



ESCUELA DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSTGRADO

TESIS

APLICACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DE SALUD SEXUAL
PARA PREVENIR EL EMBARAZO PRECOZ DE LAS ADOLESCENTES
DEL TERCER GRADO DE LA I.E. *JORGE BERRIOS ALARCÓN*
YURACYACU - CHOTA 2015

PARA OBTENER EL GRADO DE MAGÍSTER
EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

AUTORA

Br. SÁNCHEZ VÁSQUEZ HERLINDA CONSUELO

ASESOR

Dr. FIGUEROA CORONADO ERICK CARLO

CHOTA – PERÚ

2017

PÁGINA DE JURADO

Mg. SANDIE MORENO QUISPE
Presidente

Mg. ROCIO JANET GONZALES PEJERREY
Secretaria

Dr. ERICK CARLO FIGUEROA CORONADO
Vocal

Dedicatoria

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de realización académica, a mis padres Napoleón y Consuelo, a mi esposo Marcelino e hijos Frankcely, Marylena y María Belén, por todo el apoyo, la comprensión y el amor que me han brindado en cada momento de mi vida, que son el motivo y la razón que me ha llevado a seguir superándome día a día.

Herlinda

Agradecimiento

Al finalizar esta investigación, es inevitable pensar que hubiese sido posible sin contar con la participación y apoyo constante de las autoridades de la Institución Educativa *Jorge Berrios Alarcón* de Yuracyacu, Chota.

Debo agradecer de manera especial y sincera a mi Asesor Dr. Erick Carlo Figueroa Coronado por motivarme en la realización de esta tesis bajo su dirección, apoyo y confianza en mi trabajo pues su capacidad para guiar este estudio ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigador.

Finalmente, me complace de sobre manera a través de este trabajo exteriorizar mi sincero agradecimiento a la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo y en ella a los distinguidos docentes quienes con su profesionalismo y ética puesto de manifiesto en las aulas enrumban a cada uno de los que acudimos con sus conocimientos.

La autora

Presentación

Respetables señores Miembros del Jurado:

En concordancia y cumplimiento de las normas que estipula el reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo se pone a vuestra consideración el presente trabajo de investigación titulado: APLICACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DE SALUD SEXUAL PARA PREVENIR EL EMBARAZO PRECOZ DE LAS ADOLESCENTES DEL TERCER GRADO DE LA I.E JORGE BERRIOS ALARCÓN YURACYACU – CHOTA, 2015, con fines de obtener el grado de Magíster en Gestión de los Servicios de Salud.

Esta investigación presenta información acerca del grado de efectividad que genera la aplicación de un programa en salud sexual con la finalidad de aumentar el nivel de conocimientos y mejorar la actitud de los adolescentes de una institución educativa frente a la prevención del embarazo precoz, en cuyo contexto, la información recogida a través de la aplicación de los instrumentos indican que efectivamente a través de la aplicación del programa se mejora el nivel de conocimiento y la actitud frente a la problemática en estudio con el fin de disminuir la incidencia de casos relacionados a esta problemática en dicha institución.

Segura del reconocimiento del aporte de este trabajo se está presta a recoger observaciones y sugerencias que ustedes realicen, las mismas que se tomarán en cuenta en beneficio de los adolescentes estudiantes de la Institución Educativa “Jorge Berrios Alarcón” Yuracyacu, Chota, puesto que toda investigación contribuye a la mejora del servicio y de la calidad en los servicios de salud.

Índice

<i>Agradecimiento</i>	<i>IV</i>
<i>Índice</i>	<i>VI</i>
<i>Resumen</i>	<i>VIII</i>
<i>Abstract</i>	<i>IX</i>
<i>Introducción</i>	<i>X</i>
<i>CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</i>	<i>13</i>
1.1 Planteamiento del problema	13
1.2 Formulación del problema	19
1.3 Justificación	19
1.4 Limitaciones	20
1.5 Antecedentes	20
1.5.2 Nacionales.	23
1.6 Objetivos	28
<i>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</i>	<i>30</i>
2.1 Base Teórica	30
2.1.1 Teorías relativas al desarrollo moral del individuo.	30
2.1.1.1 Teoría de Piaget.	30
2.1.2 Prevención del embarazo adolescente	34
2.1.3 La adolescencia.	35
2.1.4 Embarazo en la adolescencia.	44
2.1.5 Sexualidad en el adolescente.	51
2.1.6 Habilidades sociales y autoestima para la prevención del embarazo adolescente	56
2.1.7 Anticoncepción en la adolescencia.	65
2.1.8 Conocimientos y actitudes de los estudiantes frente al embarazo adolescente.	81
2.1.9 Rol del personal de salud en la prevención del embarazo adolescente.	94
2.1.10 Funciones de educación y prevención en salud.	95
2.1.11 Metodología y estrategia educativa para prevención del embarazo adolescente.	95
2.1.12 Técnicas participativas para la educación socializada.	98
2.1.13 Aprendizaje significativo/Ausubel	102
	<i>VI</i>

2.1.14 Programa educativo en educación sexual para la prevención del embarazo precoz.	103
2.2 Marco conceptual	107
CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO	109
3.1 Hipótesis	109
3.2 Variables	109
3.2.2 Variable dependiente: prevención.	109
3.3 Metodología	113
3.3.1 Tipo de estudio.	113
3.3.2 Diseño.	113
3.4 Población y muestra	114
3.4.1 Población	114
3.4.2 Muestra	114
3.5 Métodos de investigación	114
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	115
3.6.3. Validación y confiabilidad del instrumento	118
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	119
4.1. Análisis de los resultados.	119
4.2. Prueba de contrastación de la hipótesis	1242
4.3. Discusión de los resultados	1253
Conclusiones	1277
Recomendaciones	1288
Referencias Bibliográficas	1299
ANEXOS	1355
DIMENSIÓN	1444
INDICADORES	1444
PANEL FOTOGRAFICO	151
GUIÓN DE SESIONES EDUCATIVAS	160

Resumen

El embarazo precoz en la adolescencia es una problemática que presenta consecuencias múltiples, afectando de manera determinante el futuro y el proyecto de vida de los adolescentes no obstante, esto puede ser prevenido por el personal sanitario, por lo cual en esta investigación se plantea como objetivo general determinar la efectividad del programa educativo de salud sexual para prevenir el embarazo precoz de las adolescentes del tercer grado de la I.E Jorge Berrios Alarcón- Yuracyacu, Chota - 2015;

Este estudio es de tipo analítico, de enfoque cuantitativo, de nivel aplicativo, con un diseño pre experimental con pre - test y post – test. La población estuvo conformada por 22 adolescentes; se utilizó como instrumentos de recolección de datos un cuestionario de alternativas múltiples y una escala tipo Likert, cuya aplicación se dio antes y después de la intervención del programa educativo diseñado.

Se puede observar que antes de la aplicación del programa educativo se obtuvo un nivel de conocimiento un promedio de 10,59 que corresponde al nivel deficiente, en cuanto a la actitud obtuvieron en promedio 49,01 que corresponde a un nivel de indecisión, mientras que luego de la aplicación del Programa Educativo el promedio en conocimiento fue de 17,59 que corresponde al nivel de bueno, en cuanto a la actitud obtuvieron en promedio 75,36 que corresponde a un nivel de aceptable

Además, al observar el estadístico t cuyo valor es -6,970 y el valor de significancia menor que 0,05, con lo que se comprueba que hay diferencias significativas en ambas variables de estudio.

Palabras clave: educación salud sexual, embarazo precoz, adolescente

Abstract

Early teen pregnancy is a problem that has many consequences, affecting decisively the future and life project of adolescents however, this can be prevented by medical personnel, so in this research therefore seeks determine the overall effectiveness of sexual health education program to prevent teenage pregnancy early third grade El Yuracyacu Alarcon Jorge Berrios, Chota - 2015;

This study is analytic, quantitative approach, level application with a pre-experimental design with pre - test and post - test. The population consisted of 22 adolescents in the third grade El Alarcon Jorge Berrios - Yuracyacu Chota; He considered riskier to submit teenage pregnancy was used as data collection instruments in a multiple alternatives and a Likert scale, the application was given before and after the educational intervention program designed.

The conclusions were assessing the level of overall prevention of early pregnancies of girls in the third grade of the IE Alarcon Jorge Berrios Yuracyacu - Chota, after application of the educational program. The results showed that 77.3% of students have a higher level of knowledge and 72.7% of students have an attitude of acceptance which promotes high levels of prevention

Keywords: sexual health education, early pregnancy, teen

:

Introducción

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública dada la elevada prevalencia y repercusiones biológicas, psíquicas y sociales a corto y largo plazo.

Estudios realizados, según Organización Mundial de Salud (OMS, 2012a) “sobre el comportamiento sexual y reproductivo en los/las adolescentes muestran que estos(as) tienden al inicio precoz de las relaciones sexuales y en la mayoría de los casos lo hacen desprovistos de información objetiva, oportuna, clara y veraz” (p.49), además, “acerca del manejo de la sexualidad, de las responsabilidades que implican la maternidad y la paternidad y del uso correcto y sistemático de los métodos anticonceptivos modernos” (OMS, 2012a, p.49). Se dice que en muchas de “estas situaciones exponen a los/las adolescentes a mayor riesgo de que se produzca un embarazo no planeado, un aborto provocado o una infección sexual, incluyendo el VIH/SIDA” (OMS, 2012a, p.49).

Para OMS (2012) “el embarazo en la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tienen sobre la salud de la madre y del producto” (p.13); además, de “las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los/las jóvenes.” (OMS, 2012a, p.13).

Según Gutiérrez (2012) “Son pocos los estudios orientados al enfoque de esta situación y diversos autores han señalado que los jóvenes comienzan demasiado pronto a experimentar las relaciones sexuales” (p.5) y “no son plenamente conscientes de las consecuencias de no practicarlas con seguridad y lo que pueden condicionarlos para el resto de su vida” (Gutiérrez, 2012, p.5).

Por su parte, Tello (2008) “en el ámbito de las políticas existentes en el Perú, a partir de 1996 el gobierno ha modificado la currícula educativa existente para dar un mejor énfasis en la educación sexual y la planificación familiar” (p.8). Siendo “esto exigido por las organizaciones del área se encuentren preparadas para apoyar en el diseño de programas educativos efectivos” (Tello, 2008, p.1).

Con respecto a ello la educación es de relevancia para el adecuado manejo de la problemática mencionada por lo cual debe ser abordada con un enfoque preventivo - promocional fomentando así una enseñanza integral en aspectos conceptuales sobre la adolescencia, embarazo adolescente, sexualidad, habilidades sociales y anticoncepción.

La presente investigación tiene como objetivo general Aplicar un programa educativo de salud sexual para prevenir el embarazo precoz de los adolescentes del tercer grado de educación secundaria de la Institución Educativa “Jorge Berrios Alarcón”, Yuracyacu - Chota 2015.; orientado a generar información, mejorar, fortalecer e incrementar conocimientos y formar actitudes favorables hacia la prevención del embarazo adolescente con el fin de disminuir la incidencia de casos relacionados a esta problemática en dicha institución.

La investigación está organizada en cuatro capítulos:

El capítulo I, hace referencia a la situación problemática sobre la educación sexual en los adolescentes y los conocimientos previos y actitudes frente al problema; así mismo este capítulo muestra los antecedentes que se han realizado sobre este tipo de investigaciones, tanto a nivel local, nacional e internacional. Del mismo modo en este apartado queda determinado el objetivo de esta investigación.

En la segunda parte se abordó los elementos teóricos que encuadran dentro del estudio, tratados por diversos autores que relacionan los fundamentos sobre los conocimientos y actitudes hacia la prevención del embarazo precoz que nos ayudan a entender y buscar estrategias de solución.

La orientación metodológica para esta investigación se encuentra en el capítulo III. En este estudio de tipo analítico, de enfoque cuantitativo, de nivel aplicativo, con un diseño cuasi experimental de grupo único con pre - test y post –

test, los datos obtenidos se procesaron e interpretaron haciendo uso de la estadística descriptiva.

En el capítulo IV se detalla la discusión de los resultados interpretando y analizando cada cuadro presentado, respondiendo de esta manera a los objetivos planteados.

Finalmente, en el capítulo V se presentan las conclusiones y sugerencias a las que se arribaron, luego del análisis e interpretación de los resultados obtenidos después de la aplicación de los instrumentos; las referencias bibliográficas de todos los libros y otros medios consultados; así como los anexos que servirán para explicar y aclarar el proceso de investigación.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Para Robalino (2009) La adolescencia es una larga etapa de vida que “según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como *el periodo en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica*” (Robalino, 2009, p.20).

Es importante saber que, en la adolescencia, se presentan variaciones tanto individuales y culturales para interpretar las actitudes. Dryfoos sostiene que la adolescencia es una etapa proclive para adquirir *conductas de riesgos*, asociándola a la alta vulnerabilidad e inestabilidad emocional, destacándose entre ellos, la violencia, la deserción escolar, la farmacodependencia e indudablemente la conducta sexual temprana.

Además presenta una diversidad de problemas sociales, destacando, Robalino (2009) “el embarazo en la adolescencia, se define: el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen” (Robalino, 2009, p.24), adquiriendo relevancia en comprender al adolescente especialmente en esta circunstancia, sabiendo que “se comportará como corresponde al momento de la vida en que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada” (Robalino, 2009, p.24).

En todo el mundo, “uno de cada diez partos corresponde a una madre adolescente y las tasas de fecundidad oscilan entre 100 y 200 nacimientos vivos por cada 1000 adolescentes, siendo las más altas las de África y América Latina” (Robalino, 2009, p.24).

Según Rabalino (2009) “La Tasa de Fecundidad Adolescente (TFA) ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcadas que la Tasa de Fecundidad General (TFG), condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescente sobre el total de nacimientos” (p.24).

Según La Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2005) “En América Latina y el Caribe, entre una cuarta parte a la mitad de las adolescentes ya son madres antes de cumplir los 18 años, habiendo sido embarazos no planificados” (p.45). Además, en el “estudios de la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ) señalan que esta alta proporción de procreación precoz se debe prioritariamente a las relaciones sexuales a edades tempranas y a la falta de conocimientos sobre reproducción y métodos anticonceptivos” (OMS, 2005, 45).

Según OMS (2005) “El Centro Latinoamericano de Demografía (CELAM) estima que el porcentaje de nacimientos de madres adolescentes es cercano al 20%, mientras que otros organismos, como la UNICEF y el UNIFEM, lo establecen entre 15% y 26%” (p.45)

En Estados Unidos, más de 1.100 adolescentes, en su mayoría de 18 y 19 años de edad dan a luz cada día. Las madres adolescentes son el 10% del total. La tasa de natalidad en adolescentes es la más alta del mundo desarrollado, siendo también muy alta la tasa de abortos en la adolescencia. (OMS, 2005, p.45).

Desde su punto de Vista Leython (2015) quien señala a su vez, “Soledad Díaz Fernández, del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, y en línea con la información del Instituto Guttmacher, en Estados Unidos existe una mayor dificultad para acceder a servicios de planificación familiar” (párr.158), y por tanto, “a métodos anticonceptivos en comparación a países europeos que, en general, promueven conductas sexuales apropiadas (uso de condón y otros métodos anticonceptivos así como facilidad para su acceso)” (Leython, 2015, párr.158), esto, “imparten educación sexual comprehensiva, no solo promoción de la abstinencia, y los medios de comunicación ofrecen una visión más positiva de los

y las adolescentes como personas responsables y valiosas” (Leython, 2015, párr.158).

En España, en el año 2008 se produjo un incremento en relación con el año anterior, así 11 000 adolescentes menores de 18 años quedaron embarazadas. En el año 2007 se produjeron 10 673 embarazos adolescentes, de los cuales hubo 4400 nacimientos y 6273 interrupciones voluntarias del embarazo” (Leython, 2015, párr.169).

México, Según Leython (2015) señala que hay un “altos porcentajes de embarazos en adolescentes a causa de la insuficiente educación sexual, la falta de disponibilidad de métodos anticonceptivos y la falta de políticas públicas adecuadas en muchos gobiernos locales” (Leython, 2015, párr.170).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSyN) 2006 indicaba que la tasa de embarazo en niñas y adolescentes de entre 12 a 19 años fue de 79 por cada mil mujeres. Según el informe "La infancia cuenta en México 2006" de la Red por los Derechos de la Infancia en México, en el año 2000 hubo 179 413 adolescentes entre 15 y 17 años de edad con al menos un hijo, y en 2005 se registraron 164 108. (Leython, 2015, párr.171)

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) “Refiere que los bebés nacidos de madres adolescentes son aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo; 95% de ellos ocurren en los países en desarrollo. Para algunas madres jóvenes el embarazo y el parto son algo previsto y deseado” (p.15).

Son varios los factores que contribuyen a esa situación. Las adolescentes pueden estar bajo presión para casarse y tener hijos temprano, o pueden tener perspectivas educativas o de trabajo muy limitadas. Algunas no saben cómo evitar un embarazo, u obtener anticonceptivos. Otras puedan no ser capaces de rehusar relaciones sexuales no deseadas o de resistir

sexo bajo coacción. Las que se embarazan tienen menos probabilidades que las adultas de obtener abortos legales y seguros. (OMS, 2012, p.15)

Según OMS (2012) “También tienen menos chances que las adultas de acceder a cuidados calificados prenatales, del parto y de post-parto. En países de bajos y medianos ingresos, las complicaciones del embarazo y del parto son las causas principales de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años” (p.15). Y “en el 2008, hubo un estimado de tres millones de abortos inseguros entre las niñas de este grupo atareo” (OMS, 2012, p.15). Además, “los efectos adversos de la maternidad adolescente también se extienden a la salud de sus infantes. Las muertes perinatales son 50% más altas entre los bebés nacidos de madres de menos de 20 años que entre aquellos nacidos de madres entre 20 y 29 años” (OMS, 2012, p.15).

El embarazo en adolescentes tiene como factores determinantes la pobreza, la falta de acceso a la educación, el matrimonio infantil, la desigualdad de género, la falta de garantía de los derechos humanos, la ausencia de las políticas públicas de salud sexual y reproductiva, la violencia y la coacción sexual, son consideradas como la causa subyacente de la problemática en los países pobres. (OMS, 2012, p.16)

Según informe publicado por el fondo de población de las Naciones Unidas (FPNU) Cada día 20,000 menores de 18 años dan a luz y cerca de 200 mueren como consecuencia de un embarazo o un parto en los países en vías de desarrollo. 5% de embarazo en adolescentes en países desarrollados y 95% en países en desarrollo. Del total de 7,300 millones de embarazo en adolescentes, 2 millones son en menores de 15 años. Latinoamérica: 670,000 abortos inseguros al año (mujeres entre 15 y 19 años). En el mundo: 70,000 muertes, por causa relacionadas con la gestación y el nacimiento. El costo económico del embarazo precoz: Brasil: us\$ 3,500 millones India: us\$ 7,700 millones, EE.UU.: us\$ 11,000 millones.

Para la ONU, siguiendo la tendencia mundial “las más afectadas por este drama y los problemas asociados en América Latina son las indígenas, las afro descendientes, las migrantes y las mujeres provenientes de comunidades pobres, zonas rurales y sin acceso a la educación y a la salud” (OMS,2012, p.15).

“Así mismo, constata que América Latina y el Caribe son “la única región donde los partos de niñas menores de 15 años están en aumento y se prevé que siga aumentando levemente hasta 2030” (OMS, 2012, p.15).

Además, otro de los factores que trae consigo esta problemática según James Rosen, quien está a cargo de un estudio de Investigación del departamento de Reducción del Embarazo de la OMS es que, “las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior. (OMS, 2012b, p.16).

Por tal motivo, según OMS (2012a) esta población requiere mayor cuidado por parte de “los expertos para preservar la salud de la madre y la del bebé. Según el estudio, para la mayoría de las menores cuando quedan embarazadas su educación termina” (p.16), teniendo en cuenta “sus perspectivas de trabajo disminuyen y su vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión y la dependencia se multiplica. Por eso, la maternidad debe ser por opción, no por azar (OMS, 2012b, p.16).

Ministerio de Salud (MINSa, 2009) “En América Latina y en el Perú, la edad promedio de inicio de vida sexual es de 13 a 14 años en los varones y de 15 años en mujeres” (p.23). “En nuestro país de todos los embarazos, el 23% corresponde a adolescentes de 15 y 19 años, y Pathfinder señala que el 90% de los embarazos en adolescente de 12 a 16 años atendidas en la Maternidad de Lima fueron consecuencia de violación (ambiente intrafamiliar)” (MINSa,2009).

En Perú, según el Ministerio de Salud (MINSA, 2012) “el 13 % de adolescentes entre los 15 y 19 años ha estado embarazado, de los cuales solo el 32 % deseaba el embarazo” (p.9). Por ello, “la mayor vulnerabilidad a quedar embarazada se observa en las mujeres más pobres alcanzando un 26 %, mientras que las menos pobres solo llegan al 3 %” (MINSA 2012, p.9). Así pues, “en el área rural 1 de cada 5 adolescentes ha quedado embarazada al menos una vez, y de estas el 38 % habla idiomas nativos” (MINSA 2012, p.9). Entre “los peligros se encuentra que 7 de cada 100 muertes son producto de causas maternas en madres de 17 años o menos” (MINSA 2012, p.9).

Debido a que el alto porcentaje de embarazos adolescentes no han variado a lo largo de los años, se han propuesto planes para que se incluya la educación sexual integral en el currículo oficial, asegurar que los adolescentes concluyan la educación secundaria, postergar el inicio de la actividad sexual, prevenir la violencia sexual contra las adolescentes y promover el acceso a la información, así como al uso de métodos anticonceptivos modernos. (MINSA 2012, p.9).

El Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud de nuestro país, a pesar de sus intentos por revertir los problemas de salud en las instituciones educativas, es difícil lograr si no se cuenta con el compromiso de todos los sectores, actores sociales y comunidad educativa.

En la Región Cajamarca se reporta un 19,4%, de embarazo en adolescentes para el año 2014 (Oficina de Estadística e informática DIRESA Cajamarca)

La Red de Salud Chota (Área de Estadística e informática), en el año 2014 reporta un 9% de embarazo en adolescentes. Es así que la Institución Educativa Jorge Berrios Alarcón - Yuracyacu, Chota”, no está ajena a esta realidad ya que en general en todos los colegios de la ciudad de Chota se evidencia un incremento en la incidencia de embarazos adolescentes. Las autoridades educativas manifiestan que las causas se relacionan con la deficiente información

sobre educación sexual y/o medidas preventivas frente el embarazo adolescente proporcionadas por parte de los padres de familia y de la Institución Educativa, ya que en la mayoría de los familiares el tema de la sexualidad lo siguen considerando un tabú, y por el lado de la institución, solo cuenta con el horario de tutoría para abordar diversos temas siendo uno de ellos el de educación sexual y salud reproductiva. Otras de las causas son la experiencia propia de la actividad sexual por parte de los estudiantes adolescentes y el deficiente manejo de sus habilidades sociales que les impide tomar decisiones acertadas.

De seguir con esta situación, se visualiza considerables oportunidades perdidas de educación, estabilidad y empleo que además exponen a los adolescentes al embarazo indeseado y sus graves consecuencias. Motivada por esta problemática y como reflejo de todo lo acontecido en la Institución Educativa “Jorge Berrios Alarcón” Yuracyacu, de Chota, se evidenció el siguiente problema:

1.2 Formulación del problema

¿En qué medida la aplicación de un programa educativo de salud sexual influye para prevenir el embarazo precoz de las adolescentes del tercer grado de la I.E “Jorge Berrios Alarcón” Yurayacu - Chota 2015?

1.3 Justificación

La presente investigación se justifica en la necesidad de conocer la efectividad de la aplicación de un Programa Educativo en Salud Sexual para prevenir el embarazo precoz de los adolescentes del tercer grado de educación secundaria de la Institución Educativa “Jorge Berrios Alarcón”, 2015 de la ciudad de Chota.

El estudio presenta una alternativa de solución frente a un problema latente en la localidad y las instituciones educativas de nivel secundario tanto de la zona urbana como de la rural en la Región Cajamarca pues se observa una clara

ausencia de programas de educación sexual que permita a las alumnas a mejorar sus conocimientos y actitudes hacia la prevención del embarazo precoz.

A través de esta investigación se presenta a los alumnos un programa educativo de salud sexual que les permitirá desarrollar sus capacidades y una actitud asertiva ante las situaciones de riesgo en embazo precoz e infecciones de trasmisión Sexual, ITS y VIH. Con este proyecto de investigación debemos obtener datos que nos conlleve a establecer alternativas para el adecuado desarrollo de programas educativos en el proceso educativo y subsanar deficiencias en el desarrollo de eje temático de Salud Sexual y Reproductiva en la Institución Educativa, dejando material que permita un fácil acceso a obtener logros significativos en el desarrollo de capacidades.

Esta investigación además es importante pues no existen investigaciones relacionadas al tema en el ámbito local, por lo tanto sus resultados permitirán que en un futuro se propongan nuevas y mejores estrategias de salud reproductiva en los adolescentes.

1.4 Limitaciones

Se consideró una limitante el tiempo para realizar esta investigación, así también el restringido acceso a las bases de datos científicas y al financiamiento lo cual tuvo que ser asumido enteramente dentro del presupuesto del trabajo.

1.5 Antecedentes

1.5.1 Internacionales.

Muñoz, Vélez y Efraín (2014) En su investigación sobre “Cambios en conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de 15 a 18 años que recibieron y no recibieron capacitación sobre la estrategia nacional

intersectorial de planificación familiar y prevención del embarazo diciembre 2013- abril 2014” (p.1), señaló que:

Ecuador tiene altas tasas de fecundidad, el 17,2% de adolescentes entre 15 y 19 años tiene un hijo, datos claves que motivaron el desarrollo de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazo Adolescente (ENIPLA), cuya meta es mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes respecto a sexualidad y planificación familiar. (Muñoz et al., 2014, p.2).

