



RESUMEN

Objetivo: Determinar los conocimientos y prácticas sobre sexualidad que tienen los estudiantes del Colegio UNEDID de la Ciudad de Cuenca.

Material Y Métodos: es un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo que se llevó a cabo en los estudiantes del colegio UNEDID en el año lectivo 2012,

Se trabajó con un universo finito de 384 adolescentes escolarizados.

Se utilizó la entrevista para la recolección de la información en un formulario elaborado por las investigadoras y aplicado a los estudiantes, previa autorización de sus padres y asentimiento de ellos.

La información obtenida mediante los formularios, se procesó en los programas SPSS y Excel, el que aportó con elementos para su análisis descriptivo. Los datos se presentan en forma de tablas con frecuencias, porcentajes.

Resultados: la investigación identificó que 172 estudiantes (45%) piensan que no hay riesgo de embarazo durante la menstruación, 50 adolescentes (13%) desconocen del tema, 80(21%) conoce moderadamente sobre métodos anticonceptivos, 141 adolescentes han iniciado su vida sexual; de ellos, 99(26%) utilizan métodos anticonceptivos.

De los 141 estudiantes que tuvieron su primera relación sexual 69 (49%) corresponden a la adolescencia tardía, 45 (32%) a la adolescencia media y 27 (19%) a la adolescentes temprana.

120 estudiantes (85%) que han iniciado su vida sexual son varones y el 21(15%) son mujeres.



DeCS: EDUCACIÓN EN SALUD-UTILIZACIÓN; EDUCACIÓN SEXUAL-
MÉTODOS; ESTUDIOS DESCRIPTIVOS; ADOLESCENTE; ESTUDIANTES-
ESTADÍSTICA Y DATOS NUMÉRICOS; CUENCA-ECUADOR.



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	1
I. INTRODUCCIÓN	18
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
III. JUSTIFICACIÓN	21
IV. MARCO TEÓRICO	24
1. ADOLESCENCIA	24
1.2 FASES DE LA ADOLESCENCIA.....	25
1.2.1 ADOLESCENCIA TEMPRANA, 11-13 AÑOS.	25
1.2.2 ADOLESCENCIA MEDIA. 14- 16 AÑOS	25
1.2.3 ADOLESCENCIA TARDÍA 17- HASTA QUE ALCANCE SU INDEPENDIZACIÓN	26
1.3 CAMBIOS EN LA ADOLESCENCIA ⁹	26
1.3.1 ADOLESCENCIA TEMPRANA	26
1.3.2 ADOLESCENCIA MEDIA	27
1.3.3 ADOLESCENCIA TARDÍA	28
2. SEXUALIDAD	30
2.1. DIMENSIONES DE LA SEXUALIDAD.....	30
3. LA IDENTIDAD SEXUAL.....	38
3.1 LA CONDUCTA SEXUAL.....	38
3.2 INICIO DE LA VIDA SEXUAL.....	39
4. SALUD SEXUAL.....	40
5. EDUCACIÓN SEXUAL	40
5.1. LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS	41
5.2. FACTORES DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA.....	43
6. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	47
6.1. PLANIFICACIÓN FAMILIAR	47
6.2. CLASIFICACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	48
6.3. MÉTODO ANTICONCEPTIVO NATURAL	48
6.4. MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE BARRERA.....	50
6.5. MÉTODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL	50



6.6. ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS	50
6.7. INYECCIONES.....	51
6.8. IMPLANTES	51
6.9. PARCHES	52
6.10. ANILLOS VAGINALES	52
6.11. DISPOSITIVO INTRAUTERINO.....	52
6.12. ANTICONCEPTIVO QUIRÚRGICO	53
6.13. BLOQUEO TUBÁRICO BILATERAL.....	53
6.14. VASECTOMÍA.....	54
6.15. EN LOS ADOLESCENTES SIEMPRE SURGE ESTA INTERROGANTE SOBRE QUÉ MÉTODO ANTICONCEPTIVO ELEGIR, POR LO QUE CONSIDERAMOS.....	54
6.16. ACTUALMENTE EXISTE UN ABUSO INDICANDO DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA POR LO CUAL DECIDIMOS INDICAR QUE	54
6.17. EN EL COLEGIO DE LOS ADOLESCENTES DEBEMOS DIFUNDIR INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE ASPECTOS COMO:	55
7. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	55
7.1. TRICHOMONIASIS	57
7.2. CLAMIDIASIS.....	57
7.3. CANDIDIASIS O MONILIASIS VAGINAL.....	58
7.4. GONORREA	58
7.5. SÍFILIS	58
7.6. HERPES.....	59
7.7. HEPATITIS VIRALES.....	60
7.8. VIH/SIDA	61
8. INFORMACIÓN	62
9. COMUNICACIÓN	63
V MARCO REFERENCIAL.....	67
RESEÑA HISTÓRICA	67
ESTUDIANTES	68
PERSONAL DOCENTE.....	69
VISIÓN	69



MISIÓN.....	69
VI OBJETIVOS	71
OBJETIVO GENERAL	71
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	71
VII DISEÑO METODOLÓGICO	72
TIPO DE ESTUDIO	72
ÁREA DE ESTUDIO	72
UNIVERSO Y MUESTRA.....	72
MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	72
PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	73
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	73
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	74
PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS ...	74
VII RESULTADOS.....	75
CONCLUSIONES.....	112
RECOMENDACIONES.....	117
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
ANEXOS.....	121



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, ROCÍO ISABEL LUCERO CABRERA, autora de la tesis CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD QUE TIENEN LOS/AS ADOLESCENTES DEL "COLEGIO UNEDID," CUENCA, 2012, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciatura en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Noviembre del 2012


ROCÍO ISABEL LUCERO CABRERA

C.I.0105029037

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, MÓNICA ALEXANDRA MATUTE MATUTE, autora de la tesis CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD QUE TIENEN LOS/AS ADOLESCENTES DEL "COLEGIO UNEDID," CUENCA, 2012, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciatura en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Noviembre del 2012

MÓNICA ALEXANDRA MATUTE MATUTE

C.I.0103946364

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, AIDA PRISILA ORTEGA ORTEGA, autora de la tesis CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD QUE TIENEN LOS/AS ADOLESCENTES DEL "COLEGIO UNEDID," CUENCA, 2012, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciatura en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Noviembre del 2012

AIDA PRISILA ORTEGA ORTEGA

C.I 0302204631

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, ROCÍO ISABEL LUCERO CABRERA, autora de la tesis CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD QUE TIENEN LOS/AS ADOLESCENTES DEL "COLEGIO UNEDID," CUENCA, 2012, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Noviembre del 2012


ROCÍO ISABEL LUCERO CABRERA

C.I0105029037

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, MÓNICA ALEXANDRA MATUTE MATUTE, autora de la tesis CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD QUE TIENEN LOS/AS ADOLESCENTES DEL "COLEGIO UNEDID," CUENCA, 2012, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Noviembre del 2012

MÓNICA ALEXANDRA MATUTE MATUTE

C.I.0103946364

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, AIDA PRISILA ORTEGA ORTEGA, autora de la tesis CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD QUE TIENEN LOS/AS ADOLESCENTES DEL "COLEGIO UNEDID," CUENCA, 2012, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Noviembre del 2012

AIDA PRISILA ORTEGA ORTEGA

C.I 0302204631

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



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

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD QUE TIENEN
LOS/AS ADOLESCENTES DEL “COLEGIO UNEDID,” CUENCA, 2012.**

**TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS: ROCÍO ISABEL LUCERO CABRERA
MÓNICA ALEXANDRA MATUTE MATUTE
AIDA PRISILA ORTEGA ORTEGA**

DIRECTORA: MGT. ADRIANA VERDUGO SÁNCHEZ

ASESORA: LCDA. SORAYA MONTAÑO PERALTA

**CUENCA – ECUADOR
2012**



DEDICATORIA

Quiero dedicar esta tesis principalmente a mi Dios y a mi Papito César, fuentes inagotables de bendiciones, protección y sabiduría que desde el Cielo guían mis pasos.

A mi mamita Rosa por ser el motor impulsador de mis metas y triunfos, gracias por acompañarme en los momentos buenos y malos también aquellos donde la incertidumbre y los obstáculos me daban la batalla, porque siempre estuviste allí ayudándome a retomar el camino.

A mi esposo Pablo y mis hijos Xavier y Carolina por brindarme su amor, alimento indispensable de mi voluntad de ser cada día mejor, gracias por su apoyo incondicional, su paciencia infinita y por estimular día a día mi crecimiento profesional y humano, además porque han sido el motivo esencial de mi superación.

A mis hermanos Michelle, Walter y Johanna por su apoyo y motivación constante que fue fundamental para el desarrollo y culminación de mi tesis.

MÓNICA



DEDICATORIA

Dedicada para las personas más importantes y que más amo, porque para mí ustedes han sido la mejor inspiración para este logro muy importante en mi vida:

Mi esposo, Javier Vera, por estar en todo momento, en las buenas y en las malas y por brindarme su apoyo incondicional siempre, por su sacrificio, fidelidad y total entrega a su familia.

Mi hija, Emily Vera, el regalo más grande que Dios me ha dado, la fuente de inspiración y la fuerza para seguir día a día sin rendirme en la lucha.

Por eso, desde lo más profundo de mi corazón les dedico esta obra.

