



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA DE CHONTALES

“Cornelio Silva Argüello”

“2019 Año de la reconciliación”

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS, TECNOLOGIA Y SALUD
Tesis Monográfica para optar al título de Médico y Cirujano

Tema Delimitado:

La Educación sexual y reproductiva clave, en la prevención de embarazos precoces, en los estudiantes de la Escuela Pública Delfina Quezada en el municipio de “Morrito”, departamento de Río San Juan, en el período comprendido de Enero –junio 2019.

Autores:

Br. Salgado Mejía Alba Nubia.
Br. Salgado Mejía Luis Manuel.

Tutor Científico: Dr. Daniel Eloy López Blanco
Esp. Medicina de Emergencia
Coordinador de la carrera de Medicina
UNAN – FAREN Chontales.

Asesor metodológico: MSc. Cristhiam Roberto Lazo Salazar.
Docente UNAN-FAREM-Chontales.

16 de agosto de 2019.

¡A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD!

Tema Delimitado:

La Educación sexual y reproductiva, clave en la prevención de embarazos precoces; en los estudiantes de la Escuela Pública Delfina Quezada. Municipio de “Morrito”, departamento de Río San Juan, en el período comprendido de Enero –junio 2019.

i. DEDICATORIA

- ❖ A nuestros padres por su apoyo incondicional durante la vida y la formación personal depositando una semilla de muchos valores morales y académica.
- ❖ A nuestros familiares, por inspirarnos con sus palabras de ánimo, actos de amor y por demostrarnos creen en nosotros.
- ❖ A nuestros Docentes, quienes generosamente han compartido cada uno de sus conocimientos, vivencias, experiencias durante nuestra carrera.
- ❖ A nuestros tutores, por su paciencia, sus enseñanzas, dirección y la confianza que nos han brindado para poder culminar este trabajo con éxito.

ii. AGRADECIMIENTOS

- ❖ A Dios todo poderoso quien todo lo ve y nos guía durante la vida, regalándonos sabiduría, inteligencia y paciencia para seguir hilando nuestro camino, por pilotar esta larga travesía, permitiéndonos llegar hasta este punto, proporcionando salud para avanzar en nuestro sendero y nos fortalece día a día sin renunciar.

- ❖ A Nuestros padres porque siempre han depositado toda su confianza en nosotros, por una lucha sin descansos, hambre, sudor, sin renuncias a la vida, para brindarnos una buena educación y desarrollo en todas nuestras aptitudes morales y éticas personales.

- ❖ A los (as) jóvenes adolescentes del municipio de “Morrito”, departamento de Río San Juan, por recibirnos y darnos la información verás necesarias para poder abordar nuestro tema en estudio.

- ❖ A todas aquellas personas que formaron parte de nuestro estudio y que fuese posible desarrollar esta investigación monográfica.

- ❖ Al MSc. Cristhiam Roberto Lazo Salazar, asesor metodológico de nuestra tesis monográfica, por instruirnos con su conocimiento y enseñarnos las bases principales de Metodología de la investigación.

VALORACION DEL DOCENTE METODOLÓGICO.

Al Honorable Jurado Examinador.

Sirva la presente para hacer de su conocimiento que he conducido y facilitado el proceso de elaboración de Informe Final en el marco de Monografía con el tema de investigación: La Educación sexual clave en la prevención de embarazos precoces; en los estudiantes de la Escuela Pública Delfina Quezada. Municipio de “Morrito”, departamento de Río San Juan, en el período comprendido de Enero –junio 2019.referido al tema delimitado.

El presente Informe Final ha sido elaborado por los(a) estudiantes de la carrera de Medicina:

Br. Salgado Mejía Alba Nubia.

Br. Salgado Mejía Luis Manuel.

Quienes, a lo largo del todo la Monografía han dado muestras de constancia, dedicación y esmeros en el proceso de elaboración del presente trabajo, atendiendo de manera diligente las observaciones y recomendaciones que por mi parte les compartí, durante las sesiones de asesoría.

Particularmente han mostrado perseverancia, entusiasmo y capacidad técnica en el proceso creativo del conocimiento adquirido en el diagnóstico de Ginecología. Lo anterior se confirma que en los procedimientos y prácticas efectuadas por los jóvenes se ajustaron a los parámetros científicos-técnicos aplicados a la elaboración investigativa, lo cual, es comprobable el abordaje de los problemas planteados.

Por lo antes expuesto, no tengo reservas en remitir el presente trabajo de Investigación al Honorable Jurado Examinador, a fin de cumplir los requisitos exigidos por nuestra Alma Mater en la Facultad Regional Multidisciplinaria de Chontales, para que los (as) autores arriba mencionados accedan al procedimiento establecido para la consecución del título en Médico y Cirujano.

Sin más que agregar, aprovecho la ocasión para reiterar mis altas consideraciones de respeto y estima a los (as) integrantes del Honorable Jurado Examinador.

Atentamente.

MSc. Cristhiam Roberto Lazo Salazar.
Tutor Metodológico.
Docente de Licenciatura Bioanálisis Clínico.
UNAN-FAREM Chontales.

VALORACION DEL DOCENTE ACADEMICO.

Al Honorable Jurado Examinador.

Tomando en cuenta las funciones del médico desde sus orígenes (administrativas, asistenciales, docentes e investigativas) se brinda acompañamiento personalizado en la elaboración del siguiente artículo Monográfico que lleva por tema de investigación:

La Educación sexual y reproductiva, clave en la prevención de embarazos en adolescentes; en los estudiantes de la Escuela Pública Delfina Quezada. municipio de “Morrito”, departamento de Río San Juan, en el período comprendido de Enero –junio 2019. referido al tema delimitado.

El presente Informe Final ha sido elaborado por los(a) estudiantes de la carrera de Medicina:

Br. Salgado Mejía Alba Nubia.

Br. Salgado Mejía Luis Manuel.

Quienes, a lo largo del todo la Monografía han dado muestras de constancia, dedicación y esmeros en el proceso de elaboración del presente trabajo, atendiendo de manera diligente las observaciones y recomendaciones que por mi parte les compartí, durante las sesiones de asesoría mejorando con gran conocimiento científico técnico con respecto a la metodología de la investigación y el tema particular del embarazo en la adolescencia.

Por lo antes expuesto, no tengo reservas en remitir el presente trabajo de Investigación al Honorable Jurado Examinador, a fin de cumplir los requisitos exigidos por nuestra Alma Mater en la Facultad Regional Multidisciplinaria de Chontales, para que los (as) autores arriba mencionados accedan al procedimiento establecido para la consecución del título en Médico y Cirujano.

Sin más que agregar, aprovecho la ocasión para reiterar mis altas consideraciones de respeto y estima a los (as) integrantes del Honorable Jurado Examinador.

Atentamente.

Dr. Daniel Eloy López Blanco
Esp. Medicina de Emergencia.
Tutor Científico

iii. RESUMEN

La educación sexual es "vital" para combatir los embarazos en adolescentes, un lastre que afecta a nivel mundial, Nicaragua registra la segunda tasa más alta de embarazos precoces del mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1.000 niñas de entre 15 y 19 años, y son sólo superadas por las de África subsahariana, según datos de agencias de la ONU. Por lo cual conocer las causas de este fenómeno y combatirlas a nivel local es un imperativo moral. Es por esto que se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal, cuyo sujeto de estudio fueron los estudiantes (con un rango de edad entre 10 – 19 años) de la Escuela Pública Delfina Quezada en el municipio de "Morrito", departamento de Río San Juan, en el período comprendido de Enero –junio 2019. Cumpliendo con los objetivos planteados al determinar el bajo nivel de conocimiento sobre educación sexual y reproductiva en esta población, principal factor de riesgo asociado al embarazo precoz y conductas sexuales de riesgo. Lo que nos llama a la reflexión a todos los niveles, MINSA, MINED, MIFAM y todas las organizaciones afines al tema.

Palabras Claves: Embarazo precoz, conducta sexual de riesgo, planificación familiar, delitos sexuales.

INDICE

i.	DEDICATORIA.....	ii
ii.	AGRADECIMIENTOS.....	iii
iii.	RESUMEN.....	vi
I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
III.	JUSTIFICACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
IV.	OBJETIVOS.....	6
4.1.	Objetivo General.....	7
4.2.	Objetivos Específicos.....	7
V.	MARCO REFERENCIAS.....	7
5.1.	ANTECEDENTES.....	7
5.2.	MARCO CONCEPTUAL.....	10
5.3.	MARCO TEORICO.....	13
5.4.	MARCO LEGAL.....	32
VI.	HIPOTESIS.....	¡Error! Marcador no definido.
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	38
7.1.	Tipo de investigación.....	38
7.2.	Tipo de estudio.....	38
7.3.	Área de estudio.....	39
7.4.	Universo.....	39
7.5.	Muestra.....	39
7.5.1.	Tipo de muestreo.....	39
7.6.	Criterios de inclusión.....	40
7.7.	Criterios de exclusión.....	40
7.8.	Técnica e instrumento de recolección de datos.....	40
7.9.	Valoración del instrumento.....	40
7.10.	Plan de análisis.....	40
7.11.	Plan de tabulación.....	41
VIII.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	42

IX.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	45
X.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	58
XI.	CONCLUSIÓN.....	63
XII.	RECOMENDACIONES	64
XIII.	BIBLIOGRAFÍA	65
XIV.	ANEXOS	68

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa de transición durante la cual el niño se transforma en adulto. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el período de la vida en el cual el individuo adquiere su capacidad reproductiva, transitando desde los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, que transcurre desde la pubertad hasta los 19 años de edad, consolidando su independencia socio-económica. Por las características propias de esta etapa constituye uno de los momentos o periodos más vulnerables para que se presenten situaciones que favorezcan el inicio de una vida sexual de manera desordenada e irresponsable, la OMS refiere como los principales factores predisponentes la inmadurez psíquica, la pobre consolidación del carácter y la falta de educación sexual y reproductiva.

Esto trae como consecuencia primordial el embarazo en la adolescencia que es uno de los principales orígenes de la pobreza y el subdesarrollo de los países del tercer mundo, según la OMS el 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre muchachas de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos, este flagelo no distingue de raza o hemisferio. Si bien desde 1990 se ha registrado un descenso considerable, aunque irregular, en las tasas de natalidad entre las adolescentes, en las Estadísticas Sanitarias Mundiales (ESM), del 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 muchachas. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana.

Cifras de la Federación Coordinadora Nicaragüense de ONG que trabaja con la Niñez y la Adolescencia (CODENI), Entre 25 y 108 de cada 1,000 adolescentes y jóvenes —de entre 15 y 19 años— son madres en los países de América Latina y el Caribe. En Centroamérica, nacen cada año, entre 99 y 139 niños por 1,000 mujeres de 15 a 19 años de edad, a excepción de Costa Rica. Cerca de dos terceras partes de las mujeres de 15 a 19 años de edad, probablemente tendrán un hijo antes de llegar a los 20 años de edad.

A nivel latinoamericano, Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes. El 24.4% de los embarazos son de adolescentes, es decir, 92 de cada 1,000 mujeres adolescentes (entre 15 y 19 años) son madres.

La mayoría de las adolescentes embarazadas son pobres, con poca o nula educación y menos oportunidades de terminarla; y madres solteras, sin pareja. Por tanto, es un problema que afecta y amenaza el avance en las Metas del Milenio relativas a reducción de la pobreza, expansión de la educación y mejoras en la salud materno-infantil.

Datos de ENDESA 2011-2012 señalan que la edad promedio en que las mujeres inician sus relaciones sexuales es de 16.8 años. En la zona urbana es de 17.9 y la rural 16.6.

Según estadísticas del MINSa, entre el 2000 y 2009 se pasó de 1,066 nacimientos en niñas de 10 a 14 años, a 1,577, que representa el 47.9 por ciento del total de niñas en esa edad. El número de nacimientos en madres de 10 a 14 años se ha incrementado en la última década en un 47.9 por ciento, según datos del SILAIS, mientras el 25.0 por ciento de todos los nacimientos en Nicaragua viene de madres adolescentes de 15 a 19 años.

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza.

Consecuencias para la salud: Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años en todo el mundo. Sin embargo, desde el año 2000 se han registrado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones, sobre todo en Asia Sudoriental, donde las tasas de mortalidad se redujeron de 21 a 9 por 100 000 muchachas. Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre mujeres de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados.

La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo.

Consecuencias económicas y sociales: El embarazo en la adolescencia puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las muchachas, sus familias y sus comunidades. Muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. Una adolescente con escasa o ninguna educación tiene menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo. Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz.

Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En algunos países, los embarazos fuera del matrimonio no son raros. En cambio, algunas muchachas pueden recibir presión social para contraer matrimonio y, una vez casadas, para tener hijos. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años.

La OMS define como una de las principales causas de este problema mundial la falta de educación sexual y reproductiva, es más refieren en sus reportes y encuestas que algunas muchachas no saben cómo evitar el embarazo, pues en muchos países no hay educación sexual. Es posible que se sientan demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción; puede que los anticonceptivos sean demasiado caros o que no sea fácil conseguirlos o incluso que sean ilegales. Aun cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas. Puede que las muchachas no puedan negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas o a oponerse a las relaciones sexuales forzadas, que suelen ser sin protección.

La conclusión del grupo de expertos de las naciones unidas en conjunto con otras organizaciones como la iniciativa «H4+», en la que también participan ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres y el Banco Mundial en pro de mejorar y esta situación fue publicar unas directrices de cumplimiento mundial, sobre la prevención de los embarazos precoces y la reducción de los resultados negativos

para la reproducción. Las directrices contienen recomendaciones sobre las medidas que los países podrían adoptar, con seis objetivos principales:

- Reducir el número de matrimonios antes de los 18 años.
- Fomentar la comprensión y el apoyo a fin de reducir el número de embarazos antes de los 20 años.
- Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes a fin de evitar el riesgo de embarazo involuntario.
- Reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes.
- Reducir los abortos peligrosos entre las adolescentes.
- Incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes.

La iniciativa tiene por objeto acelerar el progreso hacia la consecución del Objetivo 4 de Desarrollo del Milenio (reducir la mortalidad infantil) y el Objetivo 5 (mejorar la salud materna) para 2015. Trata de abordar las causas profundas de la mortalidad y morbilidad maternas, neonatales e infantiles, entre ellas la desigualdad de género, el matrimonio prematuro y el acceso limitado a la educación para las niñas. Además, se alinea estrechamente con los planes de salud nacionales y proporciona apoyo financiero y técnico a los gobiernos.

Luego de realizar una revisión bibliográfica a fondo del problema encontramos que uno de los principales detonantes del problema (embarazo en la adolescencia) es la ausencia de patrones educativos sobre salud sexual y reproductiva, así como el proceso social en que está inmerso el adolescente afirmación que realizamos al considerarse que más del 80 % de estos embarazos son no deseados o no planificados y provocados por la práctica de las relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos y producto de una relación débil de pareja, y en muchos casos fortuita y ocasional, donde la mayoría de las veces el padre del embrión es también un adolescente. Según estudios realizados en la Filial de Ciencias Médicas. Isla de la Juventud. Cuba.

II. JUSTIFICACIÓN

Tomando en cuenta la situación con respecto al embarazo en la adolescencia, abalada por las estadísticas nacionales e internacionales y estudios multicéntricos, que nos orientan hacia un problema actual que tiende a perpetuarse si no se toman medidas encaminadas a su prevención.

La temática que se abordará surge por una problemática que es de nuestro interés clínico y esto es la alta tasa de embarazos en adolescentes que corresponde al 35% de todas las embarazadas, que acuden al puesto de salud, para atención del parto, recogiendo de manera informal (sin instrumento de evaluación del libro de partos del centro de salud Morrito) que las principales razones por las que no demandan una mejor educación sexual y reproductiva es el miedo al mal manejo de su información o bien levantamiento de malos comentarios hacia ellas.

Es específicamente esto lo que nos impulsa a investigar la posición y vulnerabilidad que presenta nuestra comunidad ante este problema de salud lo que a su vez permitirá intervenir de forma preventiva para atenuar sus consecuencias y cumplir con una de las directrices de nuestro buen gobierno. Beneficiando y restituyendo los derechos de los adolescentes en adquirir una mejor educación sexual y reproductiva y a su vez brindar al Ministerio de Salud un instrumento que identifique puntualmente los nudos críticos en la problemática y así incidir de manera temprana y efectiva en pro de mejorar la calidad de vida de las familias nicaragüenses.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el municipio de Morrito Río San Juan, no difiere mucho en las características sociodemográficas con respecto a los otros municipios del país por lo que es ideal como prototipo y punto de partida que brinde una panorámica global del tema.

Motivo por el cual nos planteamos la siguiente pregunta científica:

¿Es la Educación sexual y reproductiva un paradigma fundamental en la prevención de embarazos precoces, en los estudiantes de la Escuela Pública Delfina Quezada en el municipio de Morrito, departamento de Río San Juan, en el período comprendido de Enero –junio 2019?

IV. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Determinar el grado de conocimiento con respecto la importancia de la Educación sexual y reproductiva, en la prevención de embarazos precoces, en los estudiantes de la Escuela Pública Delfina Quezada en el municipio de “Morrito”, departamento de Río San Juan, en el período comprendido de Enero –junio 2019.

4.2.Objetivos Específicos

- Describir los factores sociodemográficos de la población en estudio.
- Evaluar el nivel de conocimiento sobre temas de salud sexual y reproductiva.
- Identificar la presencia conductas sexuales de riesgo en la población.
- Determinar los principales factores de riesgo asociados a embarazo precoz presentes en la población estudiada.

V. MARCO REFERENCIAS

5.1. ANTECEDENTES

5.1.1. Internacionales

(Centeno & Mendoza, 2016) Realizo una investigación en el Perú sobre Factores que Influyen en el Embarazo en Adolescentes del centro de Salud Chucuito. Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo el tipo de investigación no experimental del nivel explicativo. Población: se encuestó a las gestantes adolescentes que acude al centro de salud Chucuito, cifra aproximada de 100 casos y la muestra por 49 casos de gestantes. Resultados: Se entrevistó a 49 pacientes. En conclusión, en la investigación realizada hemos encontrado múltiples factores que influyen en el embarazo en adolescentes, de los cuales los más resaltantes son: los factores sociales, culturales.

(Alava & Genesis, 2018) Realizo una investigación en el Ecuador sobre la Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años. Estudio a realizar en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel en el periodo de enero a diciembre del 2017. Como resultados se escogió una muestra de 100 pacientes adolescentes embarazadas, donde se mostró mayor prevalencia en la edad de 14 a 15 años, de procedencia rural y que manifestaron una serie de complicaciones asociadas al problema. El embarazo adolescente sigue siendo un problema de alto impacto en Salud Pública debido a su incidencia y eventuales complicaciones (relacionadas con los abortos, partos prematuros, y problemas de salud materna y neonatal, entre otros. Su manejo general debe ser, por lo tanto, de resorte de todo el equipo de salud, particularmente a nivel de atención primaria y urgencia.

5.1.2. Nacional

(Madrigal & García, 2015) Demostraron por medio de su investigación con el tema “Conocimientos, Actitudes y Prácticas del Embarazo en Adolescencia, en Adolescentes del Sector 1 y Sector 4 del Municipio de Cuapa, Chontales. Noviembre 2015”. Entre los resultados más importantes podemos destacar: En las características demográficas del grupo en estudio la edad registrada el 64% están en las edades de 16-19 y el 36 % entre 13 y 15 años, siendo el estado civil de los varones encuestados todos solteros, y el 92% de las mujeres, y solo el 8% de las mujeres se encuentran casadas, en cuanto a la escolaridad el 4% son universitarios, el 32% con secundaria completa y 43% secundaria incompleta, 12% primaria completa y 9% primaria incompleta. Según resultados se concluye que el

conocimiento sobre el embarazo en adolescente es bueno, seguido de regular, con actitud de aceptación, con prácticas regulares.

(Cáliz, 2018) Realizaron un estudio sobre Factores asociados a Embarazos en Adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Francisco Real de la Comunidad Valle La Laguna- Masaya, Enero a Diciembre 2017. La mayoría de las pacientes en estudio tenían entre 17 a 19 años de edad, escolaridad primaria, estado civil acompañado, de procedencia rural, católica, con ingreso mensual menor de C\$4,000 córdobas. Las pacientes iniciaron su vida sexual entre los 14 a 16 años de edad, su primera menstruación fue entre los 10 a 12 años, refirieron de 1 a 2 compañeros sexuales, primigestas, con parto vaginal, sin abortos ni óbitos y su primer embarazo fue entre las edades de 14 a 16 años. No poseían antecedentes no patológicos, sin embargo el uso frecuente de PPMS fue notable. En relación al nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, la mayoría posee buenos conocimientos. Con respecto a los factores psicológicos se encontró que la mayoría tenía una disfunción moderada según el apgar familiar que valora la funcionalidad de la familia y una baja autoestima según la escala de evaluación de la misma.

(Padilla & Wilson, 2019) Realizaron una investigación sobre Factores de riesgo en el embarazo de las Adolescentes del sector 8 de El Rama, del 01 Enero de 2016 al 30 de Diciembre de 2016. Según datos obtenidos en esta investigación se concluye diciendo que, el factor de riesgo para que ocurra un embarazo en las adolescentes es la edad de inicio de vida sexual en las edades comprendida entre los 14 y 16 años y que sus parejas son mayores de 30 años. Dentro de los factores sociodemográficos que influyen en el embarazo de las adolescentes se destaca que la forma de conocer a sus parejas fue de manera personal, otro elemento es la deficiente comunicación con sus padres y el ámbito laboral en la que se encontraba ya que las adolescentes no trabajaban. Además, que en el factor de conocimiento con un 53% de las adolescentes que estaban en la secundaria y en este nivel de escolaridad ellas toman asignaturas y charlas en las que va incluida la sexualidad sin embargo salieron embarazadas y abandonaron sus estudios.

5.2. MARCO CONCEPTUAL

5.2.1. Adolescencia

Es la edad que sucede a la niñez; el periodo del desarrollo humano comprendido entre la niñez y la edad adulta, durante el cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas, en el orden físico y psíquico. (OMS – Unicef 2018)

La adolescencia procede de la palabra latina “adolescere”, del verbo adolecer y en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y también crecimiento y maduración. Es el periodo de tránsito entre la infancia y la edad adulta. Se acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales; se inicia con la pubertad (aspecto puramente orgánico), terminando alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completa el crecimiento y desarrollo físico y la maduración psicosocial. La OMS considera adolescencia entre los 10 y 19 años y juventud al periodo entre los 19 y 25 años de edad. La SAHM (Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia) la sitúa entre los 10-21 años. Distinguiendo 3 fases que se solapan entre sí: adolescencia inicial (10-14 años), media (15-17 años) y tardía (18-21 años). (Güemes, González, & Hidalgo , 2017)

5.2.2. Adolescencia temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la Menarca. Psicológicamente los adolescentes comienzan a perder interés por los pares e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías, no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupan mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

5.2.3. Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha, cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, para muchos es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asume conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por su apariencia física.

5.2.4. Adolescencia Tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres, y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquiere mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante el embarazo sabiendo que una adolescente que se embaraza se comportara como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes. (Moreno & Malespín, 2014)

5.2.5. Sexo

Biológicas: Las personas nacen como macho, hembra, o intersexuales.

5.2.6. Sexualidad Humana

Es una dimensión fundamental del ser humano porque es necesaria para identificar al ser humano como tal, ya que está íntimamente relacionada con la afectividad, la capacidad de amar y la aptitud para relacionarse con los demás.

“Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales”. (Velázquez , 2013)

5.2.7. Actividad Sexual.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como: "Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los

papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.

5.2.8. Relaciones sexuales precoz.

La sexóloga (Vélez, 2011) explico su definición como:

“La prematura conducta sexual sin estar mentalmente preparado, esto es un desajuste mente-cuerpo que lleva a una exagerada conducta pseudo adulta sexual. Este fenómeno tiene diversas aristas, considerando que constituye algo negativo cuando el adolescente lleva su sexualidad de forma errónea que dañe o no le permita vivir las diferentes etapas de su desarrollo a plenitud”.

5.2.9. Embarazo adolescente.

A lo largo del tiempo también ha sido llamado como el síndrome del fracaso o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza. Se define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica cero = edad de la menarquia). También se conoce como embarazo adolescente aquella gestación que ocurre en el periodo de la adolescencia. (Moreno & Malespín, 2014)

5.2.10. Factor de riesgo en embarazo precoz.

Entre algunos se destacan el inicio precoz de las relaciones sexuales, temprana maduración sexual, bajo nivel académico, inadecuada educación sexual, desocupación, y la poca habilidad de planificación familiar. (Favier, Samón, Ruíz, & Bonal, 2018)

5.2.11. Prevención sexual.

Las relaciones sexuales con precaución (sexo seguro) significa tomar medidas antes y durante las relaciones sexuales, que puedan impedir que usted contraiga una infección o que se la transmita a su pareja, además de evitar embarazos no deseados. (American Society of Health-System Pharmacist, 2019)

MARCO TEORICO

i. Los nuevos mitos sobre la sexualidad.