Muñoz et al. (2014) en su investigación tuvo como objetivo: “Identificar cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en las/los estudiantes de 15 a 18 años de la ciudad de Cuenca, que recibieron y no recibieron capacitación por ENIPLA” (p.2). Dicha investigación fue de tipo “analítica-transversal, aplicada a los estudiantes de bachillerato de la ciudad de Cuenca, año lectivo 2013-2014, que recibieron y no recibieron capacitación acerca de ENIPLA” (Muñoz et al., 2014, p.2); fueron “incluidos 352 alumnos. Se utilizó un formulario basado en la segunda encuesta nacional de juventudes de Costa Rica, Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil” (Muñoz et al., 2014, p.2).

Resultados: La capacitación ENIPLA fue impartida al 52,94% de los encuestados, el 26,20% fueron de sexo femenino y el 26,74% de sexo masculino. El conocimiento acertado sobre el concepto de sexualidad y planificación familiar, fue de 45,99% y 40,64% respectivamente. El 95,74% conocen el condón, y el 43,40% lo utilizan; la cuarta parte (28,34%) llevan una vida sexual activa y el 39,62% tuvieron su primera relación sexual entre los 14 a 16 años. (Muñoz et al., 2014, p.2).

Y, por último, Muñoz et al. (2014) Concluyó: “no existen modificaciones en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre Sexualidad y Planificación familiar entre estudiantes capacitados y no capacitados” (p.2).

Oltra, Riestra, Chamizo, González, Gonzáles, Mirón y Mendiola, (2003). En su investigación sobre “¿Qué experiencias, actitudes y comportamientos tienen los adolescentes españoles ante la contracepción?” (p.59).

Oltra et al. (2003) señala que “según varios autores los adolescentes tienen un bajo índice de uso de anticonceptivos en sus relaciones coitales, lo que les coloca en situación de riesgo tanto cara a los embarazos no deseados como a las enfermedades de transmisión sexual” (p.59).

Oltra et al. (2003) “Aunque su información sobre anticonceptivos suele provenir de fuentes no formales, principalmente de otros pares, no parece que esto explique la no aceptación - en la intimidad - y el no uso de los mismos” (p.59). Es de gran importancia, “el conocimiento profundo de la cuestión tiene para el planteamiento de medidas correctoras eficaces, en el presente trabajo se plantea una revisión bibliográfica sobre las actitudes de los adolescentes españoles ante la anticoncepción” (Oltra et al., 2003, p.59), así como “el entorno cultural que envuelve la sexualidad adolescente y que puede ser explicativo del fenómeno descrito” (Oltra et al., 2003, p.59).

Vaillant, Thomas y Mackensie (2012) En su trabajo “Prevención del embarazo en adolescentes” (p.125), en dicha investigación “se detectó una alta incidencia de embarazo en la adolescencia, hecho que preocupó dada la repercusión que esto tiene en el desarrollo de los adolescentes” (Vaillant, et al., 2012, p.125).

Vaillant, et al. (2012) señala que uno de sus objetivos fue: “identificar los conocimientos de las adolescentes sobre la prevención del embarazo en esta etapa de la vida” (p.125), El método que utilizaron fue: “estudio descriptivo, de tipo observacional, de corte transversal, en el periodo comprendido de Julio/ 2010 a Octubre/ 2011. Se trabajó con 125 adolescentes que asistieron a la consulta de regulación menstrual, para lo cual cumplieron con los criterios de inclusión” (Vaillant, et al. 2012, p.125),

“Se aplicó un cuestionario, donde se obtuvo la información que permitió conocer el conocimiento de las adolescentes con respecto al tema objeto de estudio, los datos obtenidos se reflejaron en tablas adecuadas a cada variable analizada” (Vaillant, et al. 2012, p.125).

Resultados: el mayor por ciento de las adolescentes encuestadas comenzó sus relaciones sexuales entre los 14 y 16 años. Las vías a las que más acceden son los familiares, seguidos de la TV y amigos. En cuanto a la connotación social que le atribuyen los adolescentes al embarazo se observó que identifican las complicaciones en el embarazo o el parto como uno de los problemas que trae consigo el embarazo a edades tempranas. (Vaillant, et al. 2012, p.125)

1.5.2 Nacionales.

Caján (2014) en su investigación “Conocimientos de métodos anticonceptivos y el patrón de conducta sexual por parte de los estudiantes de Enfermería de la USS, 2013- 2014” (p.1).

Uno de los Puntos que habla Caján (2014) en su investigación:

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad. El objetivo de investigación fue determinar los conocimientos

de métodos anticonceptivos y el patrón de conducta sexual por parte de los estudiantes de Enfermería de la USS-2013- 2014. (p. 1)

Caján (2014) señala que de “tipo de diseño fue descriptivo con diseño no experimental y transversal. La población estuvo constituida por todas las estudiantes de Enfermería de la USS. La Muestra fue de 350 estudiantes del VIII ciclo del curso administración y Gestión en Salud” (p.1), además “la técnica de investigación fue la encuesta, y el instrumento utilizado, un cuestionario. El trabajo concluyó que mayormente los jóvenes utilizan como método anticonceptivo el uso de condón. El inicio de las relaciones sexuales se da entre los 19 a 20 años” (Caján, 2014, p.1).

“Normalmente los jóvenes eligen su método anticonceptivo por experiencia propia. Mayormente es uso mensual de método de planificación familiar. Los jóvenes se encuentran en la mayor disponibilidad para obtener información sobre planificación familiar y consejería acerca de la sexualidad” (Caján, 2014, p.2).

Flores (2012). En su investigación sobre “Conocimientos, prácticas sexuales y actitud del adolescente hacia la sexualidad responsable y embarazo precoz” (p.1).

Flores (2012) se basa en su investigación en “los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sexuales de los adolescentes, hacia la sexualidad Responsable, son de diferentes tipos y han ido variando con el paso de los años, además, se han incrementado los porcentajes de embarazos precoces en los adolescentes” (p.5). Además, el objetivo planteado fue “determinar si existe relación entre el nivel de conocimientos, actitudes hacia la sexualidad y prácticas sexuales responsables con el riesgo de embarazo precoz de los adolescentes de 3ro, 4to y 5to de secundaria del Colegio Julio C. Tello” (Flores, 2012, p.5).

La Metodología, que utilizo Flores (2012) fue “el estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal, de nivel aplicativo, a la

vez, no probabilística de tipo intencional, escogiendo de esa manera a los participantes correspondientes de la muestra, siendo 180 alumnos” (p.5) y “el instrumento que se utilizó fue a través de un cuestionario con 10 preguntas para el nivel de conocimientos, 3 preguntas sobre prácticas sexuales, la escala de Likert para medir las Actitudes con 19 preguntas” (Flores, 2012, p.5), y además, “la 1 pregunta abierta sobre el significado de tener un hijo a temprana edad, siendo los datos procesados para obtener los resultados correspondientes” (Flores, 2012, p.5).

Los resultados que arrojaron en la investigación, de Flores (2012), se pudo mostrar, “el nivel de conocimientos de los adolescentes es de nivel regular. Las actitudes de los adolescentes en mayor porcentaje son indecisas, con pensamientos favorables hacia su sexualidad y el menor porcentaje de alumnos conductas Indecisas 38.9%” (Flores, 2012, p.5), Y, por último, “la gran mayoría de los adolescentes, aún no tienen relaciones y un 30% ya las tiene, siendo el promedio de edad entre 15-16 años, donde predomina el sexo masculino” (Flores, 2012, p.5).

Los adolescentes que tienen un nivel de conocimiento de medio a bajo, tienen mayores prácticas sexuales. El sexo femenino en mayor porcentaje no se protege. El mayor porcentaje de Alumnos, refirieron que tener un hijo a temprana edad en primer lugar significa Tener más responsabilidad y madurez en esa nueva etapa de su vida. (Flores, 2012, p.5)

Gutiérrez (2012) En su investigación “Efectividad del Programa Educativo Exprésate en el nivel de conocimientos y actitudes hacia la prevención del embarazo adolescente en la Institución Educativa Peruano Suizo, Comas 2011” (p.1)

En la investigación, Gutiérrez (2012) mostró un “estudio de tipo analítico, de enfoque cuantitativo, de nivel aplicativo, con un diseño cuasi experimental de grupo único con pre y post test. La población está

conformada por 22 estudiantes del cuarto año de educación secundaria conformando una muestra censal” (p.8).

El objetivo general del estudio fue determinar la efectividad del Programa Educativo Exprésate en el Nivel de Conocimientos y Actitudes hacia la Prevención del Embarazo Adolescente; utilizando como instrumentos de recolección de datos a un cuestionario de alternativas múltiples y una escala tipo Likert, cuya aplicación se dio antes y después de la intervención con programa educativo diseñado. (Gutiérrez, 2012, p.8)

Gutiérrez (2012) “La validez, de los instrumentos estuvo dada por la prueba binomial aplicada por los jueces expertos, y la confiabilidad se realizó mediante las pruebas estadísticas de Kuder Richardson (KR20)” (p.9) y, “para el cuestionario de conocimientos y alfa de Cronbach para la escala de actitudes, obteniéndose un $\alpha > 0.72$ y $\alpha > 0.79$ respectivamente” (Gutiérrez, 2012, p.9)

La conclusión principal del estudio es que el Programa Educativo Exprésate es efectivo, evidenciándose un incremento del nivel de conocimientos de Bajo (12.18%) y Medio (87.82%) a nivel Alto (100%) y produciéndose modificación de actitudes desfavorables a favorables (100%) de la muestra participante. (Gutiérrez, 2012, p.9)

Hurtado (2014). En su investigación sobre “Conocimiento y actitudes hacia el embarazo precoz en estudiantes de una Institución Educativa Estatal” (p,1), el objetivo planteado fue “determinar la relación entre nivel de conocimiento y la actitud hacia la prevención del embarazo precoz en estudiantes de la Institución Educativa Estatal Toribio de Luzuriaga y Mejía N°132 en San Juan de Lurigancho-Lima” (Hurtado, 2014, p.9).

La metodología que utilizo, Hurtado (2014) “Estudio de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo correlacional de corte transversal, realizado

en la Institución Educativa Toribio de Luzuriaga y Mejía N° 132 - San Juan de Lurigancho” (p.9); y se “consideró una muestra no probabilística de 100 adolescentes; se utilizó como técnica de recolección de datos la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado constituido de tres partes: adolescencia, embarazo precoz y prevención” (Hurtado, 2014, p.9); y, “los datos fueron recolectados por la investigadora en el centro educativo durante Junio y Julio/2014; para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva” (Hurtado, 2014, p.9).

El proyecto, Hurtado (2014) “fue aprobado por un comité de ética en investigación. Los resultados obtenidos mostraron que el nivel de conocimientos en los adolescentes fue de nivel medio en un 46% y bajo en el 33%” (p.9), mientras que “la actitud fue indiferente con 52% y la relación entre variable no fue significativa, pero tuvo una clara tendencia, concluyéndose que el papel preventivo promocional de la enfermera es fundamental en el incremento del nivel de conocimiento” (Hurtado, 2014, p.9), por ende, “en el cambio de actitud frente a la prevención del embarazo precoz” (Hurtado, 2014, p.9).

Ventura (2014). En su investigación “Significado social del embarazo adolescente desde la perspectiva del adolescente de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – Chiclayo 2013” (p.1), nos señala que “el embarazo adolescente es un problema social a nivel mundial; cada año 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz en el mundo, lo cual representa el 11 % del total de nacimientos” (Ventura, 2014, p.6).

En el Perú, según datos del INEI-2011, existe un 12,5 % de adolescentes embarazadas; de tal forma el presente trabajo se justificó por que permitió profundizar en la construcción de la imagen adolescente a partir de sus Representaciones Sociales y permitiendo lograr un análisis psicosocial debido a que la adolescente embarazada es víctima de una fuerte carga pre conceptual y prejuiciosa. (Ventura, 2014, p.6)

“Los objetivos fueron caracterizar, analizar y discutir el significado social del embarazo adolescente desde la perspectiva de los adolescentes USAT. Se fundamentó la Teoría de las Representaciones Sociales, propuesta por Moscovici” (Ventura, 2014, p.6).

Ventura (2014) “la metodología utilizada fue cualitativa, los sujetos de estudio fueron 15 estudiantes de la Facultad de Medicina, los instrumentos de recolección de datos fueron el Cuestionario Socio Demográfico, y la Entrevista Semi estructurada” (p.6).

Durante toda la investigación se respetó, los principios de rigor científico y de bioética. Finalizando la investigación se obtuvo cuatro categorías: Conductas precoces sexuales ancoradas como causal del Embarazo Adolescente; Embarazo Adolescente: Representado como error, irresponsabilidad e inmadurez; Familia y Sociedad en la repercusión del futuro de la Adolescente embarazada; Un nuevo ser: Fortaleza para construir una nueva etapa en la vida del adolescente. (Ventura, 2014, p.6).

1.6 Objetivos

1.6.1 General

Determinar en qué medida la aplicación de un programa educativo de salud sexual previene el embarazo precoz de las adolescentes del tercer grado de la I.E Jorge *Berrios Alarcón* Yurayacu - Chota 2015.

1.6.2 Específicos

- Identificar el nivel de prevención global sobre el embarazo precoz de las adolescentes del tercer grado de la I.E *Jorge Berrios Alarcón* Yurayacu - Chota, antes de la aplicación del programa educativo, a través de un pre test.

- Diseñar el programa educativo de salud sexual, para prevenir el embarazo precoz de las adolescentes del tercer grado de la I.E *Jorge Berrios Alarcón* Yuracyacu – Chota.
- Aplicar el programa educativo de salud sexual para prevenir el embarazo precoz de las adolescentes del tercer grado de la I.E *Jorge Berrios Alarcón* Yuracyacu – Chota.
- Evaluar el nivel de prevención global sobre el embarazo precoz de las adolescentes del tercer grado de la I.E *Jorge Berrios Alarcón* Yuracyacu - Chota, después de la aplicación del programa educativo, mediante el post test.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Base Teórica

2.1.1 Teorías relativas al desarrollo moral del individuo.

Según Aguirre (1994) “Incluimos aquí las principales teorías que explican el nacimiento y el desarrollo posterior de los principios de valor y moralidad. Nada nace ya completo ni madura en su origen” (p.282), sino que de “una potencialidad moral se pasa a la configuración adulta de la conciencia y expresión de la misma” (Aguirre, 1994, p.282).

“Todos estos autores hacen hincapié en el origen temprano (infantil) de las primeras configuraciones morales; sin embargo, creemos que es necesario comprender éstas para entender la conducta y el desarrollo moral del preadolescente y del adolescente” (Aguirre, 1994, p.282).

2.1.1.1 Teoría de Piaget.

Según Aguirre (1994) Piaget ha sido uno de los grandes psicólogos que han investigado el desarrollo moral del niño” (p.282).

En su obra *El criterio moral en el niño*, es donde comienza a hablarnos de la importancia de las reglas para el niño, ya que, para él, *toda moral consiste en un sistema de reglas y la esencia de cualquier moralidad hay que buscarla en el respeto que el individuo adquiere hacia estas reglas.* (Aguirre, 1994, p.282).

Moral heterónoma: “Se da aproximadamente entre los cuatro y ocho años. Se funda en una ética de la autoridad” (Aguirre, 1994, p.282).

Piaget denomina realismo moral a la tendencia del niño a considerar los deberes y los valores que se relacionan con ellos como subsistentes en sí mismos, independientemente de la conciencia y como obligatoriamente impuestos, sean cuales fueran las circunstancias en que se halle el individuo. (Aguirre, 1994, p.282).

Aguirre (1994) Este realismo moral conlleva tres aspectos:

1. Por un lado, “el deber, que para el realismo moral es esencialmente heterónimo. Todo acto encaminado a obedecer bien una regla o a un adulto es bueno; por el contrario, todo acto que no obedezca a la regla o al adulto será un acto malo” (Aguirre, 1994, p.282).

Por tanto, el bien se define rigurosamente a través de la obediencia. Como podemos deducir, el niño ve las reglas y las restricciones morales como elementos que se le imponen desde arriba, revelados por el adulto e impuestos por éste. No es su conciencia quien elabora las reglas, sino que éstas ya se le han dado elaboradas. (Aguirre, 1994, p.282)

2. En segundo lugar, “para el realismo moral, las reglas se deben respetar al pie de la letra, son sagradas y no se pueden cambiar” (Aguirre, 1994, p.283).

3. La tercera “característica surge de la unión de las dos anteriores. Si el niño concibe las reglas al pie de la letra y define al bien a través de la obediencia” (Aguirre, 1994, p.283), es natural que “evalúe los actos en función no de la intencionalidad que los guía sino de la conformidad material con las reglas planteadas” (Aguirre, 1994, p.283).

De aquí proviene la responsabilidad objetiva. La responsabilidad objetiva va disminuyendo en importancia con la edad, mientras que la responsabilidad subjetiva va creciendo correlativamente. Se trata de dos procesos que en parte se interfieren, pero el segundo de ellos llega a dominar poco a poco al primero. (Aguirre, 1994, p.283)

2.1.1.2. Teoría de Kohlberg

Según Hersh, Reimer y Paolitto (2002) Kohlberg ha creado una investigación, en donde señala los procesos de razonamiento de una persona, para poder resolver algunos dilemas morales. Dicho esto, para que una persona tenga claro su pensamiento sobre el tema ético, sólo hay que proponer dilemas morales que despierta nuestro interés y poder preguntarnos, cual es la solución o la mejor solución y el porqué.

Cuando hablamos sobre el juicio moral, está sujeta a tres dilemas hipotéticos, ya que cada dilema va a implicar a un personaje que se encuentra en situaciones difíciles, y poder elegir entre dos valores conflictivos.

Tenemos que tener en cuenta que un pensamiento moral, es una opinión, no es un proceso automático racional, más a menudo es el producto de fuerzas inconscientes de las que el individuo tiene poca o ninguna consciencia. (Hersh, Reimer, & Paolitto, 2002, p.44)

Etapas del desarrollo moral según Kohlberg.

Según Penas (2008) señala que Kohlberg que en las investigaciones de Piaget, encontró, por una parte, la insatisfacción;

y la división es en solo dos fases (Heterónoma y autónoma) del desarrollo del juicio moral.

Kohlberg, a través de sus estudios, planteó seis etapas del desarrollo del juicio moral, teniendo cuenta: Preconvencional, Convencional, y postconvencional de principios (Penas, 2008).

Nivel I: Preconvencional.

En la Primera Etapa: Castigo y la obediencia: a) se trata de no romper ninguna norma, no es obedecer por obedecer, y no causas daños a terceros (Penas, 2008).

En la Segunda Etapa: Propósito y el intercambio del individuo: a) Es evitar el castigo, son las razones para poder ser buenos con el prójimo (Penas, 2008).

Nivel II: Convencional

En la Tercera Etapa: Expectativas, relaciones y conformidad interpersonales: a) aceptación de los demás, señala una conducta apropiado en el entorno (Penas, 2008).

En la Cuarta Etapa: Sistema Social y del Mantenimiento de la Conciencia: a) relacionado con los deberes y derechos que tiene que ver con la ley y orden (Penas, 2008).

Nivel III: Postconvencional

En la Quinta Etapa: Derecho previos y del contrato social o de utilidad: a) tener en cuenta a las reglas sociales; mediante ellas encontramos un beneficio, para no desobedecer la ley moral (Penas, 2008).

En la Sexta Etapa: Principios éticos Universales: a) hablamos principios en general, tales como se señala (Nivel I, del individuo), (Nivel II, consciencia social) (Penas, 2008).

2.1.2 Prevención del embarazo adolescente

Para Buil, Tele, Ros y De Pablo (2001) señala que “resulta evidente que el embarazo es consecuencia de las relaciones sexuales, pero hay que señalar que el embarazo adolescente es mucho más probable allí donde se evidencia deficiente información que se les brinda sobre temas relacionados” (p.833), como los “cambios biopsicológicos en la etapa adolescente, sobre el embarazo, métodos de anticoncepción y dónde no se les ofrece información sobre sexualidad y sus consecuencias, así como el fortalecimiento de habilidades sociales” (Buil et al., 2001,p.833).

Buil et al. (2001) “La prevención primaria supone la base de la prevención y procura actuar sobre los factores de riesgo que favorecen y originan la aparición del problema” (p.833).

Una vez analizadas las causas del embarazo adolescente, y conscientes de que hay factores difíciles de modificar, se propone una actuación dirigida a implementar los programas de educación sexual, sexualidad, habilidades sociales y mejorar la información y accesibilidad de los jóvenes a los métodos anticonceptivos. (Buil et al., 2001. p.833).

De los anterior, hablar de prevención primaria en el embarazo adolescente según Buil, et al. (2001) “incluye lo siguiente; actuar sobre los factores condicionantes descritos; educación temprana apropiada en el hogar y la escuela; incentivar los factores protectores” (p.45), tales como:

La proyección a futuro con convicción y metas firmes, porque eso reducirá el riesgo de cualquier factor que lo afecte, sea drogas, violencia o sexualidad irresponsable; favorecer la reflexión y la toma de decisiones; inculcar los valores y la autoestima; así como la

espiritualidad y religiosidad que han demostrado ser un factor protector importante; propiciar la estabilidad familiar; vigilar la calidad del grupo de amigos; entre otros. (Buil, et al., 2001, p.45).

Finalmente, Buil, et al. (2001) “en los que son ya sexualmente activos, el uso apropiado de métodos anticonceptivos. Este último es un tema muy controversial por ser enfocado de diferente manera por entidades moralistas, religiosas y las ciencias de la salud” (p.45).

2.1.3 La adolescencia.

Según Sánchez (2005) “La adolescencia es definida por la (OMS) como el periodo de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad, que se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad)” (p.25), así como por “la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres), acompañados de profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil” (Sánchez, 2005, p.25). En Lima Metropolitana concentra alrededor de la tercera parte de las adolescentes del país, muchas de las cuales se encuentran en riesgo de tener embarazos no deseados

El conocimiento del cuerpo y de sus funciones reproductivas son elementos relevantes en la adopción de conductas reproductivas informadas. A partir de la adolescencia se inicia el rol reproductor y se enriquecen de modo creciente las potencialidades para aportar productivamente a la praxis social. Es también en este período en el cual los programas de regulación de la fecundidad han encontrado problemas para lograr los efectos buscados.

La adolescencia es una etapa difícil de la vida de un ser humano en la cual se destaca la falta de información y orientación sobre todo en el campo de la afectividad y desarrollo del individuo, siendo, por otra parte, la edad en que todas las decisiones tomadas repercuten en su futuro. (Sánchez, 2005, p.25).

“El desarrollo afectivo y sexual de los adolescentes limeños es un aspecto poco investigado, a pesar de ser un ámbito donde se presentan los más agudos conflictos y desafíos de la maduración” (Sánchez, 2005, p.25).

Según Sánchez (2005) “El interés por la salud del adolescente se ha ido incrementado rápidamente en los últimos años centrando la atención sobre todo en el grupo de 11 a 15 años” (p.26). y, “entre los aspectos específicos más importantes está lo que respecta a su sexualidad, tanto en su desarrollo evolutivo como en los problemas asociados a ella” (Sánchez, 2005, p.26).

La identidad genérica, el rol genérico, la orientación y la conducta sexuales se van modificando paulatinamente en la adolescencia temprana, intermedia y avanzada hasta plasmarse al final del desarrollo adolescencia. Otro de los puntos de interés por la salud del adolescente son los problemas asociados a conflictos emocionales, las ETS, el abuso, y el embarazo, siendo este último considerado el más importante. (Sánchez, 2005, p.25).

a. *Etapas de la adolescencia.*

La adolescencia se divide en las siguientes etapas:

- **Pre adolescencia:** 8 a 9 años. Inicia los cambios evolutivos tanto en las niñas como los niños (Gaonach & Golder, 2005).
- **Adolescencia temprana:** 10 a 14 años. Inicia con un pensamiento abstracto y luego pasa al pensamiento concreto, y memos un cambio corporal (Gaonach & Golder, 2005).
- **Adolescencia intermedia:** 15 a 17 años. Comienza a tener interés por la sexualidad, y su desarrollo de púber, está ya culminando, y en donde también vemos que se siente más vulnerables e únicos (Gaonach & Golder, 2005).

- **Adolescencia tardía:** 18 a 19 años. Afianza su personalidad, y de estar acompañado de amigos pasa a estar en parejas. y también consciencia más de los valores y preferencia por alguna carrera (Gaonach & Golder, 2005).

b. Problemas más frecuentes en la adolescencia.

Según Flores y Aguayo (2013) la “adolescencia, momento de la vida donde se pueden sentir tormentos y fuertes emociones, así como frecuentes enfrentamientos entre las generaciones jóvenes y la de los adultos” (párr.1).

Flores y Aguayo (2013) “Es importante tener en cuenta que cada sujeto se desarrolla a un ritmo diferente” (párr.2). se tiene en cuenta que, “además del rápido desarrollo físico, se producen grandes cambios emocionales que, aunque son positivos, a veces pueden ser confusos e incómodos para los adultos y para el propio sujeto” (Flores & Aguayo, 2013, párr.2).

Entre los problemas más frecuentes en la adolescencia se encuentran: Problemas de alimentación; donde el adolescente puede sufrir de anorexia, bulimia nerviosa u obesidad. Problemas emocionales; dónde el adolescente puede presentar alteraciones de los procesos afectivos. Problemas de conductas; manifestándose principalmente por el descontrol frente a ideas contrarias entre sus progenitores. Problemas académicos; ocasionados por el déficit de concentración y los procesos cambiantes biopsicosociales. Problemas sexuales, embarazo adolescente y enfermedades de transmisión sexual; “en relación a esto los adolescentes están preocupados por su físico y esto lleva a que no realicen preguntas acerca del sexo a sus mayores; en otras oportunidades pueden recibir información errónea de sus amigos y compañeros” (Flores & Aguayo, 2013, párr.5).

“Para todos los problemas mencionados es primordial que el adolescente mantenga un diálogo fluido y permanente con el personal profesional especializado para la ayuda correspondiente. Para ello es preciso que se sientan escuchados y no criticados” (Flores & Aguayo, 2013, párr.6).

C. Cambios biológicos en la adolescencia.

La adolescencia constituye un período de la vida donde ocurren una serie de cambios con rapidez vertiginosa que se reflejan en la esfera anatomofisiológica, social y cultural; además de ser un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta.

