

2.1.4 Conductas de los adolescentes

Los estudios antropológicos han demostrado que entre los individuos existen grandes diferencias, supeditadas a la cultura en la cual fueron socializados, en aspecto tales como métodos de crianza, restricciones y limitaciones impuestas a la juventud y en general, en las formas de condicionamiento social.

La adolescencia es un concepto típicamente urbano. La población juvenil a la cual durante la etapa escolar se le dijo que mediante el estudio y la formación obtendrá un medio de vida cómodo, descubre al término de su preparación académica que el Estado sencillamente no tiene un trabajo productivo que ofrecerle.

Las dificultades que encuentra el adolescente en las sociedades modernas están relacionadas con la presencia de dos factores conflictivos:

- La idea, altamente valorada en la sociedad de hoy, de que el individuo debe ser responsable de las consecuencias de su propia conducta.
- El conflicto que vive entre los valores morales que le fueron inculcados y los valores materiales que observa, más propio de los adultos.

2.1.5 Desarrollo psicosocial del adolescente

La sociedad impone al adolescente un cambio de estatus que incluye la necesidad de independencia y de buscar el porvenir fuera de la familia, unido a la necesidad de autonomía de los jóvenes con relación a sus padres, creando en el adolescente una lucha intrapsíquica y una ambivalencia respecto a la dependencia-independencia.

La experiencia de separación crea en él la necesidad de intensos estados emocionales y de pertenencia al grupo de amigos. Progresivamente, el adolescente se va distanciando de sus padres e integrándose en el grupo de amigos, cuya constitución y relaciones van cambiando. En un principio, el grupo de amigos es del mismo sexo y centrado en la actividad más que en la interacción.

IGLESIAS (2013) “La adolescencia es un periodo de múltiples cambios, las transformaciones físicas y la aparición de un mayor sentido de la realidad hace de esta etapa un periodo crítico. La contradicción de querer ser adulto pero sin dejar de ser niño sigue alimentando la idea de una época convulsa, y lo es en muchos casos, pero de ese examen, con la ayuda de los padres y del mejor conocimiento de su desarrollo y sus problemas por parte de los profesionales que los tratamos, el adolescente madura y se convierte, en la mayoría de los casos, en un adulto competente”.

En la interacción grupal se crean unos elementos culturales compartidos por el grupo, con el que se identifican, cohesionan y que les ayuda a resolver sus problemas. Esta cultura adolescente la constituyen elementos como: la distribución territorial, la percepción del tiempo («eterna juventud»), la relativización de las creencias y valores, el lenguaje (jergas, tatuajes) y los rituales (bebida en común, ir de fiesta), los productos como el deporte, la música, la cultura estudiantil y del ocio y las marcas comerciales.

El adolescente adquiere nuevos papeles y no aquéllos que se le adjudican como niño/a, creándose posibles incompatibilidades con las expectativas centradas en él: Desarrolla ideas políticas, produciéndose un cambio, desde la ausencia de pensamiento político a un intenso compromiso político, a la capacidad crítica de soluciones autoritarias y la adopción de puntos de vista relativistas.

De esta suerte, el grupo de amigos es señal de identidad, convirtiéndose durante mucho tiempo en algo más importante que la propia familia.

2.1.6 Sexualidad en la adolescencia

La sexualidad constituye un factor fundamental de la personalidad humana, cuya naturaleza abarca toda una serie de aspectos especialmente complejos que demanda una especial atención por parte de todos los estamentos de la sociedad.

SILBER (2008) “La sexualidad es una parte integral de nuestras vidas desde el nacimiento hasta la muerte. Para los adolescentes, el hacerse cargo de su emergente sexualidad es parte del proceso natural de transformación del adulto. La sexualidad debe ser considerada dentro del contexto del desarrollo humano, como un secreto a ser guardado por el silencio adulto.

En el pre adolescencia, el niño de entre 9 y 12 años empieza a experimentar las primeras señales de la llegada de la pubertad, que coinciden con una etapa definitiva en el asentamiento de aspectos tan relevantes en su vida como la autoestima, los valores morales o la creación de vínculos estables fuera de la familia

Se trata de una etapa transitoria, en la que paulatinamente irá adoptando patrones de comportamientos similares a los adultos, que incluyen los relacionados con su identidad y rol sexual.

Del mismo modo, la forma adecuada de actuar en su interacción con otras personas de igual o diferente sexo merece también la atención del preadolescente en su necesidad de adaptación social desde su identidad sexual.

Desde la perspectiva de sus emociones, todas las circunstancias, conflictos, deseos y sentimientos adquieren dimensiones desproporcionadas y son vividas con gran transcendencia. En la etapa de la primera adolescencia, la imagen corporal cobra una relevancia desconocida hasta entonces. Los cambios que se producen con motivo de la pubertad resultan bruscos, repentinos, y sus consecuencias se descubren ante el espejo entre la sorpresa, la inseguridad y el temor a una posible anormalidad del proceso.

2.1.6.1 La identidad genérica

El aspecto más básico de nuestra identidad es la identidad del género o genérica, que tienen que ver con nuestro reconocimiento y la aceptación de nosotros mismos como varón o mujer. La orientación y el comportamiento sexual, aspectos relevantes y que preocupan, en general, a las familias y a la comunidad educativa tanto como a los propios jóvenes, reciben un tratamiento detallado, con especial y respetuosa atención a las diversas formas que existen la hora de experimentar la sexualidad y las prácticas sexuales

2.1.6.2 El rol sexual

Una expectativa del rol sexual, que los niños recogen muy temprano, es no actuar como si se fuera del otro sexo (afeminado, marica, marimacho). Tales calificaciones ejercen un efecto de restricción sobre los jóvenes varones, a quienes se les desanima el explorar las inclinaciones que pueden tener hacia la danza, la música, las artes en general.

La mayoría de nosotros tenemos que lidiar toda la vida con aspectos del rol sexual, especialmente ahora que la sociedad está en una etapa de transición en su comprensión de cuáles son las funciones apropiadas del varón y de la mujer.

2.1.7 Enfermedades de transmisión sexual

Las ITS se conocían antes como “venéreas”. Para no dar idea de que este grupo de afecciones se contagia exclusivamente por la actividad sexual, algunos prefieren decir que son “transmisibles sexualmente”, admitiéndose la posibilidad cierta de otros modos de contagio. Es bueno tener claro el concepto de que en una mayoría muy importante de casos surgen como consecuencia del contacto genital entre las personas.

Las E.T.S han sufrido en las últimas dos décadas un aumento descontrolado. Esto se atribuye a una mayor permisividad sexual, a una variación de las prácticas sexuales por efectos culturales, y al descuido higiénico personal, sobre todo después de la aparición de las píldoras anticonceptivas que previenen el embarazo pero no protegen de contagios.

CERRUTI (2009) “Se denominan de este modo aquellas afecciones que se adquieren fundamentalmente a través del contacto sexual. Antiguamente se les llamaba enfermedades venéreas, haciendo alusión a Venus, la diosa del amor.

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son infecciones que se adquieren por tener relaciones sexuales con alguien que esté infectado. Las causas de las ETS son las bacterias, parásitos y virus. Existen más de 20 tipos de ETS, que incluyen:

- Clamidia
- Gonorrea
- Herpes genital
- VIH/SIDA
- VPH
- Sífilis
- Tricomoniasis

2.1.7.1 Clamidia

La clamidia es una enfermedad de transmisión sexual común causada por una bacteria. Usted puede contraer clamidia durante el sexo oral, vaginal o anal con una persona infectada. Tanto los hombres como las mujeres pueden tenerla.

La clamidia no suele causar síntomas. Pero cuando sí se presentan, pueden aparecer como una sensación de ardor al orinar o una secreción anormal por la vagina o el pene.

La clamidia puede provocar una infección urinaria tanto en hombres como en mujeres. En las mujeres, una infección en el sistema reproductivo puede conducir a una enfermedad inflamatoria pélvica, la cual puede conducir a infertilidad o problemas serios con el embarazo. Los niños que nacen de madres infectadas pueden tener infecciones oculares y neumonía por clamidia. En los hombres, la clamidia puede infectar el epidídimo, que es el conducto que lleva el espermatozoides. Esto puede causar dolor, fiebre y, en raros casos, infertilidad.

La clamidia se diagnostica a través de análisis de laboratorio. El tratamiento consiste en antibióticos. El uso adecuado de preservativos de látex (condones) reduce en gran medida el riesgo de contraer o diseminar la infección aunque no elimina el riesgo totalmente.

2.1.7.2 Gonorrea

La gonorrea es una enfermedad de transmisión sexual. Es más común en los adultos jóvenes. La bacteria que causa la gonorrea puede infectar el tracto genital, la boca o el ano. Puede contraerse a través del sexo vaginal, oral o anal con una pareja infectada. Una mujer embarazada puede transmitírsela a su bebé durante el parto.

SÁNCHEZ (2008) “La gonorrea es otra enfermedad de transmisión sexual causada por una bacteria, en este caso, por la *Neisseriagonorrhoeae*, capaz de crecer y multiplicarse rápidamente en áreas húmedas y tibias del aparato reproductivo, por ejemplo el cuello del útero, la matriz, las trompas de Falopio la uretra y también en otros órganos”.

Algunas veces, la gonorrea no provoca síntomas. En los hombres, la gonorrea puede causar dolor al orinar y secreción proveniente del pene. De no tratarse, puede causar problemas en la próstata y testículos. En las mujeres, los primeros síntomas de gonorrea generalmente son leves. A medida que pasa el tiempo, puede provocar hemorragias entre los períodos menstruales, dolor al orinar y aumento de las secreciones vaginales. De no tratarse, puede provocar la enfermedad inflamatoria pélvica, que causa problemas en el embarazo e infertilidad.

Su proveedor de cuidados de salud puede diagnosticar la gonorrea con exámenes de laboratorio. El tratamiento consiste en antibióticos. El tratamiento se está volviendo más difícil a raíz del aumento de cepas resistentes a los medicamentos.

El uso correcto de preservativos de látex reduce enormemente, aunque no elimina, el riesgo de contraer y contagiar la gonorrea.

2.1.7.3 Herpes genital

El herpes genital es una enfermedad de transmisión sexual causada por el virus del herpes simple. Puede causar llagas en el área genital o rectal, nalgas y muslos. Se puede contagiar al tener relaciones sexuales, incluso sexo oral. El virus puede contagiarse aun cuando las llagas no están presentes. Las madres pueden infectar a sus bebés durante el parto.

A los síntomas se los llaman comúnmente brotes. Pueden aparecer llagas cerca del área donde el virus ingresó al cuerpo. Se convierten en ampollas que pican y duelen y luego sanan. A veces las personas no saben que tienen herpes porque no presentan síntomas o éstos son muy leves. El virus puede ser más grave en recién nacidos o en personas con un sistema inmune debilitado.

La mayoría de la gente tiene brotes varias veces al año. Con el tiempo, quizás los síntomas aparezcan con menor frecuencia y sean más leves. El virus permanece en su cuerpo para siempre. Las medicinas no curan el herpes genital, pero pueden ayudar a su organismo a combatir el virus.

2.1.7.4 VIH/SIDA

VIH es la sigla del virus de inmunodeficiencia humana. El VIH es un virus que mata o daña las células del sistema inmunológico del organismo. SIDA es la sigla del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Es el estadio más avanzado de esta infección.

El VIH suele contagiarse a través de las relaciones sexuales sin protección con una persona infectada. El SIDA también puede contagiarse por compartir

agujas con drogas o mediante el contacto con la sangre de una persona infectada. Las mujeres pueden transmitírselo a sus bebés durante el embarazo o el parto. SÁNCHEZ (2008) “El VIH es un retrovirus, es decir su código genético no está escrito en el ADN, como sucede con la mayoría de los seres vivos, sino en el ARN, por lo que necesita transcribir su información genética al ADN para actuar y reproducirse.