La Sexualidad, no se refiere a esa capacidad de la persona en tener hijos, ni tampoco se limita al placer que ofrece la estimulación de los órganos genitales. Al hablar de sexualidad se está refiriendo a una manera de vivir, la peculiar forma de ser de cada uno de nosotros, a una experiencia íntima como seres sexuados. Modulada por el apego a las normas socialmente establecidas para una práctica adecuada de esta actividad. “Es amar, emocionarse, sentir placer; esa vivencia de la sexualidad la enfocamos básicamente como comunicación, con uno mismo y con las personas, sea desde el cuerpo, con sus gestos, ademanes, posturas, o sea desde la palabra, donde también encontramos el silencio.

La sexualidad, como se ha comentado anteriormente, forma parte de nuestra personalidad, es una dimensión vital humana, un carácter innato del hombre y la mujer, que posee características aprendidas y comunicadas de una generación a otra. Carece de momento de inicio y de finalización, pues nos acompaña a lo largo de toda la vida, desde que nacemos hasta que morimos, con la característica inherente de, siendo la misma, ser diferente su expresión según la etapa vital en la que esté manifestándose.

Para entender la sexualidad, con conocer la anatomía y la fisiología sexual no es suficiente, ya que, al constituir una dimensión del ser humano, es imprescindible tener en cuenta la psicología sexual y la cultura en la que cada individuo está inserto; y para vivirla de manera placentera, sin riesgos, hay que disponer de una información- educación correcta que debería comenzar desde el momento en que se nace. “Una educación sexual adecuada y correcta reduce las conductas de riesgo, la frecuencia de las relaciones y el número de compañeros”. Es mediante esta educación que debemos desterrar los tabúes, los mitos y los miedos. Según la Real Academia de la lengua Española (RAE), la palabra mito puede tener distintas referencias de las que la más explícita es: historia ficticia o personaje literario o artístico que condensa alguna realidad humana de significación universal.

Los mitos, por tanto, “son una opinión infundada sobre algo, expresada con la convicción que suele acompañar a la ignorancia, porque parece que tienen sentido o, simplemente,

porque deseamos que sean verdad; se convierten con facilidad en una creencia de toda una comunidad o una generación, mostrando la escasa, y muchas veces falsa, información de nuestra sociedad”. La sexualidad, por su alto grado de estigmatización social, sigue siendo aún objeto de demasiados mitos que han perdurado en el tiempo debido, “entre otros motivos de peso, al escaso interés que ha suscitado este tema entre las ramas de la ciencia implicadas; pero gracias al avance científico, el error se ha puesto en evidencia. La libre información sobre la realidad y los cambios socioculturales hacen que los mitos sexuales dejen de serlo”. Existen numerosos trabajos sobre educación sexual, los cuales tratan sobre muy diferentes temas (conducta sexual, aspectos psicológicos, anticoncepción, planificación, parto, puerperio), y también sobre los transmisores de información; pero son menos las referencias en torno a los mitos y tabúes que continúan transmitiéndose de generación en generación y aún menos si se refiere a los mitos de pacientes con alguna enfermedad mental. No se ha encontrado ningún artículo referenciado en los distintos buscadores nacionales e internacionales que estudien los mitos sexuales en colectivos tan específicos como son los pacientes con TMG. (Mayenco, Mironovich, & Marcos, 2014, págs. 2-5)

ii. Aspectos psicosociales durante la adolescencia

Es sabido desde los trabajos de Piaget que durante la adolescencia se pasa del pensamiento concreto al abstracto con proyección de futuro, característico de la madurez. Sobre los 12 años se alcanza el desarrollo cognitivo con capacidad de pensar en abstracto, a los 15-16 el desarrollo moral, saber lo que está bien y mal. Giedd en 2004 demostró, como hemos comentado, que hasta los 25-30 años no se alcanza el desarrollo completo de la corteza prefrontal, gracias a lo cual se adquiere la capacidad para discernir lo que conviene hacer (planificación, razonamiento y control de impulsos), es decir la maduración definitiva. Esto explica la implicación del joven, hasta entonces, en conductas de riesgo. A diferencia del adulto que tiene el lóbulo frontal totalmente desarrollado, un adolescente puede dejarse llevar por el primer impulso emocional de ira (amígdala) ante un compañero que le insulta y empezar una pelea, o comprometerse en conductas arriesgadas.

Aparte del importante crecimiento y desarrollo, los objetivos psicosociales a conseguir durante esta época son: lograr la independencia de los padres, tomar conciencia de la imagen corporal y aceptación del cuerpo. Establecer relaciones con los amigos así como la adopción

de estilos de vida y establecer la identidad sexual, vocacional, moral y del yo. (Güemes, González, & Hidalgo, 2017)

iii. Actitudes/Conductas Sexuales

Las conductas sexuales de riesgos que los/as adolescentes adoptan son consecuencia de determinados factores, ellos son:

- Factores biológicos.
- Desarrollo cognitivo, psicosocial y afectivo-motivacional
- La familia.
- El grupo de iguales (los amigos).
- El consumo de alcohol y otras drogas.
- Educación sexual recibida.
- Los medios de comunicación.

5.3.3.1. Factores biológicos

Estos factores condicionan dichas conductas desde el momento en que se produce el desarrollo de la maduración sexual, que comienza en las hembras con la menarquía o primera menstruación y en los varones con la primera eyaculación nocturna o espontánea. En estudios realizados se plantea que la maduración sexual estimula la atracción sexual y sirve de base a la consumación de relaciones de este tipo entre los adolescentes. Estos tienden a ser inestables y a veces promiscuos, por la elevada necesidad del adolescente de explorar su cuerpo y tener experiencias compartidas en este terreno.

Sin embargo, estos cambios biológicos que se producen en esta etapa repercuten también en la identidad personal del adolescente-incluida su imagen corporal o imagen que tiene de su cuerpo-, pues la valoración que realiza el adolescente de su persona y el nivel de satisfacción o insatisfacción que siente consigo mismo está muy vinculado a la valoración que recibe por parte de los adultos y coetáneos en la medida en que se van produciendo estos cambios. Por otra parte, estos cambios generan en el adolescente un sentimiento de adultez. Ese sentirse

adulto y la necesidad de aprobación dentro del grupo de iguales, esencial para su bienestar emocional, puede conducir al adolescente a determinadas prácticas inadecuadas que pueden afectar su salud física y mental.

5.3.3.2. Desarrollo cognitivo, psicosocial y afectivo-motivacional.

En esta edad el desarrollo cognitivo y psicosocial del adolescente no ha concluido su formación, en la que su pensamiento hipotético-deductivo aún no se ha desarrollado completamente, de igual modo, el proceso de desarrollo de su identidad no ha llegado a su formación final, pues se da en él la presencia de sentimientos de invulnerabilidad, omnipotencia y egocentrismo, propio de la etapa, donde el adolescente busca experiencias nuevas y la separación de su familia.

Además una limitación del pensamiento es su carácter dicotómico, es decir, su rigidez basada en las generalizaciones extremas, poco flexibles que el adolescente realiza en el análisis de cualquier situación, lo cual afecta las relaciones con los adultos, tanto maestros como padres, así como las relaciones de pareja, las cuales tienden a ser inestables pues no existe correspondencia entre el ideal desde el punto de vista físico con el ideal al que aspiran. En esta etapa es obvio que el sujeto aún no pueda prever y analizar las consecuencias de sus actos ni pueda anticiparse al resultado de sus conductas, y además poder tomar decisiones de forma responsable, ya que no han logrado el nivel de desarrollo cognitivo y emocional necesario para establecer una conducta sexual responsable.

5.3.3.3. La familia

Considerada el primer grupo de socialización del ser humano, es precisamente donde el individuo crece y se desarrolla; además es donde se adquieren los primeros aprendizajes, muchos de los cuales nos acompañan por el resto de la vida. Los padres son los primeros responsables al momento de educar y formar a sus hijos en todos los aspectos de su vida,

incluyendo la sexualidad. Pero en la práctica esto no está sucediendo, debido a la ausencia de los padres en el hogar, principalmente por motivos laborales.

Además, esto pudiera verse afectado por el conflicto adulto-adolescente que se presenta en esta etapa, debido a la divergencia de opiniones de adultos y adolescentes, en cuanto a los derechos y deberes de estos últimos. Esto confirma que la comunicación entre padres e hijo/as acerca de estos temas sigue siendo un problema, pues es poco frecuente que se incluya la sexualidad en sus diálogos.

5.3.3.4. El grupo de iguales.

El grupo de pares (amigos/as de su misma edad y que se relacionan entre ellos) puede ejercer una gran influencia en su conducta, incluyendo la sexual, pues se conoce que el tiempo que el adolescente comparte con sus amigos aumenta durante el transcurso de esta etapa, estos se convierten en el contexto de socialización más importante para ellos, por lo que, es lógico pensar, que entren a formar parte de su círculo de apego más cercano.

5.3.3.5. El consumo de alcohol y otras drogas.

El uso de drogas constituye un facilitador de las conductas sexuales de riesgo en la etapa de la adolescencia, sin embargo los que la consumen son más propensos a realizar estas prácticas.

El consumo de estas sustancias disminuye la percepción de riesgo y cambia sus acciones, por lo que es más probable mantener relaciones sexuales sin protección, lo cual, incrementa los embarazos no deseados y las ITS. El alcohol es la sustancia preferida por los jóvenes porque facilita el encuentro sexual, involucrarse en experiencias más arriesgadas y aumenta la excitación. También es una estrategia para lograr el sexo, ya que los varones creen que baja la resistencia de algunas chicas que se muestran tímidas o indecisas. Del mismo modo, algunas chicas buscan por sí mismas esos efectos a través del alcohol; la sensación de ser atrevidas y de eliminar la timidez.

La relajación, la euforia, la desinhibición, la disminución del autocontrol y de la percepción del riesgo provocado por las sustancias psicoactivas llevan a los consumidores a ser menos

cuidadosos y a que olviden los mensajes de sexo seguro que habrían puesto en práctica si estuviesen sobrios. Además, se aumenta el riesgo, ya que estos comportamientos incrementan la probabilidad de que una persona participe en una actividad sexual de alto riesgo, sin consentimiento y realizar prácticas sexuales sin conciencia alguna, por estar ésta alterada.

5.3.3.6. Educación sexual recibida.

La educación sexual recibida por los adolescente suele ser deficiente, aún existe desconocimiento sobre temas relacionado con la sexualidad: la planificación familiar y el uso de los métodos anticonceptivos; se inician muy tempranamente las relaciones sexuales sin considerar sus implicaciones, se cambia con frecuencia de pareja, no se le presta atención al hecho de seleccionar la pareja, se asumen relaciones sexuales íntimas sin amor y sin protección, lo que genera conductas sexuales de riesgo que conllevan a situaciones como los embarazos no deseados y el contagio de Infecciones de Transmisión sexual (ITS), lo cual a su vez repercute en otras esferas del desarrollo del adolescente.

Al hacer referencia al factor información podemos acotar el hecho que la mayoría, por no decir todos los adolescentes presentan una elevada inseguridad, temor a preguntar, abundante curiosidad por experimentar no solo el fenómeno sexual, sino muchas experiencias desconocidas; pero si escuchadas, relatadas o bombardeadas por la cultura, medios de comunicación y la mala información de sus amistades. La baja comunicación con los padres o en ocasiones la ausencia de los mismos, genera un despertar sexual no controlado, equivoco, así como carente de madures sea mental como fisiológica y terminando en consecuencias que provocan daños a su salud.

Desafortunadamente, la actividad sexual no va emparejada con la educación científica oportuna sobre estos temas, lo que ha sido expresión de la desinformación y/o la información errónea, cuya importancia es decisiva pues comprometen profundamente no solo su desarrollo, sino también su vida y su salud.

5.3.3.7. Los medios de comunicación.

En esta etapa del desarrollo ocupan un lugar importante los medios de comunicación. Los adolescentes son un colectivo muy influenciado por modelos que aparecen en la televisión y en las revistas como "lo ideal". En muchas ocasiones, los adolescentes se fijan como objetivo ser como ellos. Estos modelos son muy exigentes y difíciles de conseguir por lo que el hecho de no poder lograrlo hace que afecte a su autoestima y en consecuencia a la relación que el adolescente cree con los demás.

Generalmente estos medios ejercen una gran influencia y constituyen el principal dinamizador de la formación en sexualidad de los/as adolescentes. Al respecto, se considera que los adolescentes presentan conductas precoces en su sexualidad, debido a la información recargada de erotismo sexual que les llega de los medios de comunicación y de su entorno.

La información que proviene de los medios de comunicación está cargada de estímulos sexuales, muchos valores surgen y otros desaparecen, y gran cantidad de adolescentes se encuentran sexualmente influidos o motivados por esta información incompleta. Además, constituyen una fuente importante de información de conductas sexuales para los adolescentes, pero esta función socializadora no es nada positiva, lo contrario, ocurre una difusión permanentemente con mensajes y modelos que los impulsan a asumir conductas de riesgo.

Algunos de los mensajes entregados, por ejemplo, son del tipo: el sexo es entretenido, la conducta sexual no tiene riesgo alguno, el sexo fuera del matrimonio es común, lo cual incita a los más jóvenes de una manera irresponsable sin tener en cuenta los valores y los derechos sexuales y reproductivos, relegándolos a los placeres de una sexualidad netamente genital. (Figuerola & Figuerola, 2017)

iv. Comportamientos sexuales preventivos.

Las prácticas sexuales de riesgo van seguidas de consecuencias positivas inmediatas, y esto influye de forma importante sobre el comportamiento. Pese a ello, existe la posibilidad de disfrutar de una sexualidad responsable, placentera y segura mediante comportamientos preventivos. Existen prácticas sexuales placenteras sin penetración ni contacto genital directo con piel y mucosas.

v. Planificación familiar.

La planificación familiar es reconocida mundialmente como derecho fundamental de las personas y como atención básica de salud. Este reconocimiento se basa en importantes acuerdos internacionales. Fue en 1965 cuando la Asamblea General de Naciones Unidas, ordenó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) asesorar a los Estados Miembros sobre planificación familiar como derecho básico del ser humano, que forma parte de la libertad de la persona. La planificación familiar se constituye como un componente importante de los servicios sanitarios básicos y no una cuestión independiente de los restantes puntos relativos a la salud. Según la OMS, la planificación familiar trata de las prácticas que ayudan a los individuos o parejas a lograr una serie de objetivos:

- Evitar nacimientos no deseados.
- Conseguir los nacimientos deseados.
- Regular el intervalo entre embarazos.
- Controlar el tiempo en el que tienen lugar los nacimientos en relación con la edad de los padres.
- Determinar el número de hijos en la familia.

La planificación familiar incluye, entre otras actividades:

- Asistencia sanitaria en el tratamiento de la infertilidad.
- Asesoramiento genético y matrimonial.
- Detección precoz de patologías que pueden repercutir en la fecundidad.
- Anticoncepción, consejo anticonceptivo o contraceptivo.
- Educación y asesoramiento con respecto al sexo y a la paternidad.
- Educación y asesoramiento con respecto a la planificación familiar.
- Suministro de anticonceptivos.
- Orientación sobre esterilidad.
- Protección contra las enfermedades y servicios de prevención.

1. Beneficios de la planificación familiar

- Permite espaciar los embarazos y posponerlos en las jóvenes y mujeres de edad, ello disminuye la mortalidad materna.
- Disminución de la necesidad de efectuar abortos.
- Disminución del riesgo de transmisión de las mujeres infectadas por VIH.
- Mejora las oportunidades de las mujeres que abandonan su formación a edades tempranas.
- Derivado del anterior, aumenta la accesibilidad de la mujer a un empleo remunerado.
- Disminución en gestantes adolescentes de niños prematuros o bajo peso.
- Clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos sobre el medio ambiente.
- En general, la capacidad de la mujer para decidir tiene una repercusión directa en su salud y bienestar.

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos por las mujeres y las parejas, resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

vi. Métodos anticonceptivos, Motivos de elección y características de uso.

1. Uso de anticonceptivos

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina aunque sigue siendo bajo en al África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54 % en 1990 a un 57 % en 2012. El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización (vasectomía).

La necesidad insatisfecha de anticoncepción en el mundo

Se calcula que en los países en desarrollo unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo. Los motivos son los siguientes:

- Poca variedad de métodos.
- Acceso limitado a la anticoncepción, particularmente por parte de los jóvenes, los segmentos más pobres de la población o los solteros.
- Temor a los efectos colaterales, que a veces se han sufrido con anterioridad.
- Oposición por razones culturales o religiosas.
- Servicios de mala calidad.
- Barreras de género.

Elección de un método anticonceptivo

Para una adecuada elección de un anticonceptivo, se hace imprescindible valorar los proveedores de los métodos en cuanto a la facilidad de acceso y a la vez, determinar la eficacia del mismo, realizando una valoración del cumplimiento y la continuidad de uso de un anticonceptivo por parte del usuario/a, que supone su empleo correcto, regular y continuo. El cumplimiento depende de las características del método anticonceptivo, de la mujer o pareja, además de otros factores externos sociales demográficos. Se deben considerar las características de los distintos métodos, al realizar el consejo contraceptivo, en función de sus principales características:

- **Eficacia:** capacidad de impedir la gestación. Se expresa mediante el índice Pearl que indica el número de embarazos que presentarían 100 mujeres que utilizan un método determinado durante un año.
- **Seguridad:** efectos negativos que el método podría provocar sobre la salud de las usuarias.
- **Reversibilidad:** influencia sobre la fertilidad en el futuro. Valora la recuperación de la capacidad reproductiva tras la interrupción de un método determinado.
- **Complejidad/facilidad de uso:** si el anticonceptivo requiere unos conocimientos profundos sobre el ciclo menstrual, mantenimiento de una rutina diaria o técnicas complicadas en cuanto a su colocación, podría no ser usado adecuadamente.

- **Relación con el coito:** la relación que el método tenga con el coito, junto a la frecuencia coital, deben ser considerados para la elección del anticonceptivo.
- **Precio:** como factor determinante para un uso continuado.
- **Accesibilidad del método:** indispensable que sea fácil de obtener.
- **Aceptación por la pareja:** para evitar con ello problemas de abandono.

2. Clasificación adaptada de métodos anticonceptivos según OMS.

Métodos modernos

Anticonceptivos orales combinados

a) La píldora:

La píldora combinada está compuesta de dos hormonas que tienen una gran semejanza con las producidas de manera fisiológica por la mujer. Existen distintos preparados anticonceptivos en función de la dosis hormonal y la pauta de administración. El médico deberá recomendar la más indicada para cada una de nosotras.

Descripción: Contiene dos hormonas, estrógenos y progestágeno.

Cómo funciona: La toma diaria inhibe la ovulación, si no hay ovulación no puede existir embarazo.

Eficacia para prevenir embarazos: Uno de los métodos más seguros, eficacia mayor que el 99 % si se usa de forma correcta y sostenida. 92 % como se usa comúnmente. Escasos efectos secundarios.

Eficacia puede disminuir por: Extender el inicio de la toma del siguiente envase más de 6 o 7 días. Vómito o diarrea que implica una malabsorción intestinal del preparado. Interacción con medicamentos que disminuyan la eficacia.

Observaciones: No debe tomarse mientras se amamanta. Al finalizar la toma de píldora se recupera completamente la fertilidad. El embarazo se puede producir durante el primer mes tras abandono del método por no tener efectos nocivos sobre el feto. Son necesarias revisiones médicas periódicas de seguimiento para valoración.

Efectos beneficiosos añadidos: Cambio en la cantidad de sangrado menstrual.

Disminución de riesgo cánceres ginecológicos: ovárico y endometrial. Mejoría del síndrome premenstrual.

Efectos secundarios más frecuentes: Los Anticonceptivos Hormonales Orales (AHO) combinados pueden ser MONOFÁSICOS, significa que están compuestos por la misma dosis de estrógenos y progestágenos en todos sus comprimidos, pueden ser BIFÁSICOS, que combinan dosis de estrógenos y progesterona de forma variable en dos etapas del ciclo (días 1-7 y 8-21 del ciclo) o pueden ser TRIFÁSICOS cuando el contenido en estrógeno y progesterona es variable en tres etapas del ciclo (días 1-6, 7-11, 12-21 del ciclo), estas últimas presentan menos metrorragias.

Modo de uso

Tomar la píldora a diario, a la misma hora, independientemente del día que se mantengan relaciones sexuales. Preparados de 21 o 22 pastillas que se deben tomar con intervalo de 6 o 7 días de descanso respectivamente. Preparados de 28 pastillas, se toman de modo continuado, sin descansar, tras terminar un envase se comienza el siguiente. Tanto en un caso como en otro, el sangrado menstrual aparece aproximadamente cada 28 días.

Inicio y toma de la píldora

La primera píldora se toma coincidiendo con el primer día de la menstruación para asegurar la protección desde el inicio del ciclo. Tomar todos los días a la misma hora durante 21 y descansar 7, en los que se producirá un sangrado por de privación. En los preparados con 28 comprimidos no se realiza descanso porque los siete últimos son placebo.

Olvido de la toma de AHO

La eficacia anticonceptiva puede verse disminuida si se producen olvidos en la toma de comprimidos, especialmente si el olvido ha ocurrido durante la primera semana, habiendo mantenido relaciones la semana anterior al inicio del envase.

Si han transcurrido menos de 12 horas desde la hora habitual en que se toman los comprimidos, se debe tomar el olvidado tan pronto como se recuerde y el siguiente a la hora habitual.

Si han transcurrido más de 12 horas desde la hora habitual, se debe tomar el comprimido olvidado incluso si esto significa tomar dos comprimidos a la vez, en caso de que coincida con el siguiente, y continuar con el envase. En este caso, se hace necesario reforzar con método de barrera durante 7 días consecutivos.

Si el olvido se produjo en la tercera semana de uso se puede actuar de dos modos: Continuar la toma del envase actual hasta terminarlo e iniciar otro sin dejar periodo de descanso entre ambos. La menstruación no se produce hasta terminar el segundo envase, pudiendo aparecer manchados durante la toma de ambos. Se suspende la toma del envase actual y se inicia la pausa de 7 días.

En cualquiera de los dos casos, si no se produce menstruación durante la semana de descanso, se debe comprobar que no se ha producido un embarazo antes de comenzar otro envase.

Si tras el olvido de alguno de los comprimidos no se produce la regla esperada en el primer descanso normal tras el envase, existe posibilidad de embarazo, por lo cual se hace necesario consultar al médico antes del comienzo del siguiente.

b) Minipastilla o minipíldora.

Píldora comercializada desde el año 2000 en España que contiene sólo una hormona, un gestágeno similar a la progesterona natural; principio activo 75 mg de desogestrel que actúa inhibiendo la ovulación y espesando el moco cervical. Es muy recomendable para aquellas mujeres que toleran mal los estrógenos o con contraindicaciones para su uso, a pesar de que su eficacia es menor que la píldora combinada. Se afianza como tratamiento de elección en caso de lactancia materna, al no tener repercusión sobre la producción de la leche.

Descripción: Contiene únicamente progesterona sin estrógeno.

Cómo funciona: Impide el paso de los espermatozoides espesando moco cervical. Previene la ovulación.

Eficacia para prevenir embarazos: 99 % si se usa de manera correcta y sostenida. Entre el 90 % y 97 % como se usa comúnmente.

Observaciones y precauciones: Debe tomarse todos los días a la misma hora.

Uso especialmente indicado: Lactancia materna por no interferencia en la producción láctea. Obesidad, IMC ≥ 30 . Tabaquismo ≥ 35 años, o fumadoras a partir de 15 cigarrillos/día. Hipertensión arterial controlada. Migraña sin aura ≥ 35 años.

Posibles reacciones adversas: Peor control sobre ciclo menstrual que los combinados. Algún episodio de hemorragia leve. Alteración del humor. Disminución de la libido. Aumento de peso.

Modo de uso

Cerazet® fue la primera marca introducida y comercializada en España, actualmente han aparecieron otros preparados con similar principio activo, Azalia® y otras formas genéricas son actualmente vendidas en farmacias.

El desogestrel es un gestágeno altamente selectivo y su vida media es de casi 30 horas por lo que las píldoras deben ser tomadas cada día sin omisión. La posología es de régimen continuo, sin descansos desde el primer día de la menstruación, independientemente de la aparición de sangrados.

c) Implantes subdérmicos

Pequeña varilla con una longitud aproximada de 4 cm, cuyo contenido en gestágeno como hormona única va liberándose lentamente, produciendo un efecto anticonceptivo prolongado.

Descripción: Varillas o cápsulas pequeñas de progestágeno que se colocan debajo de la piel, en el antebrazo, mediante mínima incisión dolorosa.

Cómo funciona: El mismo mecanismo que las pastillas de progestágeno.

Eficacia para prevenir embarazos: Mayor que el 99 %.

Observaciones: Debe ser insertado y extraído por personal sanitario. Pueden ser colocadas 2 varillas. Se puede usar durante 3 a 5 años según el tipo. Sangrados vaginales irregulares son comunes y/o ausencia de sangrados menstruales.

Ventajas: Puede implantarse durante la lactancia. Comodidad de uso durante 3-5 años sin tener que recurrir a algún otro método.

Efectos secundarios: Similares a otros métodos anticonceptivos basados en gestágenos (minipíldora).