“La pubertad es la etapa de desarrollo biológico en la que se dan cambios físicos en los órganos sexuales, secundarios al producto del proceso hormonal, estos cambios traen consigo incertidumbre y dudas para el adolescente” (Morzan, 2013, párr.1).

La glándula hipófisis o pituitaria también llamada glándula maestra que se localiza la silla turca cerca al hipotálamo, es la encargada de producir una serie de hormonas que van a influir directamente en otras glándulas y órganos, impulsando el proceso del desarrollo sexual que resulta de la interacción entre el SNC, el hipotálamo, la adenohipofisis y las gónadas. (Morzan, 2013, párr.2)

Según Morzan (2013) “La pubertad comienza con un acelerado incremento en la producción de hormonas sexuales, aumentando la sensibilidad a nivel hipotalámico y haciendo que la hipófisis libere la hormona folículo estimulante (FSH) y luteinizante (LH)” (párr.3).

Cambios físicos en el varón.

Morzan (2013) señala que “la FSH actúa sobre la célula primitiva que se encuentran en el testículo, promoviendo el

desarrollo y estimulando la espermatogénesis, la LH desarrolla las células de Leyding” (párr.1), que, “ante el estímulo, producen testosterona, que esta a su vez estimula el crecimiento de los genitales masculinos, la masa muscular y el vello corporal” (Morzan, 2013, párr.1). Además, “Las glándulas suprarrenales comienzan a secretar grandes cantidades de andrógenos desde los 6 a 7 años de edad siendo más significativo su aumento en la pubertad, estos incidirán en el crecimiento del vello púbico, axilar y facial en el adolescente” (Morzan, 2013, párr.1).

El primer cambio que se presenta es el aumento del tamaño de los testículos, en la infancia los testículos tienen un volumen de 2 milímetros y hacia los 13 años alcanzan un volumen de 12 milímetros o más, permitiendo la aparición de la espermarquia (primera eyaculación). (Morzan, 2013, párr.2).

Para Morzan (2013) manifiesta que “después continúa la aparición del vello púbico de apariencia oscura y rizada, que va aumentando, progresivamente y aproximadamente dos años después el del vello axilar” (párr.3). y, “mientras tanto el pené aumenta en tamaño y grosor, la voz sé vuelve más gruesa, aunque a veces puede aparecer disfonía, que se corrige rápidamente” (Morzan, 2013, párr.3).

“Generalmente coincide con la crisis del *estirón*, o crecimiento acelerado de brazos y piernas especialmente, para finalizar con el aumento de su masa muscular en sus extremidades y como consecuencia su fuerza” (Morzan, 2013, párr.4).

Cambios físicos en la mujer.

La FSH estimula la producción de estradiol y actúa a nivel de los folículos primordiales que se encuentran en el ovario. Algunos folículos se desarrollan más que otros en presencia de la LH, uno de ellos (el más maduro) se transforma en el óvulo femenino. (Morzan, 2013, párr.5)

Morzan (2013) “La LH se secreta de manera cíclica e interactúa con la FSH para controlar el ciclo menstrual. En las niñas, los ovarios inician su producción de estrógeno” (párr.6), que estimula, “el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos” (Morzan, 2013, párr.6).

Los varones y las mujeres tienen ambos tipos de hormonas, pero las mujeres tienen niveles más altos de estrógenos y los varones de andrógenos. En la mujer, la testosterona influye en el crecimiento del clítoris, lo mismo que en el de los huesos y el vello púbico y axilar. (Morzan, 2013, párr.8)

El primer cambio que se presenta es el aumento en el tamaño de los senos y el pezón (botón mamario); que se hace más oscuro y redondo; por otro lado, sus caderas se ensanchan y empiezan la aparición del vello tanto en las axilas como en sus órganos sexuales.

Un fenómeno entendido como un indicador de madurez sexual es la menarquia (primera menstruación).

d. *Cambios psicológicos en la adolescencia.*

Morzan (2013) “Durante la pubertad, cambia el pensamiento y las diversas formas de ver el medio ambiente; cambio de actitudes ó

cambios de carácter como: Alegría, tristeza, enojo, rebeldía, etc. Se puede tornar irritable, tranquilo o apacible entre otros” (párr.20).

“La preocupación por su arreglo personal, comportamiento nervioso o coqueteó ante personas (o compañeros) del sexo opuesto se comienza a manifestar como también la rebeldía y deseos de ser independientes” (Morzan, 2013, párr.20).

Cuando el adolescente entra en estos cambios, deja de ser niño, pero todavía no es adulto. De igual manera debemos considerar a pesar de que esta etapa se presenta como crítica, se trata de un periodo dónde la persona es espontánea, creativa y llena de ilusiones y deseos de cambiar aquello que le desagrada. (Morzan, 2013, párr.21)

A continuación, tenemos los principales cambios psicológicos del adolescente:

Pensamiento del adolescente: Según Isla y Solar (2015) señalan que “el pensamiento del adolescente difiere del pensamiento del niño; es decir, pueden razonar sobre hipótesis porque pueden imaginar múltiples posibilidades” (p.27). Sin embargo, “aún pueden estar limitados por formas de pensamiento egocéntrico, como en el caso de los niños. El nivel más elevado de pensamiento” (p.27), el cual, “se adquiere en la adolescencia, recibe el nombre de pensamiento formal, y está marcado por la capacidad para el pensamiento abstracto. Los adolescentes no presentan límites” (Isla & Solar, 2015, p.27).

Ahora pueden manejar hipótesis y ver posibilidades infinitas. Esto les permite analizar doctrinas filosóficas o políticas o formular nuevas teorías. Si en la infancia

sólo podían odiar o amar cosas o personas concretas, ahora pueden amar u odiar cosas abstractas, como la libertad o la discriminación, tener ideales y luchar por ellos. (Isla & Solar, 2015, p.27)

Isla y Solar (2015) “hay factores que influyen en el desarrollo del adolescente puesto que el cerebro de un niño se haya desarrollado lo suficiente como para permitirle entrar en la etapa del pensamiento formal” (p.27), que, “puede que nunca lo logre si no recibe suficientes estímulos educativos y culturales” (Isla & Solar, 2015, p.27).

En la adolescencia, no solo hay una maduración cerebral, sino que el ambiente que rodea al adolescente también cambia, su ambiente social es más amplio y ofrece más oportunidades para la experimentación. Todos estos cambios son fundamentales para el desarrollo del pensamiento. La interacción con los compañeros puede ayudar en este desarrollo. (Isla & Solar, 2015, p.28)

Los duelos y adquisiciones del adolescente: En 1958, Anna Freud en su trabajo sobre adolescencia relaciona las dificultades del trabajo terapéutico con adolescentes a las de aquellos que están en duelo o han sufrido una pérdida amorosa reciente, resaltando lo que en común tienen emocional y comportamental mente estos estados. Dice así: *El adolescente está empeñado en una lucha emocional de extremada urgencia e inmediatez. Su libido está a punto de desligarse de los padres para catectizar nuevos objetos. Son inevitables el duelo por los objetos del pasado y los amoríos afortunados o desafortunados.* Entre los principales duelos de los adolescentes tenemos:

El duelo por el cuerpo infantil perdido, base biológica de la adolescencia, que se impone al individuo que no pocas veces tiene que sentir cambios como algo externo frente a lo cual se encuentra como espectador impotente de lo que ocurre en su propio organismo.

El duelo por el rol y la identidad infantiles, que lo obliga a una renuncia de la dependencia y a una aceptación de responsabilidades que muchas veces desconoce.

El duelo por los padres de la infancia a los que persistentemente trata de retener en su personalidad buscando el refugio y la protección que ellos significan, situación que se ve complicada por la propia actitud de los padres, que también tienen que aceptar su envejecimiento. (Isla & Solar, 2015, p.35)

Crisis de oposición: En cuanto a la necesidad de autoafirmarse, de formar un yo diferente al de sus padres a los que han estado estrechamente unidos hasta ahora, con necesidad de autonomía, de independencia intelectual y emocional.

Crisis de originalidad: “Presenta dos aspectos: Individual, como afirmación del yo, con gusto por la soledad, el secreto, las excentricidades en el vestir, o en su forma de hablar o pensar” (Isla & Solar, 2015, p.35).

“Necesita reformar, transformar el mundo, ser distinto y especial. Social, se encuentra la rebelión juvenil, rebelión en cuanto a los sistemas de valores de los adultos y las ideas recibidas” (Isla & Solar, 2015, p.35).

Desbalance emótico: “A veces con la sensibilidad a flor de piel y en otras con las que parece carecer de sentimientos”

(Isla & Solar, 2015, p.35); es por eso “que un día el adolescente puede sorprender con un abrazo a sus padres y otro día rechazar cualquier muestra de cariño” (Isla & Solar, 2015, p.35).

Imaginación desbordada: “Sueña y esto no es más que un mecanismo de defensa ante el mundo para el cuál no estar preparado” (Isla & Solar, 2015, p.35).

Narcisismo: “Se reconoce al adolescente cuando comienza a serlo, concediéndole una importancia extrema a su físico” (Isla & Solar, 2015, p.35).

Sentimiento de inseguridad: “Sufre a causas de sus propios cambios físicos que no siempre van aparejados con su crecimiento emocional, puesto que, en la adolescencia, la madurez física siempre precede a la psíquica” (Isla & Solar, 2015, p.35).

Sentimiento de angustia: “Puesto que en la adolescencia existe una frustración continua, por una parte, le pedimos que actúen como un adulto (en sociedad y responsabilidad) y por otra se le trata como un niño” (Isla & Solar, 2015, p.35).

“Esta angustia es la manifestación de la tensión que el adolescente soporta y se manifiesta por: Agresividad, miedo al ridículo, angustia expresada de modo indirecto, y sentimientos de depresión” (Isla & Solar, 2015, p.35).

2.1.4 Embarazo en la adolescencia.

La OMS define “al embarazo en la adolescencia como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al

tiempo transcurrido desde la menarquia y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen” (Robalino, 2009, p.24)

El embarazo adolescente, generalmente no planificado y/o no deseado, supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven, además de condicionar, definitivamente, su estilo de vida, por lo que constituye para las jóvenes que resultan embarazadas un problema más social que médico. (Arboleda, 2012, p.21)

El embarazo en la adolescencia es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.

Según Sánchez (2005) “El embarazo temprano con sus repercusiones es uno de los problemas más evidentes que plantea la práctica sexual no protegida y su incidencia es mayor en los grupos más vulnerables” (p.30).

La actividad sexual se considera comúnmente como un indicador de riesgos psicosocial, sobre todo en el caso de los/las jóvenes de las zonas urbanas la relación sexual temprana se asocia con el uso de métodos anticonceptivos poco efectivos (ritmo, coito interrumpido), el consumo de tabaco, alcohol y marihuana. (Sánchez, 2005, p.30)

a. Causas del embarazo adolescente.

Según Arboleda (2012) “El embarazo adolescente tiene orígenes multicausales y por ello requiere múltiples soluciones. No obstante, hay dos hechos que son determinantes al analizar las causas del embarazo en adolescentes” (p.27):

a) Deficiente manejo de habilidades sociales en el adolescente entre otros; b) No utilización de método anticonceptivo eficaz; c) Limitado conocimiento sobre sexualidad; d) El inicio, cada vez más precoz de las relaciones sexuales. Según Arboleda (2012).

- **Inicio precoz de las relaciones sexuales:**

La edad promedio de la primera relación sexual en las madres adolescentes es de 15 años. El intervalo entre la primera relación sexual y el primer embarazo en las madres adolescentes es de 7.12 meses. El 75.2% de las madres adolescentes se embarazaron por descuido. (Arboleda, 2012, p.27)

A continuación, Arboleda (2012) se presentan diversos factores por los cuales se presentan un inicio precoz de las relaciones sexuales:

Factores biológicos: “Se ha demostrado relación entre el comienzo de las relaciones sexuales y la edad de maduración sexual. Con el adelanto de la menarquía que se está produciendo, se han adelantado las relaciones sexuales” (Arboleda, 2012, p.27).

Factores familiares: “El modelo familiar se transmite de padres a hijos y se ha demostrado que las hijas de madres adolescentes tienen el doble de posibilidades de presentar embarazos precoces” (Arboleda, 2012, p.27).

“Además del modelo familiar la comunicación que se establezca entre padres e hijos es otro de los factores determinantes del inicio precoz de las relaciones sexuales y de un eventual embarazo” (Arboleda, 2012, p.27).

Factores ambientales: “Las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente

como del inicio precoz de las relaciones sexuales” (Arboleda, 2012, p.28). Por ello, “se observa cómo la fecundidad adolescente no se distribuye de forma homogénea entre los diferentes estratos sociales, apreciándose zonas de elevada prevalencia dentro de una misma área geográfica” (Arboleda, 2012, p.28).

No utilización de anticoncepción

Según Arboleda (2012) “Cuanto más joven es la mujer menos relación es sin protección necesitan para quedarse embarazada, es fácil concluir que la no utilización de método anticonceptivo alguno supone el factor causal más importante para el embarazo adolescente” (p.28).

Para muchos, el verdadero problema del embarazo adolescente radica en que esta población no utiliza medidas anticonceptivas por falta de educación sexual, por desconocimiento de los métodos disponibles, por ignorancia en cuanto al peligro del embarazo y por la difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos. Procuraremos analizar, a continuación, los factores que inciden en la escasa utilización de anticoncepción en esta época de la vida. (Arboleda, 2012, p.28).

Falta de previsión: “Las primeras relaciones sexuales son espontáneas, no planeadas, lo que dificulta la utilización de algún método anticonceptivo, al mismo tiempo que parece haberse observado una débil motivación y concientización por parte de los jóvenes, para su uso” (Arboleda, 2012, p.28). De hecho, “el 30-35% de las primeras relaciones coitales se realizan sin protección anticonceptiva” (Arboleda, 2012, p.28).

Factores ambientales: “Suele ocurrir, con cierta frecuencia, que los adolescentes tienen sus primeras relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol” (Arboleda, 2012, p.28). y, además,

“un porcentaje estimable de ellos (15%) lo hace después de tomar otro tipo de droga. La utilización de cualquier tipo de droga es mala consejera para realizar ejercicios de previsión y responsabilidad” (Arboleda, 2012, p.29).

Difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos: “En todos los ámbitos geográficos y en todas las sociedades, desarrolladas o no, los resultados demuestran que las leyes restrictivas sobre la accesibilidad a los anticonceptivos se asocian a un riesgo elevado de gestación adolescente” (Arboleda, 2012, p.29).

- ***Limitado conocimiento sobre sexualidad.***

“Un limitado conocimiento sobre sexualidad por los adolescentes por la falta de una adecuada educación e información sexual explica, en la mayoría de las ocasiones, la alta incidencia de gestación adolescente” (Arboleda, 2012, p.29).

La responsabilidad de padres, profesores, sanitarios y de la sociedad se diluye y los jóvenes obtienen la información sobre los métodos anticonceptivos de sus amigos, medios de comunicación, etc. Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad en terceras personas haciendo dejación de su derecho y su deber de educar a sus hijos. (Arboleda, 2012, p.29)

ISIS Internacional (ISIS, 2001) “Algunos adultos creen que la educación sexual de los jóvenes viola las enseñanzas religiosas, no es sensible a las tradiciones culturales e invade el territorio de los padres” (p.6).

Deficiente manejo de habilidades sociales en el adolescente.

ISIS (2001) señala “el manejo adecuado de las habilidades sociales en un adolescente es de suma importancia ya que si presenta consolidadas estas habilidades podrá discernir entre lo bueno y malo” (p.6); así como, tomar las mejores decisiones y afrontar diversos problemas de la sexualidad presentada” (ISIS, 2001, p.6).

Mediante la capacitación en habilidades, los y las adolescentes pueden aprender a usar los métodos anticonceptivos, a negociar o insistir en tener sólo sexo con protección cuando sean sexualmente activos, y a resistir la presión de otros adolescentes y de posibles parejas si no desean ser sexualmente activos. (ISIS, 2001, p.6)

b. Consecuencias del embarazo adolescente.

ISIS (2001) “El embarazo no planeado en una adolescente puede provocarle serios trastornos biológicos, repercusión en su esfera social, e interrupción de su proyecto educativo” (p.6). Además “la censura social sobre la adolescente y su familia se hacen evidentes, se desencadenan matrimonios apresurados que generalmente no duran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas personales y sobre la salud de los hijos.” (ISIS, 2001, p.6).

Para ISIS (2001) “Las madres adolescentes son responsables del 10% de los partos del mundo, pero no todos esos embarazos son indeseados. Independientemente de ser deseado o no, el embarazo precoz en una joven puede poner su salud en peligro” (p.6).

Según la OMS, “la edad más segura para quedar embarazada es de 20 a 24 años de edad, ya que el crecimiento del esqueleto no se completa sino hasta los 18” (ISIS, 2001, p.6), mientras que “el canal del parto puede que no madure antes de los 20 ó 21 años de edad” (ISIS, 2001, p.6).

Entre las complicaciones figura la anemia, las infecciones bacterianas graves, el parto prematuro, el parto obstruido y prolongado debido a que la pelvis es muy pequeña, la muerte del feto, las fístulas, entre otros. La mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre las de 20 a 29 años. (ISIS, 2001, p.6)

La madre adolescente.

“Los cambios que genera un embarazo se suman a los cambios psicosociales de la etapa adolescente, por lo tanto, se producen temores, desequilibrio emocional, depresión, angustia, somatizaciones, intentos de aborto y en ocasiones de suicidio” (Sánchez, 2005, p.31).

Los hijos. Según Sánchez (2005) “Las jóvenes que deciden tener a sus bebés en principio buscan darles cuidados y protección. Ante la dificultad económica y las limitaciones que el hijo representa para su vida personal y social” (p.31),y “tienden a desatenderlos por periodos prolongados, generando abandono y maltrato infantil. Es frecuente que los hijos de adolescentes presenten dificultades de adaptación social y escolar” (Sánchez, 2005, p.31).

El padre adolescente. “Para el varón, la situación se presenta diferente. Injusta e irresponsablemente, muchos jóvenes siguen pensando que la responsabilidad la tiene la mujer” (Sánchez, 2005, p.31). Otros, “en un aparente y

limitado deseo de colaborar, se ofrecen a pagar un aborto. Sin embargo, muchos hombres que embarazan a una adolescente terminan abandonándola a su suerte” (Sánchez, 2005, p.31).

La pareja adolescente. “La mayoría de las parejas comienzan a convivir sin haberse conocido muy bien. Esto se traducirá en problemas de relación de pareja y desintegración familiar” (Sánchez, 2005, p.31).

La sociedad. Sánchez (2005). “La maternidad precoz a menudo está asociada con el aumento de la fecundidad durante la vida reproductiva de las mujeres; esto conduce a un crecimiento de la población más rápido que obstaculiza el desarrollo socioeconómico” (p.31). Por otro lado, “la familia y la sociedad requieren encontrar formas para ayudar a las jóvenes a sostener a sus hijos, convirtiéndose en una carga social adicional” (Sánchez, 2005, p.31).

Otras consecuencias.

Adopción: “Constituye la tercera de las alternativas cuando se decide no interrumpir la gestación y, probablemente, es la más compleja por cuanto puede generar angustia y culpabilidad” (Sánchez, 2005, p.32).

Aborto: “La adolescente que está embarazada se enfrenta a una dura prueba al tener que tomar una decisión, la de interrumpir su embarazo, para la que, probablemente, no esté emocionalmente madura” (Sánchez, 2005, p.32).

2.1.5 Sexualidad en el adolescente.

Según La Secretaria General De Salud Reproductiva (2002) “la sexualidad es una parte integral en nuestras vidas, desde el nacimiento

hasta la muerte” (p.20). Se tiene en cuenta que para “los adolescentes hacerse cargo de su emergente sexualidad es parte del proceso natural de transformación en adulto. La sexualidad debe ser considerada dentro del contexto del desarrollo humano, no como un secreto a ser guardado por el silencio del adulto” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.20).

a. Conocimiento del cuerpo.

Aspectos biológicos de la sexualidad adolescente

Según La Secretaria General De Salud Reproductiva (2002) “Desde el punto de vista biológico el ser humano es un ser sexuado. La existencia de los órganos genitales no sólo determina la asignación de sexo, sino que provocan un comportamiento sexual” (p.20).

“El concepto de sexualidad ha traspasado los límites de la genitalidad y ha incluido las distintas conductas tanto individuales como sociales que las personas adoptan para resolver su vida sexual” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.20).

Considerando que la Secretaria General De Salud Reproductiva (2002) “los humanos poseemos órganos sexuales diferenciados para hombres y mujeres, la tendencia es aceptar la existencia de sexualidad desde el nacimiento” (p.20). Sin embargo, hay diferentes opiniones “a nivel psicosocial. Muy distinto es el panorama cuando se habla de madurez sexual, ya que biológicamente está demostrado que tal madurez es consecuencia de la influencia del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas lo cual trae aparejado cambios corporales y psicológicos” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.20).

Aspectos psicológicos de la sexualidad adolescente.

Secretaría General De Salud Reproductiva (2002). Señala que “durante la adolescencia la capacidad física, sexual, imaginativa, intelectual y crítica funcionan con mayor intensidad que en cualquier otro momento de la vida. Es tiempo de cambios diversos e intensos” (p.21). “Las alteraciones hormonales y emocionales pueden exagerarlo todo. El sentimiento infantil de un nuevo día pleno de diversión y alegría se transforma en emociones y sentimientos nuevos, muchas veces confusos y entremezclados” (Secretaría General De Salud Reproductiva, 2002, p.21).

“Los/las jóvenes ya no piensan a partir de los objetos reales y de la realidad conocida, sino que ahora son capaces de crear objetos ideales, de imaginar situaciones que no existen, al menos dentro de su experiencia” (Secretaría General De Salud Reproductiva, 2002, p.21).

Según la Secretaría General De Salud Reproductiva, (2002) “El/las jóvenes intentan dominar la realidad con las teorías, sin embargo, en muchas ocasiones confunde lo posible con lo real. La ubicación dentro de la realidad se dará más adelante a partir de la vida en el mundo de los adultos” (p.21).

“Encontramos entonces en el/la adolescente dos formas de pensamiento: uno mágico, que intenta controlar y cambiar al mundo a partir del pensamiento omnipotente (fantasías) y otro científico que controla el mundo de forma más real. (Secretaría General De Salud Reproductiva, 2002, p.21).

Secretaría General De Salud Reproductiva (2002), manifiesta que “hacia el final de la adolescencia el/la joven

comúnmente ha logrado establecerse en la realidad social. Si bien es cierto que el/la adolescente puede pensar de manera abstracta, el contenido de sus pensamientos está matizado por su experiencia infantil” (p.21).

Atracción, ilusión y enamoramiento.

“El amor y ser querido es una necesidad básica del ser humano. Por encima de esta necesidad universal existencial de unión, surge otra más específica y de orden biológico, el deseo de unión entre los polos masculino y femenino.” (Secretaría General De Salud Reproductiva, 2002, p.20).

Desde que el niño nace siente necesidad de afecto y de cercanía física, pero en la pubertad y en la adolescencia es cuando el instinto sexual se orienta hacia su satisfacción y a la búsqueda de otro sexo. Sin embargo, el adolescente que ya está capacitado físicamente para procrear no siempre está maduro ni psicológica, ni emocional, ni socialmente para ello. Este proceso de alcanzar la madurez en todas las esferas de su desarrollo, toma tiempo. (Secretaría General De Salud Reproductiva, 2002, p.21).

La primera vez: Prueba del amor.

Aún hoy siguen existiendo los mismos condicionamientos que hace 50 años atrás para el debut sexual tanto en varones como en mujeres. Hoy como ayer existen las mismas motivaciones. En la medida que la adolescente es más madura y su nivel de educación es mayor, puede manejar mejor estas variables y tomar ella una decisión conducente a la iniciación. Y con los varones, es igual.

A medida que la mujer fue liberándose de algunos estereotipos y decidiendo de acuerdo a sus deseos, el varón pudo debutar en muchos de los casos con su novia y por amor. Lo importante es que el adolescente se inicie en el momento elegido, con la pareja deseada, contenidos, protegidos, no es un ideal, es un derecho al que debe aspirar todo adolescente.

Fecundación y concepción.

En los humanos la fecundación es interna, es decir, ocurre dentro del cuerpo de la mujer después de realizar el acto sexual. Tiene lugar en la parte superior de las trompas de Falopio, a donde llegan los espermatozoides unos cinco minutos después del acto sexual, ayudados por las contracciones de las paredes del útero. De los aproximadamente 300.000.000 de espermatozoides expulsados en una eyaculación, sólo un centenar consigue llegar cerca del óvulo, el resto muere en el camino. El óvulo se puede fecundar durante un día. Los espermatozoides pueden esperar en las trompas de Falopio 3 días. Sólo un espermatozoide puede entrar en el interior de un óvulo y cuando esto ocurre se forma una capa protectora que impide que penetren más espermatozoides en el interior del óvulo. La fecundación es la unión del óvulo con el espermatozoide. El óvulo, una vez fecundado, recibe el nombre de célula huevo que se divide en 2, 4, 8W células, formando el embrión, y baja por la trompa de Falopio hasta el endometrio del útero donde se fija. A la fijación del embrión en las paredes del útero se le llama nidación. A partir de este momento se produce el embarazo.

2.1.6 Habilidades sociales y autoestima para la prevención del embarazo adolescente

Gutiérrez (2012) “En el periodo adolescente es necesario ayudarlos a establecer relaciones sociales e íntimas efectivas, a citarse con personas del sexo opuesto y promover el uso de métodos anticonceptivos” (p.31). Por otro lado, “Bethencourt, Fumero, Fernández y León, consideran la nula información y educación sexual son los factores que contribuyen a aumentar la tasa de embarazos no deseados” (Gutiérrez, 2012, p.31). No obstante, “existe cierta evidencia de que las relaciones sexuales no protegidas pueden ocurrir por un déficit de habilidades sociales y de comunicación” (Gutiérrez, 2012, p.31).