Los primeros signos de infección con VIH pueden ser inflamación de los ganglios y síntomas gripales. Los mismos pueden presentarse y desaparecer un mes o dos después de la infección. Los síntomas graves pueden no aparecer hasta pasados meses o años.

2.1.7.5 Virus del Papiloma humano

Los virus del papiloma humano (VPH) son virus comunes que pueden causar verrugas. Existen más de 100 tipos de VPH. La mayoría son inofensivos, pero aproximadamente 30 tipos se asocian con un mayor riesgo de tener cáncer. Estos tipos afectan los genitales y se adquieren a través del contacto sexual con una pareja infectada. Se clasifican como de bajo riesgo o de alto riesgo. Los VPH de bajo riesgo pueden causar verrugas genitales. En las mujeres, los VPH de alto riesgo pueden conducir al cáncer del cuello uterino, vulva, vagina y ano. En los hombres, pueden conducir al cáncer del ano y del pene.

Aunque algunas personas que desarrollan verrugas genitales por infecciones con VPH tienen síntomas, otras pueden no sentirlos. Un profesional de la salud puede tratar o eliminar las verrugas. En las mujeres, el examen de Papanicolaou puede detectar cambios en el cuello uterino que pudieran evolucionar en cáncer.

El uso correcto de los preservativos de látex reduce enormemente, aunque no elimina, el riesgo de contraer y contagiar el VPH. Las vacunas pueden proteger

contra varios tipos de VPH, incluyendo algunos de los que pueden causar cáncer.

2.1.7.6 Sífilis

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por una bacteria. Infecta el área genital, los labios, la boca o el ano y afecta tanto a los hombres como a las mujeres. Por lo general se adquiere por contacto sexual con una persona que la tiene. También puede pasar de la madre al bebé durante el embarazo.

SÁNCHEZ (2008) “La sífilis la provoca una bacteria del genero treponema. La treponema pallidum. Para combatirla se utiliza la penicilina, un antibiótico muy efectivo de cura rápido las lesiones que provoca la bacteria.

La etapa temprana de la sífilis suele causar una llaga única, pequeña e indolora. Algunas veces, causa inflamación de los ganglios linfáticos cercanos. Si no se trata, generalmente causa una erupción cutánea que no pica, frecuentemente en manos y pies. Muchas personas no notan los síntomas durante años. Los síntomas pueden desaparecer y aparecer nuevamente.

Las llagas causadas por la sífilis facilitan adquirir o contagiar el VIH durante las relaciones sexuales. Si está embarazada, la sífilis puede causar defectos congénitos o abortos. En casos raros, la sífilis causa problemas de salud serios e incluso la muerte.

Si se detecta a tiempo, la enfermedad se cura fácilmente con antibióticos. El uso correcto de preservativos de látex disminuye enormemente, aunque no elimina, el riesgo de adquirir y contagiarse la sífilis.

2.1.7.7 Tricomoniasis

La tricomoniasis es una enfermedad de transmisión sexual causada por un parásito. Afecta tanto a los hombres, como a las mujeres, pero los síntomas son más comunes entre las mujeres. Los síntomas entre las mujeres incluyen una secreción vaginal verdosa o amarillenta, picazón en la vagina o cerca de ésta y molestias para orinar. La mayoría de los hombres con tricomoniasis no presenta síntomas, pero pueden tener irritación dentro del pene.

SÁNCHEZ (2008) “La tricomoniasis es la infección *Trichomonas* vaginales un protozoo unicelular que afecta tanto a hombre como mujeres, aunque los síntomas en estas últimas son mucho más frecuente.

La infección por *trichomonas* puede curarse con antibióticos. Entre los hombres, la infección suele desaparecer espontáneamente sin provocar síntomas. Pero un hombre infectado puede continuar infectando o reinfectando a una mujer hasta que reciba tratamiento. Por lo tanto, es importante que ambos integrantes de la pareja reciban tratamiento al mismo tiempo. El uso correcto de preservativos de látex reduce enormemente, aunque no elimina, el riesgo de contraer y contagiar la tricomoniasis.

2.1.8 Sexualidad

Con frecuencia se suele identificar el término sexualidad con relaciones sexuales u órganos genitales. Sin embargo la palabra encierra un concepto mucho más amplio y complejo, y su relación más estrecha con el sexo se da en cuanto al género, es decir, incluye todo aquello relacionado con la condición propia de macho o hembra, niño o niña, hombre o mujer, y la percepción de ambas realidades por parte de cada cual.

La sexualidad es un proceso que se construye a lo largo de la vida, rebasa los aspectos anatómicos y las funciones biológicas (fecundación, embarazo, parto,

entre otras). Está en continua transformación e implica la interacción con los demás, tiene que ver con:

- La construcción de roles de género.
- La vivencia de masculinidad y feminidad.
- La identidad (como te defines a ti mismo/a y como te proyectas con los demás), en las relaciones con tu cuerpo, con tu pareja, con tus padres.

La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicoafectivas del mundo animal que caracterizan cada sexo. Pero también es el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con él, los cuales marcan de forma decisiva al ser humano en cada una de las fases de su desarrollo.

SÁNCHEZ (2008) “Las personas son seres sexuados, esto significa que están diferenciadas por la condición de hombres o mujeres, y tal diferenciación afecta de forma fundamental a todos los órdenes de la experiencia vital. Por eso, es importante conocer hasta qué punto la sexualidad es parte integrante e integrada en la personalidad de un individuo, y de qué manera es relevante que se viva de forma natural y sana, desde la infancia hasta la edad adulta”.

2.1.2.8.1 Funciones de la sexualidad

La sexualidad tiene varias funciones que no son únicamente genitales y reproductivas, aquí algunas:

- **Afectiva:** desarrolla nuestra capacidad de amar, es decir, el vínculo con los demás y con una/o misma/o.
- **Comunicacional:** es la forma de comunicación de mayor profundidad entre los seres humanos, nos permite expresar afectivos, expectativas y proyectos de vida.
- **Creativa:** potencia la capacidad de creación, en la que intervienen elementos estéticos y lúdicos.

- **Ética:** se sustenta en valores y permite el ejercicio de los derechos humanos.
- **Placentera:** contribuye al bienestar integral de todas y todos, enriquece la personalidad.
- **Procreativa:** se refiere a la opción de dos personas que en forma consciente, informada, libre y responsable, asumen la creación de un nuevo ser.

2.1.9 Educación sexual

La educación sexual también transcurre a través de las palabras con las que en familia se habla de algunos temas: de dónde (y por qué) vienen los niños, cómo ha sido el comienzo de una historia de amor, cuánto alguien sufre cuando es rechazado. Cuando hablamos en familia de estos temas, estamos haciendo educación sexual. Pero cuando no hablamos también estamos emitiendo mensajes sobre la sexualidad. A través de gestos, miradas, sonrisas, rubores e incluso evitando o censurando el hablar del tema, estamos comunicando mensajes que pueden ser determinantes en la educación sexual que reciben nuestros hijos e hijas.

CERRUTI (2009) “Para hablar de educación sexual es importante precisar el concepto de educación y el de sexualidad. La sexualidad humana es única e intransferible a otros reinos o especies. La sexualidad humana es un lenguaje que nos permite emitir y recepcionar los mensajes”.

La sexualidad humana no puede simplificarse. Es una experiencia en la que no sirven las “recetas” y que debemos considerar siempre sobre la base de la confianza, el afecto, la intimidad y el cuidado por el otro.

La educación sexual debe contribuir a la comprensión de nuestros sentimientos. No solo los sentimientos amorosos sino los de amistad, de

compañerismo, de solidaridad, e incluso aquellos más negativos de incomodidad, vergüenza repulsión o rechazo.

Debe ayudarnos a sentirnos cómodos en nuestra relación con las demás personas y también con nosotros mismos, nuestro cuerpo y nuestros sentimientos. La educación sexual ayuda a desarrollar la capacidad de reconocer lo que sentimos, cuándo estamos cómodos y cuándo no. Por eso, es parte de los elementos protectores ante situaciones de abuso sexual, coerción o violencia.

CERRUTI (2009) “La sexualidad es una forma de expresión, un lenguaje que permite una comunicación total y trascendente entre los seres humanos”.

Educación sexual hace referencia al conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción -y, más específicamente, la reproducción humana-, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, los estudios de género y otros aspectos de la sexualidad humana, con el objetivo de alcanzar una satisfactoria salud sexual y reproductiva.

2.1.10 Embarazo en la Adolescencia

La concepción del embarazo en la adolescencia como un problema social y de salud pública se construye en base a factores biológicos, culturales y sociales que según las etnias puede constituirse o no en una situación de mayor vulnerabilidad para esta población. Los adolescentes no conforman un grupo homogéneo: lo que tienen en común es la edad. Viven en circunstancias diferentes y tienen necesidades diversas. En vez de considerar la adolescencia como problema, las políticas y programas deberían entenderla como resultado de una construcción histórica y de un proceso social. En la adolescencia, el

individuo comienza a asumir su independencia y autonomía frente al medio social.

La transmisión de imágenes negativas de la relación maternidad-paternidad adolescente podría debilitar aún más la moral de los adolescentes, típicamente retratados en las noticias y en otros medios de comunicación como violentos o delictivos, con hábitos no saludables, entre otros. El rol de los medios de comunicación es clave para apoyar e informar a la sociedad, en particular los padres, sobre las controversias alrededor del embarazo adolescente y la brecha que existe entre la información y el apoyo que necesitan. MADDALENO (2008). “Durante los últimos años la atención de la adolescente embarazada en Latinoamérica ha experimentado un considerable desarrollo, se han creado servicios especiales y se han destinado actividades específicas de los programas maternos para este grupo etéreo.

2.2.10.1 Consecuencias del Embarazo Adolescente

En el último tiempo ha disminuido la edad en que los jóvenes se inician sexualmente y de esta manera ha aumentado además, de forma preocupante, el embarazo no deseado en las adolescentes. Esto ha implicado que en este grupo etario específico se presenten una serie de consecuencias que de manera simple se agruparon en dos grandes grupos: somáticas y psicosociales.

2.1.10.1.1 Complicaciones somáticas

2.1.10.1.1.1 Para la madre

La mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años.

Con respecto a la morbilidad materno fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque

para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo.

La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preclamsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro

2.1.10.1.1.2 Para el hijo

El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor prevalencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables.

2.1.10.1.2 Complicaciones Psicosociales

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar. La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social.

El rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente, puesto que la repitencia es mayor al promedio general nacional.

MADDALENO (2008) El embarazo de la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. La fase de adolescencia colorean las actitudes de las adolescentes frente al embarazo. Hay diferencias profundas en las vivencias de la gravidez durante de la adolescencia temprana, media y tardía, y su conocimiento ayuda a comprender el embarazo adolescente en su contexto evolutivo.

El 100% de las adolescentes embarazadas desertaron durante el embarazo, en tanto que la deserción escolar global en Chile, a nivel de enseñanza media, incluyendo a quienes desertaron por razón del embarazo, es de sólo 9,9%. La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro, son las razones específicas de deserción que señalaron las adolescentes.

La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia.

La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes). Lo que es más importante, la maternidad temprana parece arraigar la pobreza de las mujeres de bajos ingresos.