El implante debe ser colocado por un profesional médico, familiarizado con el procedimiento, en cara interna del antebrazo por vía subdérmica. La eficacia se mantiene durante tres años, con un índice de Pearl prácticamente de 0 (número de embarazos que presentarían 100 mujeres que utilizan un método determinado durante un año).

d) Parches transdérmicos combinados

Son parches con contenido hormonal de liberación progresiva, y medida aproximada por cada lado de 4,5 cm y menos de 1 mm de grosor. Se pegan sobre la piel con una frecuencia semanal.

Descripción: Parches que se pegan a la piel compuestos por estrógenos y progestágeno.

Cómo funciona: El mismo mecanismo que la píldora combinada.

Eficacia para prevenir embarazos: Índice de Pearl IP 0.90, eficacia superior al 99 %.

Observaciones: La pauta de uso es semanal, lo que mejora su cumplimiento respecto a los anticonceptivos orales. Debe pegarse en zona corporal libre de cremas y nunca en mamas.

Efectos secundarios: Los mismos que píldora combinada por contener misma composición.

Con este método anticonceptivo el ciclo se controla de forma óptima sin interferencias de vómitos y diarreas debido a la absorción transdérmica. Existe un amplio margen de seguridad en caso de olvido o pérdida de 48 horas a partir del segundo parche.

Modo de uso

Se procede a la colocación del parche sobre la piel el primer día del ciclo, semanalmente, durante 3 semanas se restituirá por uno nuevo. A los 21 días, cuando se hayan usado tres, dispondremos de una semana de descanso donde no se aplica ninguno, momento en el que aparece el sangrado menstrual.

e) **Progestágeno en forma inyectable**

Anticonceptivo hormonal inyectable trimestral que contiene una hormona, su modo de funcionamiento es similar al de la minipíldora por esta característica. Existe otra presentación mensual de anticonceptivo combinado inyectable que veremos en el siguiente apartado.

Descripción: Se inyecta por vía intramuscular cada 2 ò 3 meses, según el producto.

Cómo funciona: El mismo mecanismo de las pastillas de progestágeno solo.

Eficacia para prevenir embarazos: Mayor que el 99 % si se usa de manera correcta y sostenida. Mayor que el 97 % como se usa comúnmente.

Observaciones: Al cesar el uso, la fecundidad tarda en reaparecer entre 1 y 4 meses. Las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas.

f) **Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación**

Descripción: Se inyectan cada mes por vía intramuscular. Contienen estrógeno y progestágeno.

Cómo funciona: El mismo mecanismo de los anticonceptivos orales en combinación.

Eficacia para prevenir embarazos: Mayor que el 99 % si se usa de manera correcta y sostenida. Mayor que el 97 % como se usa comúnmente.

Observaciones: Las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas.

g) **Dispositivo intrauterino (DIU) de cobre**

Pequeño dispositivo de cobre, formando una rama vertical y dos horizontales con forma de T o de ancla para ajustarse a la cavidad uterina. Compuesto también por un hilo que sobresaldrá por el cérvix o cuello del útero. Duración de aproximadamente 5 años.

Descripción: Dispositivo de plástico flexible y pequeño que contiene un asa o cubierta de cobre que se inserta en el útero.

Cómo funciona: El cobre daña los espermatozoides impidiendo la unión con el óvulo.

Eficacia para prevenir embarazos: Mayor del 99 %. Observaciones: Disminuye la frecuencia de cólico menstrual.

Disminuye los síntomas de endometriosis: amenorrea (ausencia de hemorragia menstrual) en un grupo de usuarias. Puede producir aumento de sangrado menstrual y dolor (DIU cobre). No es aconsejable en mujeres que mantengan relaciones sexuales con varias parejas; aumenta riesgo infección. Se inserta por un ginecólogo durante la menstruación y se realiza control ecográfico para comprobar inserción correcta. Controles periódicos. Su efecto anticonceptivo finaliza con la extracción, con recuperación inmediata de la fertilidad.

h) Dispositivo intrauterino (DIU) de levonorgestrel.

Estos dispositivos incorporan en su rama vertical un depósito diminuto de gestágeno, están formados por material plástico.

Descripción: Dispositivo en forma de T, que se inserta en el útero y libera diaria mente pequeñas cantidades de levonorgestrel.

Cómo funciona: Suprime el crecimiento del revestimiento de la cavidad uterina (endometrio).

Eficacia para prevenir embarazos: Mayor del 99 %. Presenta una eficacia mayor que el DIU sin carga hormonal.

Observaciones: Disminuye los cólicos menstruales.

Disminuye los síntomas de la endometriosis: amenorrea (ausencia de hemorragia vaginal) en un 20 % de las usuarias.

Tiene un efecto beneficioso sobre el sangrado menstrual abundante, por lo que está especialmente indicado para mejorar este síntoma.

i) Preservativo masculino

Descripción: Vaina o cubierta que envuelve el pene erecto.

Cómo funciona: Forma una barrera que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo.

Eficacia para prevenir embarazos: 98 % si se usa de manera correcta y sostenida.

85 % como se usa comúnmente.

Observaciones: Protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH.

j) Preservativo femenino.

Descripción: Vaina o forro que se adapta holgadamente a la vagina; está hecho de un material plástico transparente, fino y suave.

Cómo funciona: Forma una barrera que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten.

Eficacia para prevenir embarazos: 90 % si se usa de modo correcto y sostenido.

Observaciones: Protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH.

k) Esterilización masculina (vasectomía)

Descripción: Consiste en el bloqueo o corte de los conductos deferentes que transportan los espermatozoides desde los testículos, tiene carácter permanente.

Cómo funciona: Impide que haya espermatozoides en el semen eyaculado.

Eficacia para prevenir embarazos: Mayor del 99 % después de la evaluación del semen a los 3 meses. Entre el 97 % y el 98 % si no se evalúa el semen.

Observaciones: Tarda en actuar unos 3 meses debido a que quedan espermatozoides almacenados. No afecta el funcionamiento sexual del hombre. Es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa.

l) Esterilización femenina: ligadura de trompas, salpingectomía.

Descripción: Consiste en el bloqueo o corte de las trompas de Falopio.

Cómo funciona: Los óvulos no pueden juntarse con los espermatozoides.

Eficacia para prevenir embarazos: Mayor del 99 %.

Observaciones: Es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa.

m) **Método de la amenorrea del amamantamiento.**

Está considerado por algunos autores como método de bajísima eficacia, ya que en ocasiones se pueden producir ovulaciones espontáneas durante la lactancia, por lo que se corre riesgo de embarazo.

Descripción: Es un método temporal para las mujeres recién paridas que no hayan vuelto a menstruar, exige lactancia exclusiva día y noche de un recién nacido menor de 6 meses.

Cómo funciona: Impide que los ovarios liberen óvulos, la ovulación.

Eficacia para prevenir embarazos: 99 % si se aplica de manera correcta y sostenida.

Observaciones: Es un método temporal de planificación familiar, basado en el efecto natural de amamantamiento sobre la fecundidad.

n) **Anticoncepción de urgencia: levonorgestrel 1,5 mg.**

No es un método anticonceptivo que se use habitualmente, se recomienda en casos de urgencia en los que no se ha utilizado algún otro o su utilización hubiera fallado. Recibe el nombre de anticoncepción postcoital y está preparado por hormona única, un gestágeno.

Descripción: Son pastillas de progestágeno que se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección.

Cómo funciona: Evita la ovulación, a veces interfiere el proceso de anidación.

Eficacia para prevenir embarazos: Reduce en un 60 % a un 90 % el riesgo de embarazo.

Observaciones: No altera el embarazo si éste se ha producido. Debe tomarse lo antes posible, después de haber mantenido una relación sexual insuficientemente protegida y nunca después de 72 horas.

3. Métodos tradicionales

a) Coito interrumpido (Popularmente conocido como método de la marcha atrás).

Según la OMS en el Manual de Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos tercera edición 2018.

Descripción: El hombre retira el pene de la vagina y eyacula fuera de ésta, con lo que el semen no tiene contacto con los genitales externos de la mujer.

Cómo funciona: Evita que los espermatozoides penetren en la vagina, lo que impide la fecundación.

Eficacia para prevenir embarazos: De cada 100 personas que usan el método de eyaculación fuera de la vagina correctamente, 4 quedan embarazadas.

Observaciones: Pueden combinarse fácilmente con otros métodos para obtener una mayor protección contra embarazos. Practicar el coitus interruptus Y usar condón, por ejemplo, ofrece una excelente protección contra embarazos. Sin embargo, eyacular fuera de la vagina puede ser difícil. De modo que, en la vida real, alrededor de 22 de cada 100 personas que usan el coitus interruptus quedan embarazadas cada año, es decir, alrededor de 1 de cada 5.

MARCO LEGAL

En este punto en la investigación demostramos todas aquellas leyes, normativas o programas que se sujetan a nuestro estudio. Por consiguiente de esta manera les reflejamos:

vii. CODIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

LEY No. 287

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE NICARAGUA

ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA DE NICARAGUA CONSIDERANDO

I

Que Nicaragua es parte de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, instrumento internacional que fue suscrito el veinte de noviembre de mil novecientos

ochenta y nueve, aprobado el diecinueve de Abril de mil novecientos noventa y luego ratificado en el mes de Octubre del mismo año.

II

Que la Constitución Política de la República de Nicaragua en su artículo setenta y uno establece la plena vigencia de la Convención sobre los Derechos del Niño, por lo que se requiere dar efectividad a los derechos, libertades y garantías reconocidos en dicha Convención.

III

Que en Nicaragua las niñas, niños y adolescentes representan un poco más de la mitad de la población del país y es necesario dotarlos de un instrumento jurídico que favorezca su maduración equilibrada, adecuando para ello la legislación nacional.

IV

Que es responsabilidad gubernamental promover y apoyar políticas, programas y proyectos, en favor de la niñez y la adolescencia, prevaleciendo siempre como principio fundamental de la Nación el interés superior de las niñas, niños y adolescentes.

V

Que la familia, la sociedad, el Estado y las instituciones privadas deben brindar protección integral a las niñas, niños y adolescentes, reconociéndoles sus derechos y respetándoles plenamente sus libertades y garantías como personas.

VI

Que las niñas, niños y adolescentes deben gozar de una especial protección de la legislación nacional, conforme lo establecen la Constitución Política y los Convenios Internacionales.

VII

Que debe implantarse un nuevo modelo de Justicia Penal del Adolescente, garante del debido proceso y orientado a la integración de los adolescentes a la familia y a la sociedad. En uso de sus facultades;

HA DICTADO

El siguiente:

CODIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

TITULO PRELIMINAR

FUNDAMENTOS Y PRINCIPIOS DEL CODIGO

Arto. 1. Este Código regula la protección integral que la familia, la sociedad, el Estado y las instituciones privadas deben brindar a las niñas, niños y adolescentes.

Arto. 2. El presente Código considera como niña y niño a los que no hubiesen cumplido los 13 años de edad y adolescente a los que se encuentren entre los 13 y 18 años de edad, no cumplidos.

Arto. 3. Toda niña, niño y adolescente es sujeto social y de Derecho, y por lo tanto tiene derecho a participar activamente en todas las esferas de la vida social y jurídica, sin más limitaciones que las establecidas por las Leyes.

Arto. 4. Toda niña, niño y adolescente nace y crece libre e igual en dignidad, por lo cual goza de todos los derechos y garantías universales inherentes a la persona humana, y en especial a los establecidos en la Constitución Política, el presente Código y la Convención sobre los Derechos del Niño, sin distinción alguna de raza, color, sexo, edad, idioma, religión, opinión política, origen nacional o social, posición económica, situación física o psíquica, o cualquier otra condición, en relación a sus madres, padres o tutores.

Arto. 5. Ninguna niña, niño o adolescente, será objeto de cualquier forma de discriminación, explotación, traslado ilícito dentro o fuera del país, violencia, abuso o maltrato físico, psíquico y sexual, tratamiento inhumano, aterrador, humillante, opresivo, trato cruel, atentado o negligencia, por acción u omisión a sus derechos y libertades. Es deber de toda persona velar por la dignidad de la niña, niño o adolescente, poniéndolo a salvo de cualquiera de las situaciones anteriormente señaladas. La niña, niño y adolescente tiene derecho a la protección de la Ley contra esas injerencias o ataques y los que los realizaren incurrirán en responsabilidad penal y civil.

Arto. 6. La familia es el núcleo natural y fundamental para el crecimiento, desarrollo y bienestar integral de las niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, la familia debe asumir plenamente sus responsabilidades, su cuidado, educación, rehabilitación, protección y desarrollo.

Arto. 7. Es deber de la familia, la comunidad, el Estado y la sociedad en general asegurar, con absoluta prioridad, el cumplimiento de los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes referentes a la vida, convivencia familiar y comunitaria, identidad, nacionalidad, salud, alimentación, vivienda, educación, medio ambiente, deporte, recreación, profesionalización, cultura, dignidad, respeto y libertad.

La garantía de absoluta prioridad comprende:

- a) Primacía en recibir protección y socorro en cualquier circunstancia.
- b) Precedencia en la atención de los servicios públicos y privados.
- c) Especial preferencia en la formulación y ejecución de las políticas públicas encaminadas a crear las condiciones de vida que garanticen el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes.
- d) Asignación privilegiada de recursos públicos en las áreas relacionadas con la protección y promoción de la niñez y la adolescencia.

Arto. 8. A las niñas, niños y adolescentes que pertenezcan a Comunidades Indígenas, grupos sociales étnicos, religiosos o lingüísticos o de origen indígena, se les reconoce el derecho de vivir y desarrollarse bajo las formas de organización social que corresponden a sus tradiciones históricas y culturales. El Estado garantizará a las niñas, niños y adolescentes que pertenezcan a tales comunidades indígenas o grupos sociales a tener los derechos que le corresponden en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, educativa, a profesar y practicar su propia religión, costumbres, a emplear su propio idioma y gozar de los derechos y garantías consignados en el presente Código y demás leyes.

Arto. 9. En todas las medidas que tomen las Instituciones públicas y privadas de bienestar social, los Tribunales, las Autoridades nacionales, municipales y de las Regiones Autónomas que afecten a las niñas, niños y adolescentes, así como en la interpretación y aplicación de

este Código, se deberá tomar en cuenta como principio primordial, el interés superior de la niña, el niño y el adolescente.

Arto. 10. Se entiende por interés superior de la niña, niño y adolescente todo aquello que favorezca su pleno desarrollo físico, psicológico, moral, cultural, social, en consonancia con la evolución de sus facultades que le beneficie en su máximo grado.

Arto. 11. Las disposiciones del presente Código son de orden público y obligatorio para todos los habitantes de la República.

viii. CAPITULO III

DERECHOS A LA SALUD, EDUCACION,

SEGURIDAD SOCIAL, CULTURA Y RECREACION

Arto. 34. Toda mujer embarazada tiene derecho a la atención prenatal, perinatal y postnatal, a través del Sistema Público de Salud. Las diversas modalidades de atención se desarrollarán de acuerdo a los principios territoriales y de jerarquización del Sistema.

ix. GOBIERNO DE RECONCILIACIÓN Y UNIDAD NACIONAL

PLAN DE BUEN GOBIERNO 2016

TRABAJANDO JUNTOS COMO GRAN FAMILIA

COMBATIENDO LA MORTALIDAD MATERNA

Atenderemos 124,492 nacimientos, incrementando el parto institucional y humanizado. Igualmente, garantizaremos el funcionamiento de 174 casas maternas para albergar 52,197 embarazadas rurales y articularemos las casas maternas con la atención materna municipal.

Atenderemos 110,301 mujeres desde su primer trimestre de embarazo (captación precoz). Además, garantizaremos que 117,634 embarazadas reciban 4 controles pre-natales y brindaremos más de 1.7 millones de atenciones de planificación familiar a mujeres en edad fértil.

VI. HIPÓTESIS

El pobre conocimiento en temas sobre salud sexual y reproductiva representa un factor de riesgo para embarazo precoz en más de un 30% de los estudiantes encuestados.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. Tipo de investigación

7.1.1. Según el tipo de enfoque: Cuantitativa

Es cuantitativa, porque se procesarán los datos obtenidos del conocimiento y actitudes de jóvenes adolescentes (factores sociodemográfico y los factores de riesgos para contraer embarazos a edades de 10 a 19 años), mediante métodos estadísticos, además se utilizará una técnica de recolección de datos cuantitativa (encuestas) y se llegará a un conjunto de conclusiones respecto a la hipótesis planteada. Según (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010) una de las características de las investigaciones con enfoque cuantitativo es que usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

7.2. Tipo de estudio

7.2.1. Descriptivo- prospectivo- De corte transversal

Es Descriptivo: porque describe fenómenos, situaciones, contextos y eventos. Busca describir los aspectos sociodemográficos, conocimiento y actitudes de los (as) jóvenes adolescentes y los factores de riesgos para contraer embarazos precoces en el municipio de Morrito. Esto es de acuerdo a lo planteado en (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010) que asegura que los estudios descriptivos especifican propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población.

Es prospectivo:

Este estudio posee una característica fundamental, es la de iniciarse con la exposición de una supuesta causa referente al conocimiento y actitudes de los jóvenes adolescentes sobre los factores de riesgo en el embarazo y luego seguir a través del tiempo a una población determinada o no a la aparición del efecto. Es decir, se hace la descripción del estudio durante va pasando el tiempo, según el periodo establecido.

Es de corte transversal: porque se realizara un estudio, con la recolección de datos de un período de tiempo determinado, abarcando los meses desde Enero - junio 2019, recolectando datos de ese único momento con el propósito de describir variables y analizar incidencia e interrelación. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010)

7.3. Área de estudio

El municipio de Morrito, pertenece al Departamento de Río San Juan, y tiene como límites:

Al Norte: Chontales

Al Sur: San Miguelito

Al Este: El Almendro

Al Oeste: Lago Cocibolca

Con una extensión territorial de 677 km², una ubicación de 11° 37” latitud Norte y 85° 04” longitud Oeste.

Densidad Poblacional: 11hab/km².

Está situado a 45 mts. sobre el nivel del mar, se encuentra a 232 Km. de Managua, 172 Km. de la Cabecera Departamental San Carlos, y 101 Km. de Juigalpa.

Está constituido por 32 Comunidades, cuenta con 1 Centro de Salud, 4 Puestos de Salud.

7.4. Universo

Total de individuos en los cuales puedan presentarse determinadas características susceptibles (Piura, 2008)

Lo comprenden los 206 estudiantes, de la Escuela Pública Delfina Quezada, del municipio de “Morrito”, departamento de Río San Juan.

7.5. Muestra

Es constituida por 100 estudiantes que cumplen con los criterios de inclusión, equivalente al 51% del universo en estudio.

7.5.1. Tipo de muestreo

No se realiza muestreo ya que la muestra está conformada por el 100% de los individuos que cumplan con los criterios de inclusión.

7.6. Criterios de inclusión

- ✓ Jóvenes entre las edades de 10 a 19 años que estudien en la escuela pública Delfina Quesada. Morrito Rio San Juan.
- ✓ Jóvenes que deseen participar en el estudio.
- ✓ Jóvenes autóctonos de la zona donde se realiza el estudio.

7.7. Criterios de exclusión

- ✓ Los que no cumplen con el rango de edad establecido.
- ✓ Jóvenes provenientes de otros municipios.
- ✓ Jóvenes que rechacen participar en el estudio.

7.8. Técnica e instrumento de recolección de datos.

La información recolectada será obtenida por medio de una encuesta realizada los estudiantes de la escuela pública Delfina Quesada del municipio de Morrito, Rio San Juan, para así, alcanzar los objetivos planteados en nuestra investigación.

7.9. Validación del instrumento.

Para la elaboración del instrumento se tomó como punto de referencia la encuesta de: Línea de base sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y VIH/Sida en niños, niñas y adolescentes en Dajabón (República Dominicana). De la Oficina de Comunicación UNICEF - Santo Domingo Republica Dominicana. 2016.

El instrumento utilizado para la recopilación de datos, plantea todas las interrogantes de la encuesta de UNICEF excepto las relacionadas con la temática del VIH / Sida y datos institucionales; ya validada por la OMS. Se utiliza dicho instrumento tomando en cuenta que cumple con todas las características necesarias para obtener la información que dará respuesta a nuestro problema científico.

7.10. Plan de análisis

Con la información recolectada realizaremos una base de datos que permita el análisis inicial y estadístico de esta investigación. Los datos serán procesados y analizados empleando programas como Microsoft Excel y SPSS (Programa Statiscal Package for the Social Sciences), calculando porcentajes, promedios, para los datos recolectados, buscando posibles relaciones entre variables de importancia para cumplir con los objetivos propuestos. Estos resultados se presentarán en tablas, gráficas para una mejor interpretación.

7.11. Plan de tabulación

Variable	Resultados que se presentaran
Aspectos sociodemográficos y Factores de riesgos.	Se mostrara aspectos como edad, sexo, procedencia, nivel académico y estado civil de las embarazadas. Factores de riesgos para contraer embarazo precoz
Sexualidad y Métodos anticonceptivos	Activa o inactiva y uso de los anticonceptivo.
Embarazo Precoz	Conocimiento y Actitudes

X. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	SUB-VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	CRITERIO	INSTRUMENTO
OBJETIVO N°1					
Factores	Sociodemográficos	Se refiere a un grupo definido por sus características sociológicas y demográficas, estos grupos se utilizan para los análisis en las ciencias sociales así como para la comercialización y los estudios médicos.	Sexo	Masculino Femenino	Encuestas
			Edad	10 a 13 14 a 16 17 a 19	
			Escolaridad	Primaria Secundaria Universidad	
			Orientación sexual.	Heterosexual Homosexual Bisexual	
			Relación de pareja.	Sí No	
			Procedencia	Urbano Rural	
			Peso	80 a 90 91 a 100 100 a 110 111 a 120	
	Riesgos de embarazo precoz	Involucra una serie de riesgos y consecuencias que ponen	Comportamientos sexuales	-Primera vez -Cuantas veces -Con cuantos (as) personas	

		en riesgo la salud de la madre y la del bebé. ... En zonas de extrema pobreza, la cifra es mucho más alarmante, ya que 1 de cada 3 mujeres adolescentes se convierte en madre.	Consumo de drogas legales e ilegales. Psicosocial	-No -Si -Voluntad Propia -A la fuerza Incomodidad -Comunicación	
--	--	---	--	--	--

OBJETIVO N°2

Sexualidad	Activa	Capaz de mantener relaciones sexuales completas, aunque no las tenga con frecuencia.	Relaciones sexuales	—	Encuestas
	Inactiva	Capaz de no mantener una relación sexual sin ninguna frecuencia.	Sin relaciones sexuales	—	
Anticonceptivos	Métodos	Contracepción o anticoncepción a las distintas maneras que existen de prevenir un embarazo.	De Barrera	-Preservativo Masculino. -Preservativo Femenino. -El diafragma -La esponja Vaginal.	
			Hormonales	-La píldora -Minipíldora -Implantes sub-dérmicos. -Parches transdermicos -Anillo vaginal -Progestágeno inyectable.	

			Permanentes	-Inyectables mensuales. -Levonorgestrel 1.5 mg (urgencia). -DIU de Cobre -DIU de levonorgestrel -Vasectomía -Esterilización femenina.	
			Alternativos Naturales	-Amenorrea del amamantamiento. -Coito interrumpido. -Ciclo ovulación. - Ogino	

OBJETIVO N°3

Embarazo precoz	Conocimiento y Actitudes	Las capacidades psicológicas del ser humano descansan en tres grandes ámbitos diferentes: El cognitivo: capacidades relacionadas con los conocimientos , los conceptos y las ideas. El psicomotriz: capacidades relacionadas con la realización de acciones. Aquí encontramos	Sexualidad	-Salud Sexual. -Salud Reproductiva. -Enfermedades de Transmisión sexual.	Encuesta
-----------------	--------------------------	--	------------	--	----------

		todo lo que son habilidades y destrezas.			
--	--	--	--	--	--

XI. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En este trabajo investigativo tomamos en cuenta jóvenes adolescentes entre las edades de 10 a 19 años aplicando una encuesta como herramienta de recopilación de datos o información frente a la problemática. A continuación, observaremos los resultados de las contestaciones de los jóvenes a las interrogantes planteadas:

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Femenino	56	56.0
	Masculino	44	44.0
	Total	100	100.0

TABLA #1. SEXO

Fuente: Encuesta.

De acuerdo al sexo, el femenino son 56 equivalente al 56%, masculinos fueron 44 equivalentes al 44%.

TABLA #2. EDAD

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	10-13	31	31.0
	14-16	49	49.0
	17-19	20	20.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

Los jóvenes adolescentes encuestados predomino en las edades de 14 a 16 años con el 49%, de 10 a 13 con el 31% y de 17 a 19 años con el 20%.

TABLA #3. ESCOLARIDAD

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Primaria	1	1.0
	Secundaria	99	99.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

El 99% indica que la mayoría cursa la secundaria y el 1% curso la primaria.

TABLA #4. ORIENTACION SEXUAL

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Heterosexual	95	95.0
	Homosexual	2	2.0
	Bisexual	3	3.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

La orientación sexual de los (as) jóvenes adolescentes su mayoría indicó ser heterosexual con el 95%, Bisexual el 3% y Homosexual el 2%.

TABLA #5. ACTUALMENTE TIENE PAREJA

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	11	11.0
	No	89	89.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta

Los jóvenes contestaron que actualmente si tienen pareja el 11% y el 89% contestaron que no.