La falta de competencias para la relación interpersonal en los adolescentes a la hora de hablar y proponerse la adopción de un método anticonceptivo parece ocasionar su pobre uso aun cuando el conocimiento acerca de los métodos de control de nacimiento sea adecuado. Entre los múltiples y variados factores que explican la conducta de riesgo, según Espada, Quiles y Méndez, en el 2003, incidiremos sobre las *habilidades de comunicación, asertividad y autoestima*. (Gutiérrez, 2012, pp.31-32)

Para Gutiérrez (2012) “El comportamiento sexual es un comportamiento social, para que sean posibles los comportamientos sexuales de prevención es preciso que los sujetos posean niveles suficientes de autoestima y asertividad, así como estrategias efectivas de comunicación interpersonal con la pareja” (p.32). En cuanto, “a la *autoestima*, se ha observado que las personas que sienten poco respeto hacia sí mismas y que experimentan falta de control hacia sus propias vidas, no suelen responder a los mensajes para mejorar la salud” (Gutiérrez, 2012, p.32). Así mismo, “es probable que las personas que se sienten perseguidas y rechazadas por la sociedad no cooperen en los esfuerzos preventivos” (Gutiérrez, 2012, p.32).

“Por contra obtuvieron éxito en la prevención de embarazos entre las adolescentes con un programa comunitario que potenciaba la autoestima y la responsabilidad personal” (Gutiérrez, 2012, p.32).

Comunicación asertiva. “La comunicación asertiva se refiere a defender los derechos propios y expresar lo que se cree, piensa o siente expresando lo que se cree o pensamos de las personas” (Gutiérrez, 2012, p.32).

Para Gutiérrez (2012) “Se considera al asertividad como la habilidad de decir no o sí de cuando a lo que verdaderamente se quiere decir. Por ejemplo: *no quiero tener relaciones sexuales o sí quiero tener relaciones sexuales si usamos condón*” (p.32), esto, “depende de lo que realmente se quiere y piense de las relaciones sexuales de manera directa y clara sobre el tema de sexo y sexualidad siendo una habilidad que con entrenamiento los adolescentes pueden aprender” (Gutiérrez, 2012, p.32).

El asertividad beneficia a todos, pero especialmente a los adolescentes siendo un instrumento de negociación para lidiar con la presión de grupo. La iniciación sexual temprana, el embarazo no deseado y otros como las drogas, pueden ser afrontados si los adolescentes son entrenados en saber responder con asertividad y con base a ser valorados. (Gutiérrez, 2012, p.32)

Según Gutiérrez (2012) “Para la utilización de la comunicación asertiva se aplican las siguientes pautas frente a los casos establecidos” (p.32):

- *Aprender a declinar las presiones sociales y hacer uso del derecho personal de decir NO: Reafirmar la experiencia de saber decir NO cuando se perciben peticiones que consideramos poco razonables*” (Gutiérrez, 2012, p.32).

- *Componentes verbales:* según Gutiérrez (2012). “Dejar hablar a al otro hasta que termine sin interrumpirle, no dar justificaciones, excusas o explicaciones, insistencia; repetir el mensaje de manera clara y persistente” (p.32), y, “utilizar la primera persona, evitar los chantajes emocionales, decir un *no* más que al interlocutor, utilizar la técnica del disco rayado” (Gutiérrez, 2012, p.32).
- *Componentes no verbales:* “Postura relajada, mirar a la otra persona directamente, no sonreír, distancia apropiada con la otra persona, tono y volumen de voz adecuados” (Gutiérrez, 2012, p.33).
- *Componente cognitivo:* “Explicación” (Gutiérrez, 2012, p.33).

Emisión de conductas verbales y no verbales dirigidas a entablar una relación más personal con sujetos del sexo opuesto. Se debe evitar poner nervioso o ansioso.

- *Componentes verbales:* “Presentación y / o saludo, hablar de temas intrascendentes para pasar después a hablar de cosas más personales si te interesa” (Gutiérrez, 2012, p.33). Cabe resaltar que “no es empezar al revés, atender a las señales verbales del otro que te dan pie a continuar o a dejarlo, reforzar al otro, tener en cuenta los elementos necesarios para iniciar, mantener una conversación” (Gutiérrez, 2012, p.33).
- *Componentes no verbales:* “Mirar directamente al otro / a, distancia adecuada dependiendo de la relación y confianza, sonreír, contacto físico; apoyar tus afirmaciones con el

contacto de las manos en el cuerpo del otro / a, postura relajada” (Gutiérrez, 2012, p.33).

- *Componente cognitivo: “Explicación”* (Gutiérrez, 2012, p.33).

Control de la ira y manejo de emociones. Según Gutiérrez (2012) “La ira o la rabia es una emoción humana normal y es la forma en que el subconsciente libera la tensión emocional y mental, pero a veces esta función psicológica normal puede quedar fuera de control y llevarnos por mal camino” (p.34). Es decir, “enfadarse es normal; dejar que la ira se lleve lo mejor de nosotros, no lo es. Durante la adolescencia es muy común sentirse abrumado por la intensidad de los sentimientos o opiniones” (Gutiérrez, 2012, p.34).

Pero cuando se tratan de sentimientos negativos, es muy importante saber manejarlos. Sorprendentemente, reconocer y manejar la ira es relativamente fácil gracias al creciente número de recursos relacionados con el manejo de la ira. La adolescencia está considerada como una de las etapas de mayor estrés para los padres. Los hijos atraviesan un momento difícil, en el que la rebeldía, el inconformismo, la crisis de identidad multiplican los conflictos. (Gutiérrez, 2012, p.34)

Gutiérrez (2012) “La preocupación de los padres por el futuro de sus hijos, su educación, la influencia de sus amigos, que no tomen alcohol, ni drogas ni hagan mal uso del sexo” (p.34), se añade, “al propio conflicto generacional por lo tanto en esta etapa de crisis predomina de forma indistinta la crisis psicológica generando en el adolescente periodos de descontrol provocando ira y disminución del manejo de sus emociones” (Gutiérrez, 2012, p.34).

Para Gutiérrez (2012) “la utilización del control de la ira y el manejo de emociones se aplican las siguientes pautas frente a los casos establecidos” (p.34):

Expresar aquellas conductas o acciones de la otra persona que no le han gustado y pueden hacerle sentirse mal:

- *Componentes verbales:* Gutiérrez (2012) “Decir exactamente aquello que no me gusta y / o me molesta del otro, describiendo su conducta, utilizar la primera persona” (p.34);

A mí no me gusta que me bese en presencia de otras personas, decir cómo te hace sentir la conducta; me siento mal, me siento un poco violenta (...), pedir un cambio de conducta; me gustaría. Que no me besaras en público, por el momento, agradecer su intención de colaborar y esfuerzo. (Gutiérrez, 2012, p.34)

- *Componentes no verbales:* “Mirar directamente a los ojos, no sonreír, tono de voz adecuado; firme y alto, postura: no ataque, relajado, brazos sueltos” (Gutiérrez, 2012, p.35).
- *Componente cognitivo:* “Explicación” (Gutiérrez, 2012, p.35).

Saber reaccionar a las críticas de los demás afirmando tus propios gustos y preferencias sin actuar de forma defensiva y sin entrar en las posibles manipulaciones del otro:

- *Componentes verbales:* “Afirmación repetida de tus propios gustos y preferencias, admitir la posibilidad de que haya parte de verdad en la crítica del otro (Banco de niebla)” (Gutiérrez, 2012, p.35).
- *Componentes no verbales:* “Contacto visual, tono de voz adecuada, expresión corporal relajada, distancia apropiada con la otra persona, contacto físico si la situación lo requiere” (Gutiérrez, 2012, p.35).
- *Componente cognitivo:* “Explicación” (Gutiérrez, 2012, p.35).

Toma de decisiones. Un proceso muy ligado al cambio de problema es la toma de decisiones. A diario nos enfrentamos a situaciones dónde tenemos que tomar decisiones en los que tenemos desde una simple situación de vestirnos hasta usar otros más complejos como la decisión del matrimonio” (Gutiérrez, 2012, p.35).

Según Gutiérrez (2012) “Respeto a lo o personal hay características muy estudiadas por los psicólogos conocidas como *locus de conducta*; decimos que unas personas tienen *locus de conducta externa* cuando la persona cree que lo que le ocurre en la vida es consecuencia” (p.35), a muchos, “factores externos como la suerte o el destino, los astros, etc.” (Gutiérrez, 2012, p.35). Es decir, “el control de sus vidas no está en ellos sino en influencias externas. Así, por ejemplo: Una chica que quedó embarazada sin desearlo, pensaría que lo que ocurre es por mala suerte” (Gutiérrez, 2012, p.35).

Por su parte, Gutiérrez (2012) “Las personas que poseen un “locus e control interno” más bien creen que lo que les ocurre en la

vida es el resultado de su propio esfuerzo, del desarrollo del ser, aptitudes y capacidades” (p.36).

“Un apersona que controla por sí mismo lo que le sucede, tendrá una mayor probabilidad de conocer sus propias decisiones y de ser el autor de su vida” (Gutiérrez, 2012, p.36).

“Involucrarse activamente en la toma de decisiones aumenta de manera importante los sentimientos de satisfacción personal y de compromiso de esas decisiones” (Gutiérrez, 2012, p.36).

Por su parte, Gutiérrez (2012) “Por ello debemos fomentar en los adolescentes el desarrollo de un locus de conducta interna” permitiendo el ejercicio de dos capacidades de tomar decisiones por más pequeñas o insignificantes que estas parezcan” (p.36).

Gutiérrez (2012) “Una forma sencilla de ayudar a los adolescentes a tomar decisiones racionalmente sobre ciertas situaciones como a evitar o retazar las relaciones sexuales, a usar o no anticonceptivos es la siguiente” (p.36):

I: identificar el problema

Describir el problema

Evaluar las alternativas de solución de problemas.

A: actuar y elegir una alternativa y evaluar ventajas y desventajas S: saber el resultado de las acciones y asumir consecuencias.

Gutiérrez (2012) “Para realizar una correcta toma de decisiones se aplican las siguientes pautas frente a los casos establecidos” (p.36):

Fomentar y resolver problemas de una forma ordenada y planificada a cada situación.

Ejemplos

- a) Inseguridad en la toma de decisiones; b) Plantear problemas que suponen una carga o responsabilidad; y c) Situaciones que conllevan reacciones agresivas, de inseguridad o de temor. Según Gutiérrez (2012)

Componentes verbales.

a) Entre todos se buscan y generan alternativas y respuestas potenciales; b) Un miembro del grupo presenta un problema; c) Se discute en el grupo las alternativas no adecuadas y las consecuencias negativas de las mismas; y d) Se concreta y matiza el problema con ayuda del terapeuta. Según Gutiérrez (2012)

“Se proponen alternativas más adecuadas, viables y realistas, maximizando la probabilidad de alcanzar el objetivo propuesto y teniendo en cuenta si se puede o no llevarlo a cabo y las posibles consecuencias” (Gutiérrez, 2012, p.36).

Componentes no verbales.

- “Postura, mirada, gesto, sonrisa, distancia, tono y volumen de voz adecuados a las situaciones específicas de resolución de problemas que se planteen” (Gutiérrez, 2012, p.37).

Autoestima. Según Gutiérrez (2012) “Es la capacidad de sentir confianza, respeto y amor por sí mismo. Es una experiencia personal y muy íntima que tienen que ver con la opinión y el sentimiento que se tiene acerca de sí mismo” (p.37) y “no con lo que otros sienten y piensan de uno. Tienen dos componentes: un sentimiento de

capacidad personal y un sentimiento de valía personal y refleja el juicio implícito que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida” (Gutiérrez, 2012, p.37).

“La autoestima es un aspecto muy importante de nuestras vidas, influye en forma decisiva sobre todo los aspectos de nuestras experiencias desde como funcionamos en el trabajo, amor, sexo hasta nuestra procedencia como padres, estudiantes o amigos” (Gutiérrez, 2012, p.37).

Nuestras respuestas ante los acontecimientos dependen de quién y qué pensamos que somos. Por lo tanto, nuestra historia personal es el reflejo de la visión íntima que poseemos de nosotros mismos. La autoestima es la clave del éxito o del fracaso. También es la clave para comprendernos y comprender a los demás. (Gutiérrez, 2012, p.37)

Según Gutiérrez (2012) “La autoestima es una cuestión de grados, todos la tenemos, pero no todos la desarrollamos plenamente” (p.37). Además, “una autoestima adecuada se asocia con los reconocimientos de cualidades defectos de una mayor conciencia de los alcances y limitaciones para luchar y obtener mejores condiciones de vida” (Gutiérrez, 2012, p.37); y “en cambio una autoestima baja está asociada a una falta de reconocimiento de habilidades y cualidades que se posee y por lo tanto a la falta de confianza de sí mismo y la de adecuar la conducta propia a la de los demás” (Gutiérrez, 2012, p.37).

“Una buena autoestima nos permite crecer, se libres, creativos, alegres, amistosos, amorosos, sentimientos plenos, con capacidad de dar y recibir y ser triunfadores e la vida la baja autoestima produce todo lo contrario” (Gutiérrez, 2012, p.37).

“La autoestima al igual que estos procesos psicológicos se adquiere a través de la interacción del individuo con los agentes

socializadores primarios en el hogar y con los secundarios como el caso de amigos a lo largo de las diferentes etapas” (Gutiérrez, 2012, p.37).

En la adolescencia la autoestima podría verse debilitada entre otras cosas por causa del cambio que el adolescente experimenta en su imagen corporal y porque van formando su propia escala de valores y juicios muchas veces contrarias a la de los padres, generando inseguridad y sentimientos de ser diferentes. (Gutiérrez, 2012, p.37)

Según Gutiérrez (2012) “Es precisamente en esta etapa que se requiere que los adultos le ayuden a valorar sus logros con el fin de fortalecer su posición personal y su estado” (p.38). A su vez, “Es necesario que los adolescentes tengan confianza y esto se fortalecerá en la confianza que los padres depositen en ellos” (Gutiérrez, 2012, p.38).

2.1.7 Anticoncepción en la adolescencia.

Debido a las experiencias acumuladas del trabajo con los adolescentes se considera justificable un repaso acerca de los recursos anticonceptivos. En diversos estudios sobre el comportamiento sexual de los/la joven se señala que los/las adolescentes inician prácticas sexuales sin ninguna protección anticonceptiva, exponiéndose, entre otras situaciones, a embarazos no deseados con todas sus consecuencias. (Secretaría General De Salud Reproductiva, 2002, p.49).

Criterios para la selección de métodos anticonceptivos.

Para La Secretaría General De Salud Reproductiva (2002) manifiesta que “durante el proceso de selección de algún recurso anticonceptivo para adolescentes, es importante recordar los

siguientes lineamientos generales: Es importante identificar no sólo las necesidades orgánicas de los adolescentes, sino también las de tipo emocional, económico, educativo y sus valores” (p.49).

Tipos de métodos anticonceptivos.

b.1 Métodos anticonceptivos temporales.

b.1.1 Anticonceptivos hormonales: “son recursos anticonceptivos de tipo temporal que contienen hormonas esteroides sintéticas. Actualmente se encuentran disponibles en tres presentaciones: hormonales orales, hormonales inyectables y los implantes sub dérmicos” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.53).

b.1.1.1 Hormonales orales. “La anticoncepción oral es una opción efectiva y segura para las mujeres que desean regular su fecundidad en forma temporal, y que están dispuestas a la toma adecuada del anticonceptivo” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.53).

Según Secretaria General De Salud Reproductiva (2002) “Existen una amplia gama de opciones con diferentes formulaciones, concentraciones y presentaciones y se ubican en dos grupos”:

a) *Mono hormonales* (que contienen sólo progestina). Y b) *Hormonales combinados* (estrógeno con progestina). Según Secretaria General De Salud Reproductiva (2002).

Usados de manera adecuada los anticonceptivos hormonales orales tienen una alta efectividad. De acuerdo con diversos estudios es de 99% para las formulaciones combinadas y de 90 a 97% para las

formulaciones que sólo contienen progestina. Además, se ha descubierto que los progestágenos incluidos en las nuevas formulaciones han garantizado eficacia y disminución importante de efectos colaterales en las usuarias. (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.53).

Formulaciones combinadas “que contienen una progestina y un estrógeno, ambos a dosis bajas. Las formulaciones más utilizadas contienen como progestina: norgestrel, levonorgestrel, desogestrel o gestodeno; combinada (la progestina) con etinil estradiol” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.53).

“La presentación farmacéutica es en ciclos de 21 o 28 grageas o tabletas. En la presentación de 28, las primeras 21 contienen los ingredientes hormonales y las 7 últimas contienen hierro o placebo” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.53).

Formulaciones que sólo contienen progestina. “Las formulaciones más utilizadas contienen levonorgestrel o linestrenol. La presentación Farmacéutica es en ciclos de 28 ó 35 grageas o tabletas” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.54).

Según Secretaria General De Salud Reproductiva (2002) “Los anticonceptivos orales combinados previenen el embarazo no planeado, fundamentalmente a través de inhibir la ovulación. Un mecanismo adicional es el de inducir cambios en la consistencia del moco cervical, formando una barrera que impide el paso de los espermatozoides” (p.54).

Los anticonceptivos orales que sólo contienen progestina no inhiben la ovulación y su efecto

preventivo del embarazo es debido a los cambios en la consistencia del moco cervical, que constituye una barrera que impide la migración de los espermatozoides por el aparato reproductor femenino. (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.54).

b.1.1.2 Hormonales inyectables.

Para La Secretaria General De Salud Reproductiva, (2002). “Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos temporales de larga acción. Si se usan de manera adecuada, se ubican entre los métodos reversibles más efectivos actualmente disponibles” (p.55).

Secretaria General De Salud Reproductiva (2002). “Los anticonceptivos inyectables contienen hormonas esteroides sintéticos que se administran por vía intramuscular y de acuerdo a su formulación se dividen en dos grupos” (p.55):

“Formulaciones que sólo contienen progestina como el Noristerat® que brinda protección anticonceptiva durante dos meses; y el acetato de medroxiprogesterona (Depoprovera®) a la dosis de 150 mg cada 3 meses” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.54).

Formulaciones combinadas que contienen tanto una progestina como un estrógeno, que brindan protección anticonceptiva por un mes. Las formulaciones más utilizadas, conocidas por sus nombres comerciales son Cyclofemy Mesigyna® (50 mg de enantato de noretisterona y 5 mg de valerato de estradiol). (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.55).

Secretaria General De Salud Reproductiva (2002). “Los anticonceptivos hormonales inyectables por sus altas dosis, previenen el embarazo fundamentalmente a través de inhibir la ovulación” (p.55).

Para la Secretaria General De Salud Reproductiva, (2002) señala que “a nivel endometrial no hay proliferación, resultando un endometrio hipotrófico; por otro lado, el moco cervical se vuelve escaso, espeso, no filante, formando una barrera que impide el paso de los espermatozoides” (p.55).

b.1.1.3 Dispositivo intrauterino (DIU).

Los dispositivos intrauterinos se clasifican en: DIU's no medicados o inertes y DIU's medicados

En la actualidad, según Secretaria General De Salud Reproductiva (2002) “los DIU's no medicados ya no se encuentran en uso. Los DIU's medicados son aquellos que liberan cobre o un esteroide de actividad progestacional. El DIU medicado con cobre es un pequeño artefacto de polietileno” (p.55), “con espirales de cobre y/o alambre de cobre adherido al marco. El DIU actualmente más utilizado en el mundo es el Tcu 380A, modelo de polietileno en forma de T adicionado con sulfato de bario que lo hace opaco a los rayos X” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.55).

“Cuenta con dos placas de cobre sólido, colocadas en cada uno de los segmentos horizontales y una espiral de alambre al rededor del segmento vertical. Mide 36 mm de largo por 32 mm de ancho, y la superficie total de cobre expuesta es de 380 mm².” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.55).

Para la Secretaria General De Salud Reproductiva (2002) “Está provisto de dos filamentos o hilos guía transcervicales, para su localización o extracción. Existe también la versión SL (short loop, asa corta) denominado Multiload Cu 375 SL, más pequeño en sus dimensiones, mide 29 mm de largo por 18 de ancho” (p.56); y, “contiene 375 mm² de cobre en un filamento espiral al rededor del tubo vertical. Cuenta también con filamentos de nylon color negro. Está particularmente indicado en mujeres nulíparas incluyendo adolescentes” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.56).

Los dispositivos con mayor superficie de cobre, son más efectivos que los que tienen menor contenido de cobre. La duración de la efectividad anticonceptiva varía de acuerdo al diseño y al contenido de cobre. Para el dispositivo T-380 A es de 6-10 años y para el Tcu 380 C es de ocho años. Por su parte, para el Multiload Cu 375 y Cu 375 SL se recomienda un periodo de uso de cinco años. (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.56).

b.1.2 Métodos de barrera:

Según Secretaria General De Salud Reproductiva (2002) “Los métodos de barrera son recursos anticonceptivos de uso temporal que interfieren la fecundación de manera mecánica o química, impiden el paso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina, disminuyen el encuentro del óvulo con los espermatozoides” (p.71). Además, que “son accesibles y fáciles de obtener, sin embargo, los/las adolescentes requieren de información del modo de empleo y

práctica en su empleo para garantizar el uso correcto” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.71).

b.1.2.1 Condón masculino:

Según Secretaria General De Salud Reproductiva (2002) “El condón masculino es uno de los anticonceptivos más antiguos y representa el método de barrera más usado en el ámbito mundial. El condón masculino es un buen recurso preventivo para embarazo y las enfermedades de transmisión sexual” (p.72), siempre y cuando “los adolescentes lo utilicen de forma correcta y consistente. Las ventajas que tienen el condón es que permite la participación de pareja, es de fácil disponibilidad, no requiere de prescripción, sin embargo, sí de asesoría sobre su uso correcto” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.72).

“Usar simultáneamente dos recursos anticonceptivos, por ejemplo, pastillas anticonceptivas y condón, el porcentaje de efectividad aumenta considerablemente” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.72).

b.1.2.2 Condón femenino:

El condón puede ser insertado hasta 8 horas antes del coito. Es necesario emplear un nuevo condón en cada relación sexual. No presenta efectos colaterales y solamente está contraindicado en aquellas mujeres con hipersensibilidad al poliuretano. Bajo condiciones habituales este método brinda protección anticonceptiva de 79% a 98% con su uso correcto y constante. Además, también previene de enfermedades de transmisión sexual incluyendo

VIH/SIDA. (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.73)

“Entre las desventajas de éste método se encuentra su alto costo y poca disponibilidad, requiriendo uno nuevo en cada relación. Así mismo, produce ruido durante la relación sexual, es antiestético y puede resultar molesto durante el contacto sexual” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.73).

b.1.3 Métodos naturales o de abstinencia periódica

Estos métodos constituyen una opción para las mujeres que desean regular su fertilidad en forma temporal, y que no han aceptado utilizar un método anticonceptivo contemporáneo de alta efectividad. Estos métodos están fundamentados en el conocimiento de la pareja de los periodos fértiles e infértiles de la mujer, y requieren de una gran motivación y participación activa de la pareja. (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.73).

“El uso de estos métodos requiere de una capacitación a la pareja para la identificación de los cambios en la secreción de moco cervical, la temperatura basal y otros signos asociados al periodo fértil” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.73).

“La efectividad anticonceptiva de estos métodos es baja. En condiciones habituales de uso y con una adecuada preparación a la pareja alcanza del 70% al 80%. Estos métodos tampoco protegen contra enfermedades de transmisión sexual” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.73).

b.1.3.1 El método de días fijos, método del ritmo, calendario u Ogino Kaus.

“Es un método nuevo y sencillo basado en el conocimiento de la fertilidad. Se basa en una fórmula fija o una fase fija de fertilidad que facilita a las mujeres saber cuándo tienen probabilidades de quedar embarazadas” (p.44).

Este método tiene una tasa de eficacia de más del 95% cuando se usa correctamente. Para las mujeres cuyos ciclos menstruales duran de 26 a 32 días, los días 8 al 19 de sus ciclos es cuando existe la posibilidad de un embarazo. (Gutiérrez, 2012, p.44).

b.1.3.2 El método de ovulación: “El Método de Ovulación, también llamado Método Billings o del moco cervical, se basa en la comprensión e interpretación de las cambiantes secreciones cervicales que se producen en el cuello uterino (cérvix)” (Gutiérrez, 2012, p.44).

Durante el período de mayor fertilidad, estas secreciones se hacen claras, resbalosas y lubricantes, éstas se estiran en los dedos. Las parejas que desean evitar un embarazo se abstienen de las relaciones sexuales desde el inicio de las secreciones cervicales mucosas, hasta tres días después del último día de secreción de tipo fértil. (Gutiérrez, 2012, p.45).

b.1.3.3 Temperatura basal del cuerpo (TBC): “Las mujeres que usan este método identifican su fertilidad observando la temperatura de su cuerpo cada mañana al levantarse antes de iniciar cualquier actividad y la anotan en una gráfica” (Gutiérrez, 2012, p.45).

La temperatura del cuerpo es más baja antes de la ovulación, y sube ligeramente, unos 2 grados Celsius después de la ovulación. Las parejas que desean evitar un embarazo se abstienen de las relaciones sexuales desde el inicio de la menstruación hasta tres días después que la temperatura basal del cuerpo haya subido unos 2 grados Celsius señalando el final de la fase fértil. (Gutiérrez, 2012, p.45)

b.1.3.4 Método del retiro (coito interrumpido): “Este método requiere que el hombre retire su pene de la vagina antes de que él tenga un orgasmo” (Gutiérrez, 2012, p.45). De esta manera, “los espermatozoides no llegan a la vagina y no hay probabilidades de que algún espermatozoide se junte con un óvulo y que produzca la fertilización. Este método no es fiable” (Gutiérrez, 2012, p.45).

b.1.4 Abstinencia sexual constante: “La abstinencia sexual constante o total que consiste en no tener relaciones sexuales de ningún tipo, ni juegos sexuales, es la manera más eficaz de protegerse contra el embarazo y la infección de transmisión sexual” (Gutiérrez, 2012, p.46).

“Los adolescentes que practican la abstinencia necesitan respaldo social de parte de los miembros de la comunidad y desarrollo de actitudes específicas, tales como autocontrol, comunicación y un alto grado de motivación” (Gutiérrez, 2012, p.46).

Para que los adolescentes practiquen “la abstinencia sexual constante es necesario formular un plan de abstinencia de manera que estén preparados para lidiar con la presión y poder negarse a tener relaciones sexuales. Las relaciones sexuales en la adolescencia presentan un riesgo emocional y físico” (Gutiérrez, 2012, p.46).