2.1.11 TEORIAS DE ENFERMERIA (DOROTHEA OREM)

El presente trabajo de investigación se sustenta en la teoría de enfermería de Dorothea Orem, en vista que facilita el planeamiento de la asistencia y se ha mostrado efectiva y eficaz. Durante el embarazo la mujer experimenta diversas

modificaciones, ocasionando necesidades de autocuidado y, en ocasiones déficit de autocuidado, que deben ser resueltos o compensados para la mantención de la salud y preservación del bienestar. Para ello las embarazadas deben ser motivadas y educadas para realizar acciones de autocuidado, debiendo comprender la naturaleza de la asistencia y los factores que intervienen en la misma.

Análogamente, durante el climaterio la mujer experimenta variados síntomas/manifestaciones derivadas del declinamiento de la función ovárica y posterior cese de la función folicular que provocan necesidades de autocuidado y algún grado de déficit que deben ser atendidos o compensados.

En ambas etapas, los requisitos de autocuidado del desarrollo estarían definidos por cambios físicos, psicológicos, y sociales, por lo que las acciones de autocuidado desarrolladas estarán destinadas a promover y mantener la salud, y a mejorar o aliviar los efectos negativos a causa de los cambios experimentados durante estos períodos.

Continuando con el esquema propuesto por Orem:

- Se identificarán, formularán y expresarán los requisitos de autocuidado del desarrollo característicos de los períodos de embarazo y climaterio
- Posteriormente se determinarán los métodos o tecnologías (válidos y fiables) para satisfacer el requisito en las condiciones y circunstancias humanas y ambientales predominantes.
- Se establecerán grupos y secuencias de acciones como medio a través del cual se satisfará el requisito concreto.
- Se identificará la presencia de condiciones humanas y ambientales que:
a) permiten satisfacer el requisito; o b) no lo permiten y constituyen

obstáculos o interferencias para ello (ej. edad, orientación sociocultural, disponibilidad de recursos)

- Se identificarán los posibles déficit de autocuidado en la satisfacción de las necesidades actuales o proyectadas de autocuidado terapéutico y serán definidos los papeles que el paciente o la/el enfermera/o desarrollaran para que las exigencias de autocuidado sean atendidas.
- Se elaborará la planificación de enfermería de acuerdo el posible déficit identificado, identificando si se trata de un sistema de enfermería totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de apoyo educativo

2.1.12 Intervenciones de enfermería en el embarazo de adolescentes

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública a nivel mundial ya que en la mayoría de los casos este afecta negativamente la salud de la madre, del hijo por nacer y del niño, y adicionalmente puede ocasionar alteraciones en la calidad de vida no solo de ellos, sino de la familia y la sociedad.

Se evidencia que pese a las intervenciones realizadas sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, dirigidas a promover el uso de métodos de anticoncepción, a mejorar el acceso a dichos métodos, a aumentar los conocimientos sobre las conductas protectoras y de riesgo y a mejorar el uso de los servicios de salud reproductiva, no se ha generado el impacto esperado sobre la maternidad temprana, por lo que sugiere que dichas intervenciones se basen en información sobre las demandas y necesidades de los y las jóvenes

2.1.13 Intervenciones de enfermería sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada

La contribución de la enfermería hacia la mujer embarazada es educar y fortalecer en ella la conciencia del valor de la salud; proveer el cuidado, aplicar procedimientos de intervención y evaluar los resultados.

Por lo tanto, la consulta prenatal consiste en un conjunto de actividades y procedimientos que permiten la vigilancia adecuada de la evolución del embarazo, que se concreta en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

La participación social es una acción fundamental que compete a la enfermera(o), y a la vez es una responsabilidad de las comunidades, que participan a través de grupos, agentes y personas de la comunidad, llamados también comités de salud, que deben involucrarse en acciones que contribuyan en la mejora de aquellos aspectos de la vida cotidiana, la cultura y la actividad política relacionados con la salud.

De allí, que la enfermería implica un encuentro especial de personas humanas, que ocurre como respuesta a una necesidad de cuidado que emerge durante el proceso de gestación. Es una forma particular de relación intersubjetiva, en la cual los participantes (equipo de profesionales en obstetricia, enfermería y enfermería obstétrica, mujer embarazada y familia) son interdependientes, pues participan necesariamente en cada uno de los acontecimientos, sin embargo son independientes y singulares.

El embarazo en la adolescencia se constituye, por lo tanto, en una grave amenaza de riesgo para el desarrollo psicosocial de la mujer embarazada, pues a lo largo de la historia se observa que el embarazo en la adolescencia

siempre existió. Por tanto, el conocimiento en la adolescencia debe partir del principio que por su explicación sistemática se determina el modo de conocer los aspectos de la realidad en su salud reproductiva, el cual abarca desde su reflejo superficial hasta el dominio de las leyes que rigen sus fenómenos a través del conocimiento.

2.1.14 Prevenciones del embarazo en adolescentes

Para prevenir el embarazo en adolescentes, las intervenciones por parte del profesional de enfermería deben estar orientadas a:

- Permitir a las adolescentes ser partícipes de la elaboración de las políticas de salud sexual y reproductiva, con la finalidad de lograr articular la política y la realidad sentida por la adolescente, lo cual permite empoderamiento alrededor de su sexualidad para la toma de decisiones responsables, autónomas y saludables.
- Adelantar acciones para que las mujeres adolescentes conozcan y se apropien de sus deberes y derechos en salud sexual y reproductiva.
- Brindar educación sexual y reproductiva a las adolescentes, enmarcada dentro de una formación que tenga bases en los aspectos afectivos y morales, lo cual permite dar sentido y responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad.
- Identificar redes de apoyo para estas madres con el fin de contribuir en el desempeño del nuevo rol al que se van a ver enfrentadas, además de incorporar a los padres, familia o cuidadores como agentes primarios de formación, reforzando la información que ellos manejan.
- Brindar asesoría en salud sexual y reproductiva, tanto en las instituciones de salud como de educación; dicha educación debe estar soportada y reforzada por la familia, los medios de comunicación, el

personal de salud, grupos culturales, religiosos y centros de atención integral a adolescentes; debe estar dirigida a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes, a promover su salud integral, buscando desarrollar un pensamiento crítico que permita adquirir actitudes positivas frente a la sexualidad y a la toma de decisiones sobre el cuidado de su cuerpo.

- Mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, de tal forma que estos no se conviertan en una limitante al momento de ejercer los derechos en salud sexual y reproductiva.
- Brindar educación oportuna, veraz y clara a la adolescente, a fin de ayudar a incrementar los conocimientos en salud sexual y reproductiva, generar actitudes para una sexualidad sana, postergar el inicio de la actividad sexual, promover prácticas sexuales protegidas y contribuir a una cultura que favorezca la sexualidad libre y sin riesgos.

2.1.15 Rol del profesional de enfermería en la educación sexual en los adolescentes

La formación del profesional enfermero, así como su cercanía a la población y su función de conservador de la salud, hacen que su labor educadora esté actualmente fuera de toda duda. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él.

La inmadurez y poca formación sobre las consecuencias, problemas y efectos secundarios a los que pueden conducir las relaciones sexuales indiscriminadas, unidas al componente tabú que acompaña a la sexualidad, hacen que el inicio de las relaciones sexuales pueda tener consecuencias permanentes en la salud física y mental de la persona. Sin embargo, si se encauza el conocimiento sobre el tema desde edades tempranas, el desarrollo

psicológico logrado en ellos hará que el sexo sea cada vez más seguro entre nuestros jóvenes. Y las enfermeras juegan un papel fundamental dentro de este proceso.

La educación sexual se hace cada vez más necesaria en una sociedad que parece estar muy bien informada. Sin embargo, a juzgar por datos objetivos, presenta altas dosis de desconocimiento y errores, tanto en jóvenes como en adultos, que afecta gravemente al equilibrio emocional. Enseñar a conocer y aceptar el propio cuerpo, a buscar información o a demandar ayuda es educar para ser capaces de establecer con los demás unas relaciones más sanas y satisfactorias.

Tenemos que romper tabúes empezando por los nuestros, pues nos hemos dado cuenta que con un sencillo consejo que se le dé a un paciente en la consulta podemos abrirle el camino para resolver sus problemas en sexualidad. En definitiva, debemos conseguir que hablar de sexualidad sea un tema más y lo abordemos con la misma naturalidad que cuando lo hacemos sobre diabetes o hipertensión.

La formación del profesional enfermero, tanto en anatomía-fisiología, como en prevención de ETS, métodos anticonceptivos, psicología, etcétera, así como su cercanía a la población y su función de promotor de la salud hacen que su labor educadora esté fuera de toda duda.

La propia Organización Mundial de la Salud, en su Estrategia Salud XXI, destaca la importancia de aplicar políticas educativas que fomenten la Educación para la Salud en los colegios e institutos mediante programas específicos que integren, entre otros temas, la educación sexual y la prevención de los embarazos en adolescentes. También añade que la interacción de padres, profesores y servicios sanitarios, en los que destaca la Enfermería por su labor educadora en salud, posibilitará la consecución de

estos objetivos. Entre todos podemos. Contemos con la Enfermería para ayudar a educar a los adolescentes.

BÁEZ-Hernández, (2013) La contribución representa las actitudes que tiene el personal de enfermería para mejorar su práctica profesional, en ellas se encuentran acciones dirigidas hacia la aplicación y actualización de los saberes propios: "llenarme más de conocimientos, tener más cursos"

2.1.16 CONTEXTUALIZACIÓN LEGAL

El presente trabajo de investigación se encuentra fundamentado legalmente en la Carta Magna de la República del Ecuador de la siguiente manera:

República del Ecuador
Ministerio de Salud Pública

Que el numeral 20 del artículo 23 de la Constitución Política de la República, consagra la salud como un derecho humano fundamental y el Estado reconoce y garantiza a las personas el derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua

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

CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Art 45 Derecho a la información. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a buscar y escoger información; y a utilizar los diferentes medios y fuentes de comunicación, con las limitaciones establecidas en la ley y aquellas que se derivan del ejercicio de la patria potestad.

Es deber del Estado, la sociedad y la familia, asegurar que la niñez y adolescencia reciban una información adecuada, veraz y pluralista; y proporcionarles orientación y una educación crítica que les permita ejercitar apropiadamente sus derechos.

LEY SOBRE LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD

Art. 1. La Educación en Sexualidad y el Amor será un eje transversal de los planes y programas de estudios en todos los centros educativos oficiales o privados de nivel pre-primario, primario secundario y técnico.

Art. 2. La Educación sobre la Sexualidad y el Amor se fundará en el respeto de la dignidad de los seres humanos, de la vida, los valores éticos y morales conforme a las culturas existentes, como un elemento que contribuya al mejoramiento de la educación y eleve la calidad del aprendizaje en el campo de la sexualidad.

Art. 3. La Educación de la Sexualidad y el Amor, deberá responder al medio, a la edad de los educandos y al rol esencial de los padres de familia, como orientadores netos de sus hijos.

Art. 4. El Ministerio de Educación será el encargado de elaborar planes y programas abiertos y flexibles de Educación sobre la Sexualidad y el Amor, previa consulta con instituciones privadas y públicas que conozcan el tema.

Cada centro educacional deberá adaptar dichos planes y programas a su realidad cultural y someterlo a conocimiento, consideración y aprobación del Departamento de Orientación y de los Padres de Familia de dicho plantel.

El Ministerio de Educación no limitará su acción a los educandos, involucrará a la familia, para que esta participe activamente en un proceso de diálogo, reflexión y acción con toda la comunidad educativa.

Art. 5. Todos los maestros deberán ser capacitados en el tema de la Sexualidad y el Amor, para lo cual el Ministerio de Educación, coordinara esta actividad con las Universidades, Institutos Pedagógicos y otras entidades conecedoras del tema.