ROCIO



DEDICATORIA

Se dedica la tesis principalmente a Dios, y a mi hija Anahí Cacay, quien con su inocencia y cariño, sin saberlo me ha dado fuerzas en momentos difíciles. A mi esposo Aníbal Cacay por brindarme su amor y su apoyo incondicional.

Quiero agradecer a cada una de las personas que me han ayudado con la realización del proyecto de grado como Licenciada en Enfermería.

Agradezco además a mis padres Napoleón Ortega y Aida Ortega por su constante ayuda y guía en la vida y también en mi carrera profesional.

A mis hermanos /as por su apoyo y motivación constante que fue fundamental para el desarrollo y culminación de la tesis.

Finalmente a todas aquellas personas que brindaron su ayuda desinteresada.

PRISCILA



AGRADECIMIENTO

A DIOS: por ser el centro y el motor que rige nuestras vidas, por darnos fuerza y valor para seguir adelante y por guiarnos en cada paso recorrido para poder alcanzar nuestras metas.

A NUESTROS PADRES: por ser la fuente de nuestra inspiración, por sus consejos, por sus enseñanzas y apoyo incondicional. Este triunfo es para ellos; gracias por animarnos a crecer profesionalmente.

A NUESTROS ESPOSOS: por estar con nosotras en todo momento, por su compañía, amor y apoyo en momentos difíciles.

A NUESTROS HIJOS E HIJAS: porque su existir hacen que nuestro existir tenga sentido, para que este triunfo sea un ejemplo y guía para el futuro.

A NUESTRAS FAMILIAS EN GENERAL: que de una u otra forma han estado con nosotros a lo largo de nuestra carrera porque este triunfo los motive a siempre mirar hacia adelante.

A LA MAGISTER ADRIANA VERDUGO SÁNCHEZ: por su sabiduría, apoyo y



entrega a lo largo de nuestra investigación a la Lcda. Soraya Montaña mil gracias por su amistad su apoyo incondicional que Dios la bendiga.

A MIS COMPAÑERAS: por habernos brindado su amistad y su cariño fue un gusto haber trabajado y estudiado junto a ustedes, éxitos en un futuro para todas.

Para cada una de las personas que de una u otra forma nos brindaron la ayuda necesaria para cumplir nuestras metas.

GRACIAS.

LAS AUTORAS

I. INTRODUCCIÓN

En nuestro medio multicultural el aspecto de la sexualidad es complejo pues involucra una serie de aspectos como el emocional, biológico, social, físico y mental en cada ser humano. También se evidencian distorsiones, tabúes, mitos, carencia de información, que conducen a los adolescentes a una práctica no apropiada y conductas erradas. Se caracteriza como un período de cambios biológicos, que se desencadenan como resultado de la acción de las hormonas sexuales femeninas y masculinas, lo cual provoca la madurez anatómica y funcional y una amplia transformación de la figura corporal sexuada.

La adolescencia, sigue siendo ese período de transición y aprendizaje en el que a menudo es difícil acceder a una demanda de información y educación sexual en el que se encuentra el individuo con serios obstáculos para acceder a los anticonceptivos y medidas de prevención de enfermedades de transmisión sexual, lo cual puede acarrear una deficiente entrada en el mundo de las relaciones sexuales, trayendo consecuencias conocidas y alarmantes como el número creciente de embarazos no deseados en menores de edad, matrimonios apresurados, abandono del proceso educativo, riesgos de aborto, alto riesgo de desempleo; sumado a esto el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual como el SIDA y la Hepatitis B entre otras que se reportan en cifras considerables entre los adolescentes.

Se considera importante que los adolescentes obtengan información sobre los componentes de sexualidad en el centro educativo, por lo que la investigación que se realizó, planteó estrategias educativas en información y comunicación sobre sexualidad, y de esta manera se dieron los procesos de formación y sensibilización en los adolescentes.



La investigación se llevó a cabo en el Colegio UNEDID (unidad educativa experimental de iniciación y desarrollo deportivo del Azuay) de la ciudad de Cuenca Año Lectivo 2011-2012.

Nuestro principal propósito fue involucrar a la mayoría de los estudiantes de la institución dentro del proceso de entrevistas, para luego con la información recabada brindar la información necesaria a los educandos, ya que en la institución es la primera vez que se realizó un estudio de gran importancia.



II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el colegio UNEDID en donde se realizó la presente investigación, no solo intentamos centrar nuestra atención en este tema sino también preocuparnos por la educación oportuna y verdadera sobre la sexualidad en nuestros de adolescentes.

Hemos visto la factibilidad y viabilidad del presente estudio por el que existe acceso directo a las fuentes primarias de información estudiantil y apoyo institucional.

Este estudio está dirigido a una población vulnerable, que si la aborda de manera oportuna pueden evitarse problemas de infecciones de transmisión sexual, como VIH, SIDA y también evitar embarazos precoces.

Los resultados que obtuvimos nos ayudaron a mejorar las condiciones de vida sexual de los adolescentes para que no conlleven a actitudes que pongan en riesgo su salud, y nos dimos cuenta de la realidad que estamos viviendo, estos resultados serán entregados a las autoridades de la escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca y del Colegio UNEDID para que la institución en base a esta investigación sepa guiar a los estudiantes según sus necesidades, que servirán para concienciar a maestros y padres de familia sobre la importancia de los conocimientos de una adecuada sexualidad.

III. JUSTIFICACIÓN

“A nivel mundial las/los adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos; el 12% de los jóvenes entre las edades de 14 y 15 años de edad han mantenido relaciones sexuales alguna vez. En el 58% de las mujeres adolescentes el embarazo es no deseado.

La edad de la primera relación sexual es uno de los factores determinantes de la fecundidad de los adolescentes, en el sentido que a medida en que se retrasa el inicio de las relaciones sexuales, se reduce el tiempo de vida reproductiva y el riesgo de tener un embarazo no deseado, embarazos de alto riesgo, abortos en condiciones riesgosas, hijos de madres solteras, ITS/VIH/SIDA, y aún de mortalidad materna.

De las mujeres de 15 a 24 años de edad con experiencia sexual, el 13.5 % declaró haber usado un método anticonceptivo en su primera relación sexual. El uso de métodos anticonceptivos en la primera relación es menor en el área rural, en la población indígena y en mujeres con menor instrucción, pero se observa que el uso se incrementa en la medida que aumenta el nivel educativo o económico. El 7.1 % de mujeres cuya relación sexual fue antes de los 15 años usó algún método, y el uso se incrementa gradualmente hasta el 18.0 % para las que tenían 20 a 24 años de edad”.¹

En América latina el 71% de los adolescentes de 15 – 19 años de edad no utilizan métodos anticonceptivos, debido a ello el 52% es el promedio de embarazos no deseados; y el 53 % han empezado a tener relaciones sexuales antes de los 19 años.²

“La tasa de fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la región andina; dos de cada tres adolescentes mujeres de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. La tendencia del incremento del embarazo en adolescentes menores de 15 años en la última década es del 74% y en mayores de 15 años es del 9 %”.



En nuestro país los adolescentes no hacen uso de los métodos anticonceptivos solo el 0.9% de las mujeres usan como método el condón; el 28% de ellos conoce el VIH-SIDA pero no saben cómo evitarlo; el 50.7% de las mujeres entre 15 y 19 años de edad no conocen sobre infecciones de transmisión sexual (ITS), una de cada 20 adolescentes se ve afectado/a por una ITS. La falta de información sobre la sexualidad en los adolescentes hace que inicien su actividad sexual a temprana edad en los varones a los 17 años y en las mujeres a los 18 años de edad.

El no uso del preservativo y las relaciones sexuales sin protección, ocasionaron que a nivel del país se hayan registrado 296 casos de VIH/Sida en menores de 14 años, hombres y mujeres, según datos preliminares del año 2010 del MSP”.³

La tendencia del incremento del Embarazo en adolescentes menores de 15 años (10-14 años), en la última década, es del 74% y en mayores de 15 años (15 a 19 años) es del 9%. Según datos que nos proporciona el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censo) durante los últimos 20 años, el número de embarazos en adolescentes se ha incrementado desde 1989 en un 5,91%, actualmente el porcentaje de embarazos en adolescentes comparado con las otras edades fue de 14,43% en tanto que para el 2009 fue de 20,34% año en el que se presentaron 43912 embarazos en adolescentes.⁴

En el año 2009, en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca ingresaron 209 madres adolescentes. De ellas 189 tenían entre 15 y 17 años y las 20 restantes eran niñas de entre 11 y 14 años.

“El contacto con ellas, en la mayoría de los casos ocurre al momento mismo en el que la labor de parto inicia. Muchas de las jóvenes no acuden a la consulta o llegan de lugares lejanos, lo que dificulta verificar su estado de salud”.



Los alarmantes registros de madres adolescentes llevaron a las autoridades del Ministerio de Salud a emprender acciones enfocadas a la prevención de los embarazos a temprana edad.

Crear espacios amigables para los adolescentes y en ellos promover la educación y atención sobre salud sexual y reproductiva es el objetivo del programa, que en Azuay, todavía está en planificación.

En el área de maternidad del Hospital Vicente Corral Moscoso revela que tres de cada 10 mujeres que dan a luz en el Hospital Vicente Corral Moscoso, son adolescentes.

Dos de cada 10 mujeres que se embarazan en el país son adolescentes, según estudios del Ministerio de Salud del Ecuador.

En Azuay existe una tasa de embarazo no planificado del 70% y una tasa del 40% corresponde a los embarazos no deseados.