Emocional porque no hay la madurez y la responsabilidad necesarias para establecer este tipo de relaciones y física, porque el cuerpo y la mente aún no están preparados para un posible embarazo y porque el adolescente se está arriesgando a contraer alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS). Es por eso que la abstinencia es una buena alternativa para posponer esos riesgos, hasta que estén preparados emocional y físicamente para saberlos manejar. (Gutiérrez, 2012, p.46).

La Efectividad de la abstinencia sexual constante es del 100% para evitar un embarazo.

La abstinencia es eficaz porque no ocurre el acto sexual que hace posible que el espermatozoide fecunde el óvulo. La persona toma la decisión de no tener relaciones sexuales y la cumple. La determinación, y la capacidad de conversar, acordar y planificar ayudan a la persona a seguir en abstinencia. (Gutiérrez, 2012, p.46).

b.1.5 Anticoncepción de emergencia

Los métodos de emergencia se definen como aquellos que se utilizan para prevenir un embarazo no deseado después de una relación sexual no protegida. No pueden interferir con un embarazo ya establecido por lo que no deben ni pueden ser considerados métodos abortivos” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.83).

Principios activos y presentación

Según Secretaria General De Salud Reproductiva (2002) “Los métodos hormonales arriba mencionados se conocen como Pastillas Anticonceptivas de Emergencia: PAEs. Se pueden utilizar PAEs combinadas (régimen de Yuzpe), con una dosis total de 220 microgramos de Etinilestradiol” (p.83) y el “1 mg de L - Norgestrel (o 2 mg. de Norgestrel), mismos principios activos de las pastillas anticonceptivas de uso normal. Las PAEs de progestinas solas utilizan una dosis de 1.5 mg. de L - Norgestrel” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.83).

“Los DIU’s que se utilizan en anticoncepción de emergencia no difieren de los DIU’s normales” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.83).

Forma de administración

En el caso de las PAEs combinadas (régimen de Yuzpe), estas se deberán administrar adentro de las primeras 72 horas (3 días), o las pastillas anticonceptivas de uso normal (siempre y cuando contengan L-Norgestrel), ya sean de dosis altas de estrógenos (50 microgramos: Eugynon, Nordiol, Neogynon, Nordiol) o de dosis bajas (30 microgramos: Lo-Femenal, Microgynon, Nordiol). (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.85)

Según la Secretaria General De Salud Reproductiva, (2002) señala que “Si utiliza pastillas de dosis altas se deberán administrar 2 tabletas juntas lo más pronto posible después del coito y no más allá de las 72 horas y 2 pastillas más 12 horas después de la primera dosis” (p.85). En el “caso, del DIU post-coital, éste tiene que ser introducido adentro de los primeros 5-7 días después de una relación

sexual no protegida” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.85).

Mecanismo de acción.

A pesar de la larga historia de estos métodos se desconoce con exactitud su mecanismo de acción, pero el efecto no se manifiesta una vez establecida la implantación. Es evidente que el mecanismo de acción ha de diferir dependiendo del compuesto que se utilice (progestinas, antiprogestinas, estroprogestinas, antigonadotrópicos, etc.) y dependiendo de la fase del ciclo en que se administre. (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.85)

Indicaciones

La indicación para el uso de la anticoncepción de emergencia incluye todas aquellas situaciones en las cuales se quiere prevenir un embarazo después de un acto sexual sin protección anticonceptiva, en los casos de violación, o cualquier relación sexual ejercida con violencia, física o psicológicas, en casos de uso incorrecto o falla de un método anticonceptivo. (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.85).

b.2 Métodos permanentes:

Siempre y cuando se cumplan los requerimientos para la elección del método, ni la edad ni la paridad serán factores de restricción. Para ello se debe dar una exhaustiva orientación y consejería para detectar las

verdaderas necesidades del usuario potencial; además, se debe enfatizar acerca de la irreversibilidad del recurso e informar sobre las ventajas y las desventajas. (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.85).

“Los/las adolescentes tienen el derecho a saber que no existen razones médicas para negarles este método. La decisión deberá ser tomada por los o las usuarias después de un proceso de reflexión personal precedido por información amplia y consejería” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.85).

“El consentimiento informado deberá quedar asentado en el expediente clínico o tarjeta de servicio y deberá acompañarse siempre de la firma o impresión dactilar del o la aceptante en los formatos institucionales” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.76).

b.2.1 Oclusión tubaria bilateral (OTB)

“Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión bilateral de las trompas uterinas con el fin de evitar la fertilización” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.77).

La OTB o salpingoclasia ejerce su efecto anticonceptivo por constituir una barrera mecánica que impide la interacción de los gametos (espermatozoides y óvulo) y por lo tanto la fertilización. (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.77)

“Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. Las tasas de embarazo a 10 años son variables debido a la técnica y a la

edad de la mujer al momento de realizar el procedimiento” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.85).

Indicaciones

Este procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas que deseen un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones: Paridad satisfecha, Razones médicas, en aquellas circunstancias en las que el embarazo represente un alto riesgo para la salud de la mujer. Retardo mental, en cuyo caso se requiere el consentimiento informado de los padres o tutores. (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.77)

Precauciones

Los prestadores de servicios deberán evaluar los beneficios y los riesgos sobre la adopción de este método en las siguientes condiciones: Embarazo o sospecha de éste, Discrasias sanguíneas no controladas, Anemia severa, En el postparto, cuando el neonato presente problemas de salud que comprometan su supervivencia. Falta de movilidad uterina (adherencias y/o bridas). (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.78).

Contraindicaciones

Según Secretaria General De Salud Reproductiva, (2002). “Está contraindicada en la enfermedad pélvica inflamatoria activa” (p.78)

b.3.1 Vasectomía:

Según Secretaria General De Salud Reproductiva (2002) “Impide la fecundación al obstruir mecánicamente el paso de los espermatozoides a través de los conductos deferentes” (p.78).

Indicaciones

Secretaria General De Salud Reproductiva (2002) “Este procedimiento está indicado en hombres en edad fértil con vida sexual activa, que deseen un método anticonceptivo permanente en las siguientes condiciones” (p.78):

Fecundidad satisfecha, cuando el hombre ha completado sus expectativas reproductivas, Por razones médicas, cuando se pone en riesgo la vida de la pareja con otro embarazo o para evitar padecimientos transmitidos genéticamente. En pacientes con retardo mental, en estos casos se requiere el consentimiento firmado de los padres o tutores. (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.80).

Precauciones

“El procedimiento quirúrgico se puede realizar evaluando los beneficios y riesgos del uso de este método, como pueden ser: Infecciones del área operatoria” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.78).

En estos casos se resolverá el problema dando tratamiento específico, Filariasis: (afecta al sistema linfático), Varicocele: (venas dilatadas y tortuosas en el escroto), Hernia inguino-escrotal, Enfermedades hemorragíparas, Diabetes descompensada, Hipertensión arterial no controlada, Cardiopatías recientes, enfermedades del corazón, Alergias a

medicamentos o productos químicos (como yodopovidona durante la asepsia escrotal), Enfermedades de transmisión sexual agudas, Hidrocele: (masa intrínseca frecuente, producida por una acumulación excesiva de líquido estéril dentro de la túnica), Anemia severa: menos de 9 g/dl de hemoglobina. Según Secretaria General De Salud Reproductiva (2002)

Contraindicaciones

“Criptorquidia (descenso incompleto o inadecuado de uno o ambos testículos), Antecedentes de cirugía escrotal o testicular que haya dejado adherencias, fibrosis o cicatriz que loide. Disfunción eréctil” (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.79).

El procedimiento no es eficaz de inmediato, por el almacenamiento de espermatozoides en las estructuras siguientes al corte del conducto deferente, Deben usarse métodos anticonceptivos temporales hasta ser dado de alta con espermatoconteo negativo. El examen se realiza obligatoriamente a todo usuario vasectomizado después de 25 eyaculaciones o a los tres meses de efectuada la cirugía. (Secretaria General De Salud Reproductiva, 2002, p.79).

2.1.8 Conocimientos y actitudes de los estudiantes frente al embarazo adolescente.

a. Conocimientos:

“Para Muñoz Seca y Riverola, el conocimiento es la capacidad de resolver un determinado conjunto de problemas con una efectividad determinada” (Peralta, 2004, p.122).

El Conocimiento es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente. (Peralta, 2004, p.122)

Existen múltiples definiciones de conocimiento, desde las clásicas y fundamentales como una creencia cierta y justificada, a otras más recientes y pragmáticas como una mezcla de experiencia, valores, información y saber hacer que sirve como marco para la incorporación de nuevas experiencias e información, y es útil para la acción.

Características del conocimiento.

Peralta (2004) “En el 2000, Andreu y Sieber, lo fundamental son básicamente tres características” (p.122):

- “El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia” (Peralta, 2004, p.122). Es decir, “de su propio *hacer*, ya sea físico o intelectual y lo incorporan a su acervo personal estando *convencidas* de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas *piezas*” (Peralta, 2004, p.122);
- Su utilización, que “puede repetirse sin que el conocimiento *se consuma* como ocurre con otros bienes físicos, permite *entender* los fenómenos que las personas perciben (cada una *a su manera*, de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado)” (Peralta, 2004, p.122)., y

también *evaluarlos*, “en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento” (Peralta, 2004, p.122).; y

- Sirve de “guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible)” (Peralta, 2004, p.122).

Tipos de conocimiento.

Conocimiento Vulgar. “Llamado conocimiento ingenuo, directo es el modo de conocer, de forma superficial o aparente se adquiere contacto directo con las cosas o personas que nos rodean” (Gutiérrez, 2012, p.52).

“Es aquel que el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, se transmiten de generación en generación” (Gutiérrez, 2012, p.52).

Características del conocimiento vulgar.

Sensitivo. “Aunque parte de los hechos el conocimiento se estructura con lo aparente, no trata de buscar relación con los hechos” (Gutiérrez, 2012, p.52).

Superficial. “Aunque parte de los hechos el conocimiento se estructura con lo aparente, no tratar de buscar relación con los hechos. Subjetivo: La descripción y aplicación de los hechos depende del capricho y arbitrariedad de quien los observes” (Gutiérrez, 2012, p.52).

Dogmático. “este sostiene en la aceptación táctica de actitudes corrientes o en nuestra propia suposición irreflexiva

se apoya en creencias y supuestos no verificables o no verificados” (Gutiérrez, 2012, p.52).

Estático. “Los procedimientos para lograr los conocimientos se basan en la tenacidad y el principio de autoridad, carecen de continuidad e impide la verificación de los hechos” (Gutiérrez, 2012, p.53).

Particular. “Agota su esfera de validez en sí mismo, sin ubicar los hechos singulares en esquemas más amplios” (Gutiérrez, 2012, p.53).

Asistemático. “Porque las apariencias y conocimientos se organizan de manera no sistemática, sin obedecer a un orden lógico” (Gutiérrez, 2012, p.53).

Inexacto. “Sus descripciones y definiciones son pocas precisas” (Gutiérrez, 2012, p.53).

No acumulativo. “La aplicación de los hechos es siempre arbitraria, cada cual emite su opinión, sin considerar otras ideas ya formuladas” (Gutiérrez, 2012, p.53).

Conocimiento Científico. “Llamado Conocimiento Crítico, no guarda una diferencia tajante, absoluta, con el conocimiento de la vida cotidiana y su objeto puede ser el mismo. Intenta relacionar de manera sistemática todos los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad” (Gutiérrez, 2012, p.53).

“Es aquel que se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación” (Gutiérrez, 2012, p.53).

Características del conocimiento científico.

Racional: “No se limita a describir los hechos y fenómenos de la realidad, sino que explica mediante su análisis para la cual elabora conjeturas, fórmulas, enunciados, conceptos, etc.” (Gutiérrez, 2012, p.53).

Fáctico: “Inicializa los hechos, los análisis y luego regresa a éstos” (Gutiérrez, 2012, p.53).

Objetivo: “Los hechos se describen y se presentan cual son, independientemente de su valor emocional y de su modo de pensar y de sentir quien los observa” (Gutiérrez, 2012, p.53).

Metódico: “Responde a una búsqueda intencionada, obedeciendo a un planteamiento donde se utilizan procedimientos metódicos con pretensión de validez” (Gutiérrez, 2012, p.54).

Auto-Correctivo o Progresivo: “Es de esta forma porque mediante la confrontación de las conjeturas sobre un hecho con la realidad y el análisis del hecho en sí, que se ajustan y rechazan las conclusiones” (Gutiérrez, 2012, p.54).

General: “Porque ubica los hechos singulares en puntas generales llamadas *Leyes*” (Gutiérrez, 2012, p.54).

Sistemático: “Ya que el conocimiento está constituido por ideas conectadas entre sí, que forman sistemas” (Gutiérrez, 2012, p.54).

Acumulativo: “Ya que parte del conocimiento establecido previamente y sirve de base a otro” (Gutiérrez, 2012, p.54).

Construcción del conocimiento:

“Dado que el conocimiento constituye un aspecto tan esencial para la vida de los hombres es natural que estos dediquen una parte importante de su actividad a adquirir nuevos conocimientos” (Gutiérrez, 2012, p.54).

Por ello en todas las sociedades los adultos ponen un gran énfasis en conseguir que los niños adquieran los conocimientos que se consideran indispensables para la vida social y para la supervivencia, transmitiéndoles las adquisiciones que esa sociedad ha ido acumulando a lo largo del tiempo y que constituyen lo que solemos denominar la *cultura*. (Gutiérrez, 2012, p.54).

El Constructivismo: “El constructivismo, como modelo de aprendizaje, enlaza con principios esbozados al considerar el paradigma cognitivo, en mayor medida, y el ecológico-contextual, en segunda instancia” (Gutiérrez, 2012, p.54).

Considerando los resultados de estudios precedentes, Gómez Granell y Coll, señalan que *el conocimiento no es el resultado de una mera copia de la realidad preexistente, sino de un proceso dinámico e interactivo a través del cual la información externa es interpretada y reinterpretada por la mente que va construyendo progresivamente modelos explicativos cada vez más complejos y potentes*. (Gutiérrez, 2012, p.54).

Para Gutiérrez (2012) “El constructivismo es una corriente de la didáctica que se basa en la teoría del conocimiento constructivista” (p.55). Por eso se “postula la necesidad de entregar al estudiante herramientas que le permitan crear sus propios procedimientos para resolver una situación problemática, lo cual implica que sus ideas se modifiquen y siga aprendiendo” (Gutiérrez, 2012, p.55).

El constructivismo en el ámbito educativo propone un paradigma en donde el proceso de enseñanza-aprendizaje se percibe y se lleva a cabo como proceso dinámico, participativo e interactivo del sujeto, de modo que el conocimiento sea una auténtica construcción operada por la persona que aprende (por el *sujeto cognoscente*). (Gutiérrez, 2012, p.55).

Gutiérrez (2012) “Se considera al estudiante como poseedor de conocimientos que le pertenecen, en base a los cuales habrá de construir nuevos saberes. No pone la base genética y hereditaria en una posición superior o por encima de los saberes” (p.55). Es decir, “a partir de los conocimientos previos de los educandos, el docente guía para que los estudiantes logren construir conocimientos nuevos y significativos, siendo ellos los actores principales de su propio aprendizaje” (Gutiérrez, 2012, p.55). Además, “un sistema educativo que adopta el constructivismo como línea psicopedagógica se orienta a llevar a cabo un cambio educativo en todos los niveles” (Gutiérrez, 2012, p.55).

Para Gutiérrez (2012) “Como quiera que el constructivismo esté directamente vinculado a la consideración significativa y funcional de los aprendizajes, así como de los conocimientos previos” (p.56):

El aprendizaje significativo: Gutiérrez (2012) “El aprendizaje significativo es el principal argumento que fundamenta las concepciones constructivistas. Ausubel, puede considerarse como el autor que sistematizó su naturaleza, a partir del establecimiento de vínculos, identificados y no arbitrarios” (p.55), además, “entre el nuevo contenido -el objeto de aprendizaje- y lo que ya se sabe -los conocimientos previos que se mantienen en la estructura

cognitiva de los sujetos que aprenden” (Gutiérrez, 2012, p.55). Se trata, “por tanto, de atribuir significado a lo que tiene que aprenderse, precisamente en función de lo que ya se conoce” (Gutiérrez, 2012, p.56).

De ahí, la reelaboración, reinterpretación o mejora la progresiva construcción- de los esquemas de conocimiento disponibles. “Estos esquemas no se limitan a asimilar la nueva información, sino que el aprendizaje significativo supone siempre su revisión, modificación y enriquecimiento estableciendo nuevas conexiones y relaciones entre ellos, con los que se asegura la funcionalidad y la memorización comprensiva de los contenidos aprendidos significativamente. (Gutiérrez, 2012, p.56).

Los conocimientos previos.

Aunque ligeramente, buenas serán algunas consideraciones sobre los conocimientos previos, una vez determinada su importancia como primer eslabón del aprendizaje significativo. Pozo, Limón y Sanz, destacan, reconociendo su diversidad en función de distintas variables, algunas características definitorias de los conocimientos previos:

“Son *construcciones personales* de los alumnos, que *han sido elaborados de modo más o menos espontáneo en su interacción cotidiana con el mundo*; muchos de ellos, antes que la propia instrucción” (Gutiérrez, 2012, p.56).

“Aunque puedan ser “incoherentes desde el punto de vista científico, no lo son desde la perspectiva de los alumnos;

que pueden anticipar, con ellos, fenómenos cotidianos” (Gutiérrez, 2012, p.56).

Para Gutiérrez (2012) “En relación a lo anterior y relacionándolo con el tema a investigación, muchos de los embarazos no deseados se producen en esta etapa y una de las causas principales suele ser el desconocimiento” (p.56). Además, “hay que recordar que los nacimientos provenientes de madres adolescentes son todavía muy elevados a escala mundial, lo que muestra la ineficiencia de la educación sexual impartida en los últimos años” (Gutiérrez, 2012, p.56).

“El embarazo debe ser un episodio feliz y meditado sin embargo para los adolescentes normalmente se convierte en una tragedia no sólo para ella, también para el futuro bebe, para los padres, los familiares y los amigos” (Gutiérrez, 2012, p.56).

El embarazo en la adolescencia todavía hoy sufre un rechazo social. El problema se genera por el compromiso que supone tener un hijo o una hija. Implica sacrificio y abandono de muchas actividades que deben ser parte del desarrollo normal de los adolescentes. Esto genera frustración de su proyecto de vida y termina por perjudicar enormemente a quienes no tuvieron nada que ver con una decisión o equivocación apresurada: los hijos e hijas. (Gutiérrez, 2012, p.56)

b. Actitudes.

Desde su introducción en 1918 por los sociólogos norteamericanos W. Thomas y F. Znaniecki, el estudio de las actitudes ha pasado por diferentes etapas, generando a su vez una nutrida cantidad de

definiciones. En este sentido, diversos autores han realizado varias clasificaciones con base en determinadas características. (Gutiérrez, 2012, p.57)

Para Gutiérrez (2012) “Berkowitz, propone dividir en categorías las definiciones, con base en tres características” (p.57):

Las que consideran que actitud es una evaluación o una reacción afectiva: sentimientos favorables o desfavorables hacia un objeto, las que consideran como elemento fundamental de la actitud la tendencia a actuar de cierto modo y las que consideran una combinación de tres componentes en la actitud: el cognoscitivo, el afectivo y el conductual. Este último enfoque es el que más se utiliza actualmente para abordar los estudios de actitudes. (Gutiérrez, 2012, p.57)

Según Gutiérrez (2012) “A menudo se define la actitud como la tendencia a reaccionar de manera favorable o desfavorable a cierta clase de estímulos, según Anastassi y Urbina” (p.57). Cuando se “define esta forma, las actitudes no pueden observarse directamente, sino que tienen que inferirse de la conducta abierta, verbal y no verbal” (Gutiérrez, 2012, p.57). En la práctica, “el término actitud ha sido asociado con estímulos sociales y respuestas con matices emocionales y de juicios de valor. Según Osgood et al., las actitudes se aprenden y permanecen implícitas” (Gutiérrez, 2012, p.57); son “estados inferidos del organismo que, al parecer, se adquieren de manera muy semejante a como lo hacen otras actividades internas aprendidas” (Gutiérrez, 2012, p.57). Son, “al mismo tiempo, predisposiciones a responder; pero se

distinguen de otros estados similares en que predisponen a una respuesta evaluativa” (Gutiérrez, 2012, p.57).

Componentes de las actitudes.

Según Gutiérrez (2012) Rodríguez distingue tres componentes de las actitudes:

Componente cognoscitivo: “Es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto” (Gutiérrez, 2012, p.58).

“Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto” (Gutiérrez, 2012, p.58).

Componente afectivo: “son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto, es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social” (Gutiérrez, 2012, p.58).

Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo. El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto estos pueden ser positivos o negativos. (Gutiérrez, 2012, p.58)

Componente conductual: “son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto” (Gutiérrez, 2012, p.58).

Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre

actitud-conducta, y las variables que están interviniendo, girará nuestra investigación.” (Gutiérrez, 2012, p.58).

Formación de actitudes:

“Se pueden distinguir dos tipos de teorías sobre la formación de las actitudes, estas son: la teoría del aprendizaje y la teoría de la consistencia cognitiva” (Gutiérrez, 2012, p.58).

Teoría del aprendizaje: “esta teoría se basa en que al aprender recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos, y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables” (Gutiérrez, 2012, p.58).

Teoría de la consistencia cognitiva: “esta teoría se basa o consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí” (Gutiérrez, 2012, p.58).

Teoría de la disonancia cognitiva: “esta teoría se creó en 1962 por Leon Festinger, consiste en hacernos creer a nosotros mismos y a nuestro conocimiento que algo no nos perjudica, pero sabiendo en realidad” (Gutiérrez, 2012, p.58). lo que nos “puede pasar si se siguiese manteniendo esta actitud, tras haber realizado una prueba y fracasar en el intento” (Gutiérrez, 2012, p.58). “Esto nos puede provocar un conflicto, porque tomamos dos actitudes incompatibles entre sí que nosotros mismos intentamos evitar de manera refleja. Esto nos impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes” (Gutiérrez, 2012, p.58).

Actitudes y conductas.

Según Gutiérrez (2012) “A una persona de la cual, conocemos cuáles son sus actitudes no podemos predecir cuál va a ser su conducta” (p.59). Son muy pocos “los casos en los que podemos establecer relaciones entre actitudes y conducta. Para poder llegar a prever una conducta, tenemos que conocer muy profundamente unas actitudes muy específicas” (Gutiérrez, 2012, p.59).

Normalmente lo que la gente dice sobre sus propias actitudes suele ser mentira y esto sucede porque no conocemos casi ninguna de nuestras actitudes respecto a los objetos. Y no conocemos estas actitudes hasta que tenemos que actuar frente a un objeto. Con esto se deja aún más claro que las actitudes no influyen tanto en la conducta, es más, a veces, incluso son las conductas las que determinan las actitudes. (Gutiérrez, 2012, p.59)

“Esta relación entre conducta y actitud está sometida a numerosas influencias” (Gutiérrez, 2012, p.59).

El cambio de las actitudes

Por el contrario de lo dicho anteriormente las actitudes sí que influyen en la conducta social. Por eso quienes intentan cambiar las conductas de las personas se centran en cambiar las actitudes. Hay muchos ejemplos de esto: los padres que intentan influir en la conducta de los hijos, los maestros que intentan influir en los alumnos, etc. (Gutiérrez, 2012, p.59)

“Varios psicólogos defienden que hay dos formas de cambiar las actitudes: la forma de la naturaleza cognitiva y la de la naturaleza afectiva” (Gutiérrez, 2012, p.59).

Naturaleza cognitiva: “se utiliza en las personas motivadas y que saben bien que desean. Esta es una forma muy útil y se llega a producir este cambio de actitudes esta nueva actitud durará mucho tiempo” (Gutiérrez, 2012, p.59).

Naturaleza afectiva: “esta forma de cambio no es tan clara como la cognitiva, sino que intenta producir un cambio mediante claves. Si se llega a producir este cambio, es un cambio temporal y no perdurará durante mucho tiempo” (Gutiérrez, 2012, p.59).

“Con respecto a lo anterior, las adolescentes al asumir el embarazo toman ciertas actitudes frente al embarazo ya que este se manifiesta en gran variedad de acuerdo con las influencias culturales o temperamentales de clases sociales” (Gutiérrez, 2012, p.59).

2.1.9 Rol del personal de salud en la prevención del embarazo adolescente.

En el contexto, Según Silva (2014) “el paradigma socio crítico, el personal de salud se considera un agente educativo de cambio socio sanitario en cuyo proceso implica al individuo/la comunidad, mientras que el paciente es un sujeto implicado en su propio proceso educativo de cambio socio sanitario” (p.2).

El concepto de salud es positivo y se reelabora interactivamente (sujeto-agente) de forma dinámica conforme evoluciona la situación. El tipo de conocimiento es del tipo social inmersa en un proceso dialéctico y subjetivo cuyo objetivo es la construcción de nuevas realidades socio sanitarias. Este conocimiento se construye

mediante la investigación crítica, la antropología de la educación y la pedagogía activa y participativa. (Siles, 2014, p.2)

El Rol del personal de salud como educador es velar por el bienestar físico, psíquico y social de los estudiantes y de la comunidad escolar a través de la identificación de los problemas de salud reproductiva como es el caso del embarazo adolescente que afecta a una gran población estudiantil y la resolución rápida y oportuna de los problemas presentados; mediante acciones asistenciales, educativas y preventivas en salud; contribuyendo de esta forma, a mantener un escolar en óptimas condiciones de salud y ayudarlo en las distintas etapas de su crecimiento y desarrollo. Además, la enfermera en su rol docente de la salud reproductiva tiene como objetivo, “permitir a los varones y mujeres disfrutar de una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, así como la capacidad y libertad de decidir si tener hijos, cuándo y con qué frecuencia” (Siles, 2014, p.2)

2.1.10 Funciones de educación y prevención en salud.

- Desarrollar programas de prevención en relación a los problemas de salud locales de la institución educativa (morbilidad, accidentabilidad, etc.).