Todas las instituciones encargadas de la formación de Docentes, deberán incluir como Eje Transversal de sus Planes y Programas el tratamiento de la Sexualidad y el Amor.

2.1.16 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

ADOLESCENCIA: Período del desarrollo humano entre la niñez y el estado adulto, incluye la pubertad durante la cual se desarrolla en gran parte el deseo sexual.

AUTOESTIMA: amor propio. Aceptación satisfactoria de uno/a mismo/a, del propio cuerpo y de la propia forma de ser y de estar en el mundo.

CICLO MENSTRUAL: Período de tiempo entre dos menstruaciones, es decir, entre el primer día de la regla y el primer día de la siguiente regla. La hemorragia menstrual corresponde con la respuesta endometrial uterina a la regulación cíclica de la secreción hormonal ovárica.

CONCEPCIÓN: Fertilización de un óvulo por un espermatozoide, naturalmente suele ocurrir dentro de la Trompa de Falopio.

EMBARAZO: Implantación de un óvulo fecundado en las paredes del endometrio, dentro del útero.

EDUCACIÓN SEXUAL: Educación sexual hace referencia al conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción.

EQUIDAD: tratar de manera diferente lo que es diferente, para alcanzar un equilibrio en el cual cada persona tiene lo que necesita, de acuerdo a su situación particular). Está relacionada con la compensación de una necesidad, e implica una acción positiva a favor de personas con dificultades para satisfacerla.

IDENTIDAD: sensación de ser uno/a mismo/a; sentimiento de familiaridad y coherencia respecto al propio cuerpo y las propias conductas, manifiestas o no (pensamientos, valores, deseos, emociones). Aceptación de una/o misma/o.

IDENTIDAD DE GÉNERO: Construcción dinámica y subjetiva que resulta de la combinación entre sexo biológico, el género asignado socialmente y la orientación del deseo sexual, y que llevan a la persona a identificarse como masculina, femenina o una combinación de ambos (trans). Usualmente se la asocia con las características y roles que la sociedad tradicionalmente atribuye a hombres o mujeres.

HORMONAS SEXUALES: Hormonas secretadas por las glándulas sexuales, son responsables de las características sexuales secundarias y del comportamiento de mujeres y hombres. Las hormonas sexuales incluyen los andrógenos, estrógenos y progesterona.

OVULACIÓN: Liberación mensual de un óvulo por uno de los ovarios. El óvulo entra en las trompas de Falopio donde espera la fertilización por parte de un espermatozoide.

PUBERTAD: Comienzo de la adolescencia, período de desarrollo sexual secundario, durante el cual el niño comienza a eyacular y la niña comienza a menstruar. Generalmente se sitúa entre los 12 y 14 años.

VIH: Virus que provoca el sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). El VIH invade algunas células del sistema inmunitario, debilitando gradualmente la capacidad orgánica para combatir infecciones.

SALUD: estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual.

SALUD SEXUAL: estado de bienestar y armonía de la persona, en relación a su sexualidad.

SALUD REPRODUCTIVA: estado de bienestar de la persona, en relación a su capacidad y posibilidad de tener la cantidad de hijos e hijas como quiera, cuando quiera y con quien quiera

2.2 VARIABLES A INVESTIGAR

Variable Dependiente

Nivel de conocimiento

DEFINICIÓN TEORICA

La salud sexual y reproductiva es un componente central en la vida de adolescentes y jóvenes, la manera cómo es vivenciada y socializada por ellos y ellas puede resultar trascendental para el resto de sus vidas. No obstante del interés de los Estados y el compromiso asumido con marcos internacionales, todavía las adolescentes no han recibido la suficiente atención con importantes implicaciones sociales y económicas que incluyen procesos de socialización más precarios, efectos adversos para la salud de la madre y el/a hijo/a, dificultades para hacerse cargo de una familia, dificultades y falta de oportunidades para la formación escolar y laboral, el rechazo o la pérdida de

redes sociales, la falta de apoyo, ausencia o irresponsabilidad de los hombres/padres, la transmisión intergeneracional de la pobreza, aspectos que repercuten en la posibilidad de alcanzar ciertas metas en el desarrollo social e individual.

2.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Desarrollo sexual	Caracteres sexuales PRIMARIO: Mujeres <ul style="list-style-type: none"> • Menarquia. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> • Ovulación SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> • Secreción de hormonas femeninas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> • Desarrollo de la vulva SI <input type="checkbox"/>NO <input type="checkbox"/> edad 10-11 12-13 13-14 14 -15	
	Hombres <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de tamaño • Crecimiento de falo del pene SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> • Secreción espermática SI <input type="checkbox"/>NO <input type="checkbox"/> edad 10-11 12-13 13-14 14-15	
	Caracteres sexuales	

	<p>Secundario:</p> <p>Mujeres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribución femenina del vello y la grasa corporal. • Desarrollo mamario. • hombros estrechos, • caderas anchas. • Menor desarrollo muscular. • Voz de tono agudo. <p>Hombres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribución masculina del vello y la grasa corporal. • Atrofia mamaria. • hombros anchos, • caderas estrechas. • Mayor desarrollo muscular. • Voz de tono grave 	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>Enfermedades de transmisión sexual</p>	<p>ETS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clamidia • Gonorrea • Herpes genital • VIH/SIDA • VPH • Sífilis • Tricomoniasis <p>Formas de contagio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones sexuales • Agujas.etc 	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>Desarrollo psicosocial</p>	<p>Cambios de conducta:</p>	

	<p>Identidad de genero</p> <ul style="list-style-type: none"> • Heterosexual • Homosexual • bisexual <p>Rol sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femenino • masculino 	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
Funciones de la sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> • Afectiva • Comunicacional • Creativa • Ética • Placentera • Procreativa 	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
Educación sexual	<p>conocimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo adolescente <p>Complicaciones somáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad alta <p>Complicaciones psicosociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deserción escolar. • Aumento de pobreza. • Disminución de la calidad de vida y nivel 	<p>Muy alto.</p> <p>Alto</p> <p>Medio</p> <p>Bajo</p> <p>Muy bajo</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>15-19 años</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

	<p>social.</p> <p>Prevención del embarazo adolescente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación • Talleres • Folletos. • Identificar redes de apoyo • Brindar asesoría en salud sexual 	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
--	--	--

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3. TIPOS DE ESTUDIO.

Es un estudio descriptivo cualitativo y cuantitativo, La metodología de investigación aplicada en el estudio es de tipo cuantitativo, con diseño de tablas y gráficos estadísticos, a más de la interpretación, con cálculos de valores promedio. Donde tomaremos una muestra constituida por 143 estudiantes que serán seleccionados mediante el método probabilístico.

3.1 ÁREA DE ESTUDIO

Escuela – Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre ciudad de Guayaquil año 2014

3.2 UNIVERSO- MUESTRA:

3.2.1 Universo

Habitantes 558 estudiantes entre las edades de 5 a 18 años de edad de la Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre de la ciudad de Guayaquil año 2014

3.2.2 Muestra

La muestra se obtiene de forma probabilística la cual da la oportunidad a toda la población de ser tomada en cuenta en determinados características que se obtiene por los criterio de inclusión y exclusión para ello se emplea la fórmula del 95%; Precisión del 5%; la proporción utilizada es $p = 0.5$ (50%) que - maximiza el tamaño de muestra.

$$n = \frac{N}{E^2(N - 1) + 1}$$

$$n = \frac{558}{0.5^2(558 - 1) + 1}$$

$$n = \frac{558}{(1.3925) + 1}$$

$$n = \frac{558}{(2.3925)} = 143$$

N: población

E: Margen de error (0.05)

3.3 Criterios de inclusión.

- Los alumnos que serán tomados en cuenta para nuestro trabajo de Investigación van a ser los jóvenes de 8vo a 10 de Básica.
- Estudiantes del Bachillerato.

3.4 No podrán participar en la Investigación:

- Adolescentes menores de 12 años.
- Personas que no pertenezcan al establecimiento.

3.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Utilizaremos el método aleatorio probabilístico con un enfoque cualitativo y cuantitativo; aplicaremos las técnicas de entrevista directa y encuestas mediante el instrumento de un formulario estructurado. Esta investigación implementará un tipo de estudio descriptivo transversal, en el que se determinara la prevalencia del problema y la validez de la implementación de la propuesta.

La encuesta de la investigación consta de 16 preguntas estructuradas desde información general hasta información específica para el esclarecimiento de la hipótesis.

3.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

La investigación obtuvo resultados sobre los cuales se plantea el esclarecimiento de la hipótesis y el problema por ello, los resultados cuantitativos de la investigación se realizan en Microsoft Excel 2013, y la digitación de los datos cualitativos y descriptivos se realiza en Microsoft Word 2010 y Open Office 4.0.1.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

La confidencialidad de los resultados garantiza la protección de identidad de los de los estudiantes participantes no se pedirá ninguna contribución económica y se tildará ningún acontecimiento para que no halla represalias ni popularidad de un fenómeno que es considerado creciente para buscar solución y no acentuar el problema de embarazo estudiantil.

3.8 RECURSOS:

3.8.1 RECURSOS HUMANOS:

Directos:

- Autoras de la investigación: Elizabeth Acosta, María Isaura Salazar Moreno
- Tutora de tesis: Lcda. Amparo Portilla.
- Asesora designada.

Indirectos

- Sujetos de estudio: Estudiantes de la Escuela – Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre de la ciudad de Guayaquil.

3.8.2 RECURSOS MATERIALES:

Hoja de Presupuesto

Cantidad	Descripción	Valor Total
1 unidad	USB	18.00
2 paquetes	Papel bond A4	10.00
3 unidades	Esferográficos	0.90
5 unidades	Libros	180.00
500 unidades	Fotocopias	25.00
1 unidad	Grapadora	1.40
1 unidad	Perforadora	2.00
1 unidad	Transporte	44.00
1 Impresora	Impresiones	80.00
Total		339.30

Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar Moreno

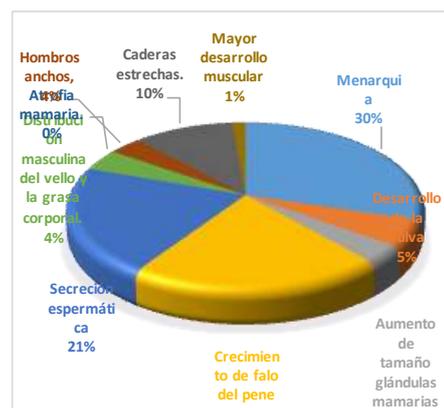
3.9 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los datos e información recolectada serán analizados mediante los programas Excel y Word; e interpretados de forma metódica e imparcial para no general falsos positivos en la encuestas y así mismo no provocar una respuesta parcializada en el encuestado o entrevistado por las autoras.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

1) ¿Qué cambios sucedieron en ti al entrar en la adolescencia?

Grafico # 1 Cambios morfológicos de la adolescencia



Fuente: Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre
Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar Moreno

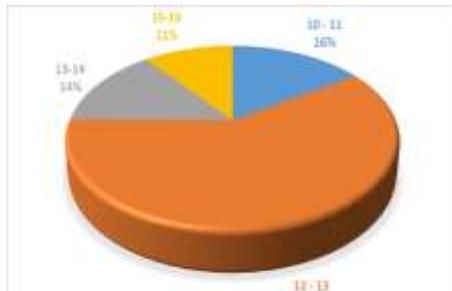
Análisis: Se puede determinar que el 30% de los estudiantes encuestados tuvo menarquia al inicio de su pubertad, mientras que el 5% tuvo desarrollo de la vulva, un 4% tuvo aumento de tamaño de glándulas mamarias, el 21% presentó crecimiento del falo del pene, 21% tuvo secreción espermatocitos, mientras que el 4% obtuvo una distribución de vello y de grasa corporal, 4% Hombros anchos, 10% caderas estrecha y el 1% un amplio desarrollo muscular en el caso

de los varones de mayor edad y crecimiento precoz.