El 17% de todos los abortos ocurren en madres de entre los 10 y 19 años. El acceso y el conocimiento del uso correcto de métodos de protección o anticonceptivos es muy bajo entre los adolescentes.⁵

Por tal motivo consideramos importante y necesario investigar y obtener estadísticas sobre cuáles son los conocimientos adquiridos de los estudiantes del Colegio UNEDID, los mismos que fortalecerán nuestra investigación y nos ayudaran a elaborar un plan educativo para dichos adolescentes



IV. MARCO TEÓRICO

1. ADOLESCENCIA

Concepto.- La Organización Mundial de la Salud (OMS) define “La adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19” años, en la que se consideran tres fases, la adolescencia temprana, media y tardía.⁶

La adolescencia comienza con la pubertad, es decir, con una serie de cambios fisiológicos que desembocan en plena maduración de los órganos sexuales y la capacidad para reproducirse y relacionarse sexualmente.

El intervalo temporal en que transcurre comienza a los 11-12 años y se extiende hasta los 18-20. Sin embargo no podemos equiparar a un niño de 13 con uno de 18 años; por ello hablaremos de “adolescencia temprana” entre los 11-14 años (que coincide con la pubertad), y luego de un segundo periodo de “juventud” o “adolescencia tardía” entre los 15-20 años; su prolongación hasta llegar a la adultez, dependerá de factores sociales, culturales, ambientales, así como de la adaptación personal. (Márquez L., Phillippi A. 1995).

En la adolescencia temprana, el individuo continúa la búsqueda de independencia pero con nuevo vigor y en nuevas áreas. Desea más privilegios y libertades, como también, menos supervisión adulta. Se preocupa principalmente de su "status" con sus pares inmediatos, quiere parecerse a los otros por la sensación de encontrarse fuera de lugar con respecto a ellos.

Sus diferencias individuales son más marcadas, pero su calidad de individuo único todavía no es completamente entendida ni aceptada.

El adolescente mayor comparte muchas de las preocupaciones del adolescente temprano, pero además tiene el problema de hacerse un lugar



en la sociedad adulta, siente la obligación de encontrar una identidad propia.⁷

1.2 FASES DE LA ADOLESCENCIA

Se suele dividir **las fases de la adolescencia** en tres.

Cada fase trae sus propios cambios físicos, emocionales, psicológicos y de comportamiento.

Se habla de **pre-adolescencia entre los 10 y los 11 años**. Es la etapa final de la niñez, donde los conflictos internos adolescentes empiezan a manifestarse. Comienza la preocupación por el físico, por vincularse a un rol sexual, por tener un círculo íntimo de amistades.

1.2.1 Adolescencia temprana, 11-13 años. Coincide con la pubertad, que el cambio físico del cuerpo del niño al de adolescente. Las niñas tienen su primera menstruación y los niños comienzan a experimentar el cambio de voz y otros signos de la edad adulta. En esta etapa, la preocupación por los cambios experimentados en el propio cuerpo, las dudas sobre sexo y el contacto con grupos de amigos del mismo sexo para forjar la identidad, son primordiales. Comienzan las dudas sobre su papel en la sociedad. No se ve encajado en el grupo de los adultos ni mucho menos en el de los niños, por lo que unas veces se adscribe a un papel y otras a otro.

1.2.2 Adolescencia media. 14- 16 años. El adolescente empieza a asumir su nuevo cuerpo y su nueva identidad. Ya no se ve a sí mismo como un niño. Paralelamente, comienzan los contactos con el sexo opuesto y las pandillas mixtas. La principal preocupación es el sexo y conseguir gustar y seducir a los miembros del sexo contrario. Son frecuentes las dudas sobre orientación sexual y la experimentación con estímulos fuertes como el alcohol, las drogas y el tabaco.

1.2.3 Adolescencia tardía 17- hasta que alcance su independización.

Los conflictos internos de identidad se van resolviendo, el grupo de amigos pierde importancia frente a la búsqueda de pareja. Teniendo en cuenta, que para algunos autores, la adolescencia termina cuando un joven es totalmente independiente emocionalmente y económicamente de sus padres, esta etapa puede alargarse muchísimo. Si lo vemos con un poco de humor negro, diríamos que uno no es adulto hasta que no tiene una hipoteca.⁸

1.3 CAMBIOS EN LA ADOLESCENCIA⁹

1.3.1 ADOLESCENCIA TEMPRANA

1.3.1.1 Cambios físicos: crecimiento desigual de huesos, músculos y órganos puede dar una apariencia algo torpe. Supone el inicio de la pubertad para la mayoría.

Fase cognitiva: pensamientos lógicos y tendencia a despreciar pensamientos imaginativos de la infancia. Capacidad para acumular grandes conocimientos y aplicar nuevos conceptos. Mayor interés para aprender habilidades de vida (cocinar, reparar).

Desarrollo moral: egocéntrico en general, aunque ya tiene conciencia. Comprende los conceptos lo que es justo y la negociación. No siempre se ve reflejada su capacidad moral en su comportamiento.

Concepto de sí mismos: en gran medida influido por las relaciones con los miembros de su familia, profesores y cada vez más, por sus compañeros. Muchos niños tienden a imitar el estereotipo masculino. El auto-imagen de muchas niñas puede sufrir con la llegada de la pubertad.

Características psicológicas: mayor afán de hacer planes y cumplir con objetivos. Tendencia a ser desorganizados.



Relaciones con padres: relación de afecto y dependencia de ambos padres. Deseo de participar más en decisiones que les afecta. Tendencia a discutir sobre tareas, deberes, y orden. Conflictos con hermanos.

Relaciones con compañeros: eligen amigos con mismos gustos y aficiones. Niñas tienden a tener menos amigas más íntimas que niños. En esta etapa se forman pandillas de amigos que pueden excluir a otros niños.

1.3.2 ADOLESCENCIA MEDIA

1.3.2.1 Cambios físicos: llegada de la pubertad con velocidad distinta dependiendo de cada adolescente. Aumento de apetito en épocas de crecimiento. Necesitan dormir más. Desarrollo de los órganos sexuales, cambios en la voz, posible olor corporal.

Fase cognitiva: desarrollo de nuevas capacidades para ver las cosas en términos relativos y abstractos y para pensar. Sentido de humor puede estar más centrado en la ironía y el sexo. Época de mayor conflicto con padres.

Desarrollo moral: tendencia hacia el egocentrismo. Buscan la aprobación social de sus compañeros. Aunque entienden los conceptos relacionados con el orden social, a esta edad suelen cuestionar ciertos principios sociales, morales y/o éticos, a veces sobre todo los que tienen los padres.

Concepto de sí mismos.- depende de cómo aceptan los cambios que ocurren durante la pubertad. Tendencia a conformarse con estereotipos de hombre o mujer. Preocupación con problemas de peso, piel, altura y el aspecto físico en general.

Características psicológicas: atención centrada en sí mismo. Preocupación por la opinión de otros. Necesitan más intimidad en el hogar. Sufren cambios muy fuertes de humor y pueden pasar de la tristeza absoluta



a la alegría desbordada en cuestión de horas, sin saber muy bien por qué. Tendencia a olvidar todo.

Relaciones con padres: suele ser la etapa de mayor conflicto con los padres mientras buscan una identidad propia dentro de la familia más allá que la del niño o la niña de antes. Busca más compañía de sus compañeros. Rechaza a veces muestras de cariño, aunque las sigue necesitando. Deseo de tomar sus propias decisiones y rebelar contra las limitaciones de la disciplina de padres aunque la siguen necesitando.

Relaciones con compañeros: los cambios de la pubertad y cómo reaccionan los compañeros pueden condicionar las amistades. Mayor tendencia a compartir confidencialidades y formar grupos de 2 a 6 amigos. Se despierta el deseo sexual y algunos empiezan ya a formar parejas.

1.3.3 ADOLESCENCIA TARDÍA

1.3.3.1 Cambios físicos: mayor homogeneidad entre sus compañeros porque la mayoría ya ha pasado por la pubertad y durante esta etapa llega a su altura y peso de adulto.

Fase cognitiva: mayor capacidad para pensar de forma abstracta e hipotética sobre el presente y el futuro. Al poder entender y compartir mejor los acontecimientos que les rodean y que ocurren más allá de su círculo social inmediato, pueden adoptar una nueva conciencia social.

Desarrollo moral: menos egocentrismo y mayor énfasis sobre valores abstractos y principios morales. Como el desarrollo emocional y el desarrollo cognitivo no van al mismo paso, es posible que los mismos adolescentes que reivindican ciertos valores, los violan a la vez. En este sentido es una etapa algo contradictoria.



Concepto de sí mismos: es la etapa en la que los adolescentes forman su propia identidad. Experimentan con distintos aspectos, papeles, valores, amigos, aficiones. Niñas con problemas de peso pueden tener tendencia a la depresión.

Características psicológicas: cierta vulnerabilidad ante posibles preocupaciones, depresiones y trastornos como la anorexia.

Relaciones con padres: conforme se van avanzando por esta última etapa de la adolescencia, suele haber menos conflictos entre hijos y padres y mayor respeto porque los hijos ya pueden ver sus padres como individuos y comprender que sus opiniones se basan en ciertos valores y esto produce una mejoría en las relaciones familiares. Siguen discrepando con algunos límites impuestos por los padres (como dinero, tareas en casa, hora de llegar a casa, apariencia), aunque la existencia de estos límites les beneficiarán mucho a largo plazo.