2.1.11 Metodología y estrategia educativa para prevención del embarazo adolescente.

Métodos de enseñanza.

Según Borbor (2012) “Cuando se realiza una clasificación de métodos suele hacerse de manera muy personal, de acuerdo a experiencias e investigaciones propias” (p.53). En este texto, “he preferido valerme de clasificaciones tradicionales, fundamentalmente por la utilización del lenguaje y la terminología, de toda conocida educación” (Borbor, 2012, p.53). No obstante, “me he permitido variar la nomenclatura

en algún momento, con el fin de adaptarla mejor a los tiempos, los avances en el conocimiento del aprendizaje y la relación con las nuevas tecnologías en la educación” (Borbor, 2012, p.53).

Enseñanza socializada.

Métodos de enseñanza socializada: Tienen por principal objeto, sin descuidar la individualización, la integración social, el desenvolvimiento de la aptitud de trabajo en grupo y del sentimiento comunitario, como asimismo el desarrollo de una actitud de respeto hacia las demás personas.

Técnicas de enseñanza socializada: Durante el proceso de aprendizaje se pueden usar diversas técnicas y métodos de enseñanza. Ocurre que muchas veces estos métodos son usados de una forma empírica sin una mayor profundización y usándose en ocasiones de modo incompleto.

Principios didácticos: Los métodos y técnicas de la enseñanza, independiente de las teorías que los originen deben sujetarse a algunos principios comunes, teniendo en cuenta el desarrollo y madurez pedagógica alcanzada hasta el presente. Los siguientes son los principios y una breve descripción de algunos de ellos:

Principio de proximidad: Integrar la enseñanza lo más cerca posible en la vida cotidiana del educando.

Principio de dirección: Tornar claros y precisos los objetivos a alcanzar.

Principio de marcha propia y continúa: Procura respetar las diferencias individuales, no exigiendo la misma realización de todos los educandos.

Principio de ordenamiento: Con el establecimiento de un orden se busca facilitar la tarea de aprendizaje.

Principio de adecuación: Es necesario que las tareas y objetivos de la enseñanza sean acordes con las necesidades del educando.

Principio de eficiencia: El ideal: mínimo esfuerzo máxima eficiencia en el aprendizaje.

Principio de realidad psicológica: Previene que no se debe perder de vista la edad evolutiva de los alumnos, así como tampoco sus diferencias individuales.

Principio de dificultad o esfuerzo: Es preciso tener el cuidado de no colocar al educando ante situaciones de las que tenga Posibilidades de salir bien. Pues el fracaso continuado es peor veneno para la criatura humana.

Principio de participación: El educando es parte activa y dinámica del proceso.

Principio de espontaneidad: Cualquier proceso emprendido debe favorecer las manifestaciones naturales del educando.

Principio de transparencia: El conocimiento aprendido debe replicarse en otras situaciones de la vida diaria.

Principio de evaluación: Con un proceso continuo de evaluación, el docente podrá identificar a tiempo dificultades en el proceso de aprendizaje.

Principio reflexión: Inducir al pensamiento reflexivo en el alumno como parte integral de actuar del ser humano.

Principio de responsabilidad: Encaminar todo el proceso de enseñanza de modo que el educando madure en cuanto a comportamiento responsable.

Directivas didácticas

Es el conjunto de recomendaciones que el profesor o docente debe tener en cuenta siempre que trabaje con un grupo de estudiantes. Dentro de estas directivas didácticas están: tener en cuenta las ideas de los estudiantes, incentivar la expresión libre y los debates al interior del grupo, cultivar la confianza con los alumnos dentro y fuera de la clase, manejo de los ritmos de clase y estar atento a la fatiga de los alumnos, crear ambiente agradable en clase, ser puntuales con la clase, atender con eficiencia las inquietudes estudiantiles, buscar la comunicación adecuada con los alumnos, manejar con sabiduría tanto a los alumnos mediocres como a los llamados adelantados, etc.

2.1.12 Técnicas participativas para la educación socializada.

Las técnicas educativas tienen diferente utilidad dependiendo de los objetivos de aprendizaje.

Estrategia de enseñanza (ECA): exploración, conceptualización y aplicación.

La estrategia de enseñanza que se utiliza en el desarrollo de las sesiones educativas de este manual se conoce como

Exploración, conceptualización aplicación (ECA). “La estrategia ECA parte de los supuestos teóricos y de la investigación educativa acerca de cómo aprenden los seres humanos Villarini” (Gutiérrez, 2012, p.66).

“Consiste en un plan de actividades en secuencia, fases o interacciones entre el educador (facilitador) y el educando (participante), organizadas de tal manera que se propicien las condiciones adecuadas para lograr el aprendizaje” (Gutiérrez, 2012, p.64).

Gutiérrez (2012) “Se aparta del concepto tradicional de la enseñanza como modo de transmitir información a una de tipo interactiva, dinámica y

pertinente en la cual ambos, educando y educador, construyen conocimiento, (...) actividad educativa y de las experiencias y conocimientos previos” (p.64).

La estrategia ECA es un proceso de enseñanza-aprendizaje por medio del cual la facilitadora del aprendizaje partirá de la experiencia propia de las participantes de edad mayor para luego ofrecer el contenido básico sobre el tema. La participante demostrará la adquisición de los conceptos al utilizar el contenido aprendido para llevar a cabo una tarea intelectual. (Gutiérrez, 2012, p.64)

La estrategia ECA “parte de los siguientes supuestos acerca de la naturaleza y de las condiciones que facilitan que- los seres humanos aprendan” (Gutiérrez, 2012, p.64):

- “Aprender es un acto de pensar, de procesar información y de utilizar esa información para desarrollar conceptos, destrezas y actitudes” (Gutiérrez, 2012, p.64).
- “El conocimiento es construido por el educando a partir de los estímulos recibidos. En el proceso educativo, los cuales son elaborados y procesados por el pensamiento de éste” (Gutiérrez, 2012, p.64).
- “Para que pueda haber aprendizaje y construcción del conocimiento, lo que el educador enseña, o sea, la información que le suministra al educando debe ser significativa y pertinente para éste” (Gutiérrez, 2012, p.64).
- “Cuando un educando ha aprendido lo que el educador le enseña, esto se manifestará en un cambio en su comportamiento. El educando podrá procesar información y producir respuestas en la que se manifieste lo aprendido” (Gutiérrez, 2012, p.64).

La estrategia de enseñanza ECA “consta de tres fases las cuales se explican a continuación, según Villarini,” (Gutiérrez, 2012, p.64).

Fase de exploración.

Según Gutiérrez (2012) El proceso de enseñanza-aprendizaje se inicia con la exploración de un tema, tomando como base la experiencia del educando; esto es, a partir de lo que éste conoce y ha experimentado. En esta fase, la tarea de la facilitadora consistirá en” (p.65):

- “Activar los conocimientos y experiencias previas de las participantes” (Gutiérrez, 2012, p.65).
- “Indagar sobre el conocimiento que las participantes tienen sobre el tema” (Gutiérrez, 2012, p.65).
- “Relacionar el nuevo conocimiento con las experiencias, necesidades e intereses de las participantes evidenciar la necesidad del nuevo aprendizaje” (Gutiérrez, 2012, p.65).
- “Establecer un clima de confianza y respeto mutuo” (Gutiérrez, 2012, p.65).
- “Presentar el tema y los objetivos de la sesión educativa” (Gutiérrez, 2012, p.65).

La profesional de la salud utilizará preguntas para iniciar la discusión del tema de modo que se reflexione y se estimule una amplia participación donde se expresen opiniones e ideas diversas. Se clarificará la relevancia o pertinencia del tema para las participantes y se explicarán los objetivos de la sesión educativa para entonces dar paso a la próxima fase. (Gutiérrez, 2012, p.65).

Fase de conceptualización.

En esta fase, la facilitadora del aprendizaje presentará los conceptos y la información pertinente sobre el tema que el adolescente debe aprender. La información será presentada a partir de preguntas y respuestas dirigidas a la audiencia que relacionan lo discutido en la exploración con la nueva información. Luego se procederá a clarificar dudas, explicar los conceptos y evaluar si se han comprendido éstos. (Gutiérrez, 2012, p.65).

Según Gutiérrez (2012) “El conocimiento debe impartirse utilizando un vocabulario sencillo y adaptado al nivel instruccional de la audiencia. La tarea de la facilitadora consistirá en” (p.66):

- “Presentar la nueva información y los conceptos importantes sobre el tema” (Gutiérrez, 2012, p.66).
- “Relacionar la nueva información con los conocimientos y experiencias discutidos en la fase de exploración” (Gutiérrez, 2012, p.66).
- “Explicar detenidamente los conceptos atendiendo las necesidades de las participantes y utilizando las opiniones, pensamientos, anécdotas y comentarios traídos por el grupo para presentar los nuevos conceptos” (Gutiérrez, 2012, p.66).
- “Formular preguntas para orientar la discusión en dirección a los conceptos, destrezas y actitudes que se quieren impartir” (Gutiérrez, 2012, p.66).
- “Verificar si la audiencia ha comprendido el contenido mediante el desarrollo de preguntas directas sobre el tema y la discusión de ejemplos concretos” (Gutiérrez, 2012, p.66).
- “Resumir con frecuencia lo que se explique, especialmente cuando se haga la transición de un tema a otro” (Gutiérrez, 2012, p.66).

Fase de aplicación

En esta fase se utilizarán ejercicios de práctica que evidencien la adquisición de los conceptos por parte de los participantes. Además, permitirá la identificación de errores de razonamiento, preocupaciones y dudas que requieran clarificación y la necesidad de una nueva explicación de los conceptos. La tarea de la facilitadora del aprendizaje. (Gutiérrez, 2012, p.66):

- “Presentar la actividad de aprendizaje” (Gutiérrez, 2012, p.66).
- “Propiciar el análisis y la discusión a partir de preguntas”
- “Evaluar el logro del aprendizaje identificando fortalezas y debilidades” (Gutiérrez, 2012, p.66).
- “Clarificar dudas y ofrecer nuevas explicaciones a conceptos mal entendidos, si es necesario” (Gutiérrez, 2012, p.66).

2.1.13 Aprendizaje significativo/Ausubel

Ausubel se refiere solo al aprendizaje escolar, plantea que el aprendizaje del alumno depende de la estructura cognitiva previa que se relaciona con la nueva información, debe entenderse por *estructura cognitiva*, al conjunto de conceptos, ideas que un individuo posee en un determinado campo del conocimiento, así como su organización. (Pizarro, 2014 p.30).

“La comprensión del ensamblaje del nuevo material con los contenidos conceptuales de la estructura del sujeto debe incluir: capacidad intelectual, contenido ideativo y antecedentes experienciales, que deben conocerse antes de la tarea de la enseñanza” (Pizarro, 2014p.30).

Pizarro (2014) “Ausubel, explicando ese ensamblaje, informa que la estructura cognitiva de cada sujeto manifiesta una organización jerárquica y lógica, en la que cada concepto ocupa un lugar en función de su nivel de abstracción, de generalidad” (p.30) y “capacidad de incluir otros conceptos (...) los significados de ideas y proposiciones se adquieren en un proceso de inclusión correlativa en estructuras más genéricas.” (Pizarro, 2014p.30).

Un aprendizaje de este tipo requiere organizadores de ideas generales con fuerte capacidad de inclusión, y esquemas procesuales que indiquen la estructura de la jerarquía y la secuencia de su funcionamiento. Es decir, este aprendizaje puede ayudarse desde fuera siempre que se organice el material de una forma lógica y jerárquica y se presente en secuencias ordenadas en función de su potencialidad de inclusión educación” (Pizarro, 2014p.31).

2.1.14 Programa educativo en educación sexual para la prevención del embarazo precoz.

Programa educativo

Definición

Un programa educativo es un **documento** que permite organizar y detallar un proceso pedagógico. El programa brinda orientación al docente respecto a los contenidos que debe impartir, la forma en que tiene que desarrollar sus actividades de enseñanza y los objetivos a conseguir educación. (Olmedo, 2012, párr.4).

Los programas educativos suelen contar con ciertos contenidos obligatorios, que son fijados por el **Estado**” (Olmedo, 2012, párr.5).

Según Olmedo (2012) “De esta manera, se espera que todos los ciudadanos de un país dispongan de una cierta base de conocimientos que se considera imprescindible por motivos culturales, históricos o de otro tipo” (párr.6).

Olmedo (2012) “Los programas educativos presentan diferentes características aún en mismo país” (párr.7).

Por lo general, Olmedo (2012) “un programa educativo incluye el detalle de los **contenidos temáticos**, se explican cuáles son los de **aprendizaje**, se menciona la **metodología de enseñanza** y los modos de **evaluación** y se aclara la **bibliografía** que se utilizara durante el curso” (párr.8).

“Otra manera de entender el concepto de **programa educativo**, es asociándole a un **software** que sirve para enseñar algo. En este caso, se trata de un **programa informativo interactivo** con fines didácticos” (Olmedo, 2012, párr.9).

“Un programa educativo también es un **programa de televisión** que, al igual que es el **software**, busca difundir conocimientos de manera didáctica para que el televidente pueda asimilarlos y aprender” (Olmedo, 2012, párr.10).

“Un ejemplo de programa educativo puede ser un ciclo de televisión que enseñe a **hablar inglés**. En los **programas**, un docente explica cuestiones vinculadas a la pronunciación, la conjugación de los verbos y otros detalles” (Olmedo, 2012, párr.11).

Características del programa educativo

“Formación de líderes escolares para realizar un trabajo de pares, para la atención integral del adolescente en los diferentes escenarios de participación social” (Olmedo, 2012, párr.12).

“Diseñado considerando la necesidad de aprendizaje de los adolescentes y las condiciones reales de la comunidad educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia” (Olmedo, 2012, párr.13).

En las IIEE exista un programa de educación sexual.

El programa educativo sea didáctico, elaborado con una intención pedagógica y en función de objetivos de enseñanza.

Importancia de un programa educativo

De forma directa va dirigido a los adolescentes 4to grado de la Institución Educativa en estudio.

De forma indirecta a los amigos, familiares que recibirán las experiencias y los conocimientos aprendidos por los beneficiarios directos.

Se realizará un trabajo articulado con el sector educación.

Se ofrecerá cursos de capacitación sobre la prevención del embarazo en la adolescencia a los docentes.

Fortalecimiento de competencias a los líderes escolares en salud, para movilización de los adolescentes en función de participar en actividades como conferencias, programas radiales, pasacalles, etc.

Programa educativo de salud sexual para prevenir el embarazo precoz de los adolescentes

Este programa Educativo sobre educación sexual ha sido propuesto por la Agencia del Gobierno de Estados Unidos “*CUERPO DE PAZ*” para ser aplicado en las I.E Secundarias, para jóvenes peruanos que quieren aprender más sobre su sexualidad y como ser un líder / una lideresa.

Miembros de programa comparten la siguiente visión para sus vidas Yo, como joven, entiendo cómo tomar decisiones que protegen mi salud y mi vida. Tomo la decisión de vivir una vida sana, cuidándome de las infecciones de transmisión sexual (ITS), EL VIH y el embarazo a temprana edad.

En Chota ha sido aplicado este programa educativo en las I.E secundarias de Cabracancha, Tunel Conchano, El comercio, Sagrado Corazón de Jesús, Santa Rafaela María, en el Distrito de Tacabamba,

Conchán, donde se encuentran voluntarios de Cuerpo de Paz y teniendo como socios comunitarios a personal de salud de los establecimientos de salud cercanos a la institución Educativa intervenida.

Este programa consta de un módulo de 9 sesiones con sus respectivos contenidos, dinámicas y metodologías de trabajo:

Sesión 1: Autoestima y la Autoconfianza.

Sesión 2: Mi Futuro.

Sesión 3: Sexo y Adolescencia.

Sesión 4: Género y Sexualidad.

Sesión 5: Infecciones de Trasmisión Sexual - ITS.

Sesión 6: VIH y SIDA.

Sesión 7: Prevención del Embarazo en Adolescente.

Sesión 8: Abstinencia y Buscando Mi Pareja Ideal.

Sesión 9: Condomes y Métodos Anticoceptivos.

GUIÓN METODOLÓGICO

SESIÓN : MI FUTURO

- Presentación de “Mi Futuro”
- **Dinámica de Animación**
- **Escuchando Nuestros Conocimientos**
- *Hacer una lluvia de ideas con los alumnos*

¿Qué saben ellos sobre el tema?

¿Qué han escuchado del tema?

¿Qué preguntas tienen?

DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES

Objetivos Materiales

1. **Dinámica: Pablo y Lucho - Decisiones para el Futuro (10 minutos)**

Presentar el tema y animar al grupo

2. **Actividad Grupal: Identificando tus Habilidades* 10 minutos**

Reflexionar sobre tus habilidades y pensamientos para el futuro.

(5 hojas bond, un lapiz/lapicero para cada participante).

3. **Actividad Grupal: Proyecto de Vida 30 minutos**

Hacer un plan de vida para el futuro Hojas bond

4. **Socio drama: Mi Futuro* 40 minutos**

Animar y demostrar acciones para el futuro

Un papelote y un plumón para cada grupo de 4 jóvenes

masking

Tiempo total: 1 hora y 30 minutos

2.2 Marco conceptual

Actitud: “Predisposición o tendencia del adolescente a reaccionar positiva o negativamente hacia la prevención del embarazo antes y después de la aplicación del Programa Educativo” (Gutiérrez, 2012, p.67).

Conocimientos: Gutiérrez (2012) “Conjunto de ideas, conceptos y prejuicios, que refieren los adolescentes” (p.67) de la I.E. *JORGE BERRIOS ALARCÓN, Chota* sobre el embarazo antes y después de la aplicación de Programa Educativo.

Efectividad: Gutiérrez (2012) “Logro del resultado obtenido en el nivel de conocimiento y actitudes hacia prevención del embarazo precoz luego de la participación de los adolescentes” (p.67) de la I.E. “*JORGE BERRIOS ALARCÓN*” de Chota en el programa educativo en salud sexual.

Estudiantes: “Conjunto de individuos de sexo masculino y femenino con un promedio de 13 a 18 años de edad que cursan el tercer año de educación secundaria” (Gutiérrez, 2012, p.68).

Prevención del embarazo: Conjunto de acciones o medidas tomadas para evitar el riesgo a gestación.

Programa educativo “La Educación Para la Salud (E.P.S.) es un proceso planificado y sistemático de enseñanza aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de prácticas saludables y evitar las prácticas de riesgo” (Olmedo, 2012, párr.18). “El objetivo principal de la educación para la salud es la búsqueda de conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos integrantes de la comunidad en el sentido de una salud positiva” (Olmedo, 2012, párr.18).

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Hipótesis

H1: Si se aplica el programa educativo de salud sexual, entonces se podrá prevenir el embarazo precoz de las adolescentes del tercer grado de la I.E “Jorge Berrios Alarcón” Yuracyacu - Chota 2015

H0: Si se aplica el programa educativo de salud sexual, entonces no se podrá prevenir el embarazo precoz de las adolescentes del tercer grado de la I.E “Jorge Berrios Alarcón” Yuracyacu - Chota 2015

3.2 Variables

3.2.1 Variable independiente: Programa Educativo.

3.2.1.1. Definición conceptual.

Experiencia de aprendizaje planificada, estructurada, destinada a satisfacer las necesidades del docente dentro del contexto de una institución educativa (Bausela, 2006).

3.2.1.2. Definición operacional.

El programa educativo será evaluado a través de una escala valorativa el cual es un instrumento de observación, que será utilizado para registrar los comportamientos o conductas que manifiestan los estudiantes durante las sesiones de aprendizaje realizadas en cada unidad educativa como consecuencia de la aplicación del programa.

3.2.2 Variable dependiente: Prevención.

3.2.2.1. Definición conceptual.

Conjunto de ideas, conceptos y prejuicios, obtenidos mediante la captación previa de información y desarrollada en el contexto de una experiencia sobre adolescencia, embarazo adolescente, sexualidad, habilidades sociales y métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo precoz.

3.2.2.2. Definición operacional.

La variable prevención será evaluada a través de sus dimensiones de conocimiento y actitud las cuales serán evaluadas con un cuestionario para los conocimientos, que comprenderán 30 ítems con una categorización de bueno, regular y malo y para actitudes una escala tipo Likert compuesta de 25 ítems.

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS Y/O TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS
PROGRAMA EDUCATIVO	FUNDAMENTO PSICOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifica las necesidades, intereses y actitudes ante la sexualidad de los estudiantes. ▪ Emplea estrategias de prevención del embarazo adolescente ▪ Comprende la importancia de conocer y aplicar los métodos de anticoncepción en los adolescentes ▪ Conoce las características evolutivas de las áreas cognitivas, motora, comunicativa y socio afectiva de los estudiantes, ante la vida sexual y reproductiva ▪ Expresa en la “totalidad”, y no en “sumatividad”, porque las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ OBSERVACIÓN ✓ ANÁLISIS DE CONTENIDO
	FUNDAMENTO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrolla las actividades de conocimiento y actitudinal según su contexto socio cultural. ▪ Demuestra cimientos en su autoestima y en la toma de decisiones. ▪ Desarrolla valores ante la reproducción y sexualidad 	

Variable Dependiente	DIMENSIONES	Indicadores	Ítems	Escala de medición
PREVENCIÓN	CONOCIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Prevención del Embarazo - La Adolescencia - Definición. - Etapas. - Problemas en la adolescencia - Cambios biológicos en la - Cambios psicológicos en la - Embarazo en la Adolescencia - Definición - Causas del embarazo adolescente. - Consecuencias del embarazo - Sexualidad en el Adolescente - Concepto - Conocimiento del cuerpo 	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11	ORDINAL
	ACTITUDES	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades Sociales y Autoestima - Importancia de las habilidades - prevención del embarazo adolescente. - Comunicación Asertiva - Control de la ira y manejo de - Toma de decisiones. - Autoestima - Anticoncepción en la Adolescencia - Definición de Métodos - Criterios para la selección de - anticonceptivos en la adolescencia - Tipos de métodos anticonceptivos - adolescencia 	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11	

3.3 Metodología

3.3.1 Tipo de estudio.

El presente estudio de investigación es de tipo aplicada que tiene como finalidad la resolución de problemas prácticos. El propósito de realizar aportaciones al conocimiento teórico es secundario de esta modalidad, puesto que se pretende contrastar hipótesis específicas, de enfoque cuantitativo porque permite cuantificar los hallazgos; de nivel aplicativo, ya que lo logrado contribuirá a la aplicación de programas educativos sobre prevención de embarazos en la adolescencia.

3.3.2 Diseño.

El diseño del estudio es pre experimental de grupo único con pre - test y post – test puesto que se miden conocimientos y actitudes con escalas diseñadas para cada variable sobre prevención del embarazo precoz, antes y después de la intervención del programa educativo.

Diseño de preprueba -posprueba con una sola medición

Este diseño consiste en aplicar a un grupo una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, para luego administrar el tratamiento, y después de ello, aplicar la prueba o medición posterior.

Su diagrama es el siguiente:

G O₁ X O₂

Donde:

G = Grupo Experimental

O_1 = Observaciones obtenidas durante el pre test aplicado al grupo

O_2 = Observaciones obtenidas durante el pos test aplicado al grupo

X = Estímulo (Programa Educativo)

3.4 Población y muestra

3.4.1 Población

La población en estudio lo conformarán 22 adolescentes del tercer año del nivel secundario, de la Institución Educativa “Jorge Berrios Alarcón”, - Chota, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 1

Población de estudiantes del tercer grado de la IE “Jorge Berrios Alarcón, Chota.

SECCIÓN	N	%
Única	22	100
TOTAL	22	100

Fuente: Nóminas de matrícula Institución Educativa Jorge Berrios Alarcón, Chota

3.4.2 Muestra

La muestra que será tomada la totalidad de la población, es decir muestra censal.

3.5 Métodos de investigación

Para esta investigación se utilizaron los siguientes métodos de investigación:

Análisis. Es un procedimiento mental mediante el cual un todo complejo se descompone en sus diversas partes y cualidades. El análisis permite la división mental del todo en sus múltiples relaciones y componentes.

Síntesis. Establece mentalmente la unión entre las partes previamente analizadas y posibilita descubrir las relaciones esenciales y características generales entre ellas. La síntesis se produce sobre la base de los resultados obtenidos previamente en el análisis.

Abstracción. Mediante ella se destaca la propiedad o relación de las cosas y fenómenos tratando de descubrir el nexo esencial oculto e inasequible al conocimiento empírico.

Por medio de la abstracción el objeto es analizado en el pensamiento y descompuesto en conceptos; la formación de los mismos es el modo de lograr un nuevo conocimiento concreto.

Inductivo. Procedimiento mediante el cual a partir de hechos singulares se pasa a proposiciones generales, lo que posibilita desempeñar un papel fundamental en la formulación de la hipótesis.

Deducción. Es un procedimiento que se apoya en las aseveraciones y generalizaciones a partir de las cuales se realizan demostraciones o inferencias particulares. Las inferencias deductivas constituyen una cadena de enunciados cada uno de los cuales es una premisa o conclusión que se sigue directamente según las leyes de la lógica conformada por la sección B como grupo experimental.

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1 Técnicas.

En el presente estudio se utilizaron las siguientes técnicas de investigación:

De Gabinete: El fichaje.

“Se utilizará para fijar conceptos y datos relevantes, mediante la elaboración y utilización de fichas para registrar organizar y precisar aspectos importantes considerados en las diferentes etapas de la investigación” (Silva, 2014, p.33).

Las fichas utilizadas fueron:

Ficha de Resumen. “serán utilizadas en la síntesis de conceptos y aportes de diversas fuentes, que fueron organizados concisa y pertinentemente en estas fichas, particularmente sobre contenidos teóricos o antecedentes consultados” (Silva, 2014, p.33).

Ficha Textuales. “Utilizaran en la transcripción literal de contenidos, sobre su versión bibliográfica o fuente informativa original” (Silva, 2014, p.33).

Fichas Bibliográficas. “Se utilizarán en el registro permanente de datos sobre las fuentes recurridas y consultadas que darán el soporte científico correspondiente a la investigación” (Silva, 2014, p.33).

De campo.