Cerruti expresa que los cambios morfológicos en la adolescencia se inician en la pubertad. La pubertad es un acontecimiento físico, biológico, que supone la maduración del aparato reproductor y no debe, por tanto, confundirse con la adolescencia, etapa de la vida en la que el individuo abandona la infancia para entrar en la edad adulta.

2) ¿A qué edad sucedieron estos cambios en ti?

Gráfico # 2 Edad de desarrollo de la pubertad



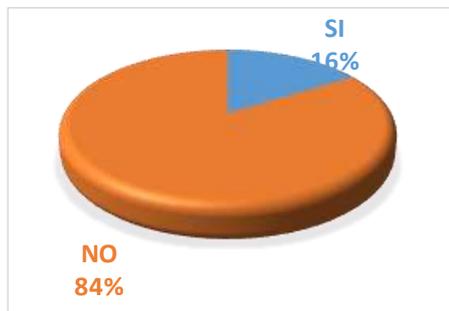
Fuente: Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre
Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar Moreno

Análisis: El 16% de los estudiantes encuestados responde que sus cambio morfo fisiológicos de pubertad aparecieron a los 10-11 años de edad, mientras que el 59% de 12 a 13 años de edad, un 14% de 13 a 14 años mientras que el 11% de 15 a 16 años de edad. Dando como mayor resultado la aparición de los cambio morfo fisiológicos en

la edad de 12 a 13 años de edad en la Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre

3) ¿Conoces tus hormonas sexuales?

Gráfico # 3 Hormonas Sexuales



Fuente: Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre
Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar Moreno

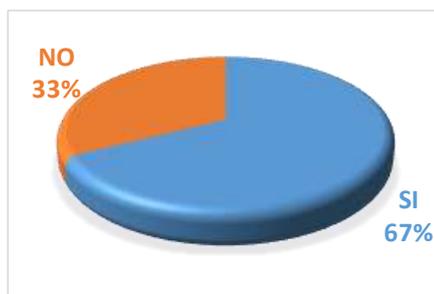
Análisis: En la encuesta realizada a los estudiantes el 16% estuvo de acuerdo en que si conocen sus hormonas sexuales mientras que el 84% no lo sabe, lo que está dentro de la aclaración del problema donde los estudiantes no están en pleno conocimiento sobre las hormonas que generan los cambios morfo fisiológicos en ellos, esto trae problemas porque al no conocer las hormonas que están actuando

en cada uno de ellos existe la idiosincrasia de crearse un tabú acerca de los riesgos sexuales y los cambios hormonales naturales que cada una, produce en los jóvenes.

Tortora expresa que: Las hormonas sexuales son las sustancias que fabrican y segregan las glándulas sexuales, es decir, el ovario (estrógeno) en la mujer y el testículo (testosterona) en el varón.

4) ¿Consideras importante el conocimiento de tu madurez sexual?

Gráfico # 4 Conocimiento de la madurez sexual



Fuente: Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre
Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar

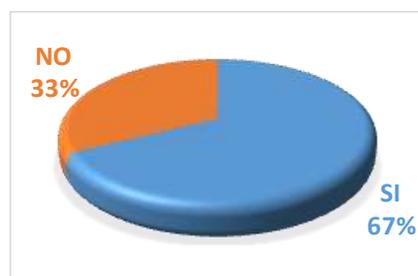
Análisis: El 67% de los estudiantes encuestados, sí considera importante el conocimiento de los cambios psicológicos y morfo fisiológicos de la madurez sexual, dando como resultado un interés muy alto por conocer qué tipo de cambios ocurrirán posteriormente en ellos, pero, un 33% de estudiantes encuestados no presenta interés por ello a pesar de estar en el grupo de los

estudiantes con desconocimiento, es decir, con la aplicación de la encuesta se valida la problemática del desinterés de conocer acerca de la sexualidad y se delimita la incidencia del desconocimiento sexual.

Sánchez expresa que: Madurez sexual, es llevada a cabo como consecuencia de la maduración de los órganos reproductivos y la producción de gametos.

5.) ¿Considera que tu madurez sexual debe ser llevada con conocimientos previos?

Gráfico # Conocimiento previos de la madures sexual



Fuente: Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre
Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar Moreno

Análisis: Así mismo que los resultados de la pregunta precedente un 67% si considera que la madurez sexual debe ser llevada con conocimientos previos, antes de cometer errores o auto medicarse en cambios hormonales natrales en los jóvenes, estableciendo una marca acentuada del problema el mismo 33% no considera conocer más acerca de su madurez sexual.

Tortora expresa que: La madurez sexual es llevada a cabo como consecuencia de la maduración de los órganos reproductivos y la producción de gametos.

Puede ser acompañada también por un crecimiento repentino o proporcionalmente más rápido, o por otros cambios físicos que distinguen un organismo inmaduro de su forma adulta.

6) ¿Conoces que son las enfermedades de transmisión sexual?

Gráfico # 6 Conocimiento de las ETS



Fuente: Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre
Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar Moreno

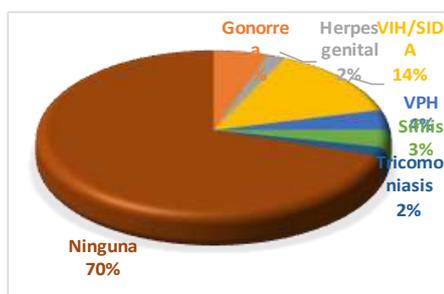
Análisis:

El 19% estuvo de acuerdo en que si conoce que son las enfermedades de transmisión sexual, mientras que el 81% desconoce acerca de las enfermedades de transmisión sexual, lo que da como resultado un riesgo para la salud de los joven y la salud pública lo que aumenta la aplicación emergente de la propuesta, para la capacitación de los estudiantes y prevenir el contagio de enfermedades sexuales, al no

existir un conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual se está frente a un potencial riesgo de salud pública en la ciudad de Guayaquil.

Expresa Cerruti que se denominan ETS a todas aquellas afecciones que se adquieren fundamentalmente a través del contacto sexual.

7) ¿Conoces estas enfermedades?



Fuente: Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre
Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar Moreno

Gráfico # 7 ETS

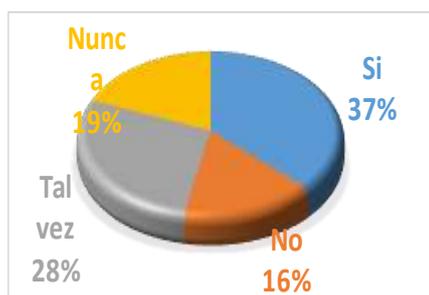
Análisis: En las encuestas realizadas a los estudiantes el 5% conoce acerca de la gonorrea, el 2% el herpes genital, 14% conoce acerca del sida, 4% del VPH, mientras que el 3% sobre la sífilis, un 2% de Tricomoniasis, y el sorprendente 70% no conoce acerca de ninguna de las anteriores dando como resultado que los jóvenes no están en pleno conocimiento de los riesgos de una sexualidad irresponsable

que esta de la mano con embarazos de alto riesgo en las adolescentes, determinando que los jóvenes están de escaso conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual, convirtiéndose en potenciales portadores de enfermedades por no estar al tanto de las sintomatología y signos de cada una de ellas.

Sánchez expresa que: Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), alguna vez llamadas enfermedades venéreas, se definen como un grupo de enfermedades causadas por diversos agentes infecciosos que se adquieren por la actividad sexual.

8) ¿Has recibido información de educación sexual de tu familia?

Gráfico # 8 Información de educación sexual



Fuente: Escuela-Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre
Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar Moreno

Análisis: El 37% de los estudiantes encuestados si ha recibido información de educación sexual de tu familia, mientras que el 16% no lo ha recibido, un 28% cree que tal vez si le insinuaron en forma de enseñanza los conocimientos de las enfermedades sexuales, un 19% nunca recibió ese tipo de enseñanza de la familia, es decir en la situación del problema una de las causas por

las que se origina este tipo de desconocimiento están incluidas las acciones de desinterés de las familias por enseñar a los jóvenes acerca de los cuidados y los medios de transmisión de las enfermedades de transmisión sexuales.

Expresa Cerruti que Asumir la educación sexual desde una perspectiva integral demanda un trabajo dirigido a promover aprendizajes desde el punto de vista cognitivo, en el plano afectivo y en las prácticas concretas vinculadas con el vivir en sociedad.

9) ¿En qué lugar recibes mayor conocimientos sobre la educación sexual?

Gráfico # 9 Fuentes de Información de educación sexual



Fuente: Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre
Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar Moreno

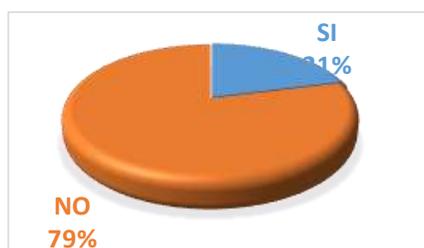
Análisis: El 21% de los estudiantes recibe sus conocimientos de casa mientras que el 16% del colegio y entre los estudiantes que no supieron recibir conocimientos desde sus casa y no conocen acerca de las enfermedades de transmisión sexual están el 28% que recibe su información de amigos y un 35% que lo recibe de otros, es decir la desorientación en la búsqueda de saberes es notable en los estudiantes. Promoviendo así

una sexualidad irresponsable y con riesgos para los demás.

Cerruti expresa que: La educación sexual es importante precisar el concepto de educación y el de sexualidad.

10) ¿Conoces los métodos anticonceptivos?

Gráfico # 10 Conocimiento de métodos anticonceptivos



Fuente: Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre
Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar Moreno

Análisis: El 21 % de los estudiantes en la encuesta respondieron que si conocen los métodos anticonceptivos y sus usos, asimismo una cifra alarmante demuestra que el 79% de los encuestados no los conoce por lo que se saben dar en aumento las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos adolescentes en la ciudad de Guayaquil y en especial en el sector, de la Escuela–Colegio

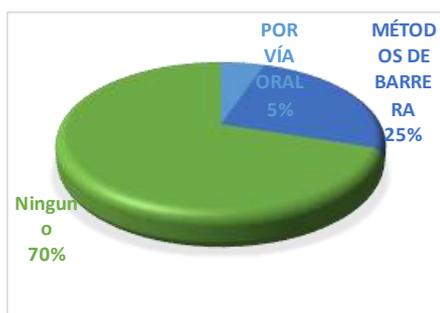
Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre.

El mayor porcentaje de los encuestados no conoce los métodos anticonceptivos, siendo este una población con riesgo asociado a embarazo adolescente.

Báez-Hernández, considera que: Los embarazos adolescentes están en riesgo de ser altos así mismo los riesgos de contagio de enfermedades de transmisión sexual, lo que dificulta el desarrollo socio económico de estas nuevas familias que se forman.

11) ¿Cuál es tu método anticonceptivo de tu elección?

Gráfico # 11 Método anticonceptivo



Análisis: El 25% de los encuestados usa métodos de barrera mientras que el 5% usa métodos de anticoncepción oral, así mismo un alarmante 70% no usa métodos anticonceptivos, dando riesgos a contagios de ETS y embarazos de adolescentes.

Fuente: Escuela-Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre
Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar Moreno

Báez-Hernández, considera que: Los métodos anticonceptivos es la manera de prevenir embarazos, enfermedades de transmisión sexual en una pareja.