Relaciones con compañeros: las amistades entre chicos y chicas empiezan a ser más frecuentes y la influencia de los amigos sigue siendo clave en el desarrollo personal de una identidad propia. Los amigos anti-sociales pueden aumentar un comportamiento antisocial en el adolescente.

El adolescente puede hacer uso de su autonomía y comenzar a elegir a sus amigos y a las personas que va a querer. Hasta entonces no ha escogido a sus seres queridos. Al nacer conoció a sus padres y tal vez a algunos hermanos y el resto de sus familiares. Después, de alguna manera, sus padres fueron eligiendo sus compañeros de clase y amigos. Pero al llegar a la adolescencia, puede hacer uso de cierta capacidad de elección para poner en marcha uno de los mecanismos más significativos de esta etapa; llevando implícita la capacidad para discriminar sus afectos: querer de diferente manera a cada persona que le rodea y personalizar sus afectos, esto debido a la llegada del pensamiento abstracto que le permite desarrollar su capacidad para relativizar.

La discriminación de afectos, a través del establecimiento de diferencias en el tipo y la profundidad de sentimientos, le permite la personalización de sus afectos; el adolescente está en un camino medio entre la edad adulta y la infancia, en lo que hace referencia a la vivencia de sus emociones, están presente una mezcla singular de sus comportamientos; todavía tiene una forma de manifestar sus deseos mediante una emotividad exacerbada o con la espontaneidad propia de la infancia, pero ya empieza a actuar de una manera sutil en las interacciones o con una cierta represión de sus emociones, tal como lo hace el adulto.

2. SEXUALIDAD

Concepto.- la sexualidad permite nombrar al conjunto de las condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas que caracterizan a cada sexo. El termino también hace referencia al apetito sexual (como una propensión al placer carnal) y al conjunto de fenómenos emocionales y conductuales vinculados al sexo.¹⁰

Se refiere a una dimensión fundamental ser un ser humano: Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales.¹¹

2.1. Dimensiones de la sexualidad

La sexualidad se nos muestra como una realidad tan compleja y diversa que es imposible acotar todo lo que puede representar bajo una única mirada. También la sexualidad humana reconoce su índole pluridimensional.¹²

Dimensión biológica. Las diferencias entre el varón y la mujer se imponen por una serie de caracteres morfológicos, sin embargo la distinción biológica entre el hombre y la mujer es mucho más complejas que la configuración descriptiva de la genitalidad, de tal modo La configuración cromosómica, el sexo gonádico, que el sexo biológico contemplaba cinco categorías básicas: la configuración cromosómica, el sexo gonádico, el sexo hormonal, la estructura reproductiva y la genitalidad.

Dimensión psicológicas.- la sexualidad del ser humano no se limita a ser una necesidad (dimensión biológica), si no que se expande en el camino del deseo (dimensión psicológicas) llegando a ser vivencia y comportamiento sexual y humano.

Dimensión sociocultural. El ser humano es un ser cultural también en su sexualidad; porque tiene una historia y construye historia. En la tradición la alcanza en la cultura en la que vive. Construye su historia cuando asume la responsabilidad personal y colectiva entre ellos los más importantes están en la familia de origen, la escuela, la religión, las normas sociales y los medios de comunicación.

Dimensión ética_filosofica. La Sexualidad no es un concepto abstracto, la sexualidad se vive, se pone en acción y se juega en la experiencia de la vida diaria, en la cotidiana. En la dimensión ética parte de la noción de la persona, hombre y mujer con valor en sí mismo. Esta va asumiendo a lo largo de su vida diversos valores y se convierte por lo tanto, en una portadora de ellas, los cuales también jerarquiza a la luz de ser experiencias y la vida personal, constantemente está revisando sus valores y replanteándose su jerarquía lo que lleva a conformar su conciencia.¹³

2.2. El desarrollo psicosexual humano

Sigmund Freud sostiene que la sexualidad aparece en el momento de la pubertad, que tiene un objetivo natural y cuyo fin es la procreación. Para

Freud, el desarrollo psicosexual humano es un proceso que atraviesa distintas fases:

- **Aprender a vivir la sexualidad**

La falta de educación sexual y afectiva produce: desconocimiento de la sexualidad humana, uso infrecuente de métodos anticonceptivos, embarazos adolescentes no deseados, enfermedades de transmisión sexual, estereotipos y prejuicios sobre el funcionamiento del propio cuerpo y del otro sexo, y comportamientos sexistas que bloquean la independencia personal.

Las ideas de normal y anormal.- Las nociones de lo que es normal y anormal no tienen fundamento científico, sino que están basadas en criterios tradicionales, culturales, estadísticos. La normalidad depende de la psicología de cada individuo, de las influencias o costumbres aportadas por la sociedad en que vive, así como sus propias circunstancias particulares. Cada persona valora la normalidad según sus deseos y convicciones.

Funciones de la sexualidad.- La sexualidad, en los seres humanos, significa más que un simple mecanismo de reproducción puesto a nuestra disposición por la naturaleza, sino por el amor, la ternura y el placer sensual. Las principales funciones de la sexualidad son:

- La comunicación: Imprescindibles para el desarrollo físico y psicosocial del ser humano. El contacto corporal transmite sentimientos y afectos.
- El placer: las sensaciones de placer y displacer son las primeras que experimenta el ser humano y son indispensables para el desarrollo de su personalidad.
- Reproducción: desde las bacterias hasta los mamíferos, tienen en la función reproductora el secreto de la perpetuación de la especie.

Actitudes ante la sexualidad.- Toda persona tiene ideas y juicios sobre los hechos o acontecimientos. Sin embargo las actitudes son un sentimiento más que una idea lógica, sin disposiciones valorativas, que tienen tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual. Los diferentes componentes forman una estructura que tiende a permanecer estable. A veces, el pensamiento de un individuo esta en contraposición con sus sentimientos o actuaciones.

- **La respuesta sexual humana**

Los investigadores de la conducta sexual disponen de tres observaciones (fisiológica, cognitiva y afectiva), que les permiten comprender mejor los aspectos del deseo sexual que dependen de mecanismos cerebrales. El apetito sexual es, una interacción compleja de procesos cognitivos y fisiológicos, y de unos mecanismos neurofisiológicos y bioquímicos.

Bases fisiológicas y psicológicas.- Varias partes del cerebro intervienen en la conducta sexual. Una de las áreas influyentes es el hipotálamo, que controla la liberación de las hormonas hipofisarias, supervisa las variaciones de hormonas en la sangre y activa los circuitos nerviosos implicados en la excitación. Es el cerebro el que indica a las gónadas lo que deben de hacer y cuando.

- **Las hormonas y la conducta sexual:** las glándulas del sistema endocrino secretan hormonas que se desplazan por la sangre e influyen en otros tejidos del cuerpo. Algunas glándulas importantes del cuerpo humano son la hipófisis, los testículos y los ovarios.

Las hormonas son sustancias químicas producidas y segregadas por las glándulas endocrinas que afectan a determinados órganos, bien acelerando o ralentizando sus procesos bioquímicos. Las hormonas en la sexualidad humana son la testosterona, los estrógenos y la progesterona. Los testículos producen espermatozoides y andrógenos. El principal andrógeno es la testosterona, y su secreción da aparición a: la

profundidad del tono de voz, el crecimiento corporal o la distribución del vello. En las mujeres los ovarios producen dos hormonas llamadas estrógenos y progesterona. Pero son las glándulas de la hipófisis LH y FSH, las que controlan la emisión de hormonas sexuales en los testículos y los ovarios. En la mujer estas hormonas salen durante la menstruación. En el hombre, la salida de las hormonas hipofisarias es tónica. En ambos sexos la descarga de hormonas de la hipófisis está controlada por el hipotálamo. Este es un sistema de retroalimentación, que ilustra la interacción existente entre el sistema nervioso y el endocrino.

- **Los estímulos psicológicos:** los estímulos del medio condicionan las reacciones sexuales de cada individuo. La cultura, la familia, los conocimientos que procesa a través de los amigos y las revistas, modelan su conducta sexual. Esta conducta depende de la situación que atraviesa el individuo en una época determinada. Además de los estímulos externos, la elaboración de imágenes mentales son una fuente de estímulos internos. Las personas se excitan sexualmente por las fantasías, aunque no concuerden con la vida real. La madurez es aprender a crear relaciones en las cuales haya tanto excitación como bienestar, sexo y ternura, espontaneidad y continuidad. Crear una amistad erótica es un arte y un logro significativo.