TABLA #6. PROCEDENCIA

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Urbano	94	94.0
	Rural	6	6.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

Lo que indica la tabla es que los (as) jóvenes adolescentes son de procedencia urbana y el 6% suele ser rural.

TABLA #7. ¿CONOCES ACERCA DE LA MENSTRUACIÓN?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	95	95.0
	No	5	5.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

Tanto varones como mujeres basadas en la interrogante contestaron Sí el 95% y el 5% dijeron No.

TABLA #8. ¿CONOCES EL TIEMPO DE LA MENSTRUACIÓN?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	77	77.0
	No	23	23.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

El total de (as) jóvenes adolescentes encuestados contestaron Sí reflejando el 77% y No el 23%.

TABLA #9. ¿SABES ACERCA DEL PERÍODO DE OVULACIÓN?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	27	27.0
	No	73	73.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

La contestación de los encuestados frente a la interrogante fue No indicando el 73% y Sí con el 27%.

TABLA #10. ¿CONOCES ACERCA DEL LÍQUIDO PRE-SEMINAL EN HOMBRES?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	39	39.0
	No	61	61.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

La mayoría de los encuestados contestaron No indicando el 61% y Si el 39%.

TABLA #11. ¿EL LÍQUIDO PRE-SEMINAL PUEDE EMBARAZAR?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	81	81.0
	No	19	19.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuestas.

En la interrogante de la tabla #14 los encuestados contestaron Si indicando el 81% y el restante con el 19%.

TABLA #12. ¿SABES QUE ES LA MASTURBACIÓN?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	73	73.0
	No	27	27.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

La contestación sobre la interrogante los (as) jóvenes adolescentes el 73% dijeron Si y el 27% No.

TABLA #13. ¿CONOCES LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	31	31.0
	No	69	69.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

En la tabla #18 los (as) jóvenes respondieron que el 69% no conocen los métodos anticonceptivos y que el 31% aceptaron que Sí.

TABLA #14. ¿COITO INTERRUPTO ES UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO BASTANTE SEGURO?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	68	68.0
	No	32	32.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

En sus consideraciones los (as) jóvenes respondieron que el coito interrumpido es un método anticonceptivo es bastante seguro con el 68% y el 32% indicaron que No.

TABLA #15. ¿SI SE LAVA CON CUIDADO PODEMOS USAR EL PRESERVATIVO VARIAS VECES?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	33	33.0
	No	67	67.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

En la tabla #20 respondieron el 67% en No considera que se debe lavar el preservativo e usarlo varias veces y el 33% indicaron que Sí.

TABLA #16. ¿PARA UTILIZAR ANTICONCEPTIVOS HORMONALES SE HA DE ACUDIR A UN CENTRO SANITARIO?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	8	8.0
	No	92	92.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

La respuesta de esta interrogante, los encuestados enmarcaron “No” indicando un índice de frecuencia porcentual del 92% y el restante con el 8% con un “Sí”.

TABLA #17. ¿RELACIONES SEXUALES DURANTE LA MENSTRUACIÓN ES UN MÉTODO SEGURO PARA EVITAR EL EMBARAZO PRECOZ?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	73	73.0
	No	27	27.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

De acuerdo a la interrogante planteada en la encuesta los (as) jóvenes adolescentes respondieron que “Sí” equivalente a una frecuencia del 73% y con un “No” siendo el 27%.

TABLA #18. ¿LAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS SON EFICACES SI SE TOMAN ANTES DE CADA RELACIÓN SEXUAL?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	28	28.0
	No	72	72.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

La tabla #23 nos refleja que la frecuencia porcentual el 72% dijeron que “No” y el 28% enmarcaron que “Sí”.

TABLA #19. ¿TOMAR PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS PROTEGE FRENTE A LAS ETS?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	48	48.0
	No	52	52.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

La tabla #24 nos refleja que la frecuencia porcentual es del 52% con la respuesta “No” y el 48% con un “Sí”.

TABLA #20. ¿EL ÚNICO MÉTODO QUE PROTEGE FRENTE A UNA ETS ES EL PRESERVATIVO?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	27	27.0
	No	73	73.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

La respuesta obtenida por los encuestados frente a esta interrogante fue con el 73% con un “No” y el 27% con un “Sí”.

TABLA #21. ¿LAS ETS SON FRECUENTES EN NUESTRA SOCIEDAD?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	81	81.0
	No	19	19.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

En base a la interrogante respondieron los encuestados que las ETS son frecuentes en su sociedad con un 81% y el 19% “No”.

TABLA #22. ALTERNATIVA MÁS EFICAZ PARA PREVENIR EMBARAZOS.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Condón	52	52.0
	Otros anticonceptivos	5	5.0
	Métodos Naturales	1	1.0
	No tener relaciones sexuales	42	42.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

La alternativa más eficaz para prevenir embarazos consideran que el condón equivalente al 52%, el 42% contestaron no tener relaciones sexuales, el 5% otros anticonceptivos y solo el 1% métodos naturales.

TABLA #23. INCOMODIDAD SOBRE SEXUALIDAD (PROPUESTAS, COMENTARIOS, GESTOS, BROMAS, ETC)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Sí	34	34.0
	No	66	66.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

El 34% de los encuestados han presentado incomodidades sobre propuestas, comentarios, gestos, bromas sexuales y el 66% "No".

TABLA #24. ¿ALGUNA VEZ ALGUIEN LE HIZO SENTIR INCOMODO (A) AL TOCAR PARTES DE TU CUERPO DE MANERA SEXUAL SIN QUE TÚ QUISIERAS?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	13	13.0
	No	87	87.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

El 87% contestaron que no se han sentido incomodos al tocarles partes de su cuerpo sin el consentimiento de ellos de manera sexual, pero el 13% si lo han sentido.

TABLA #25. ¿HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	44	44.0
	No	56	56.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

El 56% no han tenido relaciones sexuales y el 44% si lo han realizado.

TABLA #26. EDAD DE LA PRIMERA VEZ EN TENER RELACIONES SEXUALES.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	8	1	1.0
	11	4	4.0
	12	2	2.0
	13	9	9.0
	14	12	12.0
	15	12	12.0
	16	3	3.0
	17	1	1.0
	Total	44	44.0
Perdidos	Sistema	56	56.0
Total		100	100.0

Fuente: Encuesta.

En la tabla # 30 Los (as) jóvenes adolescente que tuvieron relaciones sexuales indicaron que su primera vez fue el 12% entre los 14 y 15 años, el 9% a los 13 años, el 4% a los 11, el 3% a los 16, el 2% a los 12 años y el 1% a los 8 y 17 años.

TABLA #27. LA PRIMERA VEZ EN TENER RELACIONES SEXUALES FUE:

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Forzado o Inducido	1	3.0
	Voluntad propia	43	97.0
	Total	44	100.0

Fuente: Encuesta.

En la tabla # 31 respondieron los que tuvieron relaciones sexuales por primera vez, voluntad propia el 97% y el 1% fue forzado o inducido.

TABLA #28. ¿QUÉ ACTITUD TOMARIAS FRENTE A UN EMBARAZO NO DESEADO?

	Frecuencia	Porcentaje
Interrumpir el embarazo	1	1.0
Dejar que nazca él bebe y criarlo	61	61.0
Dejar que nazca él bebe y darlo en adopción	4	4.0
Válidos Iniciar una unión o conformar un hogar	31	31.0
Huir de la casa	3	3.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

La actitud que tomarían los (as) jóvenes adolescentes en su mayoría con 61% es dejar que nazca él bebe y criarlo, el 31% iniciar una unión o conformar un hogar, el 4% dejar que él bebe nazca y darlo en adopción, el 3% huir de la casa y el 1% interrumpir el embarazo.

TABLA #29. ¿QUIÉNES PARTICIPARÍAN EN LA DECISIÓN DE UN EMBARAZO?

	Frecuencia	Porcentaje
Tú sólo (a)	11	11.0
Tú y tu pareja	48	48.0
Válidos Tu pareja	8	8.0
Tus padres	32	32.0
Tus amigos	1	1.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

Los que participarían en la decisión de un embarazo no deseado, los (as) encuestados (as) contestaron: el 48% tú y tu pareja, el 32% tus padres, 11% tú sólo (a), el 8% tu pareja y el 1% tus amigos.

TABLA # 30. ¿DURANTE TODA TU VIDA CON CUANTAS PERSONAS HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca he tenido relaciones sexuales	56	56.0
	1 persona	19	19.0
	2 personas	12	12.0
	3 personas	6	6.0
	4 personas	4	4.0
	5 personas	2	2.0
	6 personas o mas	1	1.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

El 56% indicaron que nunca he tenido relaciones sexuales, el 19% con 1 persona, el 12% con 2 personas, 6% con 3 personas, 4% con 4 personas, el 2% con 5 personas y el 1% con 6 personas o más.

TABLA #31. DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MES. ¿CON CUANTAS PERSONAS HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca he tenido relaciones sexuales	56	56.0
	1 persona	26	26.0
	2 personas	5	5.0
	3 personas	1	1.0

He tenido relaciones sexuales pero no en los últimos 3 meses	12	12.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

El 56% indicaron que nunca he tenido relaciones sexuales, el 26% con 1 persona, el 12% marcaron en que he tenido relaciones sexuales pero no en los últimos 3 meses, el 5% con 2 personas y el 1% con 3 personas.

TABLA #32. ¿TOMASTES ALCOHOL O USASTES DROGAS ANTES DE TENER RELACIONES SEXUALES LA ÚLTIMA VEZ?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca he tenido relaciones sexuales	57	57.0
	Sí	4	4.0
	No	39	39.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

El 57% indicaron que nunca he tenido relaciones sexuales, el 39% su respuesta fue “No” y el 4% dijeron que “Sí”.

TABLA #33. ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVISTES RELACIONES SEXUALES USASTES TÚ O TU PAREJA UN CONDON?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca he tenido relaciones sexuales	56	56.0
	Sí	23	23.0
	No	21	21.0
	Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

En la tabla # 37 el 56% indicaron que nunca he tenido relaciones sexuales, el 23% respondieron que “Sí”, el 21% de que “No”.

TABLA #34. MÉTODO QUE USO PARA EVITAR EL EMBARAZO CON SU PAREJA.

	Frecuencia	Porcentaje
	56	56.0
	11	11.0
Válidos	5	5.0
	24	24.0
	4	4.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuesta.

En la tabla #38 el 56% indicaron que nunca he tenido relaciones sexuales, el 24% uso condón, el 11% no uso ningún método para evitar embarazo, el 5% con pastillas anticonceptivas y el 4% con otro método distinto a lo mencionado.

TABLA #35. ¿CUANTAS VECES HAS ESTADO EMBARAZADA?

	Frecuencia	Porcentaje
	51	51.0
Válidos	3	3.0
	1	1.0
Total	55	55.0

Fuente: Encuesta.

En el caso de las chicas indicaron como respuesta frente a la interrogante de la tabla #39 que el 51% Ninguna vez, el 3% con que solo 1 vez y el 1 % de 2 veces a más.

TABLA #36. ¿CUANTAS VECES TÚ HAS DEJADO EMBARAZADA A ALGUIÉN? (HOMBRE)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ninguna vez	44	44.0
	1 vez	2	2.0
	Total	46	46.0

Fuente: Encuesta.

En el caso de los chicos indicaron como respuesta frente a la interrogante de la tabla #40 que el 44% es ninguna vez y el 2% solo 1 vez.

XII. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Al procesar y analizar los datos obtenidos por medio de la encuesta encontramos:

Tabla #1. Factores demograficos (Sexo). En esta tabla encontramos que hay una equivalencia entre el predominio de ambos géneros con una relación de 1/1.2, lo que se corresponde con los datos brindados por El Instituto de Información de Desarrollo (INIDE). Que reporta una población total en Río San Juan de 119,095 hab, nuestra muestra equivale al 0.08% de la

población total, con respecto a la distribución de género obtenemos igual razón ya que según INIDE las estimaciones de la Distribución por edad:

- 0-14 años: 27,88% (hombres 848.537/mujeres 815.032)
- 15-24 años: 21,78% (hombres 653.113/mujeres 646.497)

Tabla #2 Factores demográficos (Edad). En esta tabla podemos ver que la mayoría de población estudiada pertenece al menor grupo etario representando el 49% el rango de 14 – 16 años, lo que se corresponde con los reportes del INIDE con respecto a la pirámide poblacional, dato conocido de antemano y por el cual la encuesta se redirigió a un lenguaje sencillo, comprensible y prudente. Esto para evitar falseamiento de la información por falta de comprensión.

Tabla #3 Grado de escolaridad. Este hallazgo se relaciona íntimamente con la edad ya que la mayoría (99%) está en el rango de edad que cursaran la educación secundaria, edad que según la OMS es la más vulnerable para que se presente un embarazo precoz, un arma potencial a nuestro favor en este grupo etario es el uso de tecnologías o charlas estudiantiles guiados por maestros o capacitadores regidos por el plan de gobierno, logren tener un alto conocimiento sobre las temáticas de sexualidad y planificación para evitar embarazos no deseados.

Tabla #4 La orientación sexual o definición de género. El 95% son de orientación heterosexuales y un porcentaje bajo en orientación bisexual del 3%. La orientación sexual no define que sea algo totalmente malo, sino posiblemente la frecuencia de permanecer en actos sexuales que podrían conllevar un grado de riesgo de un embarazo no deseado, lo que se observa en la tabla #5 en donde el 11% refieren tener pareja sexual cifra elevada si recordamos que tenemos una población en la que predominan los menores de 16 años.

Tabla #6 La procedencia. El 94% son de procedencia urbana y un 6% rural lo que nos demuestra una vez más la voluntad y compromiso de nuestro buen gobierno de romper las barreras de la ignorancia y la distancia.

Estos datos a su vez nos hablan que nuestro grupo poblacional (objeto de estudio), tiene la capacidad moral y de análisis necesaria para aplicar la encuesta con el mínimo riesgo de sesgo y poder medir el conocimiento de l@s adolescentes sobre educación sexual y reproductiva.

Tabla #7 y #8 Encontramos que el nivel de conocimiento sobre la menstruación es alto (95%) al igual que el 77% (Tabla # 8) conocen el periodo de tiempo que dura la menstruación contraproducente a esto es que el 73% no conoce el período de ovulación (Tabla #9), por lo tanto, si el 11% son sexualmente activos estos son candidatos a presentar un embarazo precoz.

A partir de la tabla 10 hasta la 20 indagamos sobre el conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar, encontrando: el 61% conoce sobre el líquido pre-seminal y el 81% sabe que sí puede embarazarse a las mujeres si no se utiliza algún método adicional de planificación familiar sin embargo al observar la Tabla #13 encontramos un punto alarmante, ya que el 69% no conoce los métodos anticonceptivos y el 68% considera que el coito interrumpido, es seguro; 33% consideran que el preservativo es reutilizable lo que no asombra con el grado educacional que poseen además del riesgo de embarazo desconocen el riesgo de adquirir ETS con esta práctica.

A expensas del alto porcentaje que desconocen sobre métodos de planificación familiar el 92% contestó que no es necesario ir o acudir a un centro de salud u hospital para recibir orientaciones sobre el uso de anticonceptivos hormonales, esto da indicio en que no toman la sexualidad de manera responsable ya que esto los lleva a un uso inadecuado, al consumo excesivo de anticonceptivos de emergencia (PPMS) que a largo plazo van a repercutir en su salud ya que este fármaco según la FDA está relacionado con eventos tromboticos y cáncer de mama. Además, es la oportunidad adecuada de que un profesional de la salud oriente a estos jóvenes sobre la sexualidad o bien conocer sobre la planificación familiar ya que el nivel de desconocimiento se ve expresado en la falta de orientación que se evidencia en la Tabla # 18, 19 y 20; el 72% responden de manera negativa a que los anticonceptivos orales combinados (ACOC) son efectivos como método anticonceptivo, y el 48% consideran que los ACOC pueden prevenir una ETS variable íntimamente relacionada con la que evalúa el conocimiento acerca del preservativo en donde el 73% refieren que este no es el único método para evitar las ETS. Situación que nos debe llamar a la reflexión ya que es manifiesto por el 81% de los encuestados que sí son frecuentes en su sociedad las Enfermedades de transmisión sexual (ETS), por lo cual es un tema alarmante de riesgo que también poseen los jóvenes.

Otra muestra de la pobre y precaria educación sexual en nuestros jóvenes es lo reflejado en la Tabla # 17 en la que se observa que el 73% consideran que tener relaciones sexuales durante la menstruación es seguro para evitar un embarazo. Evidentemente está plasmado en las literaturas que durante el ciclo menstrual la probabilidad de fecundación es menor de 0.01% , pero el riesgo de contraer una ETS sobre todo el VIH se duplica, por lo que no es una práctica recomendada.

Al menos el 52% considera que el preservativo es el método más eficaz para evitar un embarazo y el 42% en que no se deba tener relaciones para evitarlo y para dar salida a esta interrogante se planteó la pregunta sobre la masturbación método utilizado por el 66% como método alternativo de abstinencia.

Para dar salida a las metas del milenio la OMS a determinado las políticas a nivel nacional pueden favorecer el acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción, mientras que la comunidad o la familia pueden oponerse a que las niñas accedan a una educación sexual completa u otra información sobre cómo prevenir el embarazo. Este modelo muestra que los embarazos en adolescentes no ocurren en el vacío, sino que son la consecuencia de un conjunto de factores que interactúan, como la pobreza generalizada, la aceptación del matrimonio infantil por parte de las comunidades y la familia, y los esfuerzos inadecuados para mantener a las niñas en la escuela.

En el caso de las adolescentes de menos de 18 años, y particularmente las de menos de 15, el embarazo no es el resultado de una decisión deliberada. Al contrario, el embarazo en general es el resultado de la ausencia de poder de decisión y de circunstancias que están fuera del control de la niña. El embarazo a temprana edad refleja el menoscabo de las facultades, la pobreza y las presiones, de compañeros, padres, familias y comunidades. Y en demasiados casos, es el resultado de la violencia y la coacción sexual. Las niñas que tienen poca autonomía, particularmente, las que son forzadas al matrimonio, tienen poco poder de decisión sobre si quieren quedarse embarazadas o cuándo. El embarazo en adolescentes es a la vez una causa y una consecuencia de las violaciones de derechos. El embarazo afecta las posibilidades que tienen las niñas de ejercer los derechos a la educación, la salud y la autonomía, garantizados en tratados internacionales.

Por lo que no se puede valorar el grado de conocimiento sobre educación sexual y reproductiva sin evaluar el entorno social y los riesgos de sufrir violencia sexual al que están expuestos por lo que se integró en la encuesta algunos ítems para alcanzar este objetivo.

Muchos contestaron que no se han sentido incomodos al recibir propuestas, bromas, gestos, comentarios de sexualidad, pero el 34% sí se han sentido de esa manera, a como también el 13% si se han sentido incomodos por situaciones en que alguien les ha tocado partes de su cuerpo de manera sexual. Pensaran que el porcentaje no es relevancia, pero en situaciones así se considera un abuso, debido que no son bajo su consentimiento y está al acecho el riesgo de sufrir violencia sexual de cualquier tipo.

Existen partes alarmantes dentro del estudio donde el 9% de los jóvenes indicaron que han tenido relaciones desde los 13 años y el 12% entre los 14 a 15 años de edad, de las personas que indicaron que, si han tenido relaciones sexuales, es decir que del total de encuestados fueron el 44%; indagando fuera de lo planteado en la encuesta pero sin perder relevancia en el tema es que más de 50% de estos jóvenes manifiestan que su primer contacto sexual fue con alguien mayor de 20 años lo que según en el actual Código Penal de Nicaragua y en el Código Penal de 1974 es un delito con condenas de hasta 15 años de privación de la libertad.

Tratando sobre el nivel de aceptación del embarazo en adolescentes la Tabla# 32 nos orienta hacia un alto grado de aceptación, ya que Dentro de las actitudes sobre como enfrentaría un embarazo no deseado al menos el 61% piensa en dejar que nazca y criarlo, el 31% en iniciar una unión o conformar un hogar en otras palabras un casamiento formal, pero muy pocos (3%) consideran en huir de casa y solo el 1% piensa en interrumpir el embarazo.

A pesar de esta actitud de empatía en preservar la vida nos alerta la conducta sexual de riesgo esta vez evidenciada en la Tabla # 30, 31 y 32 en donde se refleja que el 25% han tenido más de 2 parejas sexuales y al indagar en los últimos tres meses (correspondientes al estudio) el 32% han mantenido relaciones sexuales con regularidad y 6 de ellos han tenido más de 2 parejas sexuales diferentes sumado a esto que el 4% lo han hecho bajo efectos de alcohol y drogas, y el 21% no uso condón.

Para finalizar ponemos en evidencia mediante la tabla # 35 y 36 que si está presente el problema del embarazo precoz en esta comunidad ya que el 6% de la población lo ha presentado. Cifra que se adecua a la realidad mundial y las cifras brindadas por la OMS.

XIII. CONCLUSIÓN

- 1- Con respecto al predominio de género en la muestra este fue equitativo ya que se encuentra una razón entre hombres y mujeres de 1/1.2 respectivamente. Predomino el grupo etario entre los 14 a 16 años de edad con grados de escolaridad del 99% en secundaria. Características que nos favorecieron al momento de la veracidad y confiabilidad de las respuestas.
- 2- El 70% de la población estudiada tiene bajo nivel de conocimiento sobre temas de salud sexual y reproductiva.

- 3- Más del 60% presentan conductas sexuales de riesgo lo que nos confirma la hipótesis planteada y da respuesta a nuestra pregunta científica.
- 4- Los principales factores de riesgo para embarazo precoz identificados en esta población fueron: inicio precoz de las relaciones sexuales, falta de conocimiento sobre métodos de planificación familiar y su uso adecuado, prácticas sexuales de riesgo (múltiples parejas sexuales y rechazo al uso de condón), asociación de drogas y alcohol a la práctica sexual. Alto nivel de aceptación del embarazo en la adolescencia, como algo normal en la sociedad.
- 5- Hay falta de identificación y notificación de los delitos sexuales en específico el estupro.
- 6- La orientación sexual no define que sea algo totalmente malo, sino posiblemente la frecuencia de permanecer en actos sexuales que podrían conllevar un grado de riesgo de un embarazo no deseado o a contraer enfermedades de transmisión sexual.

XIV. RECOMENDACIONES

- 1- Primordialmente a los jóvenes adolescentes quienes deben acercarse más a profesionales de la salud o afines a la temática, para obtener un buen asesoramiento y llevar una vida fuera de riesgos frente a embarazos precoz o no deseados.
- 2- A los lectores, investigadores, estudiantes de la salud, maestros, motivarse en realizar investigaciones más sobre esta temática en otros lugares del país, para así conocer más del impacto que genera en la actualidad.
- 3- A la comunidad del municipio de Morrito del departamento de Rio San Juan participar en las charlas educativas, ciclos sociales y actividades que el gobierno de

Nicaragua estará desarrollando en los meses de septiembre a diciembre del año 2019, con el compromiso del cuidado de la niñez y la adolescencia para evitar o minimizar cualquier riesgo a los que se puedan someter.

- 4- Al personal de la salud MINSA y personal docente MINED, en compañía de maestros universitarios, cumplir con las estrategias implementadas por el gobierno para garantizar una mejor calidad de vida de las familias Nicaragüenses. Estas estrategias se encuentran también en nuestros anexos como parte del cumplimiento y compromiso para apoyar a disminuir la problemática encontrada en nuestra investigación.
- 5- A las autoridades de la Policía Nacional y el Ministerio de la Familia que hagan investigaciones enérgicas ante cualquier caso de embarazo en adolescentes ya que detrás de esto se podría ocultar un delito de violencia sexual.