Dentro de su proceso debe por lo tanto tener un doble componente: el educativo con el fin de llevar a todo nivel, en forma oportuna, la mejor información para que cada quien este en capacidad de tomar una determinación basadas en sus preferencias, necesidades y posibilidades.

12) ¿Está en conocimiento de la existencia de casos de embarazos en edades muy jóvenes?

Gráfico # 12 Existencia de casos de embarazos



Fuente: Escuela-Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre
Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar

Análisis: El mayor porcentaje sobre el cual se construyen los resultados de las encuestas afirma que el 95% no conoce de la existencia de casos de embarazos en edades adolescentes a diferencia del 5% que si presenta tener conocimiento de este tipo de tema.

Maddaleno afirma que: La concepción del embarazo en la adolescencia como un problema social y de salud pública se construye en base a factores biológicos, culturales y sociales que según las etnias puede constituirse o no en una situación de mayor vulnerabilidad para esta población.

CONCLUSIONES

El mayor porcentaje sobre el cual se construyen los resultados de las encuestas afirma que el 95% no conoce de la existencia de casos de embarazos en edades adolescentes a diferencia del 5% que si presenta tener conocimiento de este tipo de tema

Los estudiantes de Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre, durante la aplicación del seminario taller se reafirmó y capacito en muchos de los casos los jóvenes que están con conocimientos limitados acerca de métodos anti conceptivos y limitaciones que trae el embarazo adolescente.

Por medio de las capacitaciones, los estudiantes conocieron más acerca de su cuidado que deben de tener ante las enfermedades de transmisión sexual, así mismo, sobre las consecuencias de que puede traer cada una de estas enfermedades en los estudiantes que sean sexualmente activos de forma irresponsable.

La función que posee el enfermero en la capacitación es el rol de educador y promotor de la salud pública en la población de riesgo en este caso son los estudiantes y la adolescentes embarazadas que asistieron al seminario taller de la Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre, en la que se capacitó sobre la educación sexual.

RECOMENDACIONES

Promover el diseño y ejecución de políticas públicas integrales y sostenibles con el objetivo específico de asegurar el derecho humano a la educación sexual integral a sus poblaciones. Estas políticas deben tener enfoque de derechos, de género y de respeto a la diversidad; deben asegurar la articulación interinstitucional y con la sociedad civil, contando con los recursos necesarios para su aplicación.

Velar por la inclusión de la educación sexual integral desde el nivel primario, a la luz de las tasas de ingreso a la educación secundaria, la edad de inicio sexual y otras variables, todo ello en un marco de respeto y adaptabilidad de conformidad con la edad y con las capacidades propias del nivel de desarrollo emocional y cognitivo de las y los educandos;

Favorecer la inclusión de familias y comunidades como aliados estratégicos en el diseño e implementación curricular, sobre una base pluralista y de respeto por la obligación de brindar una educación integral, con información científica, actualizada, basada en la evidencia y en estándares de derechos humanos.

El Enfermero- a debe incluir en sus obligaciones la educación en salud, la cual le permite desligarse del trabajo en los centros hospitalarios, abrir espacios laborales en la comunidad, enseñar y fomentar mayor conciencia y sensibilidad hacia la vivencia de una sexualidad integral y, por ende, una mejor calidad de vida. Por estos motivos es necesario utilizar este programa no sólo en escuelas y colegios, sino también en toda la comunidad, como una manera de promover la igualdad social en relación con el conocimiento racional de la sexualidad integral.

BIBLIOGRAFÍA

- Báez-Hernández, F. J., Ramos Cedeño, L., & Medina López, O. M. (2013). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería . Perú : Panamericana
- Berenson, A. B. (2004). *línicas de Ginecología y Obstetricia de la adolescente*. Mexico : Mc Graw- Gill Interamericana.
- Bulechek, C. m. (2005). *Intervenciones de Enfermeria (3 ed.)*. Barcelona: McGraw-Hill.
- CERRUTI, B. S. (2009). *Sexualidad Humana Aspectos para desarrollar docencia en Educación sexual* . Uruguay : Edición Montevideo.
- Diz, J. I. (2013). *Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales*. Mexico : Manual Moderno .
- Farias MC, N. M. (2000). *Diagnósticos de enfermedades de un gestante de alto riesgo basados en la teoría do autocuidado de Orem: estudio de caso*. Latino-am Enfermagem, 14.
- INEC. (4 de 2014). *Ecuador en cifras*. Obtenido de : www.inec.gov.ec
- J., S. T. (20089). *Manual de Medicina de la Adolescencia*. Washington E. U. A: Organización Panamericana de la Salud.
- María Inés, M. M. (2008). *Manual de Medicina de la Adolescencia*. Brasil : Panamericana .
- Paul, C. (2000). *Imagen y percepción de la educación sexual*. Mexico : Universidad pedagógica nacional .
- R., Z. (2008). *Educación para la salud sexual* . Barcelona : Almerira S.A.
- SÁNCHEZ, R. J. (2008). *La sexualidad Programa Educativo de prevención (MMIX ed.)*. cuba : GRUPO CULTURAL .
- Tortora, G. J. (2011). *principios de anatomía y fisiología (11 ed.)*. Bergen Community College.
- Wikipedia. (Febrero de 2014). *Enciclopedia virtual*. Obtenido de es.wikipedia.org/wiki/Educación_sexual
- Aran, J.M., Güell, M., Marías, I. y Muñoz, J. (1995). 4. *El sexo en los tiempos del SIDA*.
- Bría, Ll., Marías, I., Molina, M.C. y Ramírez, A. (1991). *Educación sexual en el cole*. Madrid: Diseño.
- Coussins, J. (1991). *Hazlo bien, hazlo seguro*. Barcelona.

- Dexeus S. y otros (1986). La contracepción hoy. Barcelona. Salvat.
- Domingo A, Espinet B, Font P y de Manuel J. (1995), sexualidad y reproducción. Barcelona. Castellnou.
- Duran, D.(1997). Ciclo bis. Barcelona. La Galera.
- Equipo Aula Abierta (1991). Sexualidad y vida sexual. Barcelona. Salvat.
- Fernández, E. y Mústieles, D. (1997). Las mentiras de la sexualidad. Mitos y errores. Madrid. Olalla.
- De Kervasdoue, A. (1994). Cuestiones de mujeres. Madrid. Alianza Editorial.
- Kaplan, H.S.(1991). El sentido del sexo. Barcelona. Grijalbo.
- Martínez, J. Y Rubio, R. (1990). La sexualidad a lo claro. Madrid. Popular.
- Mayle, P. (1977). ¿Qué me está pasando? Barcelona. Grijalbo.
- Rus, A. (1997). El sexo de la A a la Z. Madrid. Temas de Hoy.
- Urruzola, M.J. (1991) Aprendiendo a amar desde el aula. Manual para escolares. Bilbao. Maite Canal.
- Savall A., Molina M.C., Cabra J., Sarasíbar X. y Marías, I. (1998). Yo, tu y nosotros. Cuerpo, sexualidad y afectividad. Barcelona: Octaedro.
- Savall A., Molina M.C., Cabra J. y Sarasíbar X. y Marías, I. (1997). Jo, tu i nosaltres. Cos, sexualitat i afectivitat. Barcelona: Octaedre.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

Autor	Año	Página de libro	Página de tesis
CERRUTI	2009	53	9
SÁNCHEZ	2008	35	10
TORTORA	2011	904	13
TORTORA	2011	905	14
TORTORA	2011	908	15
TORTORA	2011	917	20
TORTORA	2011	920	23
TORTORA	2011	923	24
TORTORA	2011	923	25
IGLESIAS	2013	93	29
SILBER	2008	78	30
CERRUTI	2009	181	32
SÁNCHEZ	2008	140	35
SÁNCHEZ	2008	157	37
SÁNCHEZ	2008	147	38
CERRUTI	2009	135	39
CERRUTI	2009	11	39
MADDALENO	2008	200	40
MADDALENO	2008	200	42
BÁEZ-Hernández	2013	473	48

LINCOGRAFÍA

http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10191.htm

<http://prenatal.tv/lecturas/ecuador/EMBARAZOADOLESCENCIA-ecu.pdf>

www.medigraphic.org.mx 2012 Embarazo en adolescentes. Vidas en riesgo
Javier Mancilla Ramírez Director General, Instituto Nacional de Perinatología.
Director de Perinatología y Reproducción Human

UNICEF. Tablas Estadísticas. Adolescentes. En: UNICEF Estado Mundial de la Infancia 2012. Niñas y niños en un mundo urbano. Fondo de las Naciones Unidas, New York, 2012: 130-3

Anexos

Asignación de tutor

Universidad de Guayaquil
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería

Oficio # 780-EE

Guayaquil, 12 de agosto del 2013

Licenciada, AMPARO PORTILLA LOOR, Msc.
Docente de la Escuela de Enfermería
Presente

Comunico a usted que de acuerdo a su experticia y a petición de los Internos de la Escuela de Enfermería, se la ha designado como Tutora de los Trabajos de Investigación, los que detallo a continuación:

AUTOR/ES	TEMAS
MUÑOZ AVILES PRISCILA ORTEGA BECKERT LEONOR	ESCOLARES MAL NUTRIDOS Y LA TRELACION CON EL RENDIMIENTO ESCOLAR DE LA UNIDAD EDUCATIVA # 261 "SOCIEDAD ITALIANA GARIBALDI". 2013
MEREJILDO DOMINGUEZ ELIZABETH LADINES CANALES ALEXANDRA	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN NIÑOS CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS DE 2 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD "PUERTO HONDO". 2013
BRAVO BRAVO ANDREA LARA FIGUEROA ALBA	EFFECTOS QUE CAUSA LA AUSENCIA O ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LACTANTES DE 0- 6 MESES DE EDAD EN LA MATERNIDAD "MARIANITA DE JESÚS" EN EL PERIODO 2013
ACOSTA MORALES ELIZABETH SALAZAR MORENO ISAURA	COMO INFLUYE LA FUNCIÓN DE LA ENFERMERA COMO EDUCADORA PARA EVITAR EL PORCENTAJE DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTE DE 12 A 19 AÑOS QUE ACUDEN AL ÁREA DE SALUD # 2. 2013

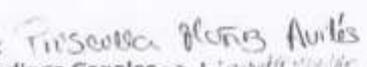
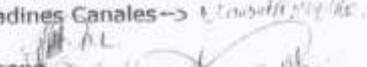
Cabe mencionar que los estudiantes integrantes de cada uno de los temas, concurrirán para planificar las actividades concernientes al desarrollo de las Tesis conjuntamente.

Segura de contar con su aceptación, para que se cumpla a cabalidad y los interesados logren una excelente presentación y culminación de los Trabajos de Investigación,

Atentamente,


Lic. Rosa Rofrío de Sánchez, Msc.
DIRECTORA


Lic. Fátima Morán Sánchez, Msc.
SUBDIRECTORA

C: Priscila Muñoz Avilés/Leonor Ortega Beckert 
Elizabeth Merejildo Domínguez/Alexandra Ladines Canales → 
Andrea Bravo Bravo/Alba Lara Figueroa → 
Elizabeth Acosta Morales/Isaura Salazar Moreno → 
Lic. María Cristina Ramos R., Coord. Internado
Archivo

Elaborado por: Miriam Rodríguez Cedeño
Revisado y Autorizado por: Lic. Rosa Rofrío de Sánchez, Msc.
Lic. Fátima Morán Sánchez, Msc.