Ciclo de la respuesta sexual.- Respuesta sexual los cambios que experimenta un organismo ante la presencia de estímulos eróticos. La estimulación sexual puede producirse de cualquier sentido, y también por la imaginación. En el año 1966 los sexólogos William Masters y Virginia Johnson publicaron sus investigaciones en su obra Respuesta sexual humana. Describieron que en el cuerpo de ambos sexos se da dos reacciones básicas ante un estímulo sexual: vasocongestión y miotonía que ceden en la etapa de resolución. La respuesta sexual humana consta de cuatro fases:

- **Fase de excitación:** en el hombre es la erección y en la mujer se lubrica y expande la vagina y los pechos y los pezones se agrandan. En ambos sexos hay un aumento del ritmo cardíaco y la temperatura.
- **Fase de meseta:** en el hombre se originan sensaciones de inminencia eyaculatoria y en la mujer la secreción vaginal aumenta.
- **Orgasmo:** durante el orgasmo se libera la tensión acumulada. Se observan contracciones musculares en todo el cuerpo, y un aumento de la respiración, el pulso y la presión sanguínea.
- **Fase de resolución:** las constantes vitales recuperan su tono normal. Se produce una sensación de relax y bienestar general.¹²

Escalera de Maduración Sexual

Tanner (1962), referido por Sileo, determina que la maduración sexual del joven se estudia a través de la escalera de maduración sexual. Consiste en un sistema gráfico discriminado por sexos, conformada por cinco niveles, en la cual se ubica el desarrollo sexual. Sileo (1992), define la pubertad como "Un proceso cuyo inicio y duración presenta una gran variabilidad individual en los sujetos del mismo sexo y más aún cuando se compara con el sexo opuesto"

Zeiger (1984) se refiere a que el objetivo principal, es para ser usado cuando se realiza el examen físico del púber y para explicarle la evolución de su desarrollo y de esa manera aliviar la ansiedad que genera, en los jóvenes y en sus padres, los cambios corporales.

El cuadro de los Estadios de Maduración Sexual de Tanner compara los cambios físicos durante el desarrollo sexual. El conocimiento de este proceso ayudará a la conformación de las sesiones introductorias del programa educativo para la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual.

Cuadro N°. 1**ESTADIOS DE MADURACIÓN SEXUAL MASCULINO**

Estadio	Genitales(G)	Vello Pubiano (VP)
1	Preadolescencia, Aspecto infantil en forma y tamaño de: pene, testículos y escroto.	Preadolescente. Vello pubiano igual al del resto del abdomen.
2	Volumen testicular aumentando (mayor de 3ml). Cambios en la textura, elongación y enrojecimiento de la piel del escroto. No hay modificaciones en el pene.	Se diferencia del resto abdomen, es escaso, liso y se localiza en la base del pene.
3	Aumento en la longitud del pene con poco aumento en grosor. Aumento de testículos y escroto. La piel escrotal se oscurece y se hace rugosa.	Abundante, oscuro, rizado más pigmentado y grueso. Extendido a ambos lados del pubis.
4	Pene aumentado de tamaño; en longitud y grosor. Testículos y escroto de mayor tamaño que en el estadio anterior. Piel escrotal hiperpigmentada.	Abundante, oscuro, rizado Cubre toda el área sin excederla.
5	Estadio adulto. Tamaño y forma característica del adulto.	Distribución característica del adulto, cubre la cara interna de los muslos. Puede extenderse a la línea alba del abdomen.

Fuente: Tanner (citado por Sileo, 1992).

Cuadro N°. 2**ESTADIOS DE MADURACIÓN SEXUAL FEMENINO**

Estadio	Glándulas mamarias	Vello Pubiano (VP)
1	Preadolescente. Aspecto infantil.	Preadolescente. No hay vello pubiano.
2	Estadio de botón mamario: Areola aumentada de diámetro.	Vello escaso, liso, fino. Poco pigmentado, localizado en los bordes de los labios mayores.
3	Hay elevación de la mama y del pezón, formando un montículo. Progresa el aumento del tamaño de la mama y la areola.	Escaso, rizado, más pigmentado. Más abundante y extendido hacia el pubis o monte de Venus.
4	Proyección del pezón y de la areola formando una elevación secundaria que sobresale del resto de la mama.	Abundante, oscuro, rizado y grueso. Distribución de tipo adulto pero no cubre la cara interna de los muslos.
5	Estadio adulto. Proyección solamente del pezón; la areola se retrae y queda a nivel del resto de la mama.	Distribución característica del adulto, forma triangular que se extiende hasta la cara interna de los muslos.

Fuente: Tanner (citado por Sileo, 1998).

En estos cuadros se aprecia claramente que el desarrollo o maduración sexual está representado por la aparición de los caracteres sexuales secundarios clasificados por Tanner en cinco estadios discriminados por sexo. Asimismo, en ambos cuadros se toma como referencia la aparición y



transformación del vello pubiano, tomando como indicador a los genitales en el caso de los varones y de glándulas mamarias en el caso de las hembras.

Tanner debió tomar estas dos características basándose en el hecho de que son dos aspectos en los que los cambios son fácilmente observables, a medida de que el humano se desarrolla físicamente. Teniendo presente esta clasificación de los estadios. Pudiésemos detectar cualquier anomalía entre la edad cronológica y las características típicas para el nivel de desarrollo correspondiente.¹⁴

3. LA IDENTIDAD SEXUAL

Para Eric Erickson, la tarea de la adolescencia, es alcanzar la identidad personal y mantener esa individualidad en el curso del tiempo y en distintas circunstancias. La identidad sexual es el comportamiento de la identidad personal relacionada con el sexo. Hay dos componentes básicos: la identidad de género y el rol. Es necesario distinguir entre sexo y género. El sexo son los mecanismos biológicos que hacen que una persona sea hembra o macho. Por género el conjunto de rasgos sociales y culturales apropiadas para el hombre y la mujer y que toda la sociedad elabora en función de las diferencias anatómicas.

El rol sexual es definido, por la sociedad, dan significado a la identidad sexual y nos indican como tenemos que pensar, sentir y comportarnos.

Las diferencias entre hombres y mujeres han sido reforzadas por un sistema social que ha victimizado la familia, el trabajo y las interacciones sociales en función del sexo de los individuos.

3.1 La conducta sexual

El sexo es una de las formas del intercambio interpersonal y está expuesto tanto a la sobrevaloración como a la degradación. Los adolescentes tienen



que comprender que ser atractivos y deseables depende más de la persona que habita ese cuerpo, que es quien suscita la atracción erótica. Todo adolescente tiene deseos y necesidades de afecto, ansias de vincularse a los demás. Debe aprender a enfrentarse al establecimiento de relaciones interpersonales, a resolver el componente sexual que entrañan y a satisfacer las demandas que recibe. Tener o no relaciones sexuales es una decisión que cada joven debe tomar con las debidas precauciones, consciente de las consecuencias de sus actos y siendo responsable de lo que hace.

3.2 Inicio de la vida sexual

Las razones por las cuales los adolescentes tienen sexo y lo hacen sin adoptar métodos efectivos de anticoncepción es un tema de debate e incluyen muchos de los factores de riesgo que los rodea. A continuación describiremos los tres más influyentes en el aspecto de sexualidad precoz:

1. Los adolescentes adquieren su madurez sexual (fertilidad) aproximadamente cuatro o cinco años antes de alcanzar su madurez emocional y son incapaces de manejar las situaciones de riesgo.
2. En la actualidad, los adolescentes se están desarrollando en una cultura donde sus amigos, la televisión, las películas, la música y las revistas transmiten mensajes directos o sutiles de que las relaciones sin un matrimonio de por medio (específicamente las que comprometen a los adolescentes) son comunes, aceptadas e incluso esperadas.
3. Con frecuencia, no se ofrece educación acerca de los comportamientos sexuales responsables ni tampoco una información clara y específica con respecto a las consecuencias de las relaciones sexuales:
 - a. el embarazo,
 - b. las enfermedades de transmisión sexual
 - c. los efectos psicosociales.

Por lo tanto, la mayor parte de la "educación sexual" que los adolescentes reciben está llegando a través de los compañeros mal informados o desinformados.¹⁵

4. SALUD SEXUAL

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud".¹⁶

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad."¹⁷

Ambos organismos consideran que, para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas. En efecto, para lograrla, la OMS asegura que se requiere un "enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia."¹⁶

5. EDUCACIÓN SEXUAL

Existen muchas definiciones de educación sexual, pero para la presente investigación, previo debate hemos optado por la siguiente:

“La Educación Sexual es la parte de la educación general que incorpora los conocimientos bio-psico-sociales de la sexualidad, como parte de la



formación integral de la persona que se está educando. Su objetivo principal es lograr la identificación e integración sexual del individuo y capacitarlo para que se cree sus propios valores y actitudes que le permitan realizarse y vivir su sexualidad de una manera sana y positiva, consciente y responsable dentro de su cultura, su época y su sociedad”.¹⁸

Esta definición tiene un enfoque no solo en lo biológico sino en los psicológico y social, recordemos que el ser humano es una integración de las tres ramas.

5.1. LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Educación en sexualidad implica por lo tanto entender que, con frecuencia este tema en muchas instituciones se ha tratado muy superficialmente o se ha quedado en el silencio o la omisión en cuestiones tan importantes en la vida de las personas como lo es su relación con el propio cuerpo y con las demás personas. Esta omisión tiene efectos diferenciados para distintos adolescentes y jóvenes, en nuestro país, que muestran: embarazos no deseados a edades cada vez más tempranas entre los adolescentes, abandono escolar cuando los jóvenes padres no encuentran apoyo familiar y o institucional que les permita sostener el aprendizaje de criar a sus bebés sin renunciar a su propia educación, circunstancia que profundiza su vulnerabilidad social.

Existen también otras formas en que la sexualidad, se manifiesta en las instituciones educativas y que en muchos casos es ignorada: enamoramientos y noviazgos efusivos, discriminación de los “diferentes” (homosexualidad), conocimiento por parte de los profesores de situaciones de abuso y de abortos clandestinos, presencia de alumnos infectados con VIH u otras enfermedades de transmisión sexual, etc.