Fichas de Observación. “Son instrumentos de la investigación de campo que se usan cuando el investigador debe registrar datos que aportan otras fuentes como son personas, grupos sociales o lugares donde se presenta la problemática”

(Rodríguez, 2013, p.65). Además, “son el complemento del diario de campo, de la entrevista y son el primer acercamiento del investigador a su universo de trabajo” (Rodríguez, 2013, p.65).

Encuestas. “Mediante un cuestionario previamente elaborado, a través del cual se puede conocer la opinión o valoración del sujeto seleccionado en una muestra sobre un asunto dado” (Caceres, Martínez, Nocua, Flechas, & Saldaña, 2015, p.33). A diferencia, “de la entrevista, el encuestado lee previamente el cuestionario y lo responde por escrito, sin la intervención directa de persona alguna de los que colaboran en la investigación” (Caceres et al., 2015. p.34)

3.6.2 Instrumentos

La recolección de los datos se efectuará en dos tiempos. La primera mediante la aplicación de un Pre-test (Cuestionario y escala tipo Likert) previo al desarrollo del Programa Educativo en Educación Sexual “Pasos Adelante” para la Prevención del Embarazo Precoz, constituido por un módulo de 09 sesiones educativas con duración entre de 45 minutos y una hora cada una. Luego el Post-test (Cuestionario y escala tipo Likert) al término del programa educativo propuesto. Cada evaluación tendrá una duración de 45 minutos a una hora. Sólo los adolescentes que participarán en el pre y post – test; así como en todas las sesiones educativas planificadas, serán incluidos en la muestra final para la emisión de los resultados.

Los instrumentos que se utilizarán para la recolección de datos será un cuestionario compuesto por 30 preguntas de alternativas múltiples (Ver Anexo 2) y una escala de tipo Likert, con el objetivo de determinar el Nivel de Conocimientos y Actitudes hacia la Prevención del Embarazo precoz.

Validez y Confiabilidad: La validez de los instrumentos se realizará a través del juicio de expertos. Las confiabilidades de los instrumentos serán evaluadas mediante pruebas estadísticas. Se aplicará el coeficiente de consistencia Alfa de Cronbach, a la escala Likert de actitudes.

3.6.3. Validación y confiabilidad del instrumento

Validez y Confiabilidad: La validez de los instrumentos se realizará a través del juicio de expertos. Las confiabilidades de los instrumentos serán evaluadas mediante pruebas estadísticas. Se aplicará el coeficiente de consistencia Alfa de Cronbach, a la escala Likert de actitudes, como se observa en la siguiente ficha técnica (Ver Anexo 2).

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis de los resultados.

Tabla 1

Nivel de Conocimiento de sobre prevención del embarazo precoz en los adolescentes de la Institución Educativa Jorge Berrios Alarcón antes de la aplicación del Programa Educativo en salud sexual

Nivel de Conocimiento	f _i	%
ALTO [17 - 20]	4	18,2%
REGULAR [11 - 16]	10	45,4%
BAJO [0 - 10]	8	36,4%
Total	22	100,0%

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes de la Institución educativa "I.E. "JORGE BERRIOS ALARCÓN"

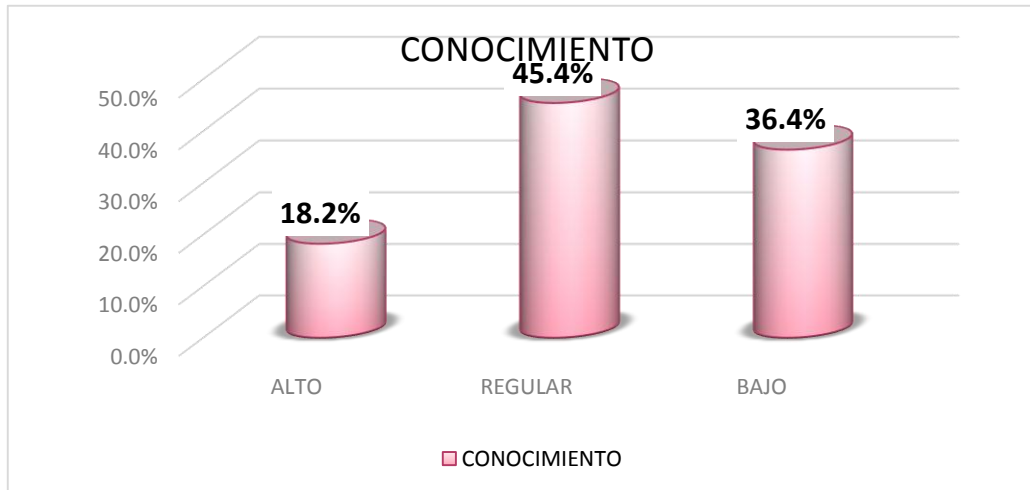


Figura 1. Conocimiento.

En la tabla y gráfico anterior se tiene que el nivel de conocimiento de los estudiantes antes de aplicado el programa educativo es como sigue:

4(18,2%) de los estudiantes tiene un nivel de conocimiento alto;
10(45,4%) de los estudiantes tiene un nivel de conocimiento regular y
8(36,4%) de los estudiantes tiene un nivel de conocimiento bajo.

Tabla 2

Nivel de Actitudes sobre la prevención del embarazo precoz en los adolescentes de la Institución Educativa “Jorge Berrios Alarcón” antes de la aplicación del Programa Educativo en salud sexual.

Nivel de Actitud	f _i	%
ACEPTACIÓN	5	22,7%
INDECISIÓN	11	50,0%
RECHAZO	6	27,3%
Total	22	100,0%

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes de la Institución educativa I.E. JORGE BERRIOS ALARCÓN

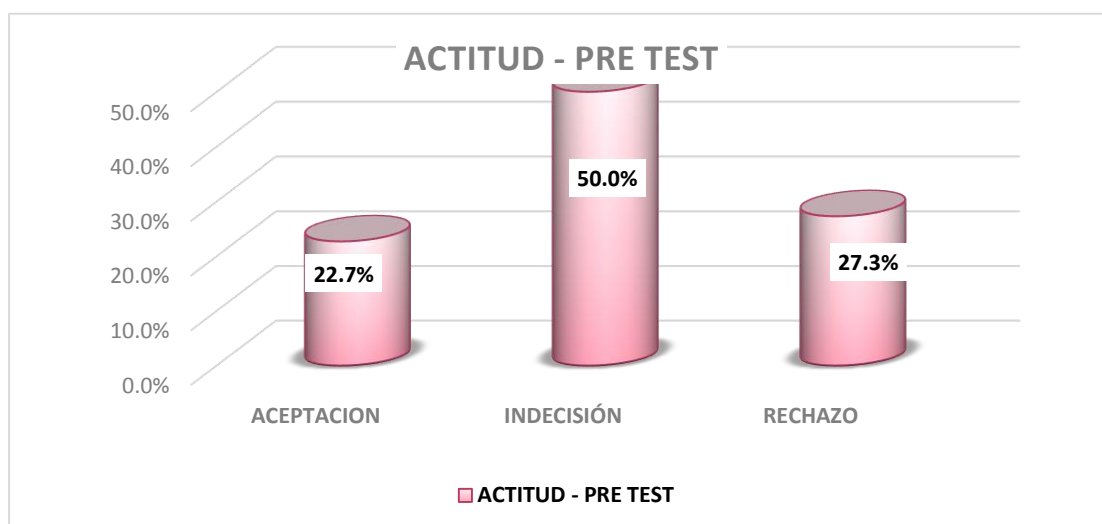


Figura 2. Actitud – Pre Test.

En la tabla y gráfico anterior se tiene el nivel de actitud de los estudiantes antes de aplicado el programa como sigue: 5(22,7%) de los estudiantes tienen una actitud de aceptación; 11(50%) de los estudiantes tiene una actitud de indecisión y 6(27,3%) de los estudiantes tiene una actitud de rechazo.

Tabla 3

Nivel de Conocimiento de sobre prevención del embarazo precoz en los adolescentes de la Institución Educativa “Jorge Berrios Alarcón” después de la aplicación del Programa Educativo en salud sexual.

Nivel de Conocimiento	f _i	%
ALTO [17 - 20]	17	77,3
REGULAR [11 - 16]	3	13,6
BAJO [0 - 10]	2	9,1%
Total	22	100,0

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes de la Institución educativa I.E. JORGE BERRIOS ALARCÓN

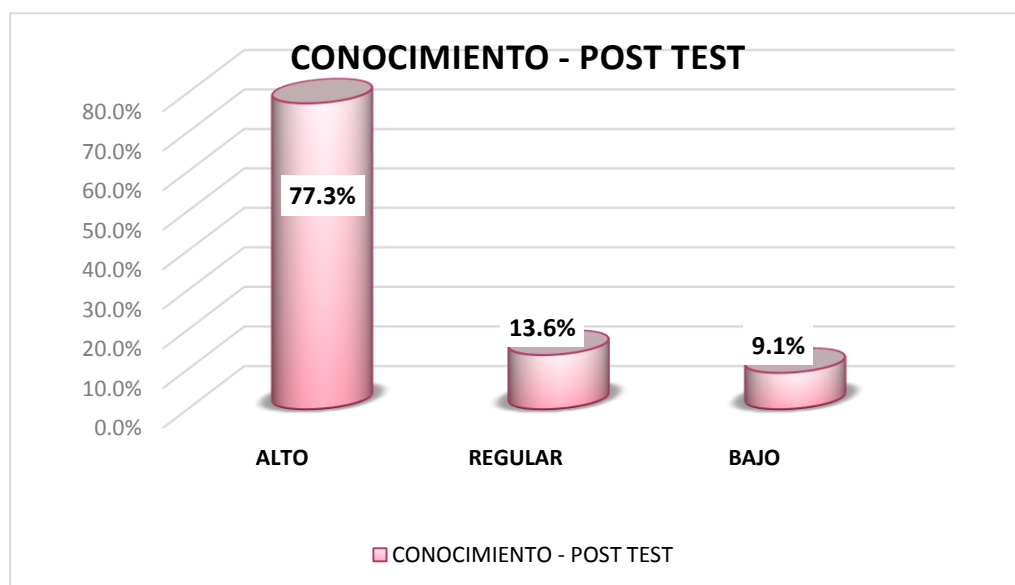


Figura 3. Conocimiento – Post Test

En la tabla y gráfico anterior se tiene que el nivel de conocimiento de los estudiantes después de aplicado el programa educativo es como sigue:

17(77,3%) de los estudiantes tiene un nivel de conocimiento alto; 3(13,6%) de los estudiantes tiene un nivel de conocimiento regular y 2(9,1%) de los estudiantes tiene un nivel de conocimiento bajo.

Tabla 4

Nivel de actitudes sobre la prevención del embarazo precoz en los adolescentes de la institución Educativa “Jorge Berríos Alarcón” después de la aplicación del programa educativo en salud sexual.

Nivel de Actitud	f _i	%
ACEPTACIÓN	16	72,7
INDECISIÓN	4	18,2
RECHAZO	2	9,1%
Total	22	100,0
		%

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes de la Institución educativa “JORGE BERRIOS ALARCÓN”

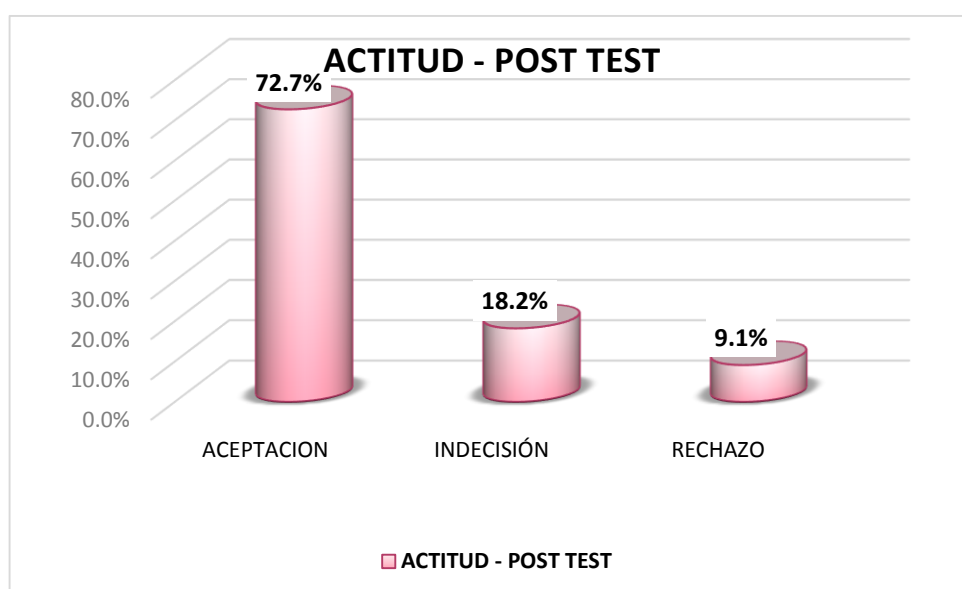


Figura 4. Actitud – Post Test

En la tabla y gráfico anterior se tiene el nivel de actitud de los estudiantes después de aplicado el programa como sigue: 16(72,7%) de

los estudiantes tienen una actitud de aceptación; 4(18,2%) de los estudiantes tiene una actitud de indecisión y 2(9,1%) de los estudiantes tiene una actitud de rechazo.

4.2. Prueba de contrastación de la hipótesis

Prueba de la T de student de grupos relacionados entre el Pre y el Post test

Estadísticos de muestras relacionadas					
		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Conocimiento	Pre test	10,59	22	3,172	,676
	Post test	17,59	22	3,500	,746
Actitud	Pre test	49,01	22	,722	,154
	Post test	75,36	22	,658	,140

Se puede observar que antes de la aplicación del programa educativo en salud sexual para la prevención del embarazo precoz en los adolescentes de la Institución Educativa “Jorge Berrios Alarcón”, obtuvieron a nivel de conocimiento un promedio de 10,59 que corresponde al nivel deficiente, en cuanto a la actitud obtuvieron en promedio 49,01 que corresponde a un nivel de indecisión, mientras que luego de la aplicación del programa educativo en salud sexual, para la prevención del embarazo precoz en los adolescentes de la Institución Educativa “Jorge Berrios Alarcón” el promedio en conocimiento fue de 17,59 que corresponde al nivel de bueno, en cuanto a la actitud obtuvieron en promedio 75,36 que corresponde a un nivel de aceptable

Prueba de muestras relacionadas									
		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Conocimiento	Pre test - Post test	-7,000	4,711	1,004	-9,089	-4,911	-6,970	21	,000
Actitud	Pre test - Post test	26,35	,780	,166	20,425	32,303	28,828	21	,000

Para esta prueba se está considerando un nivel de significancia del 95% es decir una alpha de 0,05

En cuanto al conocimiento se tiene que la diferencia entre las medias es de - 7,00, con el límite aceptable que está comprendido entre los valores - 9,089 y -4,911. Entonces se observa que la diferencia se encuentra dentro de este intervalo, por lo que asumimos que las medias son diferentes. Además, al observar el estadístico t cuyo valor es -6,970 y el valor de significancia menor que 0,05, con lo que se comprueba que hay diferencias significativas.

En cuanto a la actitud se tiene que la diferencia entre las medias es de 26,35, con el límite aceptable que está comprendido entre los valores 20,425 y 32,303. Entonces se observa que la diferencia se encuentra dentro de este intervalo, por lo que asumimos que las medias son diferentes. También se tiene que el estadístico t cuyo valor es 28,828 y el valor de significancia menor que 0,05, con lo que se comprueba que hay diferencias significativas.

Por lo tanto, podemos concluir que: Si se aplica el programa educativo de salud sexual, entonces se podrá prevenir el embarazo precoz de las adolescentes del tercer grado de la I.E *Jorge Berrios Alarcón* Yuracyacu - Chota 2015

4.3. Discusión de los resultados

- Sobre el nivel de prevención global sobre el embarazo precoz de las adolescentes del tercer grado de la I.E *Jorge Berrios Alarcón* Yuracyacu - Chota, antes de la aplicación del programa educativo. Los resultados arrojaron que el 45,4% de los estudiantes tiene un nivel de conocimiento regular y el 50% de los estudiantes tiene una actitud de indecisión, lo cual presenta niveles de prevención bajos. Flores (2012). En su investigación sobre Conocimientos, prácticas sexuales y actitud del adolescente hacia la sexualidad responsable y embarazo precoz. Los resultados mostraron que el nivel de conocimientos de los adolescentes es de nivel regular. Las actitudes de los adolescentes en mayor porcentaje son indecisas, con pensamientos favorables hacia su sexualidad y el menor porcentaje de alumnos conductas indecisas.

- Se diseñó y aplicó el programa educativo de salud sexual, para prevenir el embarazo precoz de las adolescentes del tercer grado de la I.E “Jorge Berrios Alarcón” Yuracyacu – Chota, basándose en los fundamentos psicológicos y sociales de las teorías de Piaget y Kolberth. De Piaget se tomó que toda teoría del desarrollo está obligada a reflejar el intento de relacionar los cambios en la conducta con la edad del sujeto; es decir, las distintas características del comportamiento deben estar relacionadas con las etapas concretas del crecimiento; por ello que esta investigación se basó en esta teoría porque se analizó la etapa de vida de la adolescencia para planificar las sesiones de aprendizaje según la maduración genética que planteaba Jean Piaget.
- Se utilizó la teoría de Kolberth porque este afirmaba que cada etapa está caracterizada por sus tintes utilitaristas. Las acciones correctas normalmente son expresiones que definen los derechos globales del individuo y que han sido “aprobadas” por la sociedad.
- Al evaluar el nivel de prevención global sobre el embarazo precoz de las adolescentes del tercer grado de la I.E “Jorge Berrios Alarcón” Yuracyacu - Chota, después de la aplicación del programa educativo. Los resultados arrojaron que el 77,3% de los estudiantes tiene un nivel de conocimiento alto y el 72,7% de los estudiantes tienen una actitud de aceptación lo que promueve altos niveles de prevención, estos hallazgos se corroboran con Gutiérrez (2012). En su investigación “Efectividad del Programa Educativo *Exprésate* en el nivel de conocimientos y actitudes hacia la prevención del embarazo adolescente en la Institución Educativa Peruano Suizo, Comas 2011” (p.1) quien concluye que “el Programa Educativo *Exprésate* es efectivo, evidenciándose un incremento del nivel de conocimientos de Bajo (12.18%) y Medio (87.82%) a nivel Alto (100%) y produciéndose modificación de actitudes desfavorables a favorables (100%) de la muestra participante” (p.1).

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Conclusiones

- Sobre el nivel de prevención global sobre el embarazo precoz de las adolescentes del tercer grado de la I.E “Jorge Berrios Alarcón” Yuracyacu - Chota, antes de la aplicación del programa educativo. Los resultados arrojaron que el 45,4% de los estudiantes tiene un nivel de conocimiento regular y el 50% de los estudiantes tiene una actitud de indecisión, lo cual presenta niveles de prevención bajos.
- Se diseñó y aplicó el programa educativo de salud sexual, para prevenir el embarazo precoz de las adolescentes del tercer grado de la I.E “Jorge Berrios Alarcón” Yuracyacu – Chota, basándose en los fundamentos psicológicos y sociales de las teorías de Piaget y Kolberth.
- Al evaluar el nivel de prevención global sobre el embarazo precoz de las adolescentes del tercer grado de la I.E “Jorge Berrios Alarcón” Yuracyacu - Chota, después de la aplicación del programa educativo. Los resultados arrojaron que el 77,3% de los estudiantes tiene un nivel de conocimiento alto y el 72,7% de los estudiantes tienen una actitud de aceptación.
- Al aplicar el programa educativo de salud sexual, elevo el nivel de conocimiento y de actitud ante la prevenir en embarazo precoz de las adolescentes del tercer grado de la I.E “Jorge Berrios Alarcon” Yuracyacu , al aplicar el post test , de un nivel de conocimiento regular a un nivel de conocimiento alto y de una actitud de indecisión a una actitud de aceptación.
- La aplicación de programas educativos en salud sexual para la prevención del embarazo precoz de las adolescentes es una oportunidad de las adolescentes de adquirir conocimientos y la toma de decisiones asertivas y oportunas a tiempo.

Recomendaciones

- Se recomienda que las autoridades de la Institución Educativa I.E. “JORGE BERRIOS ALARCÓN” implemente el programa desarrollado, en todos los niveles de la educación secundaria de la institución educativa para poder informar a los adolescentes la importancia de la prevención de embarazos precoz.
- Realizar investigaciones cualitativas sobre las vivencias y experiencias de jóvenes que ya han tenido embarazos precoces para mejorar la calidad de vida de estas adolescentes.
- Se sugiere que los padres de familia sean parte del programa tutorial que se les imparta a los adolescentes sobre cómo prevenir embarazos no deseados.
- Es importante que en el desarrollo de estos programas educativos de educación sexual para la prevención del embarazo precoz de las adolescentes en las instituciones educativas exista un trabajo articulado y comprometido con el director y plana docente, priorizando el compromiso del tutor de aula.
- Socializar a la comunidad educativa en la clausura del año escolar la importancia de la implementación del programa educativo en salud sexual para la prevención de embarazo precoz en las adolescentes, **ya que es desarrollar habilidades sociales y promover la prevención del embarazo precoz, ITS, VIH Y SIDA, para que los adolescentes tengan una vida saludable y exitosa.**
- Se sugiere que en el **plan anual de trabajo del año escolar** la implementación del programa educativo de salud sexual para la prevención del embarazo precoz de las adolescentes, la adolescencia es una etapa clave para producir cambios culturales de largo plazo, los cuales pueden cambiar el perfil epidemiológico de nuestro distrito, provincia, región, y así como la forma de construir el futuro de nuestro país.

Referencias Bibliográficas

- Aguirre, Á. (1994). *Psicología de la Adolescencia*. Barcelona: Marcombo S.A.
doi:ISBN: 84-267-0971-0
- Arboleda, A. (2012). *Nivel de conocimiento que tienen los estudiantes del Colegio SanFrancisco de la ciudad de Zamora” sobre los peligros que conlleva el inicio de la vida sexual y la práctica de una sexualidad no responsable, durante el periodo comprendido entre Octubre 2010*. (Tesis de Pregrado). Universidad Tecnica Particular de Loja. Obtenido de <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/2700/1/tesis%20final.pdf>
- Bausela, E. (2006). Diseño de un programa de prevención de embarazos no deseados centrado en el desarrollo de las habilidades sociales y de autoestima dirigido a alumnos de educación secundaria obligatoria. . *Revista de Psicodidáctica*.
- Borbor, B. (2012). *Técnicas Grafo-Plásticas Para El Desarrollo De Competencias De Los Estudiantes De Educación Básica De La Escuela Medina Domínguez En La Parroquia Santa Rosa, Del Cantón Salinas en el Año 2011-2012*. (Tesis de Pregrado). Universidad EstatalPenínsula de Santa Elena. La Libertad. Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/346/1/Borbor%20Dom%C3%ADnguez%20Betty.pdf>
- Buil, C., Tele, I., Ros, R., & De Pablo, J. (2001). *Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos*. Madrid, España, España: Sociedad Española de Contracepción. Obtenido de ISBN: 84-931912-0-5
- Caceres, A., Martinez, D., Nocua, A., Flechas, L., & Saldaña, L. (2015). *Plan de Mejoramiento Basado en la Gestion del Conocimiento para el Área de Capacitación y Evaluación del Desempeño de la Empresa Reval S.A*. (Tesis de Postgrado). Universidad Naacional Abierta y a Distancia. Colombia. Obtenido de <http://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/4202/3/1052381202.pdf?>

- Caján, M. (2014). Conocimientos de métodos anticonceptivos y el patrón de conducta sexual por parte de los estudiantes de Enfermería de la USS, 2013- 2014. *Revista Paraninfo Digital*, 20(20). doi:ISSN: 1988-3439
- Flores, G., & Aguayo, A. (2013). *Ser Adolescentes no es tan Facil como Parece*. Obtenido de ¿Porque es difícil ser adolescente?: <http://nauticas03.blogspot.pe/>
- Flores, M. (2012). *Conocimientos, prácticas sexuales y actitud del adolescente hacia la sexualidad responsable y embarazo precoz*. (Tesis de Pregrado). Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú. Obtenido de <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/287>
- Gaonach, D., & Golder, C. (2005). *Manual de Psicología para la enseñanza*. Siglo XXI Editores . doi:ISSN: 968-23-2592-7
- Gutiérrez, S. (2012). *Efectividad del Programa Educativo Exprésate en el nivel de conocimientos y actitudes hacia la prevención del embarazo adolescente en la Institución Educativa Peruano Suizo, Comas 2011*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, (Tesis de Pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Obtenido de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3258>
- Hernandez Sampieri, R. e. (1997). *Metodología de la Investigación Científica*. México: MCGRAW-HILL .
- Hersh, R., Reimer, J., & Paolitto, D. (2002). *El Crecimiento Moral de Piaget a Kohlberg*. Madrid, España: Narcea S.A. de Ediciones Madrid. Obtenido de <https://books.google.com.pe/books?id=YLyYx1x2D0cC&pg=PA44&dq=Teor%C3%ADa+de+Kohlberg&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiG3sS-95bPAhWfNx4KHZjkDHcQ6AEIGjAA#v=onepage&q=Teor%C3%ADa%20de%20Kohlberg&f=falsehttps://books.google.com.pe/books?id=YLyYx1x2D0cC&pg=PA44&dq=T>
- Hurtado, O. (2014). *Conocimiento y actitudes hacia el embarazo precoz en estudiantes de una Institución Educativa Estatal Escuela de Enfermería*