XV. BIBLIOGRAFÍA

alava, l., & genesis, m. (2018). incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años. estudio a realizar en el hospital matilde hidalgo de procel en el periodo de enero a diciembre del 2017. *repositorio universidad de guayaquil*. obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30849>

- american society of health-system pharmacist. (03 de 06 de 2019). *medlineplus*. obtenido de relaciones sexuales con precaución: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001949.htm>
- anonimo. (21 de 06 de 2019). *planned parenthood league of massachusetts*. obtenido de definiciones de sexo y sexualidad: <https://urlzs.com/svyr9>
- cáliz, g. (2018). factores asociados a embarazos en adolescentes atendidas en el puesto de salud francisco real de la comunidad valle la laguna- masaya, enero a diciembre 2017. *repositorio de la unan, managua*. obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/9144>
- centeno, m., & mendoza, s. (2016). factores que influyen en el embarazo en adolescentes del centro de salud chucuito. *repositorio de tesis*. obtenido de <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/uancv/701>
- favier, m., samón, m., ruíz, y., & bonal, a. (2018). factores de riesgo y consecuencias del embarazo en la adolescencia. *infomed*.
- figueroa, l., & figueroa, l. (2017). conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *ciencias médicas de pinar del río*, 21, 193-301. obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v21n2/rpr20217.pdf>
- güemes, m., gonzález, m., & hidalgo, m. (2017). pubertad y adolescencia. *adolescere*, 1, 7-22.
- hernández sampieri, r., fernández collado, c., & baptista lucio, p. (2010). *metodología de la investigación*. méxico d.f: mcgraw-hill / interamericana editores, s.a. de c.v. obtenido de http://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/metodologia%20de%20la%20investigaci%c3%b3n%205ta%20edici%c3%b3n.pdf
- hernández, r., fernández, c., & baptista, p. (2010). *metodología de la investigación*. (5ta ed.). méxico d.f: mc graw hill.
- madrigal, d., & garcía, a. (2015). conocimientos, actitudes y prácticas del embarazo en adolescencia, en adolescentes del sector 1 y sector 4 del municipio de cuapa, chontales. noviembre 2015. *repositorio institucional unan, managua*. obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/4549/>
- martínez, j. (08 de 05 de 2019). *la adolescencia: una etapa en la historia natural del*. obtenido de universidad de valencia: <https://www.uv.es/ayala/interes/jvmc1/jvcap25.pdf>
- mayenco, f., mironovich, e., & marcos, p. (2014). rompiendo mitos: la sexualidad de los pacientes con trastorno mental grave a través de los mitos. *aeesme.org*, 2-5. obtenido de <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/09/investigacion-accesit-ii-2013.pdf>

moreno, l., & malespín, v. (2014). complicaciones en el embarazo en adolescentes que acudieron al hospital primario yolanda mayorga de tipitapa, de enero a junio 2014. *repositorio unan*. obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/3635/1/72166.pdf>

muggenburg rodríguez, m., & perez cabrera, i. (enero de 2007). *revista enfermería universitaria eneo-unam*. obtenido de tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa.:
www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/download/30300/28145

padilla, b., & wilson, t. (2019). factores de riesgo en el embarazo de las adolescentes del sector 8 de el rama, del 01 enero de 2016 al 30 de diciembre de 2016. *repositorio unan, managua*. obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/10290>

piura lópez, j. (2008). *metodología de la investigación científica: un enfoque integrador*. managua: 6.ed isbn:99924-59-63-8.

velázquez , s. (2013). sexualidad responsable. *sistema de universidad virtual*. obtenido de shorturl.at/itcdf

vélez, m. (25 de 03 de 2011). *la crónica del quindío*. obtenido de inicio precoz de la sexualidad en adolescentes: <https://urlzs.com/z8zvh>

Encuesta de línea de base sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y vih/sida en niños, niñas y adolescentes en dajabón y wanament. Republica Dominicana. 2016 Unicef - OMS

XVI. ANEXOS



FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA DE CHONTALES
“Cornelio Silva Argüello”

2019, “Año de la Reconciliación”

DEPARTAMENTO CIENCIAS, TECNOLOGÍA Y SALUD

ENCUESTA

Somos estudiantes de la carrera de medicina y estamos realizando esta encuesta para determinar el nivel de conocimiento y actitudes de los y las adolescentes sobre los factores de riesgo en el embarazo en el municipio de morrito departamento de Río San Juan. Agradecemos su participación y su veracidad en sus respuestas.

I. Características Sociodemográfica.

1. Sexo:

Femenino

Masculino

2. Edad:

_____ Años.

3. Grado de Escolaridad:

Primaria

Secundaria

Universidad

4. Orientación sexual:

Heterosexual

Homosexual

Bisexual

5. Actualmente Pareja:

Si

No

6. Procedencia:

Urbano

Rural

II. Conocimientos sobre sexualidad.

(Marque con una X su respuesta).

N°	CUESTIONARIO	SI	NO
1	¿Conoces acerca de la menstruación?		
2	¿Conoces el tiempo de la menstruación?		
3	¿Sabes acerca del periodo de ovulación?		
4	¿Conoces acerca del líquido pre-seminal (lubricación) en hombres?		
5	¿El líquido pre-seminal puede embarazar?		
6	¿Sabes que es la masturbación?		
7	¿Te has masturbado?		
8	¿Conoces los métodos anticonceptivos?		
9	¿La marcha atrás/coito interrupto, es un método anticonceptivo bastante seguro?		
10	¿Si se lava con cuidado podemos utilizar el preservativo varias veces?		
11	¿Para utilizar anticonceptivas hormonales se ha de acudir a un centro sanitario?		
12	¿Tener relaciones sexuales completas durante la regla es un método seguro para evitar el embarazo?		
13	¿Las pastillas anticonceptivas son eficaces si se toman antes de cada relación sexual?		
14	¿Tomar pastillas anticonceptivas protege frente a las ETS?		
15	¿El único método que protege frente a ETS es el preservativo?		
16	¿Las ETS son frecuentes en nuestra sociedad?		

III. Actitudes sobre sexualidad

Para prevenir el embarazo en los adolescentes (hombres y mujeres), ¿cuál de las siguientes alternativas consideras la más eficaz?

- Usar condón
- Otros anticonceptivos
- Métodos naturales
- No tener relaciones sexuales
- Otras ¿Cuáles? _____

¿Alguna vez te han hecho sentir incomodo (a) al hacerle propuestas, comentarios, gestos, bromas, chistes, sonidos o insinuaciones de tipo sexual?

- Sí
- No

¿Alguna vez alguien te hizo sentir incómodo (a) al tocar alguna parte de tu cuerpo de manera sexual sin que tú quisieras?

- Si
- No

¿Has tenido relaciones sexuales?

- SI Edad de la primera vez: _____ años

La primera vez fue:

- Forzado (a) o inducido (a)
- Por voluntad propia
- NO

Qué piensas frente a un embarazo no deseado con respecto a:

a. ¿qué actitud asumirías frente a un embarazo no deseado?

- Interrumpir el embarazo
- Dejar que nazca él bebe y criarlo
- Dejar que nazca él bebe y darlo en adopción
- Iniciar una unión o conformar un hogar

Huir de la casa

b. ¿Quiénes participarían en la decisión de un embarazo no deseado?

- | | |
|----------------|--------------------------|
| Tú sólo (a) | <input type="checkbox"/> |
| Tú y tú pareja | <input type="checkbox"/> |
| Tu pareja | <input type="checkbox"/> |
| Tus padres | <input type="checkbox"/> |
| Tus amigos | <input type="checkbox"/> |

IV. Factores de riesgo en la sexualidad.

(Encierre su respuesta con un círculo)

¿Cuántos años tenías cuando tuviste relaciones sexuales por primera vez?

- a. Nunca he tenido relaciones sexuales.
- b. 11 años o menos.
- c. 12 años.
- d. 13 años.
- e. 14 años.
- f. 15 años.
- g. 16 años.
- h. 17 años o más

¿Durante toda tu vida, con cuantas personas has tenido relaciones sexuales?

- a. Nunca he tenido relaciones sexuales.
- b. 1 persona
- c. 2 personas
- d. 3 personas
- e. 4 personas
- f. 5 personas
- g. 6 personas o más

¿Durante los últimos 3 meses, con cuantas personas has tenido relaciones sexuales?

- a. Nunca he tenido relaciones sexuales
- b. He tenido relaciones sexuales pero no en los últimos 3 meses
- c. 1 persona
- d. 2 personas

- e. 3 personas
- f. 4 personas
- g. 5 personas
- h. 6 personas o más

¿Tomaste alcohol o usaste drogas antes de tener relaciones sexuales la última vez?

- a. Nunca he tenido relaciones sexuales
- b. Si
- c. No

¿La última vez que tuviste relaciones sexuales, usaste tú o tu pareja un condón?

- a. Nunca he tenido relaciones sexuales
- b. Si
- c. No

¿La última vez que tuviste relaciones sexuales, qué método para evitar el embarazo usaste tú o tu pareja? (Escoge sólo una respuesta)

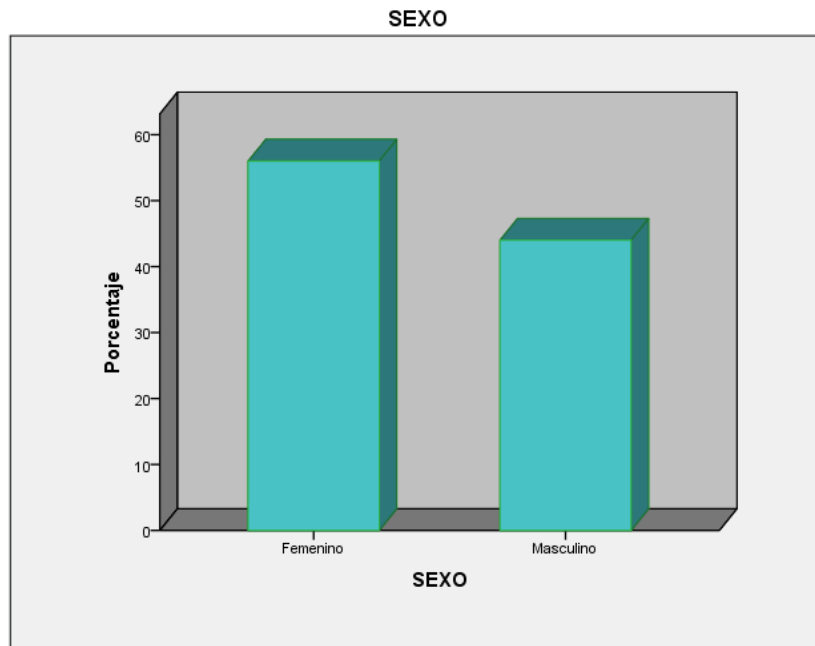
- a. Nunca he tenido relaciones sexuales
- b. No usamos ningún método para evitar embarazo
- c. Pastillas anticonceptivas
- d. Condón
- e. Retirarse antes del orgasmo
- f. Otro método distinto
- g. No sé exactamente

¿Cuántas veces has estado embarazada o Tú has dejado embarazada a alguien?

- a. Ninguna vez
- b. 1 vez
- c. 2 veces o más
- d. No sé exactamente

¡A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD!

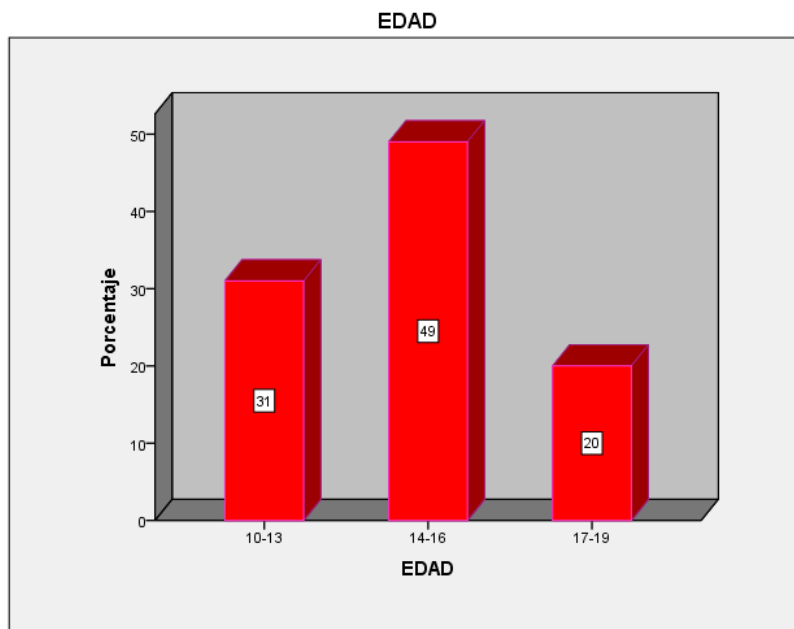
Grafico N°1.



Fuente: Encuesta.

De acuerdo al sexo en los alumnos de la escuela delfina Quezada en el periodo enero –junio 2019, el femenino son 56 equivalente al 56%, masculinos fueron 44 equivalentes al 44%.

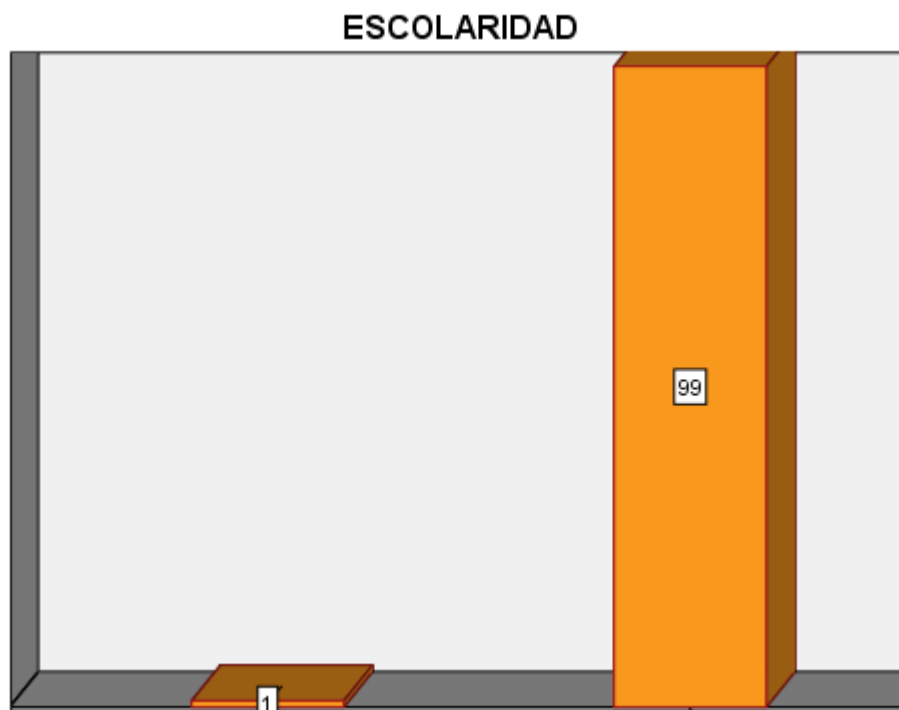
Grafico N°2.



Fuente: Encuesta

De acuerdo a la edad en los alumnos de la escuela delfina Quezada en el periodo enero – junio 2019. Los jóvenes adolescentes encuestados predomina en las edades de 14 a 16 años con el 49%, de 10 a 13 con el 31% y de 17 a 19 años con el 20%.

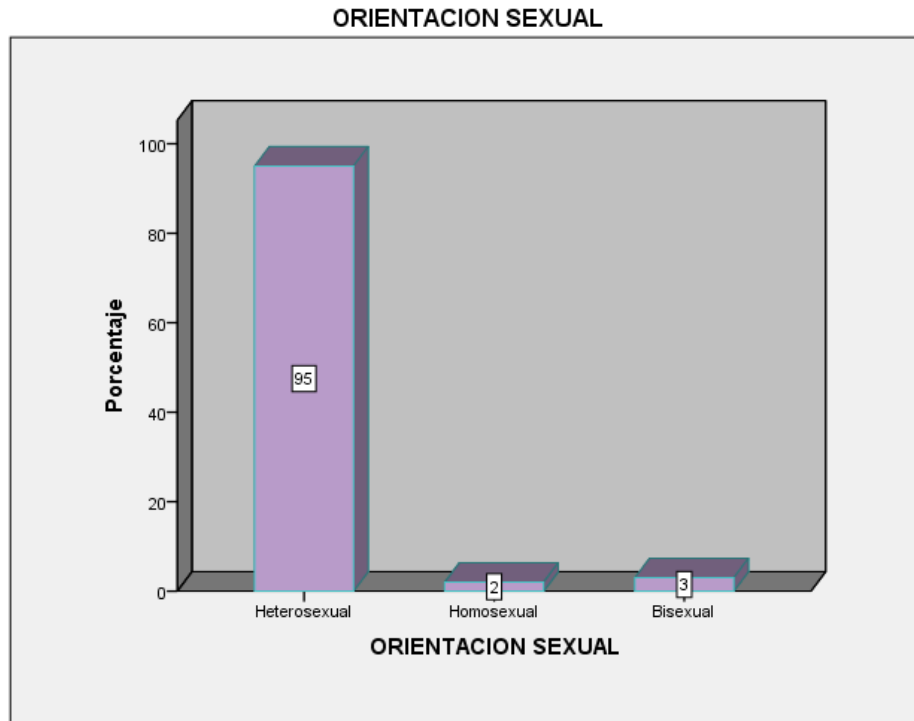
Grafico N°3.



Fuente: Encuesta.

Los alumnos de la escuela delfina Quezada en el periodo enero –junio 2019 corresponden al 99% a la escolaridad secundaria y un 1% a la primaria.

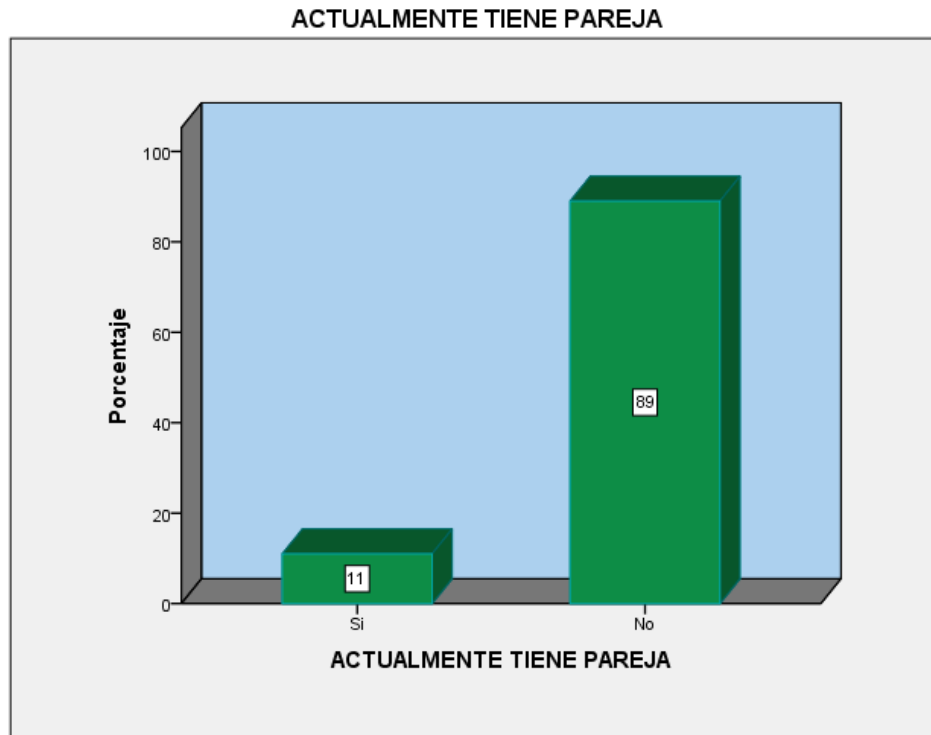
Gráfico N°4.



Fuente: Encuesta.

La orientación sexual de los (as) jóvenes adolescentes de la escuela Delfina Quezada en el periodo comprendido de enero –junio 2019 en su mayoría indicó ser heterosexual con el 95%, Bisexual el 3% y Homosexual el 2%.

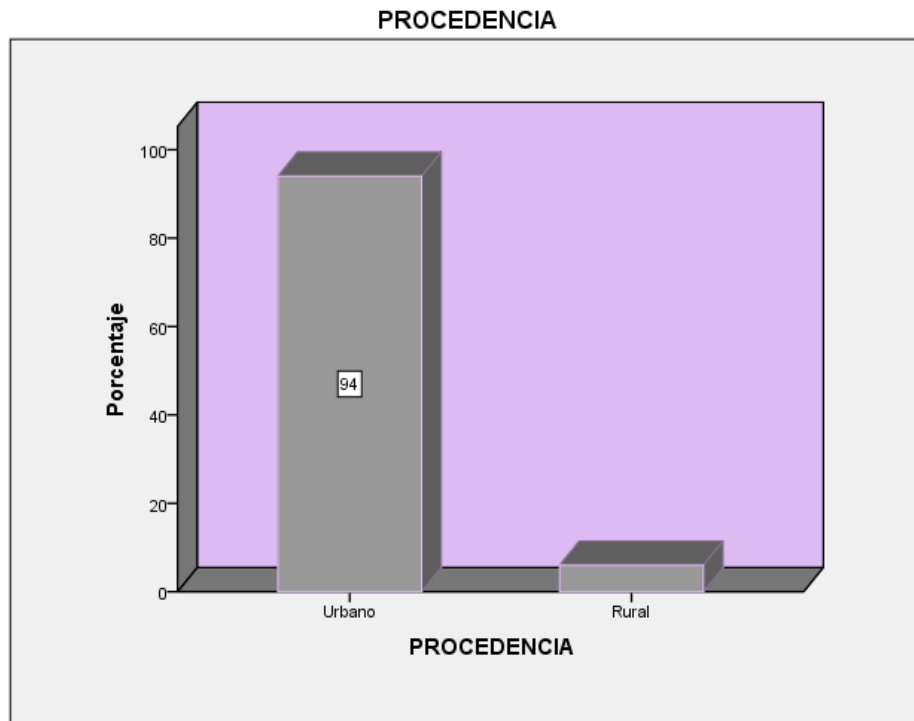
Gráfico N°5



Fuente: Encuesta.

De acuerdo a que si tienen pareja los jóvenes de la escuela Delfina Quezada el 89% no tiene y el 11 % si tiene.

Gráfico N°6.

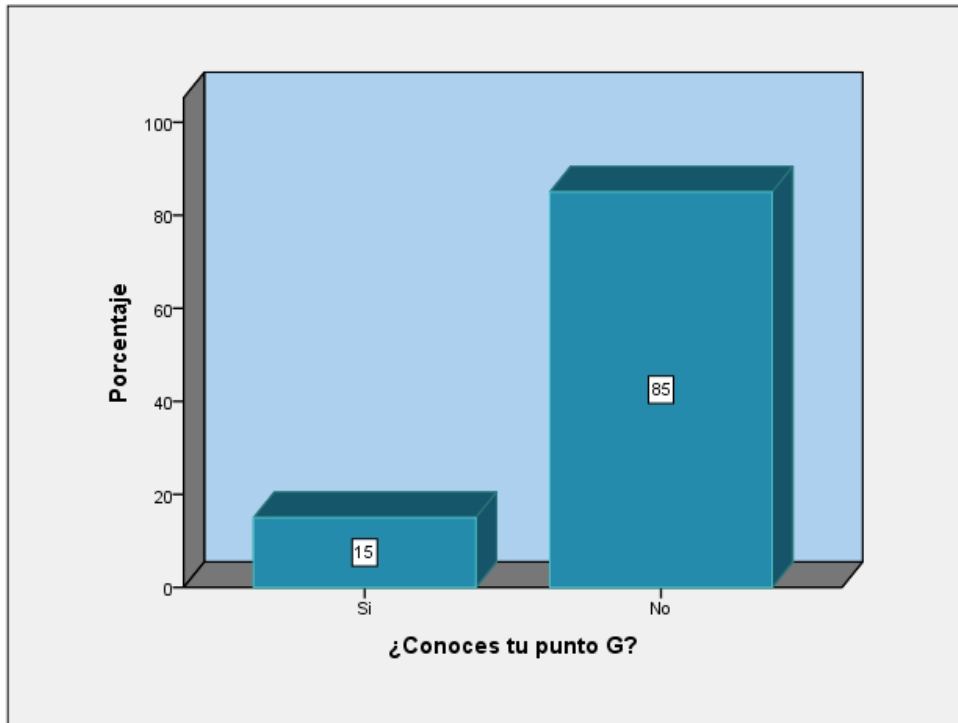


Fuente: Encuesta.

Con respecto a la procedencia de los estudiantes de la escuela Delfina Quezada en el período enero-junio 2019, un 94% son de procedencia urbana y el 6 % son de procedencia rural.

Gráfico N°9.

¿Conoces tu punto G?



Fuente: Encuesta.

El 85 % de los alumnos de la escuela Delfina Quezada no conoce el punto G y el 15% si conoce de este mismo.