Así, en lugar de propiciar formas de vivir la sexualidad honesta, respetuosa y responsablemente, podemos estar dejándolos solos frente a las múltiples

situaciones descritas anteriormente, situaciones de riesgo totalmente evitables. Tenemos que saber que, el colegio es uno de los espacios donde se transmiten valores, conocimientos e información con mayor sistematicidad durante la infancia y la adolescencia. Puesto que la adolescencia los amigos más cercanos son de la propia institución educativa y este pasa a ser su círculo social más importante de la adolescente. Se trata de un ámbito donde chicos y chicas pasan buena parte del día, y donde además, comparten su crecimiento no solo con amigos/amigas, sino también con docentes y otras personas de conocimientos válidos y socialmente significativos.

La falta de educación sexual en la escuela se vincula con los siguientes aspectos:

- Sostener que se puede trabajar en la prevención de conductas de riesgo tan solo con enfoque biológico desligado de lo emocional y psicológico que vive un adolescente sobre todo si el adolescente ha tenido alguna situación perturbadora como es el abuso sexual u acoso. No se puede hacer prevención brindando únicamente información sobre las cuestiones biomédicas y epidemiológicas de las enfermedades.
- La falta de capacitación es otro factor señalado por muchos docentes para demandar a los especialistas o expertos externos a la institución. Quienes quieran capacitarse para educar a sus alumnos en el tema de la sexualidad y sida, deberán enfrentar previamente sus propios miedos y prejuicios.
- El temor a reacciones negativas de madres y padres constituye otro elemento que disuade a los docentes de encarar la educación sexual con los alumnos. En la práctica esta dificultad se sortea informando previamente a los padres acerca de la capacitación que recibirán sus hijos e hijas, y solicitándoles su autorización

Por ello, se requiere impulsar una educación en sexualidad que pueda ser abierta, respetuosa de las ideas y opiniones de los alumnos y alumnas, y

que promueva tanto el conocimiento intelectual y la transmisión de información científica y psicológica que sea confiable acerca de la prevención de riesgos y de embarazos tempranos, como la construcción paulatina de actitudes, sentimientos, valores y habilidades para el ejercicio de una sexualidad sana, segura, responsable y sin riesgos.¹⁹

Nos parece importante la educación dentro de las instituciones educativas puesto que en el Colegio investigado tenían tan solo Fisiología general humana y no tenían educación sexual con un enfoque en la salud integral hacia el adolescente.

5.2. FACTORES DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA

Se considera factor de riesgo a la característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud.

La adolescencia, por ser un período crítico sometido a constantes cambios en el desarrollo físico, psíquico y social del adolescente, así como también en el marco familiar en que éste se desenvuelve, se considera como un período de riesgo en el cual pueden darse las bases para la aparición de síntomas y enfermedades, así como también de alteraciones de la personalidad.

En la atención primaria, el médico en su trabajo con el adolescente, debe tener como objetivos principales: lograr el desarrollo integral máximo de él, contribuir a su correcta educación y detectar precozmente cualquier trastorno o enfermedad oculta. De ahí que consideremos importante que tenga un buen manejo sobre los factores predisponentes de riesgo que pueden estar presentes en esta etapa de la vida.

El uso tradicional del concepto de riesgo ha sido esencialmente biomédico y se ha relacionado con la mortalidad. Esta concepción no resulta muy útil

para la salud del adolescente, cuyos problemas se generan más bien en el contexto social y afortunadamente no siempre originan mortalidad.

La idea fundamental de este enfoque es que el riesgo nos brinda una medida de la necesidad de atención a la salud. El conocimiento del riesgo o de la probabilidad de que se presenten futuros problemas de salud permite anticipar una atención adecuada y oportuna.²⁰

Por todo ello creemos muy importante hacer un análisis de los factores psicosociales de riesgo en la adolescencia; para esto consideraremos como principales factores:

5.2.1. Los principales factores de riesgo son:

- Conductas de riesgo
- Familias disfuncionales
- Deserción escolar
- Accidentes
- Consumo de alcohol y drogas
- Enfermedades de transmisión sexual asociadas a prácticas riesgosas
- Embarazo
- Desigualdad de oportunidades en términos de acceso a los sistemas de salud, educación, trabajo, empleo del tiempo libre y bienestar social
- Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.

Estos factores tienen una característica fundamental y es la interrelación marcada entre ellos, en un adolescente pueden coincidir 2 o 3 a la vez, por lo que el conocimiento de estos conceptos y de los factores de riesgo ha dado prioridad a las acciones de promoción y prevención de salud, unido a la



necesidad de atención de los adolescentes y jóvenes dentro de la fuerza productiva y social.

Existen también los factores protectores de la salud que son determinadas circunstancias, características y atributos que faciliten el logro de la salud y en el caso de los adolescentes su calidad de vida, desarrollo y bienestar social; se pueden clasificar en externos: una familia extensa, apoyo de un adulto significativo, integración social y laboral; los internos son: autoestima, seguridad en sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía. Estos factores son susceptibles de modificarse y no ocurren necesariamente de manera espontánea o al azar.

5.2.2. Los factores protectores son:

- Estructura y dinámica familiar que satisface los procesos físicos y funciones de la familia.
- Políticas sociales con objetivos dirigidos a la atención de la niñez y la adolescencia con acciones específicas que permiten la salud integral, el desarrollo y el bienestar social.
- Desarrollo de medio ambiente saludables y seguros para ambos sexos.
- Promoción del auto-cuidado en los dos sexos en relación con la salud reproductiva.
- Autoestima y sentido de pertenencia familiar y social.
- Posibilidades de elaborar proyectos de vida asequibles en congruencia con la escala de valores sociales morales apropiados.
- Promoción de mecanismos que permitan la identificación y refuerzo de la defensa endógenas frente a situaciones traumáticas y de estrés conociendo la capacidad de recuperación ante condiciones adversas que poseen los niños y adolescentes.



Sí se desea alcanzar un futuro saludable se hace imprescindible el desarrollo de los factores protectores, empeño en el cual es fundamental el papel de los adultos y de acciones colectivas de promoción y prevención de salud para otorgarle a este grupo una participación social más activa y protagónica, es decir abrirle el espacio como verdaderos actores sociales, creativos y productivos.

Lo anterior muestra que existen fuerzas negativas, expresadas en términos de daño o riesgos y describe la existencia de verdaderos escudos protectores que harán que dichas fuerzas no actúen libremente y a veces la transforman en factor de superación de la situación difícil.

La familia como unidad social primaria ocupa un papel fundamental en la comprensión del adolescente, a pesar de que la llegada de hijos a la adolescencia se caracteriza por una crisis transitoria, el apoyo de esta es fundamental aún en situaciones donde no se compartan los mismos puntos de vista, ya que se debe recordar que este adolescente está sometido a varias tensiones.

Las características de la familia en las últimas décadas ha sufrido cambios importantes que están dados esencialmente por la pérdida de la organización patriarcal y un mayor papel de la mujer como centro de esta, disminución del número de sus miembros, menor duración de los matrimonios e incremento de las familias mono parentales, esto unido a que algunas de las funciones que eran de la familia han pasado al estado y a la comunidad. Esto condiciona cambios en su organización y dinámica para dar solución a sus funciones básicas; la familia constituye un sistema de abasto, en términos de ciclo vital y satisfacción de las necesidades económicas, sociales puede llevar a las nuevas generaciones a desempeñarse satisfactoriamente como adultos.

Le corresponde por tanto a la familia garantizar la alimentación, protección, seguridad, higiene, descanso y recreación del adolescente como miembro de esta.

Es importante la atención integral del adolescente, no solo de las afecciones más frecuentes, sino realizar una evaluación y diagnóstico familiar le corresponde a la Atención Primaria de Salud ser los protagonistas fundamentales en el equilibrio de la salud comunitaria, debe realizarse la despenalización de los pacientes, control médico para determinar la presencia de factores de riesgo, enfermedades o secuelas que afecten la salud, confección de la historia clínica individual, orientación de medidas terapéuticas y de promoción y prevención de salud y la incorporación a círculos de adolescentes promovidos por el médico de la familia y sustentados por los factores de la comunidad integrados en el consejo de salud.²¹

Entre los aspectos que llaman la atención a los jóvenes estudiantes son los métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual, por lo que a continuación detallamos cada uno de estos aspectos:

6. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Concepto.- Son métodos que evitan que la mujer salga embarazada, y son la ayuda para una buena planificación familiar.

6.1. Planificación familiar

Es un proceso en el que la mujer decide cuantos hijos quiere tener y cuando quiere tenerlos. Se inicia cuando la mujer empieza a tener relaciones sexuales y permanece durante toda su edad reproductiva (hasta la menopausia).

Una buena planificación familiar requiere de la buena comunicación entre la pareja, y de la educación que ésta reciba acerca de los métodos de anticoncepción, salud materno infantil, y otros temas relacionados.

6.2. Clasificación de métodos anticonceptivos

- **Métodos Naturales:** método del ritmo, del Moco Cervical, de la Temperatura Basal.
- **Métodos de Barrera:** preservativo, Diafragma cervical, Óvulos Vaginales, etc.
- **Métodos Hormonales:** anticonceptivos orales (píldora), Inyecciones (mensuales, bimensuales, trimestrales), Implantes (Norplant), Parches y los Anillos Vaginales. En este grupo también podemos clasificar a la anticoncepción de urgencia (Pastillas de Levonorgestrel).
- **Dispositivos intrauterinos (DIU):** T de Cobre, DIU que libera progesterona.
- **Métodos Quirúrgicos:** bloqueo Tubárico Bilateral (Ligadura de Trompas), Vasectomía.