Permisos



Universidad de Guayaquil
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería

A ✓

Oficio N° 069-CI-EE

Guayaquil, 18 de marzo de 2014

Licenciada, LOURDES TAPIA
DIRECTORA (E)
CENTRO ESCOLAR EXPERIMENTAL N°3
9 DE OCTUBRE U.E.B
Ciudad

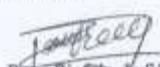
Cordiales saludos:

Por medio del presente solicito a usted autorice a las estudiantes de Cuarto Año - Internado SRTAS. ACOSTA MORALES ELIZABETH, SALAZAR MORENO MARÍA, quienes se encuentran realizando Trabajo de Investigación previo la obtención del Título como Licenciadas en Enfermería cuyo tema es: "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS. ESCUELA COLEGIO CENTRO EXPERIMENTAL N° 3 9 DE OCTUBRE U.E.B 2013-2014", para que puedan recabar información sobre datos estadísticos.

Cabe mencionar que los interesados realizarán esta actividad a partir de la presente fecha salvo su mejor criterio.

Segura de una favorable respuesta, me suscribo de usted,

Atentamente,


Lic. Rosa Rofrío de Sánchez, Msc.
Directora Escuela de Enfermería



*Autorizado y
recibido por,
Lida. Lourdes Tapia
Guayaquil, 18 de Marzo 2014
12h:39*

C: Archivo

Cuadro # 1 Cambios morfológicos de la adolescencia

Ítems	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
1	Menarquia	43	30%
2	Desarrollo de la vulva	7	5%
3	Aumento de tamaño glándulas mamarias	5	4%
4	Crecimiento de falo del pene	30	21%
5	Secreción espermática	30	21%
6	Distribución masculina del vello y la grasa corporal.	6	4%
7	Atrofia mamaria.	0	0%
8	Hombros anchos,	5	4%
9	Caderas estrechas.	15	10%
10	Mayor desarrollo muscular	2	1%
	Total	143	100%

Fuente: Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre

Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar

Cuadro # 2 Edad de desarrollo de la pubertad

Ítems	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
1	10-11	22	16%
2	12-13	85	59%
3	13-14	21	14%
4	15-16	15	11%
	Total	143	100%

Fuente: Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre

Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar

Cuadro # 3 Hormonas Sexuales

Ítems	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
1	SI	23	16%
2	NO	120	84%
	Total	143	100%

Fuente: Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre

Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar

Cuadro # 4 Conocimiento de la madures sexual

Ítems	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
1	SI	96	67%
2	NO	47	33%
	Total	143	100%

Fuente: Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre

Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar

Cuadro # 5 Conocimiento previos de la madures sexual

Ítems	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
1	SI	97	67%
2	NO	46	33%
	Total	143	100%

Fuente: Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre

Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar

Cuadro # 6 Conocimiento de las ETS

Ítems	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
1	SI	27	19%
2	NO	116	81%
	Total	143	100%

Fuente: Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre

Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar

Cuadro # 7 ETS

Ítems	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
1	Clamidia	0	0%
2	Gonorrea	7	5%
3	Herpes genital	3	2%
4	VIH/SIDA	20	14%
5	VPH	6	4%
6	Sífilis	5	3%
7	Tricomoniasis	2	2%
8	Ninguna	100	70%
	Total	143	100%

Fuente: Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre

Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar

Cuadro # 8 Información de educación sexual

Ítems	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
1	Si	53	37%
2	No	23	16%
3	Tal ves	40	28%
4	Nunca	27	19%
	Total	143	100%

Fuente: Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre

Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar

Cuadro # 9 Fuentes de Información de educación sexual

Ítems	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
1	Casa	30	21%
2	Colegio	23	16%
3	Amigos	40	28%
4	Otros	50	35%
	Total	143	100%

Fuente: Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre

Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar

Cuadro # 10 Conocimiento de métodos anticonceptivos

Ítems	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
1	SI	30	21%
2	NO	113	79%
	Total	143	100%

Fuente: Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre

Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar

Cuadro # 11 Método anticonceptivo

Ítems	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
1	POR VÍA ORAL	7	5%
2	POR VÍA INTRAVAGINAL Y TRANSDÉRMICA	0	0%
3	INYECTABLES	0	0%
4	IMPLANTE SUBCUTÁNEO	0	0%
5	MÉTODOS DE BARRERA	36	25%
6	Ninguno	100	70%
	Total	143	100%

Fuente: Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre

Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar

Cuadro # 12 Existencia de casos de embarazos

Ítems	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
1	SI	7	5%
2	NO	136	95%
	Total	143	100%

Fuente: Escuela–Colegio Centro Escolar Experimental N° 3 Nueve de Octubre

Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales y María Isaura Salazar

Encuestas

Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Enfermería

Tema:

Nivel de conocimiento sobre la prevención del embarazo adolescente de 12 a 18 años. Escuela – Colegio Centro Escolar Experimental N°3 9 de octubre. 2013-2014.

Observación: La encuesta es de tipo anónima se le ruega contestar con toda sinceridad las preguntas lea detenidamente, en caso de no tener establecido el propósito de la pregunta se le ruega preguntar a su conferencista.

DATOS GENERALES

Fecha: _____

Edad: _____

Encuesta N°: _____

Delas siguientes opciones señale la correcta.

1) ¿Qué cambios sucedieron en ti al entrar en la adolescencia?

- Menarquía
- Desarrollo de la vulva
- Aumento de tamaño
- Crecimiento de falo del pene
- Secreción espermática
- Distribución masculina del vello y la grasa corporal.
- Atrofia mamaria.

- hombros anchos,
- caderas estrechas.
- Mayor desarrollo muscular.

¿A qué edad sucedieron estos cambios en ti?

10-11

12-13

13-14

14-15

¿Conoces tus hormonas sexuales?

Estrógeno

Testosterona

¿Consideras importante el conocimiento de tu madurez sexual?

Si

No

¿Considera que tu madurez sexual debe ser llevada con conocimientos previos?

Si

NO

¿Conoces que son las enfermedades de transmisión sexual?

Si

No

¿Conoces estas enfermedades?

Clamidia

Gonorrea

Herpes genital

VIH/SIDA

VPH

Sífilis

Tricomoniasis

Ninguna

¿Has recibido información de educación sexual de tu familia?

Si

No

Tal vez

Nunca

¿En qué lugar recibes mayor conocimientos sobre la educación sexual?

Casa

Colegio

Amigos

Otros

¿Conoces los métodos anticonceptivos?

Si

No

¿Cuál es tu método anticonceptivo de tu elección?

MÉTODOS HORMONALES

POR VÍA ORAL

- Píldora

- Mini-píldora
- Píldora postcoital

POR VÍA INTRAVAGINAL Y TRANSDÉRMICA

- Anillo vaginal
- Parche

INYECTABLES

- Inyección mensual
- Inyección trimestral

IMPLANTE SUBCUTÁNEO

De una o dos varillas

- Diu (Dispositivo Intra-Uterino)
- Diu De Cobre
- Diu De Liberación Hormonal
- (Aunque Es Un Método También Hormonal, se incluye en este apartado)

MÉTODOS DE BARRERA

- Preservativo
- Diafragma
- Preservativo femenino
- Esterilización voluntaria
- Ligadura de trompas
- Método essure (obstrucción tubárica)
- Vasectomía

¿Consideras el embarazo adolescente algo normal?

- Si
- No
- Tal vez
- No sabe

CONTROL DE AVANCE DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Desarrollo de tutorías							
Actividades	Hora		Firma		Fecha		
	Inicio	Final	Tutor	Estudiantes	D	M	A
Preparación del tema de investigación							
Corrección del planteamiento y justificación							
Nueva corrección del planteamiento y justificación							
Marco teórico presentación y corrección							
Nueva corrección Marco teórico presentación y corrección							
Presentación del instrumento y corrección							
Presentación de trabajo completo							
Presentación del trabajo corregido y orientación para diapositivas							

**CRONOGRAMAS DE DESARROLLO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
DE TITULACIÓN Y GRADUACIÓN DEL PREGRADO 2014**

#	FECHAS ACTIVIDADES	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
		1	Revisión y ajustes al proyecto de investigación por el tuto. (diseño de proyecto de investigación)	X				
2	Trabajo de campo: Recopilación de información		X					
3	Procesamiento de datos		X	X				
4	Análisis e interpretación de datos			X	X			
5	Elaboración de informe final					X		
6	Entrega del informe final (Subdirección)						X	
7	Sustentación							X

Presupuesto

Concepto de Rubro de Gastos	Valor
1. Materiales de oficina	60
2. Material bibliográfico	185
3. Copias e Impresiones	25
4. Material Práctico para taller	100
5. Gasto de Internet	65
6. Transporte	150
7. Imprevistos	300
Total	885

Evidencias fotográficas

Reunión con directivos de la Escuela – Colegio Centro Escolar Experimental

Nº3 9 de octubre.2013-2014.



Encuesta a estudiantes de la Escuela – Colegio Centro Escolar Experimental
Nº3 9 de octubre.2013-2014.

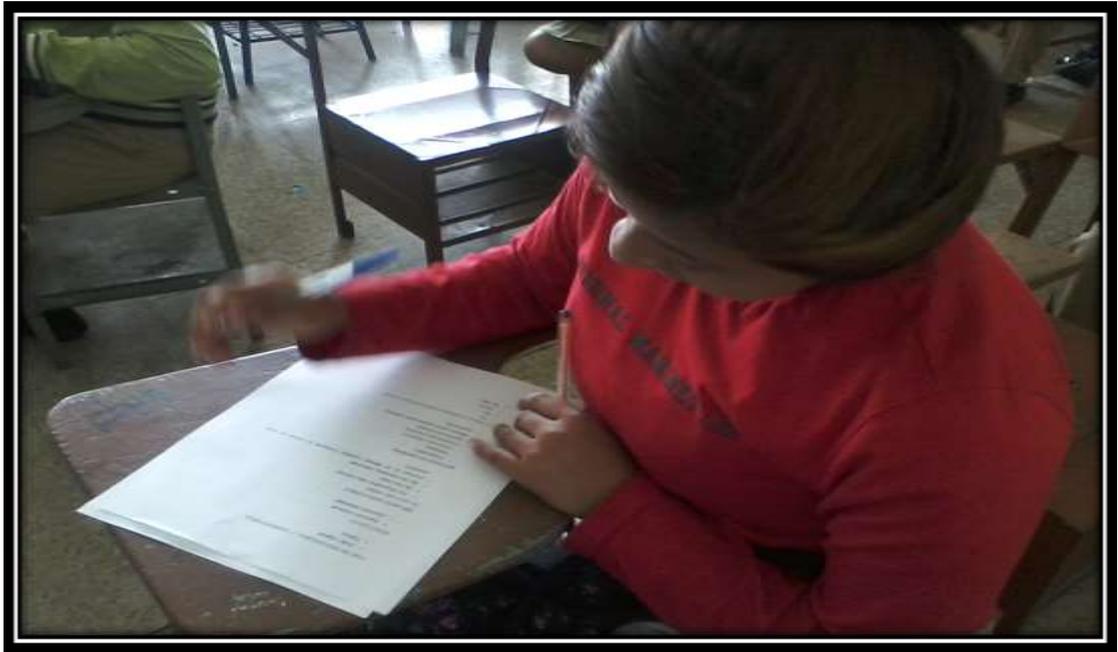




Desarrollo de las Encuestas realizada a los estudiantes de la Escuela – Colegio Centro Escolar Experimental N°3 9 de octubre.2013-2014.







II PARTE PROPUESTA



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**PROPUESTA PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

Tema:

**TALLERES EDUCATIVOS DE ENFERMERÍA SOBRE LA
PREVENCIÓN DEL EMBARAZO, DIRIGIDO
A LOS ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS
ESCUELA - COLEGIO CENTRO
ESCOLAR EXPERIMENTAL N°3
9 DE OCTUBRE
2013-2014**

Autores:

**ELIZABETH YESSÉNIA ACOSTA MORALES
MARÍA ISAURA SALAZAR MORENO**

Tutora:

Lic. AMPARO PORTILLA LOOR. Msc.