- Padre Luis Tezza Afiliada a la Universidad Ricardo Palma Lima 2014.* (Tesis de Pregrado) Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.
- ISIS Inetrnacional. (2001). *Adolescentes y La Salud Sexual. Agenda Salud(23).* Obtenido de <http://www.inppares.org/sites/default/files/Adolescentes%20y%20salud%20sexual.pdf>
- Isla, C., & Solar, M. (2015). *Efecto de Un Programa Educativo en el Conocimiento y Actitud de las Adolescentes De Una Institución Educativa Para La Prevención Del Cáncer De Cuello Uterino.* (Tesis de Pregrado). Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza. Lima, Perú. Obtenido de <http://docplayer.es/6228011-Escuela-de-enfermeria-padre-luis-tezza.html>
- Leython, D. (2015). *Embarazo adolescente.* Obtenido de Todo sobre acerca del mundo: <http://ruta85calle7.blogspot.pe/2015/04/embarazo-en-la-adolescencia.html>
- Ministerio de Salud. (2009). *La salud de los adolescentes peruanos.* Lima , Perú. Recuperado el 13 de Mayo de 2014, de <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2009/adolescentes/archivos/buletin03.pdf>
- Ministerio de Salud. (2012). *Norma Técnica atención de la salud en la etapa de vida adolescente.* Lima, Perú.
- Morzan, A. (2013). *Cambios Psiquicos y Fisicos en la Adolescencia.* Obtenido de Época De Cambio : <http://ameliasil.blogspot.pe/>
- Muñoz, A., Vélez, A., & Efraín, A. (2014). *Cambios en conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de 15 a 18 años que recibieron y no recibieron capacitación sobre la estrategia nacional intersectorial de planificación familiar y prevención del embarazo Diciembre 2013- Abril 2014.* (Tesis de Pregrado). Universidad de Cuenca. Cuenca, Ecuador. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20234/1/TESIS.pdf>

- Olmedo, M. (2012). *Proyecto Educativo*. Obtenido de Dhtic. Blog: <http://hector-dhtic.blogspot.pe/>
- Oltra, E., Riestra, R., Chamizo, C., González, A., Gonzáles, M., Mirón, D., & Mendiolagoitia, L. (2003). ¿Qué experiencias, actitudes y comportamientos tienen los adolescentes españoles ante la contracepción? *Cultura de los Cuidados*, 7(14), 59-70. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/39435701_Que_experiencias_actitudes_y_comportamientos_tienen_los_adolescentes_espanoles_ante_la_contracepcion
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial*. Lima, Perú. Recuperado el 12 de 05 de 2015, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43849/1/9789243596211_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2012a). *Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias*. Lima, Perú. Obtenido de <http://download.documents.mx/getdownload/document/?id=Okk%2FfECxoUZQ7NzXyrEQfm2GejlUYFpchjZt7l0cfCYss1jHHz%2BmNjkn55wTu23p1mM Vw3VPT6e85IToFI4wQQ%3D%3D>
- Organización Mundial de la Salud. (2012b). *Embarazo y adolescencia*. Lima, Perú. Recuperado el 13 de 05 de 2015, de http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf
- Penas, S. (2008). *Aproximación a los Valores y Estilos de Vida de los Jóvenes de 13 y 14 años de la provincia de a Caruña*. (Tesis Doctoral). Universidad de Santiago de Compostela. Obtenido de https://books.google.com.pe/books?id=SYIIUaHlr-4C&pg=PA48&dq=Etapas+de+Kohlberg&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj97J7U_JbPAhUDXB4KHb6-ATkQ6AEIGjAA#v=onepage&q=Etapas%20de%20Kohlberg&f=false

- Peralta, G. (2004). *De la filosofía de la calidad al sistema de mejora continua*. México: Panorama Editorial. doi:ISBN: 958-38-111-6
- Pizarro, G. (2014). *Aprendizaje significativo y su acción en el desarrollo de la acción educativa*. Lima, Perú : Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/educa/article/view/8149/7106>
- Robalino, M. (2009). *Programa de Atención Integral a Adolescentes Embarazadas en el Hospital Andino Alternativo de Chimborazo en el Período Agosto 2006-Enero 2007*. (Tesis de Postgrado). Universidad Técnica Particular de Loja. Loja Ecuador. Obtenido de http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/6059/1/Tesis_Robalino_Maria_Paulina.pdf
- Rodríguez, M. (2013). *Metodologías para la Construcción Basadas en la Filosofía Lean Construcción*. (Tesis de Pregrado). Universidad Técnica Particular de Loja. Loja, Ecuador. Obtenido de http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/7916/1/Rodriguez_Calva_Margori_Cristina_Tesis.pdf
- Sánchez, A. (2005). *Embarazo en las Adolescencia. Caso del Hospital Obstetricia Pachuca*. (Tesis de Pregrado). Universidad Autonoma del Estado. Pachuca de Soto. Obtenido de <http://s3.amazonaws.com/ppt-download/embarazoenlasadolescentes-150505174702-conversion-gate01.pdf?response-content-disposition=attachment&Signature=oolt%2BkSoruy2Fm4sllEzvfBN%2BS8%3D&Expires=1474027529&AWSAccessKeyId=AKIAJ6D6SEMXSASXHDAQ>
- Secretaria General De Salud Reproductiva. (2002). *Prevención del Embarazo no planeado en los Adolescentes* (2 ed.). México. doi:ISBN 970-721-104-0

- Siles, J. (2015). *La Historia del cuidado en el ámbito Comunitario*. Universidad de Alicante. Obtenido de <http://documents.mx/documents/la-historia-del-cuidado-en-el-ambito-comunitario.html>
- Silva, H. (2009). *Medición del Clima Laboral y Satisfacción del Personal de Trabajadores Docentes y no Docentes de la Facultad de Medicina UNAP - 2009*. Puno, Perú: Universidad Nacional del Altiplano Puno. Obtenido de <http://www.unapiquitos.edu.pe/investigacion/oginv/descargas/2009/Art.Cientifico%20Dr.%20Hermann%20Silva.doc>
- Silva, J. (2014). *Análisis de la Modificación de la Ley del Impuesto a la Renta Decreto Legislativo N° 1120 Sobre Los Pagos A Cuenta Para Conocer Sus Efectos Tributarios, Financieros Y Contables En Los Principales Contribuyentes De La Ciudad De Chiclayo - 2013*. (Tesis de Pregrado). Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo. Chiclayo, Perú. Obtenido de http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/436/1/TL_Silva_Paredes_%20JoanneDoralise.pdf
- Tello, J. (2008). *Efecto de la aplicación de un software educativo para adquirir conocimientos sobre prevención del embarazo en adolescentes de 5to de secundaria en el distrito El Agustino*. (Tesis de Pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Obtenido de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2482>
- Ventura, A. (2014). *Significado social del embarazo adolescente desde la perspectiva del adolescente de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – Chiclayo*. (Tesis de Pregrado). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo, Perú. Obtenido de <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/296>
- Villarini, A., & Jusino, D. (2003). *Modelo de Educación para Promover el Desarrollo Humano Integral*. Instituto Da Vinci. República Dominicana .

ANEXOS



ANEXO 01

CUESTIONARIO PARA CONOCIMIENTOS

I. INTRODUCCIÓN:

Estimado Estudiante:

Recibe un saludo cordial, se está realizando un trabajo de investigación que tiene como objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre prevención del embarazo adolescente, por ello solicito tu colaboración para responder el presente cuestionario, el cual es anónimo.

II. INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan preguntas con sus respectivas alternativas de respuesta, elige para cada una de ellas solo una respuesta y marque con una (X) la respuesta que creas conveniente. Utiliza solo lapicero azul o negro. No dejes preguntas sin contestar. Si desconoce la respuesta marque "No sé". Usted dispone de 30 minutos.

III. DATOS GENERALES:

. Edad: _____ Sexo: _____

IV. CONTENIDO:

1. La adolescencia es el periodo de vida que se da:

- a) Entre los 10 y 19 años caracterizándose por cambios biológicos y psicológicos
- b) Entre los 12 y 20 años caracterizándose por cambios biológicos en la mayoría de las personas.
- c) Entre los 10 a 15 años caracterizándose por solo cambios psicológicos profundos.
- d) No sé

2. Señale verdadero (V) o falso (F) según crea conveniente:

- En la etapa tardía de la adolescencia se producen cambios biológicos intensos. ()
- El embarazo precoz es uno de los problemas que se presenta en la etapa adolescente. ()
- El adolescente cambia de pensamiento concreto a pensamiento abstracto. ()
- La aceleración del crecimiento corporal se presenta en la adolescencia intermedia. ()

3. Lea los enunciado y marque verdadero (V) o falso (F) según crea conveniente:

- La primera menstruación o menarquia ocurre frecuentemente entre los 8 y los 16 años. ()
- La menarquia indica el inicio de la capacidad reproductiva. ()
- Las hormonas que intervienen en el ciclo menstrual son: la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH). ()
- La menarquia sucede a pesar de presentarse un sistema reproductivo femenino inmaduro. ()

4. Relaciona cada etapa de la adolescencia de la columna A con su respectiva característica psicológica de la columna B:

Columna A:	Columna B:
1. Adolescencia Temprana.	Búsqueda de autonomía. ()
2. Adolescencia Intermedia.	Preocupación por lo físico y emocional. ()
3. Adolescencia Tardía.	Avance en la elaboración de la identidad. ()

5. Señale cuáles son los tres duelos o pérdidas que sufre el adolescente:

- Duelo por el cuerpo infantil ()
- Duelo por los amigos infantiles ()
- Duelo por los padres infantiles()
- Duelo por la escuela infantil ()
- Duelo por su identidad infantil()

6. El embarazo adolescente es el que ocurre:

- Antes del periodo de la pubertad y cuando el adolescente no ha adquirido independencia social ni madurez.
- Entre los 10 y 19 años y cuando el adolescente ha alcanzado la madurez física y emocional para afrontar la situación.
- Entre los 10 y 19 años y antes de que la adolescente haya alcanzado la suficiente madurez física y emocional.
- No sé

7. Indique cuáles son las causas del embarazo adolescente:

- Tener varios enamorados(as). ()
- Inicio precoz de las relaciones sexuales. ()
- Deficiente manejo de habilidades sociales. ()
- Inicio precoz del consumo de drogas. ()
- Formar parte de “pandillas estudiantiles”. ()
- No utilización de método anticonceptivo eficaz. ()
- Presentar bajas condiciones socioeconómicas. ()
- Limitado conocimiento sobre sexualidad. ()

8. Indique cuáles son las consecuencias del embarazo adolescente:

- Maternidad en soltería ()
- Muerte paterna ()

Ausentismo escolar ()
Estabilidad económica()
Muerte materna ()
Discriminación racial. ()
Abortos ()
Disminución de carga social()
Desequilibrio emocional()

9. La sexualidad es solo lo biológico o anatómico:

- a) Sí
- b) No
- c) No sé.

10. Lea los enunciados y marque verdadero (V) o falso (F) según crea conveniente:

- La fecundación es la unión del óvulo con el espermatozoide. ()
- El enamoramiento es una forma de vivir la sexualidad. ()
- Existe respuesta sexual durante el sueño. ()
- La masturbación es mala para la salud ya que produce alteraciones físicas y psicológicas. ()

11. ¿Qué son las habilidades sociales?

- a) Conjunto de conductas generadas por un individuo en relación a un propósito en un determinado contexto.
- b) Comportamientos interpersonales donde las personas influyen en otras de manera favorable.
- c) Respuestas inadecuadas que se aplican en un contexto social en la interacción con pares.
- d) No sé.

12. ¿Cómo ayudan las habilidades sociales a prevenir el embarazo adolescente?

- a) Creando conductas preventivas para el manejo de situaciones de riesgo.
- b) Evitando situaciones de riesgo sin respuesta activa frente al problema.
- c) Obteniendo soluciones para cada problema presentado en la etapa adolescente.
- d) No sé.

13. ¿Cuáles son las habilidades sociales?

- () Comunicación asertiva
- () Solución de problemas
- () Relaciones interpersonales
- () Toma de decisiones.
- () Expresiones corporales.
- () Control de la ira.

14. ¿Cómo define usted métodos anticonceptivos?

- a) Son todas las prácticas sexuales que realizan hombres y mujeres en el momento previo a las relaciones sexuales
- b) Son sustancias orales que toman las mujeres para evitar el embarazo.
- c) Son procedimientos naturales, artificiales y quirúrgicos para evitar el embarazo.
- d) No sé.

15. Según el criterio de selección de los métodos anticonceptivos en adolescentes, escriba verdadero (V) o falso (F) según crea conveniente.

- () El método anticonceptivo debe ser irreversible.

- () Facilidad y comodidad de uso del método elegido.
- () Conocimiento de los métodos anticonceptivos disponibles.
- () No depende de la edad de la mujer.
- () Adecuada a la frecuencia de relaciones sexuales.

16. Los métodos anticonceptivos pueden ser usados por:

- a) Sólo la mujer
- b) La pareja
- c) Sólo el hombre
- d) No sé

17. Lea los siguiente enunciados y marque verdadero (V) o falso (F) según crea conveniente:

- Las pastillas anticonceptivas producen cáncer, alteran los nervios, engordan y producen esterilidad. ()
- Todos los anticonceptivos están contraindicados en embarazo o sospecha de embarazo. ()
- Se puede usar de forma normal los anticonceptivos cuando se presenta cáncer o lesiones del cuello uterino. ()
- Los métodos anticonceptivos naturales son los más efectivos. ()

18. Los métodos anticonceptivos se clasifican en:

- a) Parciales y constantes
- b) Temporales y permanentes
- c) Temporales y parciales
- d) No sé

19. Los métodos anticonceptivos temporales son los:

- . Hormonales ()
- . Quirúrgicos ()
- . Artificiales ()
- . De barrera y espermicidas ()
- . Complementarios ()
- . Naturales ()

20. Relacione cada método anticonceptivo hormonal de la columna A con la principal función que cumplen de la columna B:

COLUMNA A

- 1.- Hormonales orales.
- 2.- Hormonales inyectables.
- 3.- Dispositivo Intrauterino hormonal (DIU)

COLUMNA B

- Cambia la consistencia del moco cervical y elimina el desplazamiento normal de los espermatozoides. ()
- Inhibe la ovulación y genera adelgazamiento del endometrio. ()
- Inhiben la ovulación y cambia la consistencia del moco cervical. ()

21. ¿El método de barreras más conocidos es?

- a) El dispositivo intrauterino (DIU)
- b) La ligadura de trompas de Falopio.
- c) El condón.
- d) No sé

22. ¿Cuál es la clasificación de los principales métodos anticonceptivos naturales?

- Método de la ovulación. ()
- Método continuado. ()
- Temperatura basal del cuerpo. ()
- Método multiplicativo. ()
- Método del ritmo. ()

23. Los métodos anticonceptivos naturales están indicados en mujeres con periodos menstruales irregulares.

- a) Sí
- b) No
- c) No sé

24. El condón es el único método anticonceptivo que protege contra el VIH / SIDA y las enfermedades de Transmisión Sexual (ETS):

- a) Sí
- b) No
- c) No sé

25. ¿Cuál de los métodos es 100% seguro para prevenir el embarazo?

- a) El condón.
- b) El método del ritmo.
- c) La abstinencia constante.
- d) No sé.

26. ¿Cuál de estos métodos es el menos seguro para prevenir el embarazo?

- a) Anticonceptivos inyectables.
- b) Método del ritmo.
- c) El condón.
- d) No sé.

27. ¿Qué es para usted la abstinencia constante?

- a) Tener relaciones sexuales esporádicamente pero con protección.
- b) No tener relaciones sexuales ni juegos sexuales de ningún tipo.
- c) No tener relaciones sexuales en mi periodo menstrual.
- d) No sé.

28. Los anticonceptivos permanentes son considerados:

- a) Técnicas quirúrgicas que modifican la estructura del endometrio.
- b) Técnicas naturales que evitan el embarazo en forma permanente.
- c) Técnicas quirúrgicas que evitan el embarazo en forma permanente.
- d) No sé.

29. ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos permanentes más conocidos?

Hormonales inyectables ()

Ligaduras de trompas de Falopio ()

Dispositivo Intrauterino ().

Hormonales orales.

Vasectomía

30. El anticonceptivo de emergencia es un método que se utiliza para prevenir un embarazo no deseado:

- a) Después de una relación sexual no protegida.
- b) Antes de una relación sexual no protegida.
- c) Evitando la ovulación.
- d) No sé.

Gracias por su colaboración

ESCALA TIPO LIKERT PARA ACTITUDES

I. INTRODUCCIÓN: Estimado estudiante:

Recibe un saludo cordial, se está realizando un trabajo de investigación que tiene como objetivo determinar las actitudes sobre la prevención del embarazo adolescente, por ello solicito tu colaboración para responder el presente cuestionario, el cual es anónimo.

II. INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan una serie de ítems con cinco alternativas de respuesta, las cuales se muestran de la siguiente forma:

TD: Totalmente en desacuerdo.

D: Desacuerdo.

I: Indiferente.

A: Acuerdo.

TA: Totalmente de acuerdo.

Elige para cada ítem solo una respuesta y marque con una (X) la respuesta que creas conveniente. A continuación se presenta un ejemplo:

Nº	ÍTEM	TD	D	I	A	TA
1	La vida es maravillosa cuando piensas en forma Positiva					
2	Una persona que tiene confianza en sí misma logra todo lo que se propone.					

III. DATOS GENERALES:

Edad: _____ Sexo: _____

I. CONTENIDO:

Nº	ÍTEM	TD	D	I	A	TA
1	Le preocupan los cambios físicos y psicológicos que está presentando.					
2	Considera que la adolescencia es una etapa importante para el desarrollo humano.					
3	Una pareja adolescente debe tener todos los hijos que Dios le mande.					
4	El embarazo en la adolescencia provoca una alteración emocional en la pareja.					
5	Es difícil que una adolescente quede embarazada en la primera relación sexual.					
6	El embarazo es una gran responsabilidad.					
7	Se puede evitar el embarazo por diferentes métodos.					
8	Me da vergüenza hablar sobre sexualidad.					
9	Tiene derecho a decidir en qué momento desea tener hijos.					
10	Está preparado(a) para tener relaciones sexuales.					
11	Respetar mis deseos y los de mi pareja me permite tener una buena relación con él/ella.					
12	Si se siente atraído por un(a) chico(a) prefiere evitar decirle por miedo a que le rechace.					
13	La masturbación produce problemas físicos y psicológicos en el Adolescente.					

14	Pienso que la sexualidad incluye la promoción de la igualdad entre varones y mujeres.					
15	Los adolescentes deben evitar utilizar métodos anticonceptivos.					
16	Las caricias y los besos pueden dar tanto placer como tener Intimidad con mi pareja, sin riesgo de embarazo.					
17	El uso de anticonceptivos es inseguro porque fallan mucho.					
18	Utilizar algún método anticonceptivo permite tener unas relaciones sexuales más seguras y placenteras.					
19	Los adolescentes que usan métodos anticonceptivos son "fáciles".					
20	Le daría mucha vergüenza decirle a su pareja que use un Anticonceptivo para tener relaciones sexuales.					
21	La abstinencia sexual constante es el mejor método para prevenir el embarazo.					
22	La mujer es quién debe tomar medidas para no quedar embarazada.					
23	Si la pareja adolescente está protegida en el momento de tener relaciones sexuales, el riesgo de presentar embarazo disminuye.					
24	Si le sorprendieran con preservativos se enfadarían mucho con usted.					
25	Si se conoce bien a la persona no es necesario usar anticonceptivos.					

Gracias por su colaboración.



ANEXO N° 03

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSION	INDICADORES	DISEÑO	INSTRUCTIVO
¿En qué medida la aplicación de un programa educativo de salud sexual influye para prevenir el embarazo precoz de las adolescentes del tercer grado de la I.E “Jorge Berrios Alarcón” Yurayacu - Chota 2015?	<p>General</p> <p>Determinar en qué medida la aplicación de un programa educativo de salud sexual previene el embarazo precoz de las adolescentes del tercer grado de la I.E “Jorge Berrios Alarcón” Yurayacu - Chota 2015</p> <p>Específicos</p> <p>Identificar el nivel de prevención global sobre el embarazo precoz de las adolescentes del tercer grado de la I.E “Jorge Berrios Alarcón” Yurayacu - Chota, antes de la aplicación del programa educativo.</p> <p>Diseñar el programa educativo de salud sexual, para prevenir el embarazo precoz de las</p>	<p>H1:</p> <p>Si se aplica el programa educativo de salud sexual, entonces se podrá prevenir el embarazo precoz de las adolescentes del tercer grado de la I.E “Jorge Berrios Alarcón” Yurayacu - Chota 2015</p> <p>H0:</p> <p>Si se aplica el programa educativo</p>	<p>V. I</p> <p>Programa Educativo</p>	<p>Fundamento Psicológico</p> <p>Fundamento Social</p>	<p>Identifica las necesidades, intereses y actitudes</p> <p>Emplea estrategias de prevención</p> <p>Comprende importancia de métodos anticonceptivos</p> <p>Conoce características de estudiantes</p> <p>Expresa en totalidad</p> <p>Desarrolla actividades</p> <p>Demuestra autoestima y</p>	<p>Diseño de preprueba - posprueba con una sola medición</p>	<p>Cuestionario</p>

	<p>adolescentes del tercer grado de la I.E "Jorge Berrios Alarcón" Yuracyacu - Chota</p> <p>Aplicar el programa educativo de salud sexual para prevenir el embarazo precoz de las adolescentes del tercer grado de la I.E "Jorge Berrios Alarcón" Yuracyacu - Chota</p> <p>Evaluar el nivel de prevención global sobre el embarazo precoz de las adolescentes del tercer grado de la I.E "Jorge Berrios Alarcón" Yuracyacu - Chota, después de la aplicación del programa educativo.</p>	<p>de salud sexual, entonces no se podrá prevenir el embarazo precoz de las adolescentes del tercer grado de la I.E "Jorge Berrios Alarcón" Yuracyacu - Chota 2015</p>	<p>V.D</p> <p>Prevención</p>	<p>Conocimiento</p> <p>Actitudes</p>	<p>toma de decisiones.</p> <p>Desarrolla valores</p> <p>Prevención</p> <p>Adolescencia</p> <p>Embarazo</p> <p>Habilidades</p> <p>Comunicación</p> <p>Anticoncepción</p>		
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

FICHA TÉCNICA

1. Título :

APLICACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DE SALUD SEXUAL PARA PREVENIR EL EMBARAZO PRECOZ DE LAS ADOLESCENTES DEL TERCER GRADO DE LA I.E JORGE BERRIOS ALARCON.

2. Autores :

Br. SANCHEZ VASQUEZ HERLINDA CONSUELO

3. .Procedencia :

PROVINCIA DE CHOTA

4. Administración :

Individual

5. Duración :

40 minutos

6. Aplicación :

Adolescentes de la Institución Educativa “Jorge Berrios Alarcón”, Chota

7. Significación :

Manejo de Información de Contenido

8. Administración y Calificación:

Se administró utilizando los siguientes materiales:

- Hoja de Respuesta
- Lápiz o lapicero

9. Consigna

El presente test que forma parte del trabajo de investigación, consta de 30 preguntas; conteste lo más honestamente posible todos y cada de los ítems o preguntas marcando el valor que crea conveniente.

10. Baremación : Autores

Tabla 1

Generación De Baremos

Escala de calificación	CONOCIMIENTO
<i>16- 20</i>	<i>BUENA</i>
<i>11 - 15</i>	<i>REGULAR</i>
<i>0 - 10</i>	<i>DEFICIENTE</i>

Análisis de fiabilidad

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
<i>Casos</i>	<i>Válidos</i>	<i>22</i>	<i>100,0</i>
	<i>Excluidos^a</i>	<i>0</i>	<i>,0</i>
	<i>Total</i>	<i>22</i>	<i>100,0</i>

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
<i>.905</i>	<i>40</i>

Se diseñó un cuestionario de 30 preguntas, se analizó la validez de contenido mediante la valoración de expertos; se evaluó la fiabilidad del cuestionario analizando la consistencia interna por el método del alfa de Cronbach:

Mediante la varianza de los ítems

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

Donde:

α = Alfa de Cronbach

K = Número de Ítems

V_i = Varianza de cada Ítem

V_t = Varianza total

Teniendo como resultado para este instrumento es de 0,905; indicando que es altamente confiable

Escala de calificación	ACTITUD
< 48,66	ACEPTABLE
48,66 – 74,88	INDECISO
>74, 88	RECHAZO

Tabla 2

Generación De Baremos Para El Objetivo General

Análisis de fiabilidad

Resumen del procesamiento de los casos			
		N	%
<i>Casos</i>	<i>Válidos</i>	22	100,0
	<i>Excluidos^a</i>	0	,0
	<i>Total</i>	22	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.793	25

Se diseñó un cuestionario de 25 preguntas, se analizó la validez de contenido mediante la valoración de expertos; se evaluó la fiabilidad del cuestionario analizando la consistencia interna por el método del alfa de Cronbach:

Mediante la varianza de los ítems

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

Donde:

α = Alfa de Cronbach

K = Número de Ítems

V_i = Varianza de cada Ítem

V_t = Varianza total

Teniendo como resultado para este instrumento es de 0,793; indicando que es altamente confiable

**APLICACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DE SALUD
SEXUAL PARA PREVENIR EL EMBARAZO PRECOZ DE LAS
ADOLESCENTES DEL TERCER GRADO DE LA I.E JORGE
BERRIOS ALARCÓN YURACYACU - CHOTA 2015**

A.- SESIONES EDUCATIVAS

SESION 1: *Autoestima* y la Autoconfianza.

SESIÓN 2: Mi Futuro.

SESION 3: Sexo y Adolescencia.

SESIÓN 4: Género y Sexualidad.

SESIÓN 5: Infecciones de Trasmisión Sexual - ITS

SESIÓN 6: VIH / SIDA

SESION 7: Prevención del Embarazo en Adolescentes.

SESIÓN 8: Abstinencia y Buscando Mi Pareja Ideal.

SESIÓN 9: Condomes y Métodos Anticonceptivos.

PANEL FOTOGRAFICO

**I.E. JORGE BERRIOS ALARCON
YURACYACU - CHOTA**



DESARROLLO DE SESION EDUCATIVA



DESARROLLO TEMA «MI FUTURO»



DESARROLLO DE TALLERES



TRABAJO DE GRUPO



DESARROLLO DE TALLER



PLENARIA



DESARROLLO DE TALLER



APLICACIÓN DE POSTES



Prof. EVELIA VARGAS TUTORA DEL 3er GRADO
I.E “JORGE BERRIOS ALARCON” CHOTA - YURACYACU



FINALIZACION DE PROGRAMA EDUCATIVO



ANEXOS DE ACTIVIDADES

GUIÓN METODOLÓGICO DE LAS SESIONES EDUCATIVAS