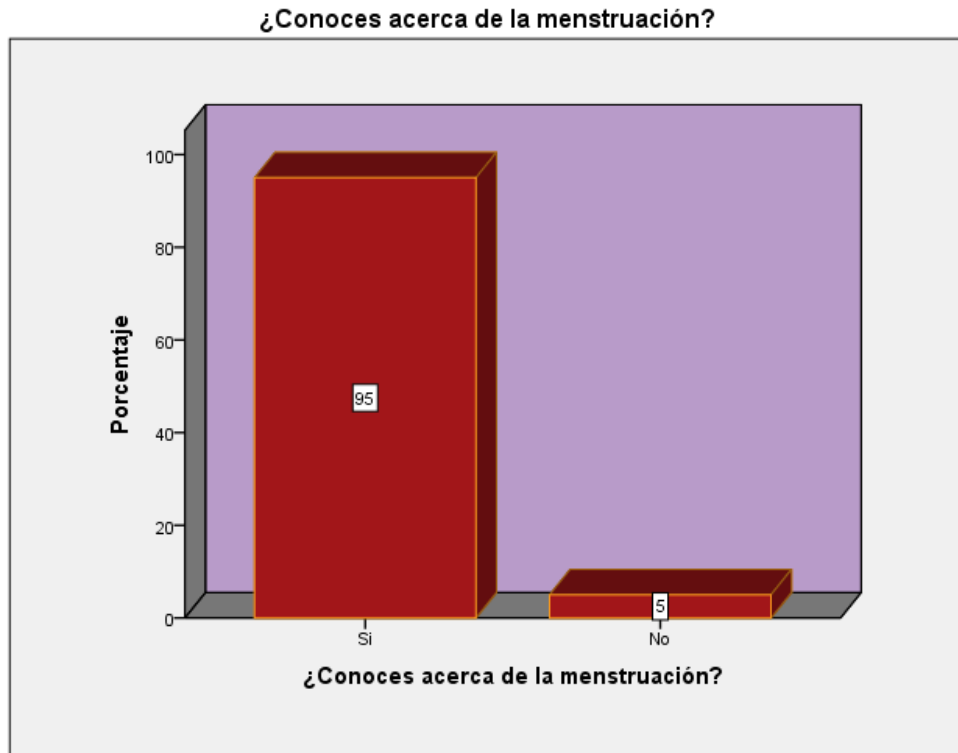
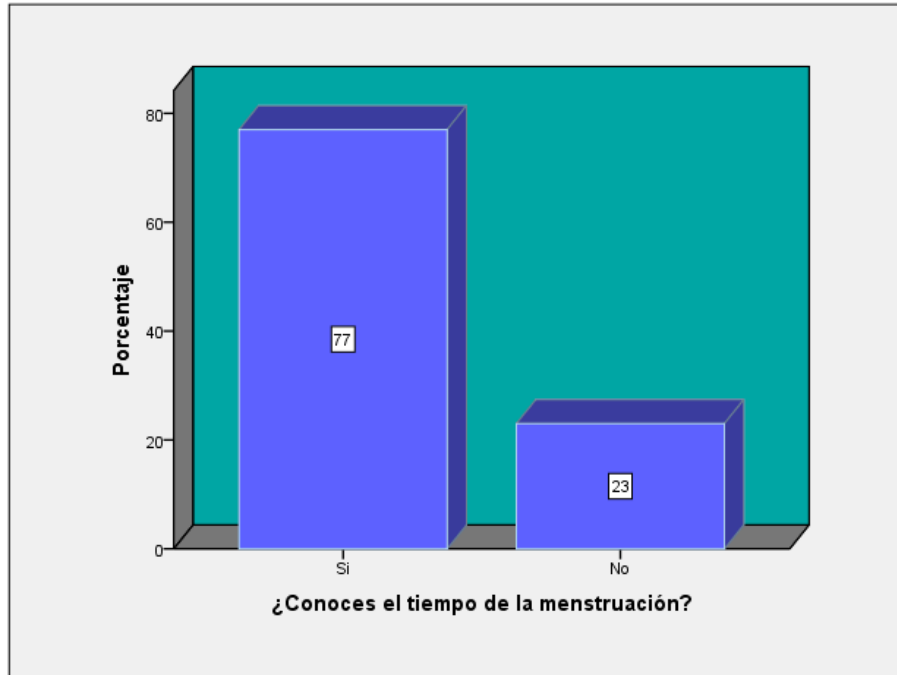


Gráfico N°10.

El 95% de los alumnos de la escuela Delfina Quezada si conoce que es la menstruación y solo un 5 % desconoce que es este.

Gráfico N°11

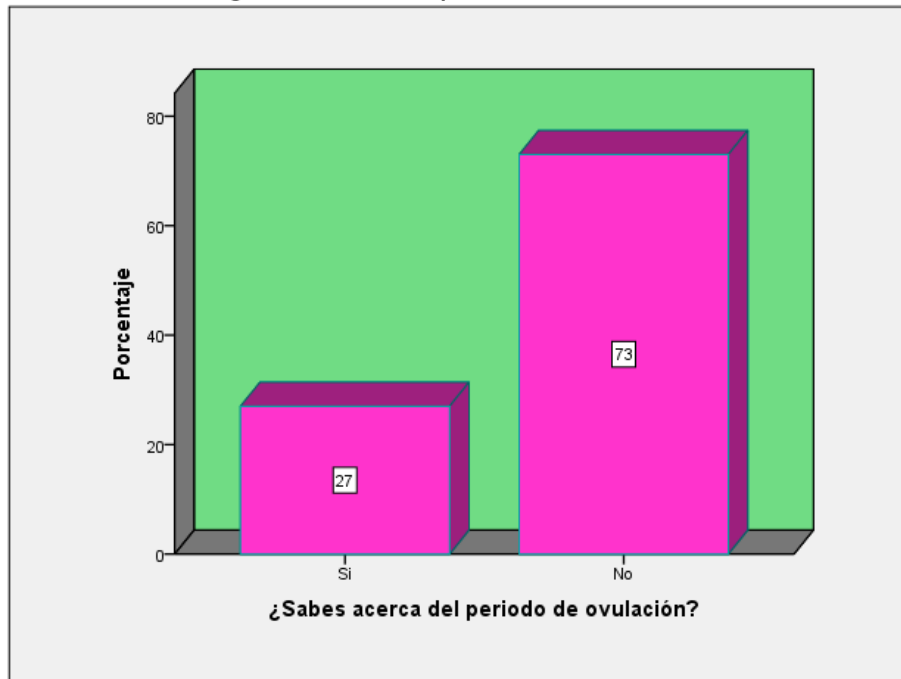
¿Conoces el tiempo de la menstruación?



Fuente: Encuesta.

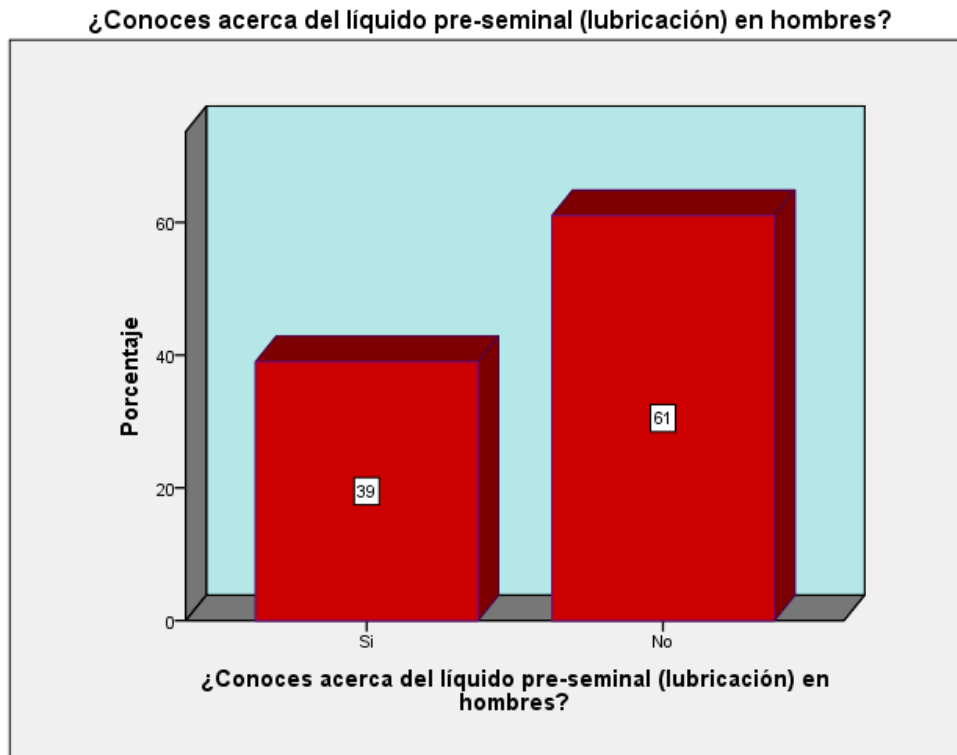
Gráfico N°12

¿Sabes acerca del periodo de ovulación?



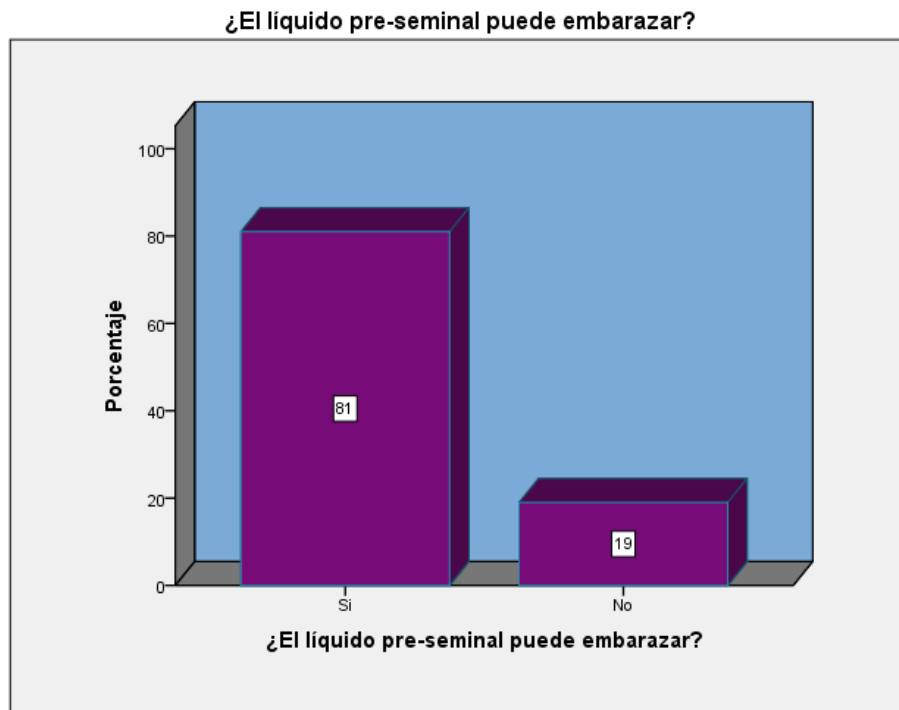
Fuente: Encuesta.

Gráfico N°13



Fuente: Encuesta.

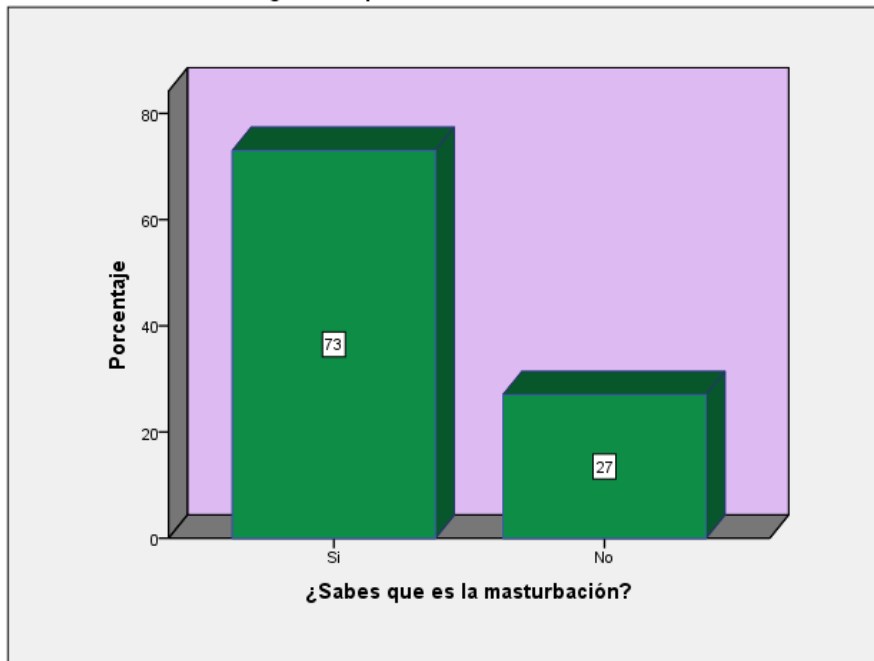
Gráfico N°14



Fuente: Encuesta.

Gráfico N°15.

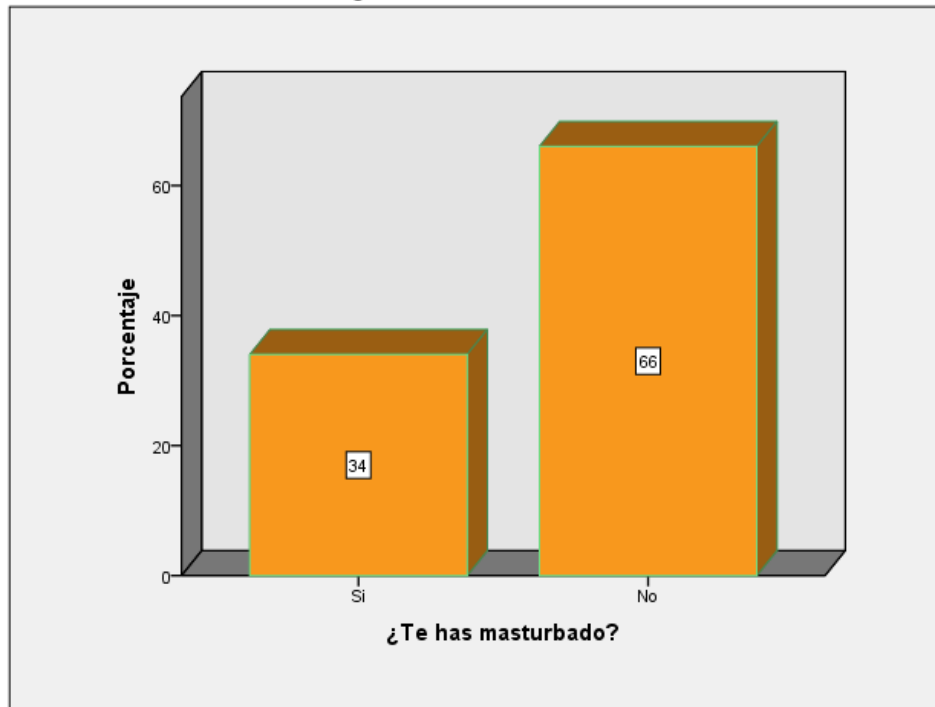
¿Sabes que es la masturbación?



Fuente: Encuesta.

Gráfico N°16.

¿Te has masturbado?



Fuente: Encuesta.

¿Crees que es malo masturbarse con frecuencia?

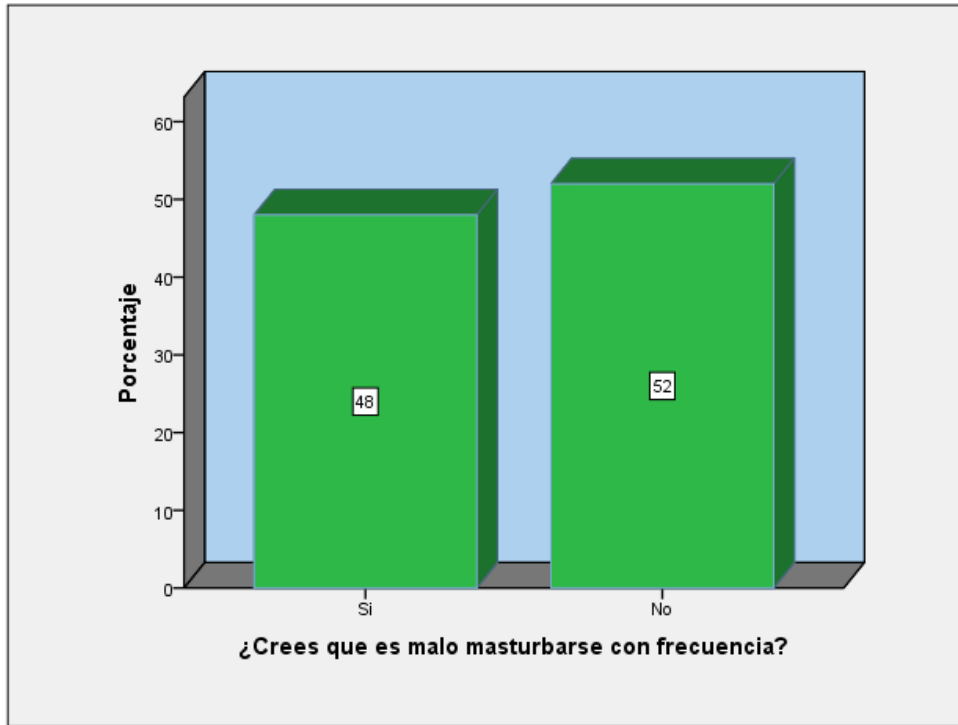
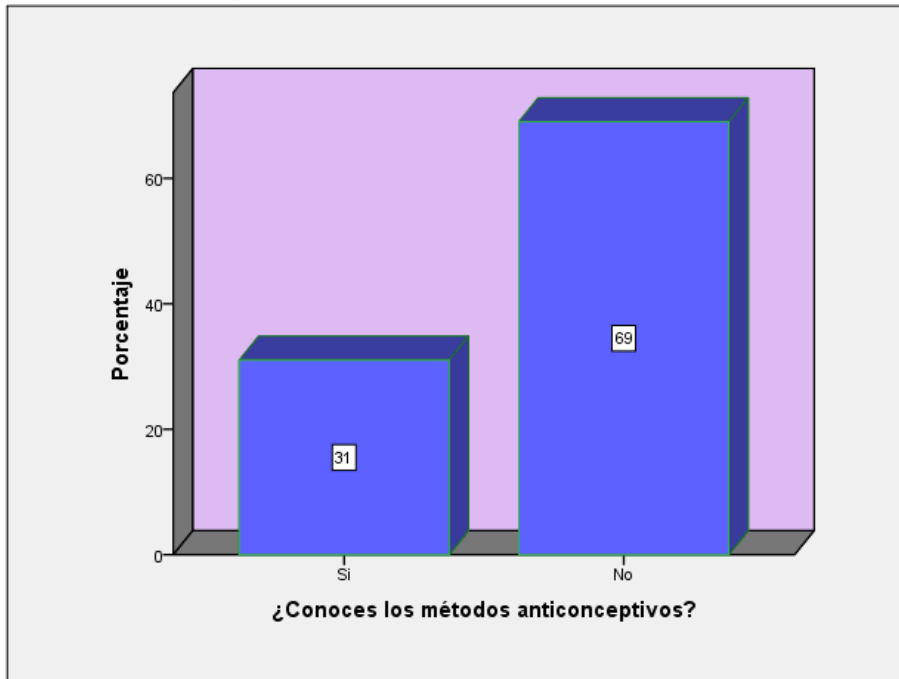


Gráfico N°17.

Fuente: Encuesta.

Gráfico N°18.

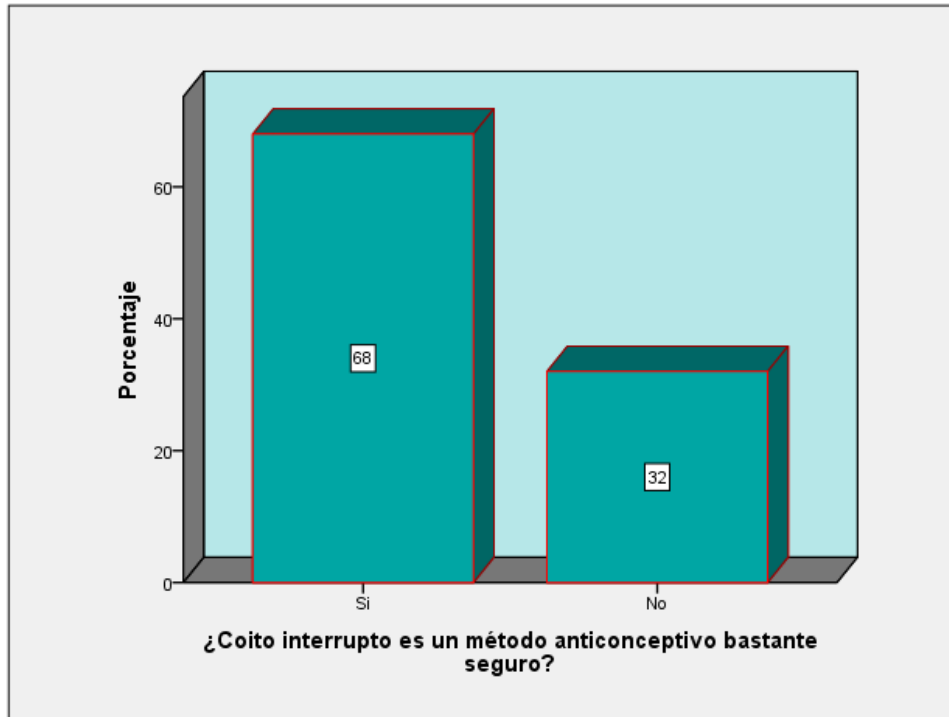
¿Conoces los métodos anticonceptivos?



Fuente: Encuesta.

Gráfico N°19.

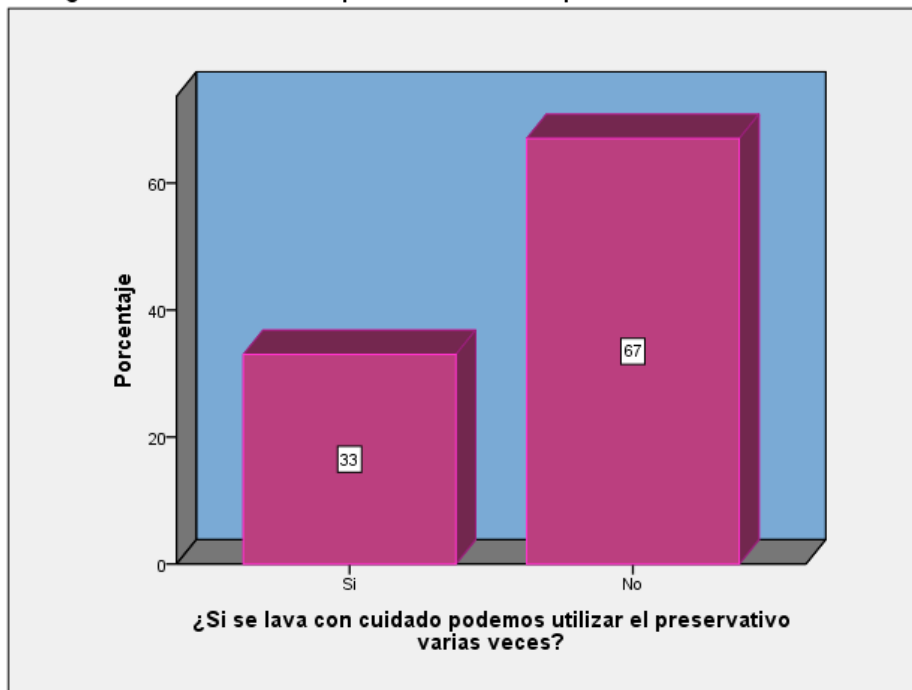
¿Coito interrumpido es un método anticonceptivo bastante seguro?



Fuente: Encuesta.

Gráfico N°20.

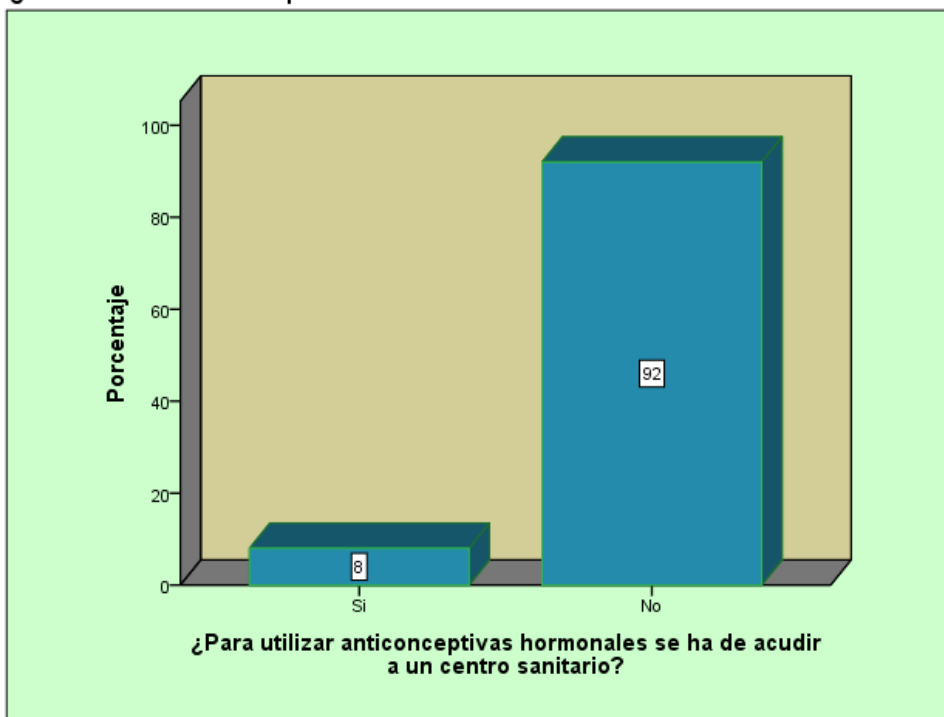
¿Si se lava con cuidado podemos utilizar el preservativo varias veces?



Fuente: Encuesta.

Gráfico N°21.