6.3. Método anticonceptivo natural

Son aquellos métodos que se basan en la fisiología (función) hormonal de la mujer, en los cuales hay abstención de hacer relaciones sexuales durante la ovulación (momento en el cual el óvulo sale del ovario) y los días cercanos a ella (días de riesgo para quedar embarazada).

Es necesario saber

- Que el ciclo ovárico de la mujer empieza con la menstruación, es decir que el primer día del ciclo es el primer día de la menstruación, y que el

último día del ciclo es un día antes de la próxima menstruación. Todo el ciclo dura aproximadamente 28 días.

- Que la ovulación se da a mitad del ciclo aproximadamente (14 día), que se acompaña de un discreto aumento de la temperatura corporal ($< 1\text{ }^{\circ}\text{C}$) en relación a los días pre-ovulatorios del ciclo, y que la secreción vaginal se vuelve de mayor viscosidad (el moco es más abundante, espeso y claro, y se extiende con mayor facilidad). Es la época más con mayores posibilidades de que la mujer salga embarazada.

Ritmo: permite tener relaciones sexuales 8 días después y 8 días antes de la fecha próxima probable de la menstruación.

Moco cervical: prohíbe tener relaciones sexuales cuando el moco se hace muy viscoso y al tratar de separarlo entre los dedos se extiende más de 3cm de longitud.

Temperatura basal: permite tener relaciones sexuales a partir de la tercera noche en que la mujer ha comprobado un aumento de su temperatura corporal (menos de 1 grado centígrado) hasta la próxima menstruación. La mujer debe medirse la temperatura vaginal, cada mañana y confeccionar una gráfica, alrededor de la mitad de su ciclo verá que la temperatura se eleva, es el momento más peligroso, pero luego de tres días ya no hay peligro.

Estos métodos se prefieren usar en aquellas mujeres muy responsables. También se considera a la lactancia materna exclusiva como un método anticonceptivo natural, aunque si una mujer está dando de lactar para mayor seguridad se recomienda el uso de algún otro método complementario a partir del primer mes posterior al parto.

6.4. Método anticonceptivo de barrera

Son aquellos métodos que impiden el ascenso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina, ya sea formando una barrera mecánica (preservativo, diafragma) o química (óvulos vaginales, jaleas, etc.) o la combinación de ambos.

Preservativo: se le conoce como condón, el cual debe recubrir totalmente el pene, único método anticonceptivo que ayuda a prevenir el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

Diafragma: es un dispositivo colocado en la mujer dentro del introito vaginal. Es poco usado por su dificultad en la colocación, y molestias que genera.

Óvulos vaginales: tienen contenido espermicida, se debe colocar la mujer un óvulo quince minutos antes de la relación sexual, y dejarlo allí por lo menos 6 horas después de haber terminado la relación para que tenga efecto.

6.5. Método anticonceptivo hormonal

Son métodos basados en el uso de hormonas sexuales (estrógenos y/o progestágenos), cuyos objetivos finales son impedir que se desarrolle la ovulación en la mujer, y generar condiciones adversas en la vagina, cervix y endometrio que impidan que se llegue a realizar la fecundación (unión del espermatozoide con el ovulo).

6.6. Anticonceptivos orales combinados: son fármacos de contenido hormonal que contienen estrógenos y progestágenos, que se deben tomar diariamente por vía oral para evitar el embarazo, son muy eficaces.

Contraindicaciones: fumadora y mayor de 35 años, enfermedad hepática, antecedentes de Cáncer de mama o útero, de tromboembolia,



presencia de enfermedad venosa grave, afección cardiaca, diabetes, hipertensión mal controlada.

Efectos secundarios: en algunos casos: cefaleas persistentes, depresión, hipertensión, aumento de peso.

Anticonceptivos orales de solo progestágenos: son fármacos que solo contienen progestágenos, y que también se toman diariamente, se usan en aquellas mujeres que están dando de lactar, que tienen anemia o no pueden recibir estrógenos.

Contraindicaciones: sangrado uterino anormal no diagnosticado, antecedentes de trombo embolismo y cáncer de mama.

Efectos secundarios: en algunos casos: amenorrea y sangrado intermenstrual.

6.7. Inyecciones: consiste en colocarse inyecciones de contenido hormonal, al igual que los anticonceptivos orales, puede haber de contenido combinado (estrógenos y progestágenos) o de solo progestágenos. Se pueden aplicar cada uno, dos o tres meses.

Contraindicaciones: según el contenido hormonal, las contraindicaciones serán las mismas que las de los anticonceptivos orales.

Efectos secundarios: la mayoría deja de menstruar, algunas aumentan de peso, y otras refieren sangrado frecuente y en escasa cantidad (spotting).

6.8. Implantes: consiste en la implantación debajo de la piel del brazo de cápsulas delgadas y flexibles que contienen levo-norgestrelodesogestrel, progestágenos que se liberan sostenidamente y ejercen su función. El método dura entre 3 a 5 años.

Contraindicaciones: mujeres con peso menor a 50 kg ó mayor a 70 kg, mujeres que anteriormente no hayan usado algún método hormonal, y mujeres que tengan alguna contraindicación en los métodos anticonceptivos hormonales anteriores.

Efectos secundarios: aumento o disminución de peso, alteraciones en el sangrado menstrual, dolor mamario.

6.9. Parches: es un método hormonal que consiste en adherir a la piel parches de uso semanal (3 parches durante los primeros 21 días del ciclo, y un periodo de descanso de 7 días).

Contraindicaciones: los mismas contraindicaciones de los anticonceptivos orales combinados.

Efectos secundarios: los mismos efectos de los anticonceptivos orales combinados.

6.10. Anillos vaginales: consiste en la aplicación vaginal, una vez por mes, de un anillo liberador de hormonas anticonceptivas en el fondo de la vagina. La forma de uso es fácil, y se debe poner el día 3 del ciclo y retirarlo el día 24.

Contraindicaciones: las mismas contraindicaciones de los anticonceptivos orales combinado.

Efectos secundarios: los mismos efectos de los anticonceptivos orales combinados.

6.11. Dispositivo intrauterino (DIU)

Es un método anticonceptivo, que se basa en la colocación dentro de la cavidad uterina de un elemento que con efecto mecánico, químico, u hormonal; impide que los espermatozoides lleguen a fecundar los óvulos, ya

que son inmovilizados, o destruidos para que no cumplan su función. Se diferencian de los métodos de barrera porque los DIU actúan a nivel de cavidad uterina, mientras que los de barrera lo hacen a nivel vaginal.

T de cobre: es el dispositivo intrauterino más conocido, que lo implanta el médico, mediante una técnica sencilla, y que libera cobre para hacer su efecto. Se cambia cada 10 años, pero puede retirarse en cualquier momento.

Contraindicaciones: enfermedad inflamatoria pélvica, dolor pélvico crónico, sangrado menstrual abundante, tumores del aparato genital, cáncer de cuello uterino en todos sus estadios, antecedentes de embarazo ectópico, malformación uterina, paciente con conductas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual y embarazo.

Efectos secundarios: mayor duración del sangrado menstrual, en algunos casos dolor pélvico.

DIU hormonal: es un dispositivo en forma de T, como el anterior que libera progesterona. Se cambia una vez al año.

Contraindicaciones: iguales contraindicaciones que el anterior.

Efectos secundarios: iguales efectos que el anterior.

6.12. Anticonceptivo quirúrgico

Es un método que consiste en el bloqueo quirúrgico de los conductos que sacan a las células de la fecundación de su almacenamiento (espermatozoides u óvulos).

6.13. Bloqueo Tubárico bilateral: en la mujer se bloquean las trompas de Falopio, impidiendo que el óvulo sea liberado a la cavidad uterina, así este



no podrá encontrarse con el espermatozoide. Se le conoce también como "Ligadura de trompas".

6.14. Vasectomía: en el varón se bloquean los conductos deferentes, que impiden que los espermatozoides salgan al exterior del pene. Es necesario cuidarse con otro método durante las primeras 20 relaciones sexuales, pues pueden haber quedado espermatozoides por debajo del lugar de bloqueo que pueden provocar un embarazo no deseado.

6.15. En los adolescentes siempre surge esta interrogante sobre qué método anticonceptivo elegir, por lo que consideramos:

Se debe elegir el método de acuerdo a la facilidad de uso, posibilidades de cumplirlo y efectividad anticonceptiva. Para ello se debe consultar al médico de los posibles efectos adversos y contraindicaciones en relación al organismo de la persona que lo va a usar.

Se recomienda que la decisión en el uso deba ser voluntaria, y en la medida de lo posible en común acuerdo con la pareja.

6.16. Actualmente existe un abuso indicando de la anticoncepción de emergencia por lo cual decidimos indicar que:

Se usa cuando una mujer ha tenido una relación sexual en las 72 horas previas, en la que involuntariamente ha estado desprotegida, o ha sido víctima de una violación. Como su mismo nombre dice es de urgencia, no se recomienda su uso continuado porque es menos eficaz que los anticonceptivos hormonales convencionales (solo es eficaz en el 98%), porque genera más molestias y porque es de mayor costo. A este método también se le conoce como el de la píldora del día siguiente.