2013_2014

INTRODUCCIÓN

El presente artículo es el resultado de una investigación nacida de la necesidad de personas jóvenes de conocer más sobre la sexualidad integral, y de la escasez de programas educativos dirigidos a esta población. Su objetivo es resaltar la importancia del profesional de enfermería dentro del perfil educativo de la sexualidad. El enfoque es cualitativo, de tipo vivencial y contribuyó con la construcción de conocimientos en unión con los participantes. Se utilizaron técnicas cualitativas de recolección de datos tales como el grupo focal, la observación participante -y no participante- de cuestionarios.

Los principales problemas encontrados en el entendimiento de este tópico son: la visión de la sexualidad como un tema tabú, la educación tradicionalista basada sólo en la anatomía y fisiología, la influencia de la cultura patriarcal y las religiones judeo-cristianas, los escasos materiales teóricos viables y espacios de divulgación, la fuerte presión social y su lenguaje distorsionado. Lo anterior se refleja en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población estudiada

ANTECEDENTES

Historia de la Escuela de Educación Básica “9 de Octubre”

Hablar de la Escuela Básica Fiscal “9 de Octubre” es recordar a una de las instituciones de educación más brillante que tiene Guayaquil y la patria.

Aunque el edificio fue inaugurado el 9 de Octubre de 192, nuestro plantel nace el 24 de Mayo de 1924 siendo su gestor y propulsor el ilustre Dr. Carlos Monteverde Romero Escuela Superior Modelo “Nueve de Octubre” fue el nombre con el que abrió sus puertas. Este plantel era una joya de obra de alemanes.

Para entender mejor la historia de esta prestigiosa institución se la ha subdividido en etapas según archivos que reposan en la secretaria del plantel; la primera etapa va desde 1924 hasta 1930 iniciando como Director el profesor Otto Scharnow de origen alemán, tiempo después lo sustituyó Oswaldo Peisker y Adel Martínez Ponce. Durante este periodo por resolución ministerial la escuela fue elevada a condición de colegio preparatorio para la enseñanza secundaria y para los institutos normales.

En la segunda etapa comprendida entre 1930 a 1937 llega al país el pedagogo Adolfo Feviere, preconizador ilustre, el cual elabora un nuevo plan de estudios.

El establecimiento entra al sistema de Drecoly, con sus concepciones y principios, en el año 1934 se aplican por primera vez los test mentales de Khulman y Anderson.

De la tercera etapa comprendida entre 1938 - 1949 la escuela modelo se transforma en Centro de Experimentación Pedagógica al igual que otros planteles similares, enseñando nuevas doctrinas educativas. La escuela pasa a tomar el nombre de Centro Escolar Experimental N° 3 “Nueve de Octubre” nombre que conservó hasta abril del 2013.

La cuarta etapa está comprendida desde 1949 hasta 1956 en la que se destaca el propósito fundamental de contribuir al desarrollo del sistema educativo mediante sistemas pedagógicos adecuados que renuevan las prácticas educativas.

Quinta etapa 1956 - 1963, se caracteriza por ser una etapa de transición en la que surge la preocupación por tratar de que los beneficios de la Reforma Educativa a través de su divulgación, alcancen a todas las escuelas de la ciudad, pero ya no de forma ocasional sino permanente, como es normal en todo proceso surgen percances antes de lograr la meta propuesta y nuestra institución no fue la excepción.

En la sexta etapa comprendida entre los años 1963 - 1970 por resolución ministerial N° 590, con fecha 4 de abril de 1963, expedida por el Dr. Gonzalo Abad Grijalva, Ministro de Educación, el plantel es ratificado en su carácter de experimental, proyectándose a la elaboración y difusión de planes como: Procedimientos e ideas educativas y técnicas de enseñanza, que luego de ser aprobadas fueron puestas en práctica contando con la debida capacitación a directivos y docentes para emprender este nuevo reto, bajo la dirección del Dr. Vicente Gutberto Chico. Durante ese periodo el pabellón del plantel recibió la condecoración al Mérito Educativo de Primera Clase, impuesta por el señor Ministro de Educación Pública, Dr. Augusto Solórzano Constatine, el 30 de septiembre de 1970, por cumplir 50 años de fructífera labor a la comunidad.

En séptima etapa que abarca los años 1971 a 1973 el plantel recibe el nuevo reglamento general de centros escolares del país. Se continua aplicando la reforma educativa de los tres ciclos en lo relativo a la labores de orientación didáctica del profesorado de la ciudad. Durante este periodo el edificio fue demolido por disposición ministerial.

Octava etapa comprende los años 1974 -1977, contando con el nuevo edificio y el mobiliario adecuado acorde a las necesidades, se continuó la capacitación a los Docente, los cuales tuvieron participación activa al mando de la Dra. Azucena Castro supervisora de la zona.

La novena etapa que dura desde 1978 - 1984 continúan los cambios educativos expedidos desde el nivel central, el plantel elaboró su plan concreto a pedido de la supervisión escolar del área N°2 destacando la aplicación del plan y programas de nivel primario, el cual a sus inicios tuvo algunas complicaciones, pero que luego pudo salir adelante para lo cual se realizaron folletos de mimeografiados que se dieran por parte de las autoridades educativas, así como formularios y libros de trabajo docente.

Toda labor se centró en el folleto intercalando orientaciones para la aplicación didáctica. Por el año de 1983 - 1984 el Centro Escolar cumplió con una capacitación del personal directivo y docente de algunas escuelas fiscales, municipales sobre la aplicación del nuevo plan. A fines de 1984 e inicios de 1985 se da cumplimiento al nuevo plan de estudios para el nivel primario, siendo acogido y trabajado con la responsabilidad del caso por cada uno de los directivos y docentes de esta escuela.

El destacado maestro Dr. Vicente Chico quien por más de cinco décadas como maestro y luego como director realizó una labor fecunda, de servicio esfuerzo y trabajo activo, positivo y patriótico en beneficio de la niñez y de la educación con entrega total de sus potencialidades en el cumplimiento de sus sutil misión, hizo de su profesión un apostolado ejercicio con seriedad y responsabilidad, testimonio fehaciente de su fructífera labor es la condecoración al mérito educativo de primera clase impuesta por el Señor Ministro de Educación y Cultural Dr. Galo García Feraud, el 2 de junio de 1980.

Este insigne maestro, formador de la niñez y juventud se acogió a la jubilación en enero del 2009, siendo sustituido en sus funciones por la Dra. Pilar Guerrero quien quedo encargada de la dirección de este prestigioso plantel.

La labor educativa emprendida por este centro de estudios continúa hasta la presente fecha, siendo los directivos y docentes los responsables de dar cumplimiento con las normativas expedidas por el nivel central. Cabe indicar también que a partir de mayo de 2013 el Centro Escolar se fusiona con la Escuela Fiscal Mixta Vespertina N° 60 "Rumiñahui", según acuerdo ministerial número 0174, suscrito por el abogado Juan Carlos Rodríguez Moreno, Ing. Jorge Nieto Alarcón, en sus calidades de Subsecretario de Educación Distrito de Guayaquil y Director Técnico de Planificación, respectivamente, en el que consta la reorganización de las Instituciones Educativas del Distrito 3 de la Ciudad de Guayaquil, cabe recalcar que esta escuela llevó el nombre de RUMIÑAHUI, en honor al valiente defensor del REINO DE QUITO y que

ostentó su nombre con orgullo e hidalguía, fue fundado el 2 de mayo de 1960, siendo Director Provincial el señor Carlos H. Vargas e inspector de la IV zona el señor Eduardo Zamora. La misma que brindó a la niñez de la Ciudad de Guayaquil una educación acorde con la metodología y exigencias de la sociedad y del conocimiento; cumplió su gestión educativa por un lapso de 52 años ininterrumpidos y que compartía el edificio con el centro escolar en horario vespertino.

Al ser unificadas y según los lineamientos del acuerdo expedidos por el nivel central prevaleció el nombre de Escuela Básica Fiscal “Nueve de Octubre”, siendo nombrada como Directora la Dra. Pilar Guerrero Villamar que meses después se acogió al proceso de jubilación quedando en su encargo la Lcda. Lourdes Tapia Contreras que continúa ejerciendo este cargo hasta la actualidad.

Marco institucional

Institución

Escuela – Colegio Centro Escolar Experimental N°3 9 de octubre.2013-2014.

Localización

Escuela – Colegio Centro Escolar Experimental N°3 9 de octubre.2013-2014.

Participantes beneficiados

143 estudiantes

Duración

Diciembre 2013- Abril2014

Naturaleza o tipo de proyecto:

Social

Objetivo General

Desarrollar talleres educativos de enfermería, dirigido a estudiantes de la Escuela – Colegio Centro Escolar Experimental N°3 9 de octubre.2013-2014.

Objetivos Específicos

- Motivar a los adolescentes mediante talleres de educación sexual.
- Elaborar material didáctico como trípticos, pancartas, con temas relevantes para la vivencia de una sexualidad integral.
- Fomentar el desarrollo integral de la salud sexual y reproductiva.
- Identificar redes de apoyo que beneficien la salud sexual y reproductiva.

Actividades

Taller

Tema: Educación sexual.

Tiempo: Enero -Abril

Objetivo: Desarrollo de taller educativo de enfermería, dirigido a estudiantes de la Escuela – Colegio Centro Escolar Experimental N°3 9 de octubre.2013-2014

Edad: 12 a 18 años

Destreza con criterio de desempeño	Contenido	Estrategias y métodos	Recursos	Evaluación
<p>Desarrollar talleres educativos de enfermería, dirigido a estudiantes de la Escuela – Colegio Centro Escolar Experimental N°3 9 de octubre.2013-2014.</p>	<p>Taller #1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Órganos sexuales. • Madurez sexual. • Adolescencia y cambio hormonales. • Enfermedades de transmisión sexual. • Riesgos epidemiológicos 	<p>Experiencia concreta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer de forma global los riesgos de una sexualidad irresponsable sobre la salud y consecuencias del neonato en las madres adolescentes. • Observar en carteles y proyecciones educación sexual integral. <p>Reflexión : Responder preguntas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proyector • Talento Humano • Pedagógico. • Trípticos • Diapositivas • Ordenadores • Folletos guía. • Libretas de apuntes. • Esferográficos • Refrigerios. 	<p>Formulación de preguntas sobre el tema.</p> <p>Foro: dividir en grupos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnica vivencial. • Trabajo en grupos <p>Reflexión sobre el tema y experiencias personales</p>

	<p>del sida en el Ecuador.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Métodos anticonceptivos • Embarazo adolescente. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué opinan de la Participación comunitaria de la Licenciada en enfermería? • ¿Cuál fue su experiencia en el taller? <p>Conceptualización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar un análisis. • Ejecutar un foro de discusión sobre los temas expuestos. <p>Dinámica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semilunar <p>Aplicación práctica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contestar las preguntas de evaluación • Elaborar gráficos conceptuales sobre las ideas más importantes. • Exponer las conclusiones de representantes legales. 		
--	---	---	--	--

Elaborado por: Elizabeth Yessenia Acosta Morales

María Isaura Salazar

Presupuesto

Concepto de Rubro de Gastos	Valor
1. Materiales audio visuales	60
2. Material bibliográfico	50
3. Copias e Impresiones	25
4. Imprevistos	80
Total	215

Evaluación.

Mediante preguntas se evaluara el nivel de conocimiento de los estudiantes, asimilados por medio de seminario taller para la educación sexual integral.