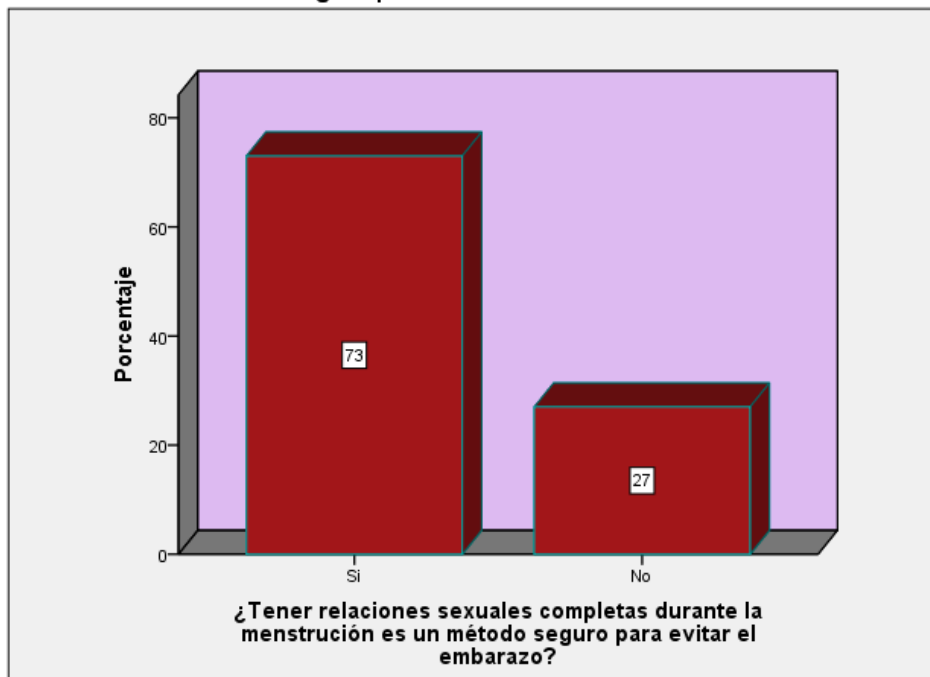
¿Para utilizar anticonceptivas hormonales se ha de acudir a un centro sanitario?



Fuente: Encuesta.

Gráfico N°22

¿Tener relaciones sexuales completas durante la menstruación es un método seguro para evitar el embarazo?



Fuente: Encuesta.

¿Tener relaciones sexuales completas durante la menstruación es un método seguro para evitar el embarazo?

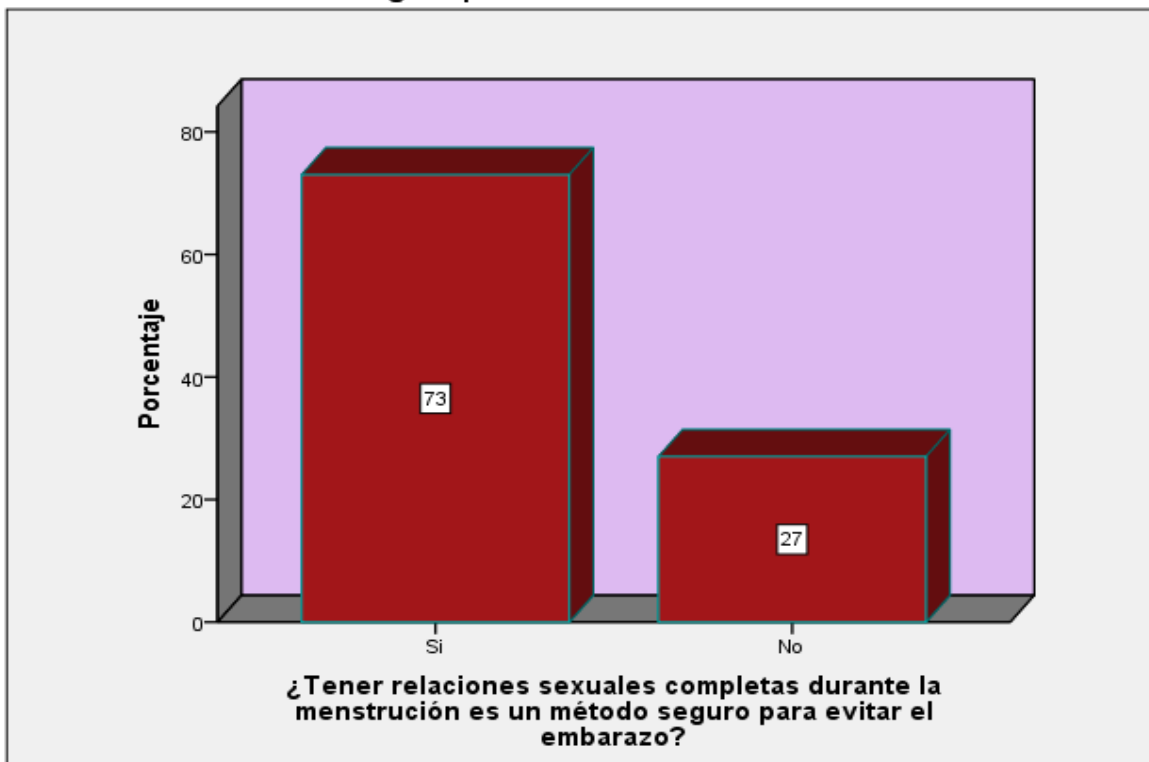
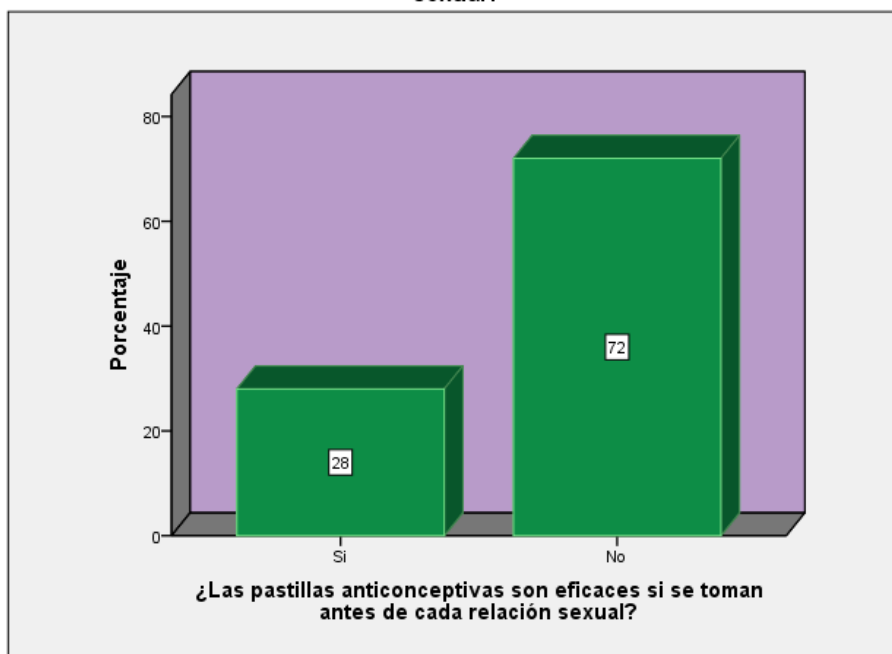


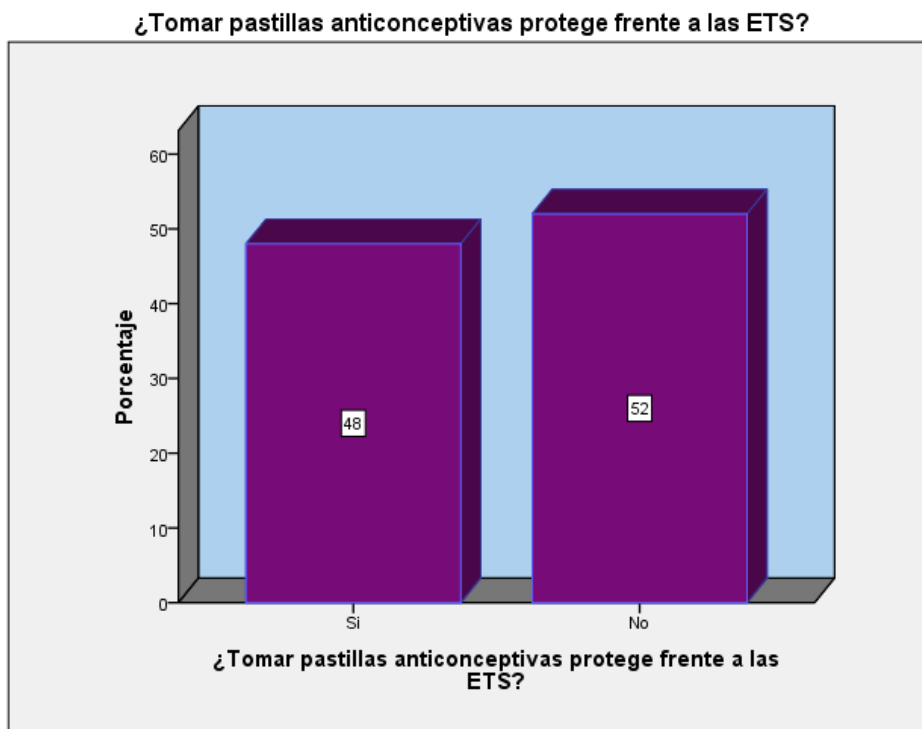
Gráfico N°23.

¿Las pastillas anticonceptivas son eficaces si se toman antes de cada relación sexual?



Fuente: Encuesta.

Gráfico N°24.



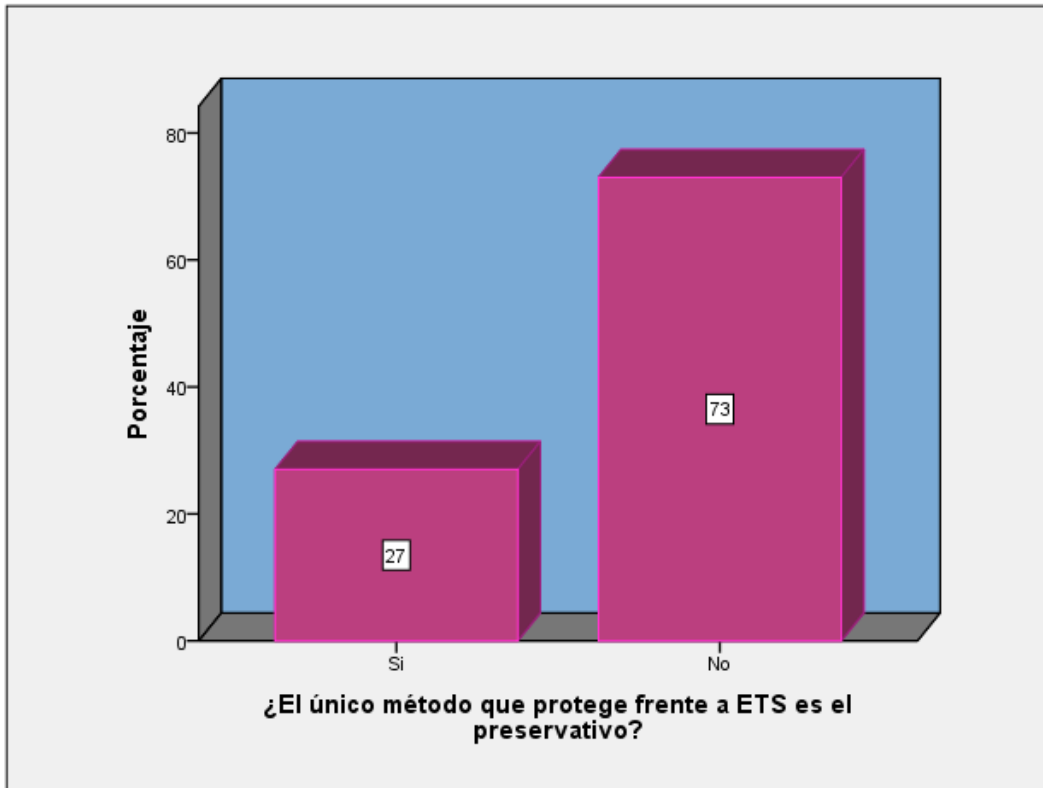
Fuente: Encuesta.

Gráfico N°25

Fuente: Encuesta.

Gráfico N°26

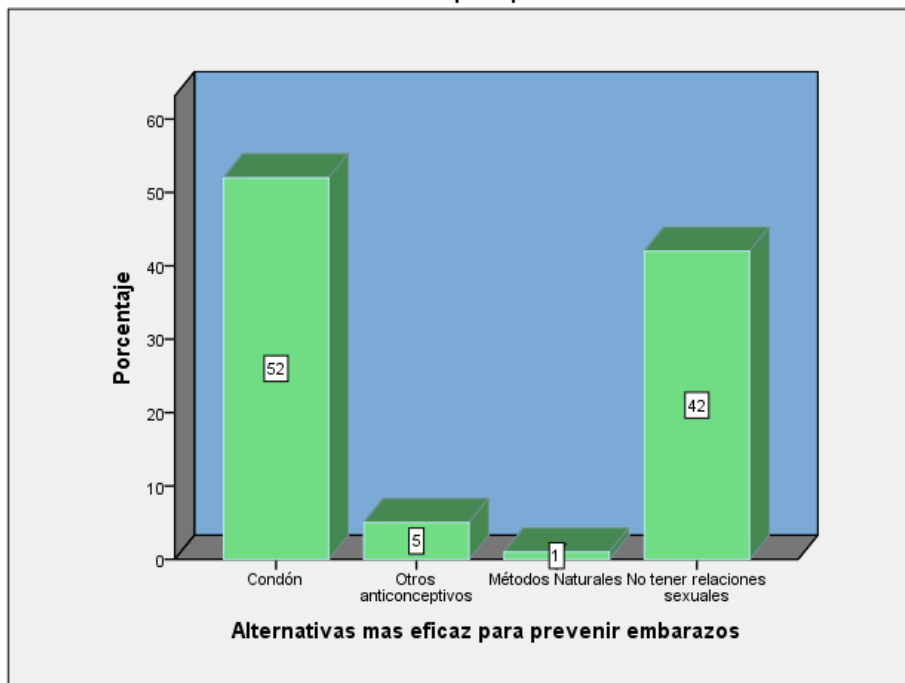
¿El único método que protege frente a ETS es el preservativo?



Fuente: Encuesta.

Gráfico N°27.

Alternativas mas eficaz para prevenir embarazos



Fuente: Encuesta.

Gráfico N°28.

Incomodidad sobre sexualidad (Propuestas, comentarios, gestos, bromas, etc)

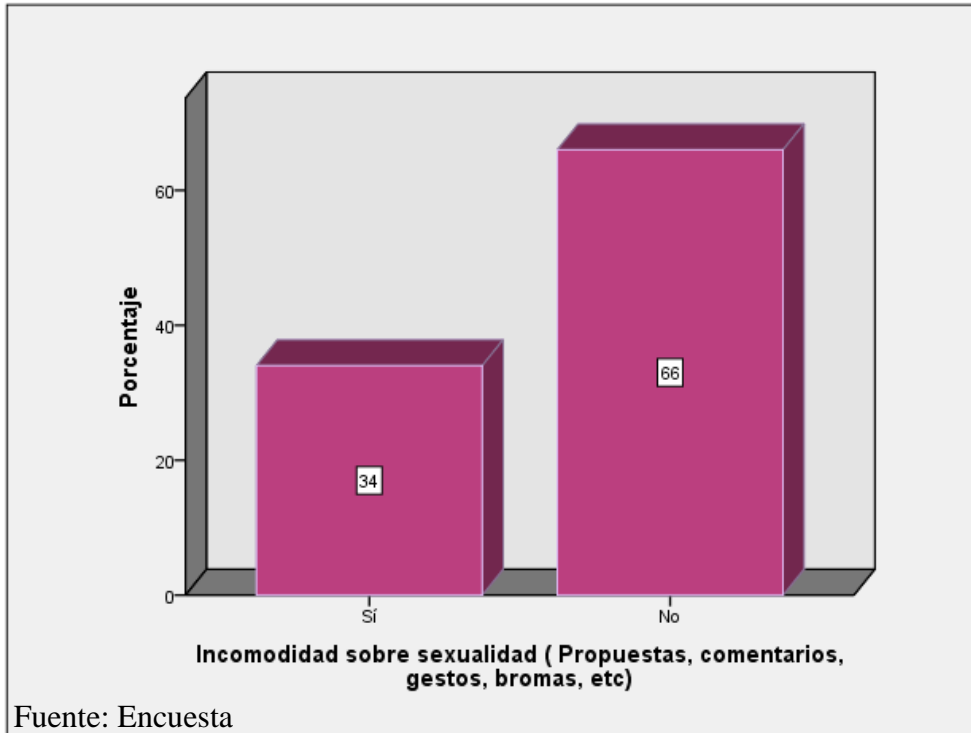
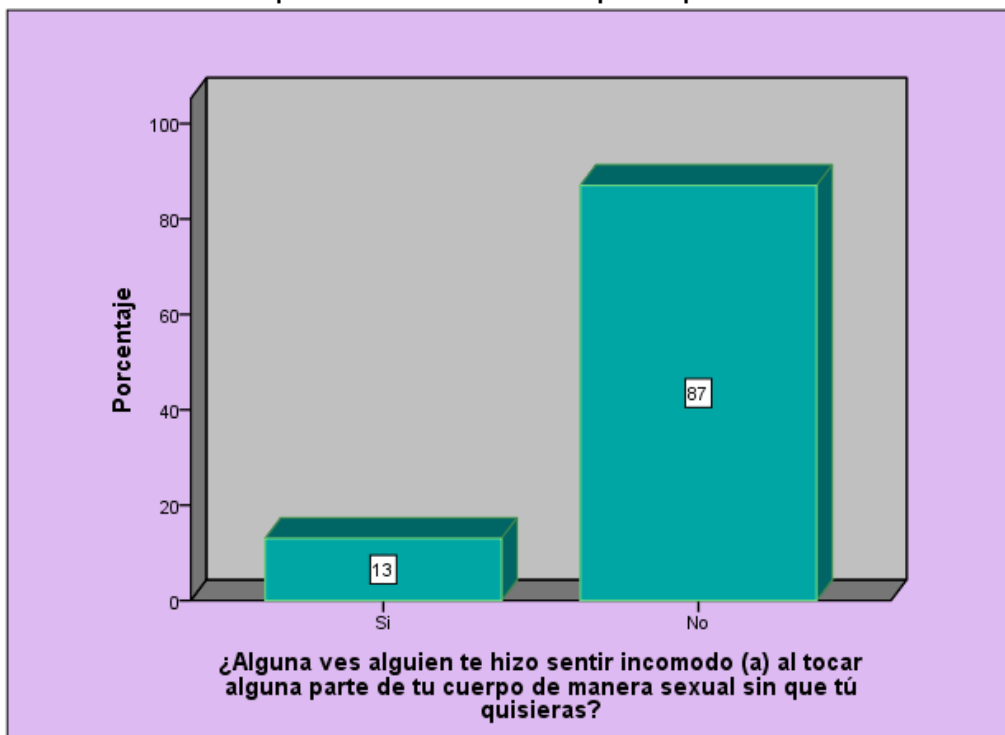


Gráfico N°29.

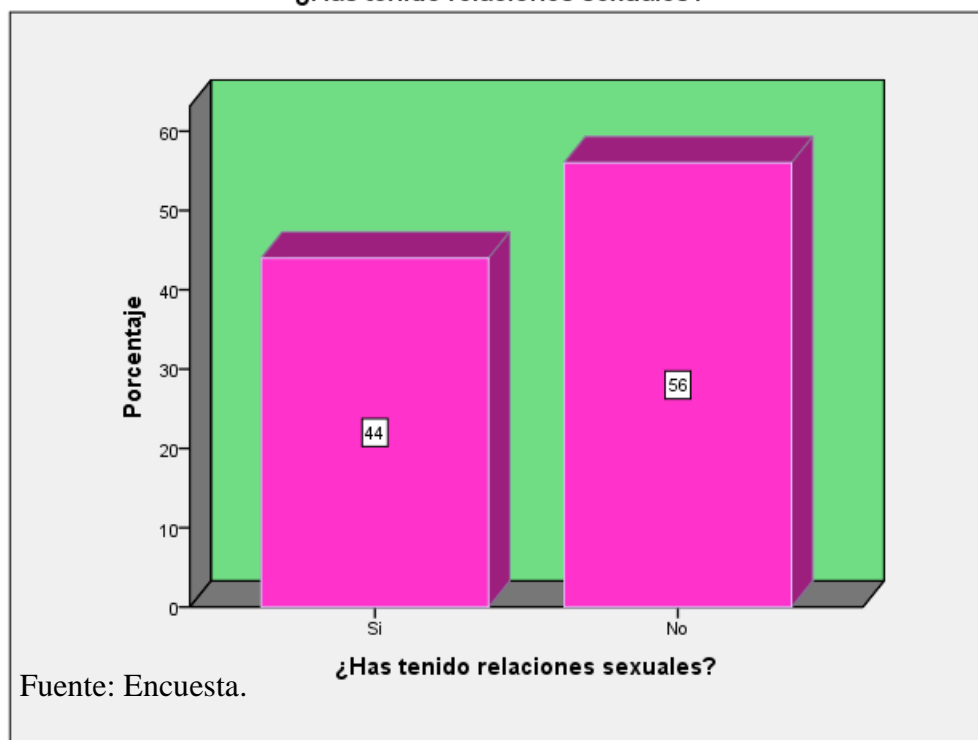
¿Alguna vez alguien te hizo sentir incomodo (a) al tocar alguna parte de tu cuerpo de manera sexual sin que tú quisieras?



Fuente: Encuesta.

Gráfico N°30.

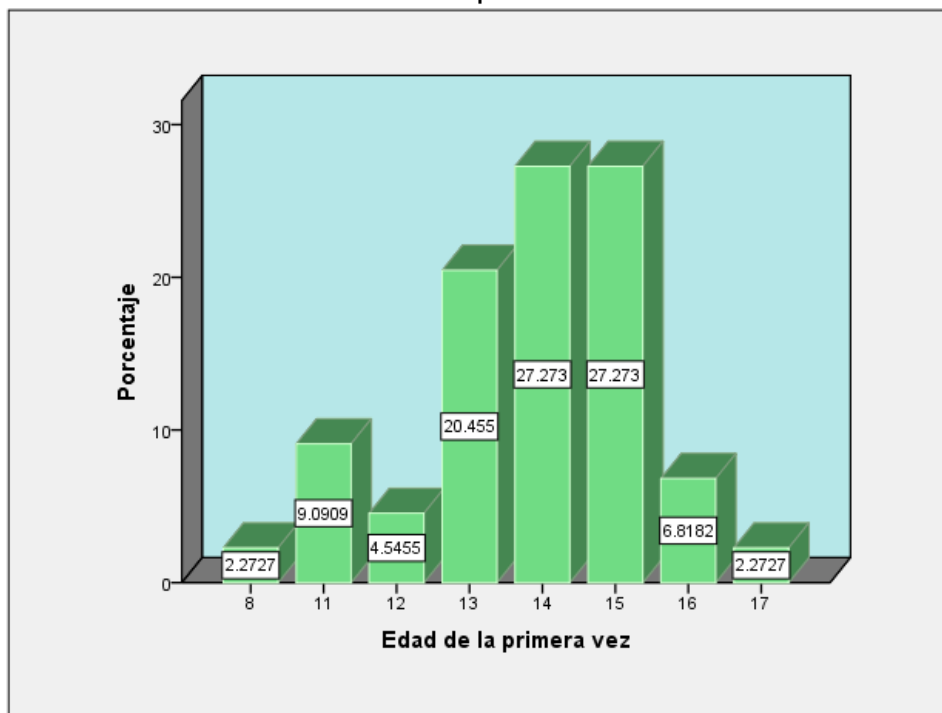
¿Has tenido relaciones sexuales?



Fuente: Encuesta.

Gráfico N°31.

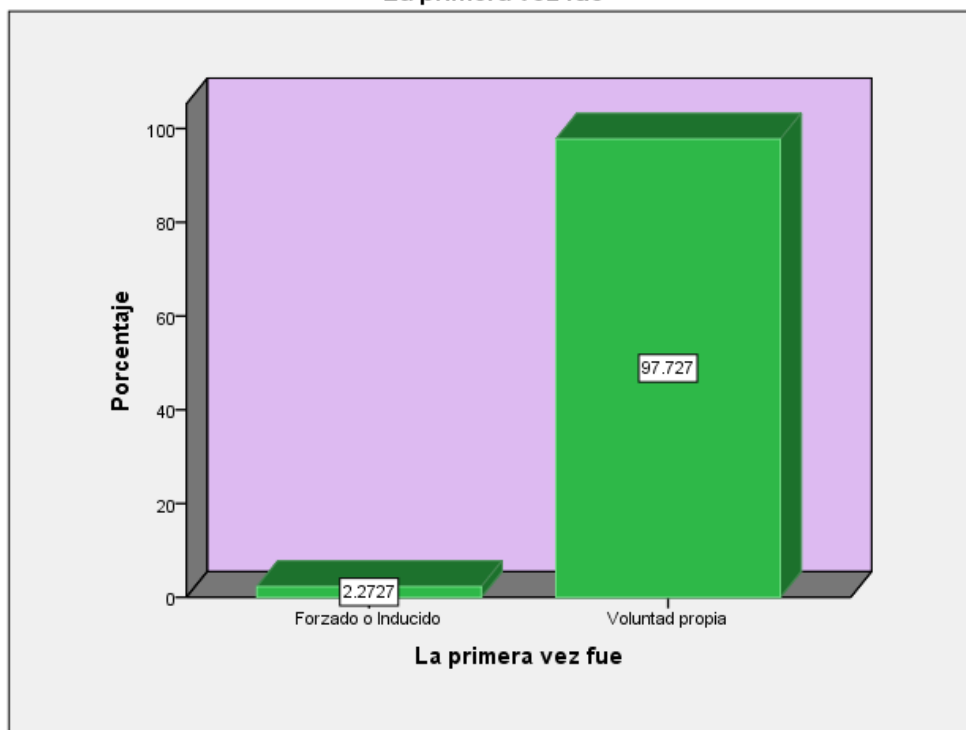
Edad de la primera vez



Fuente: Encuesta.

Gráfico N°32.

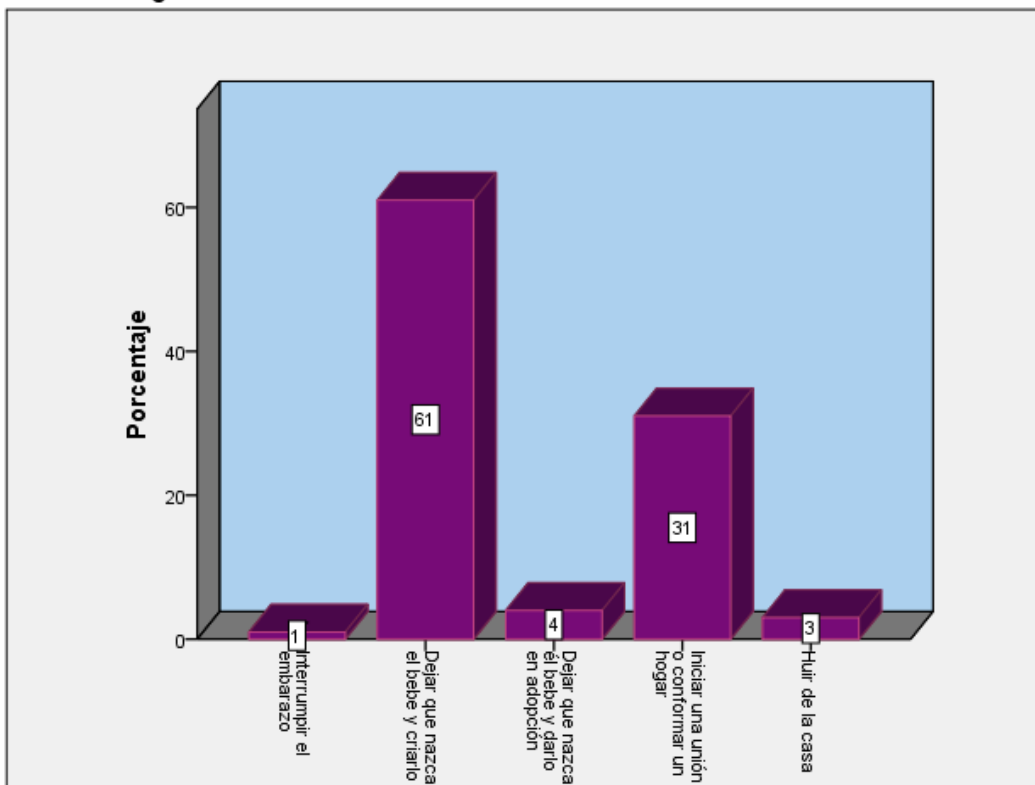
La primera vez fue



Fuente: Encuesta.

Gráfico N°33.

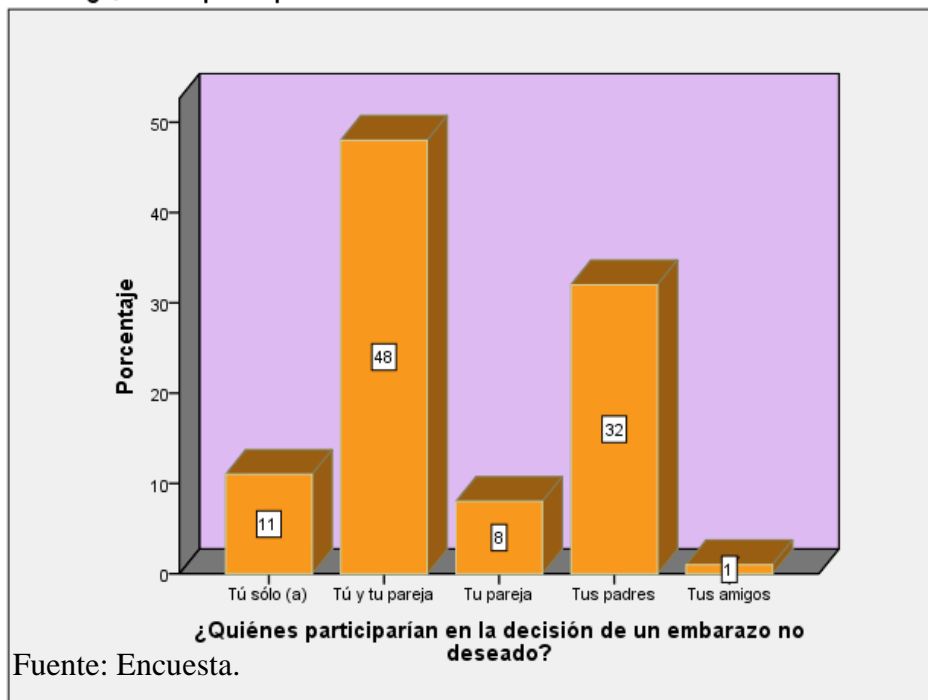
¿Qué actitud asumirías frente a un embarazo no deseado?



Fuente: Encuesta.

Gráfico N°34.

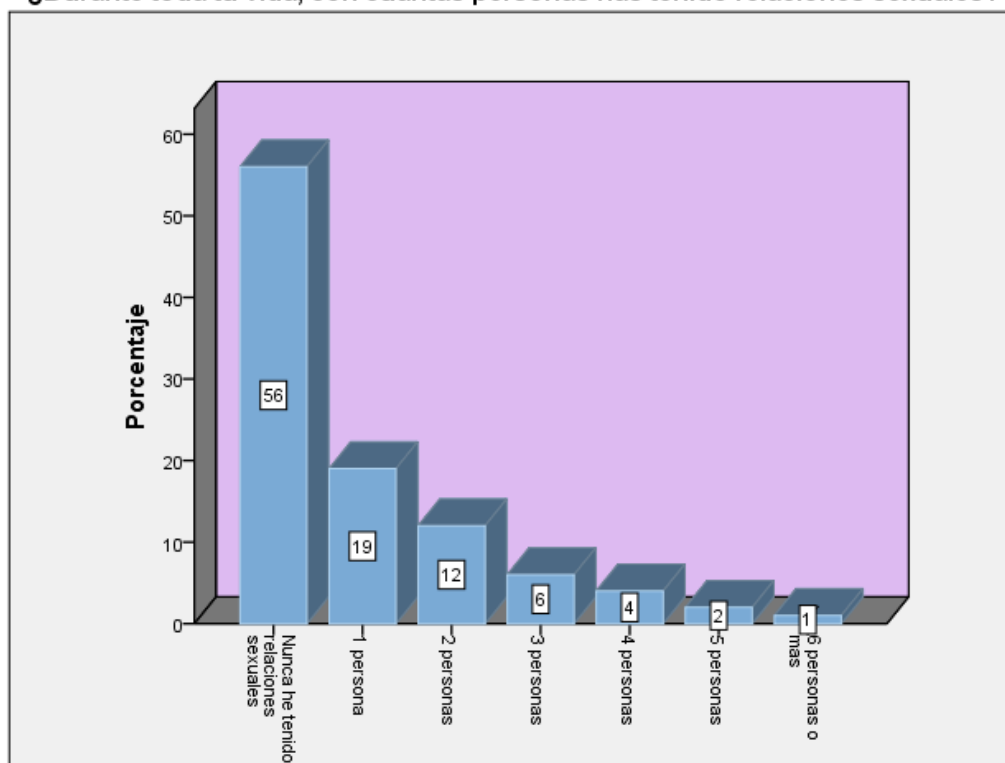
¿Quiénes participarían en la decisión de un embarazo no deseado?



Fuente: Encuesta.

Gráfico N°35.

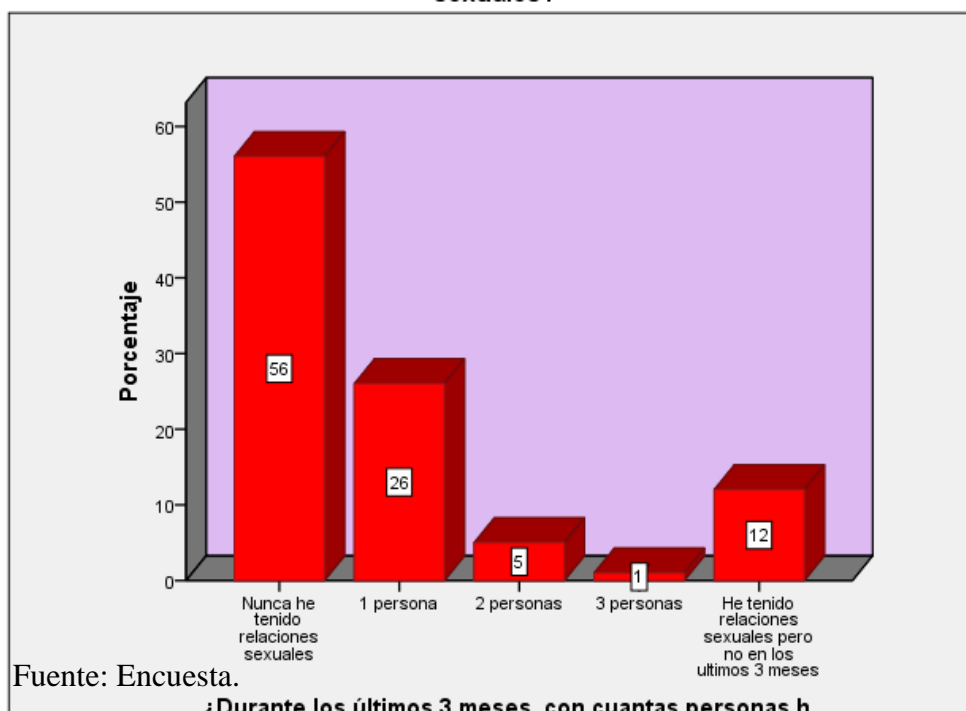
¿Durante toda tu vida, con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?



Fuente: Encuesta.

Gráfico N°36.

¿Durante los últimos 3 meses, con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?

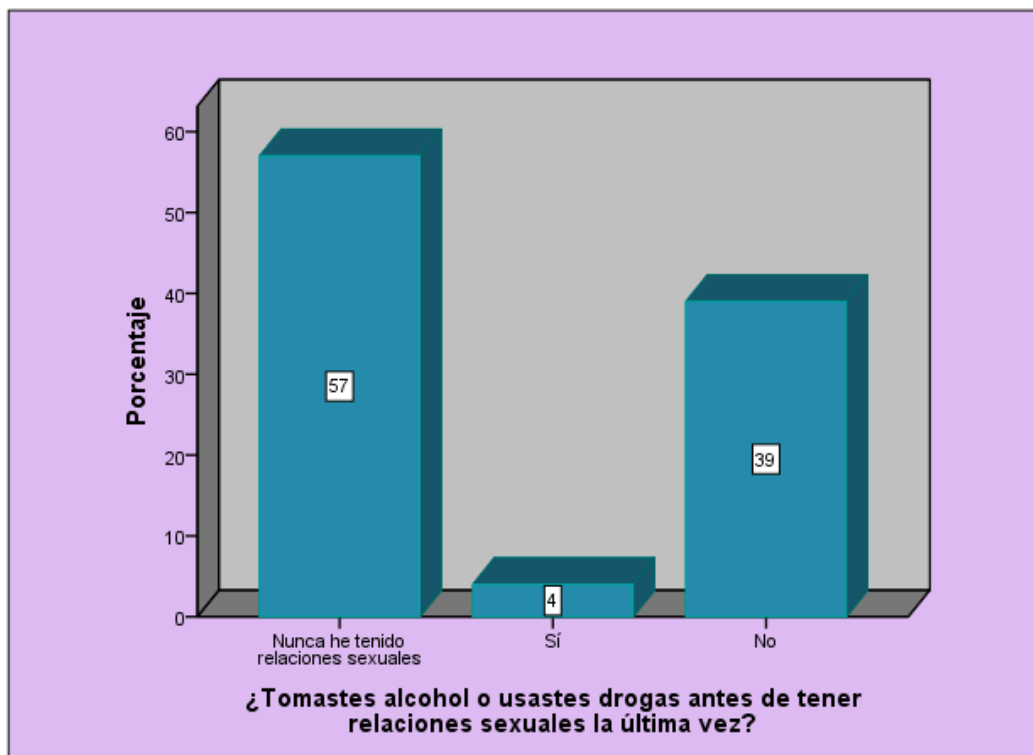


Fuente: Encuesta.

¿Durante los últimos 3 meses, con cuántas personas h...

Gráfico N°37.

¿Tomastes alcohol o usastes drogas antes de tener relaciones sexuales la última vez?



Fuente: Encuesta.

Gráfico N°38.

¿La última vez que tuvistes relaciones sexuales, usastes tú o tu pareja un condón?

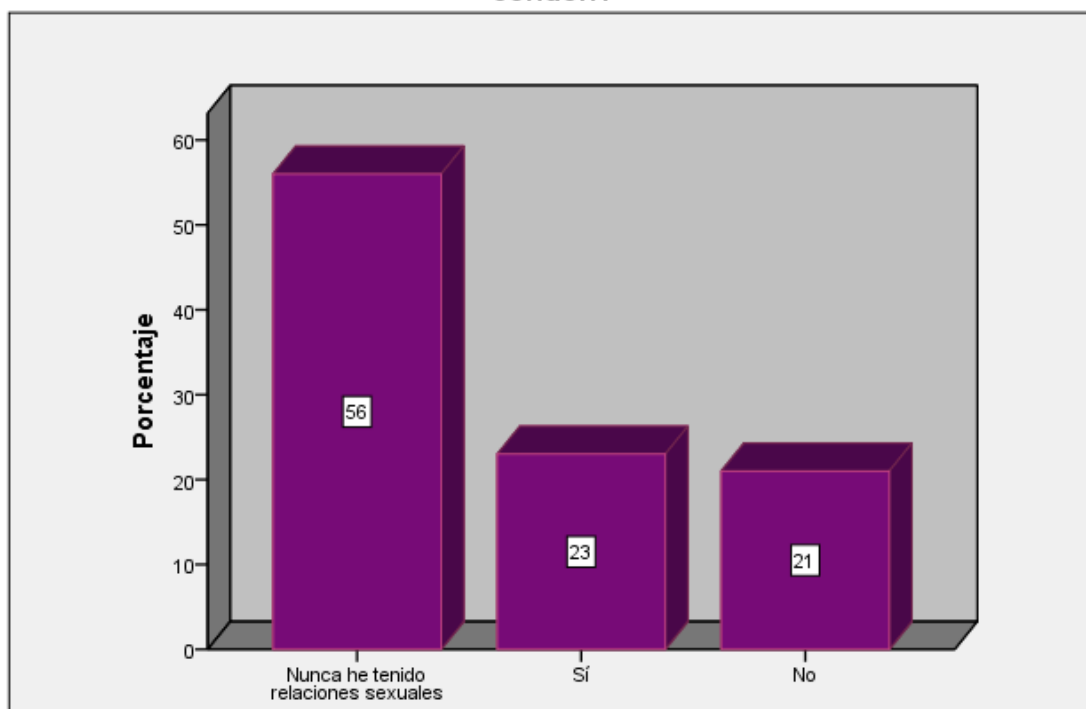
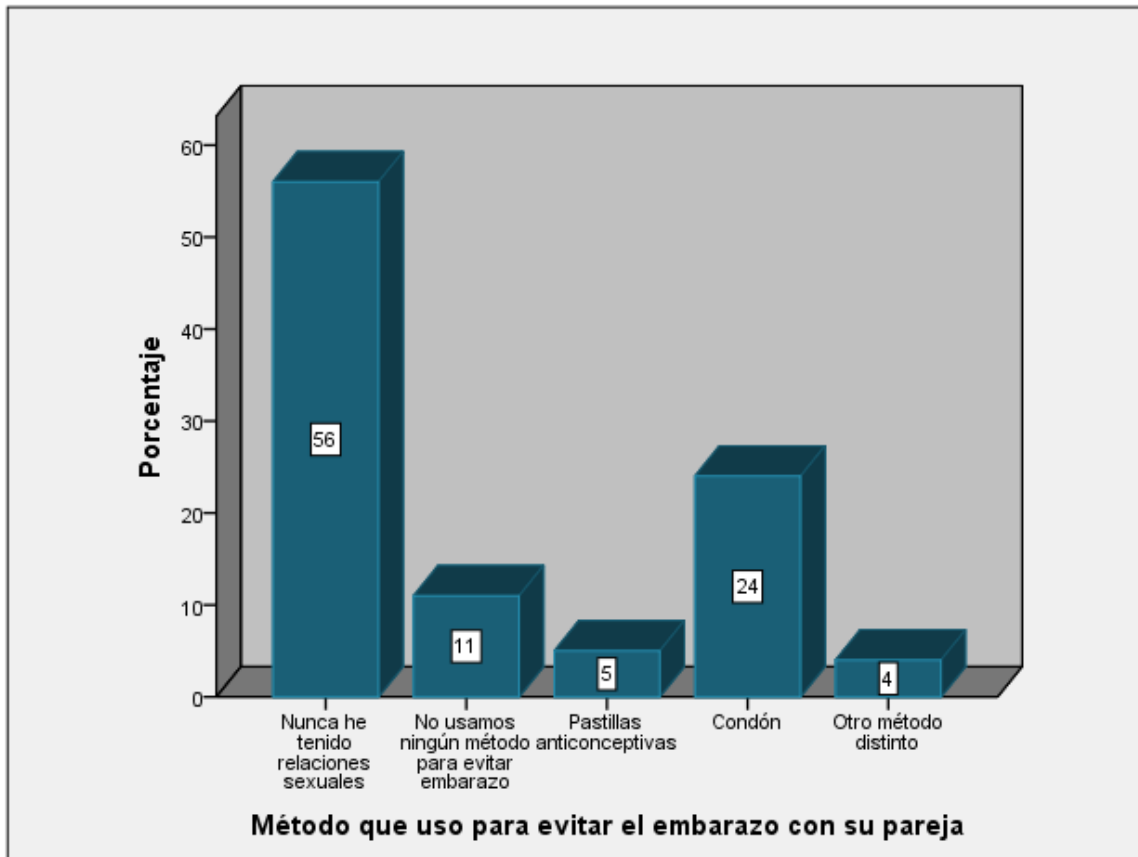
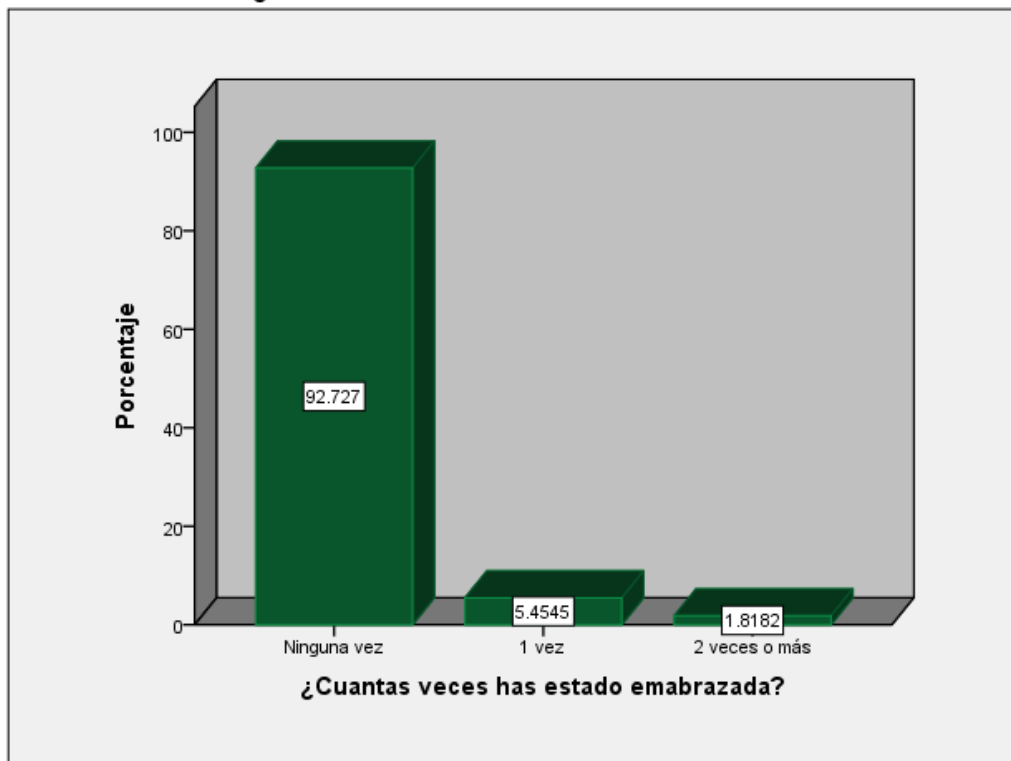


Gráfico N°39.
Método que uso para evitar el embarazo con su pareja



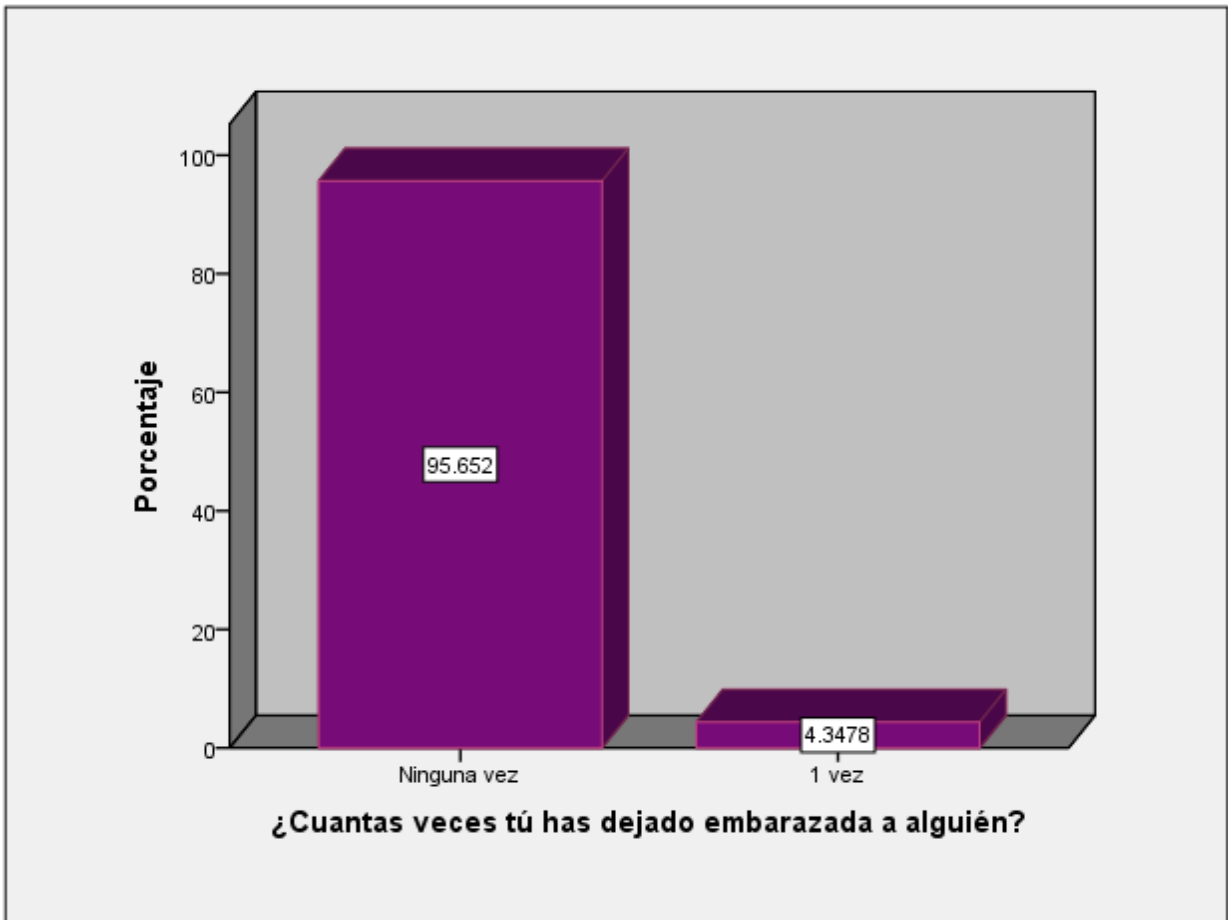
Fuente: Encuesta.

Gráfico N°40.
¿Cuántas veces has estado embarazada?



Gráfica N°41.

¿Cuántas veces tú has dejado embarazada a alguien?



Fuente: Encuesta.

Mapa de MORRITO.