6.17. En el colegio de los adolescentes debemos difundir información adicional sobre aspectos como:

- El aborto no es un método anticonceptivo, y que en muchos países está prohibido ser inducido.
- Los DIU y los anticonceptivos de emergencia no son abortivos.
- La decisión en el uso de un método es voluntaria, y que en lo posible debe ser una decisión compartida con la pareja.
- En el mundo sabemos que cada vez somos más personas, y que un niño al nacer, se merece tener un futuro seguro con educación, alimentación, salud, vivienda y amor, para que posteriormente pueda desarrollarse.
- El inicio de relaciones sexuales depende de los valores que la persona haya adquirido a lo largo de su vida, y de la responsabilidad que tenga que afrontar si de ello resultaría una gestación.
- Se debe recordar que una mujer puede salir gestando otra vez, a las pocas semanas que haya tenido un parto, sin que le haya venido alguna menstruación.
- Las personas con antecedentes de cáncer de mama, tromboembolia, enfermedad cardíaca, epilepsia, enfermedad hepática, migraña, etc., deben ser evaluadas por su médico antes de decidirse por el uso de algún método anticonceptivo.
- Antiguamente habían DIU en forma de espiral y dejaron de usarse por su alta tasa de fallas.²²

7. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Concepto: Las enfermedades de transmisión sexual, anteriormente conocidas como enfermedades venéreas, son un grupo de enfermedades que se contagian durante las relaciones sexuales sin protección.

Son causadas por virus, bacterias, hongos y otros gérmenes microscópicos.



Una persona infectada puede seguir propagando la enfermedad sin saber que lo hace, porque puede estar sin síntomas y la infección puede pasar desapercibida.

Atacan a personas de cualquier edad y sexo, pero los adolescentes y adultos jóvenes son los que están en mayor riesgo de contagiarse. Las más conocidas son:

- Trichomoniasis
- Clamidiasis
- Candidiasis o Moniliasis Vaginal
- Gonorrea o Blenorragia
- Sífilis
- Herpes
- Hepatitis virales
- VIH/SIDA

Si no se evitan o tratan rápidamente ocasionan esterilidad, enfermedades crónicas e incluso la muerte.

Las condiciones que favorecen su contagio son:

- Contacto sexual sin protección con personas infectadas.
- Recibir transfusiones con sangre no segura o no certificada.
- Uso de agujas contaminadas de personas infectadas.
- A través de la placenta de la madre enferma al feto o al recién nacido.
- Lactancia materna de una madre enferma de SIDA.

No es necesaria la penetración anal o vaginal para contagiarse, es suficiente el roce y tocamiento de los genitales para infectarse.

Antes de la eyaculación masculina existe salida de líquido preseminal que también es potencialmente infectante. Una persona puede tener dos o más enfermedades en un mismo momento de la vida.

El tratamiento de una enfermedad de transmisión sexual debe de ser otorgado y vigilado por un médico y se trata tanto al paciente como a su pareja sexual. No se deben de auto-recetar, debido a que si son tratadas de manera errónea pueden tener graves repercusiones.

El uso adecuado del condón es útil para prevenirlas.²³

7.1. Trichomoniasis.- Causada por un parásito llamado *Trichomona vaginalis*. El período para que se presente la enfermedad oscila entre 5 y 28 días pero puede extenderse hasta 6 meses. Cuando no se trata la infección puede durar varios años.

A veces no hay síntomas. Sin embargo, en mujeres los síntomas pueden ser secreciones vaginales amarillas-verdosas abundantes y espumosas, malolientes, comezón o enrojecimiento vaginal, dolor durante las relaciones sexuales, malestar en la zona baja del abdomen y orinar frecuentemente.

En los hombres los síntomas pueden incluir secreciones espumosas, picazón, ardor en el pene y orinar frecuentemente con dolor. El tratamiento es a base de antibióticos, el cual debe darse también a la pareja sexual, no tener relaciones sexuales durante el tratamiento y usar condón hasta que se confirme la cura de la enfermedad.²⁴

7.2. Clamidiasis.- Causada por *Chlamydia trachomatis*. Los síntomas aparecen generalmente después de 7 a 14 días después de ser infectado. Esta enfermedad no se ve, no tiene signos. Cuando existen síntomas en los hombres típicamente incluyen dolor al orinar o secreciones del pene. Por lo general las mujeres con clamidia no tienen ningún síntoma.

Cuando existen, éstos suelen aparecer de una a tres semanas después de haberse infectado; sangrado entre los períodos menstruales y después de tener relaciones sexuales, dolor en el vientre y durante las relaciones sexuales, fiebre, necesidad de orinar más de lo habitual y secreción vaginal. El tratamiento es con antibióticos, que deberán ser recetados por un médico; la pareja debe tratarse al mismo tiempo para no volverse a infectar.²⁵

7.3. Candidiasis o Moniliasis Vaginal.- Causada por un hongo llamado *Cándida albicans*. Los síntomas en la mujer son: comezón, enrojecimiento e hinchazón vulvar, que generalmente se incrementa en la segunda mitad del ciclo menstrual, flujo blanco con aspecto de yogurt, dolor en el contacto sexual y orinar frecuentemente con dolor.

En el hombre cuando llega a presentar síntomas, es comezón intensa. El tratamiento es a través de antimicóticos (anti hongos), los cuales deben ser recetados por un médico, la higiene personal es importante para el control de esta enfermedad.²⁶

7.4. Gonorrea.- La gonorrea causada por *Neisseria gonorrhoeae*, se presenta entre 2 y 7 días después del contacto sexual y es transmisible mientras la persona permanezca con la infección. La prontitud y eficacia del tratamiento del enfermo y sus parejas sexuales acorta significativamente el periodo de contagio.

Es fácil detectarla en el hombre ya que produce una secreción purulenta por la uretra con intenso dolor al orinar. En la mujer, es más difícil detectarla ya que generalmente no da molestias y sí las da, no es muy específica, confundiéndose con otras infecciones genitales que produzcan una secreción purulenta por la vagina. La mujer sin síntomas y que tiene varias parejas sexuales es potencialmente infectante.²⁷

7.5. Sífilis.- La sífilis causada por *Treponema Pallidum*. Se presenta por lo regular 21 días después de haber tenido el contacto sexual. La lesión inicial



es una úlcera no dolorosa, con secreción serosa de base dura en los genitales (glande, prepucio, surco balanoprepucial en el hombre; labios mayores o menores, vulva en la mujer), acompañada de inflamación de los ganglios de la ingle, esta úlcera desaparece espontáneamente después de 3 a 4 semanas, dando la falsa sensación de curación. Pero no es así, ya que la enfermedad silenciosamente se difunde por todo el organismo, apareciendo algunos meses después una serie de manchas en la piel e inflamación de los ganglios de la axila, cuello e ingle, lo que se llama sífilis secundaria; si la persona tiene contacto sexual en esta etapa, puede transmitir la enfermedad.

Con el paso del tiempo, la enfermedad puede producir insuficiencia cardiaca, falta de memoria, parálisis y la muerte; lo que es la sífilis terciaria.

El tratamiento para estas enfermedades es a base de antibióticos los cuales deben ser recetados por un médico; este tratamiento si se cumple es 100% efectivo. La pareja sexual debe recibir también tratamiento y evitar tener relaciones sexuales durante el mismo.

La prevención para estas enfermedades puede hacerse a través del uso de los condones durante las relaciones sexuales, tener relaciones únicamente con una sola pareja y que no esté infectada.²⁸

7.6. Herpes.- El período para que se desarrolle esta infección es de 3 a 14 días, es causada por el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2) y se contagia por contacto directo de piel con piel del sitio infectado durante el sexo vaginal, anal u oral. Puede acompañarse de fiebre, dolor de cabeza, malestar general y dolor de cuerpo. Las lesiones características son bolitas duras y ampollas, agrupadas y dolorosas sobre un área enrojecida, las cuales se rompen para formar úlceras y costras, luego cicatrizar en el lapso de 2 semanas.

Son altamente contagiosas; en el hombre aparecen en el glande, en el cuerpo del pene o en la región perineal, y en las mujeres en la vulva, la

vagina, el cuello uterino y la región perineal. Pueden producir dolor al orinar, flujo vaginal y dolor al tener relaciones sexuales.

Es importante destacar que muchas personas infectadas por primera vez pueden no tener manifestaciones clínicas de la enfermedad. La primera aparición de síntomas durante la primera infección de herpes genital se llama "herpes" primario. Al principio se puede tener una sensación de hormigueo o picor en el área genital. Puede haber dolor en las asentaderas, piernas y el área de la ingle. Los síntomas generalmente desaparecen dentro de 3 semanas o aún más rápidamente si se tratan con los medicamentos adecuados, sin dejar cicatriz. Pero aún después que desaparecen, el virus queda en el cuerpo. Puede reactivarse y volver a causar llagas días o años después. Por lo general los síntomas son peores durante el herpes primario y se vuelven más leves con cada nueva reactivación del herpes.

Hay otra cepa del virus, el virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1), que normalmente se transmite a través de contacto no sexual y suele causar llagas en los labios pero también puede transmitirse a través del sexo oral. No hay cura conocida para el herpes, pero es posible tratar los síntomas con fármacos antivirales.²⁹

7.7. Hepatitis Virales. De estas las principales son las causadas por el Virus de la Hepatitis B y el C, que atacan el hígado. La Hepatitis B, es una enfermedad grave causada por el virus de la hepatitis B (VHB), que puede causar una infección para toda la vida, cirrosis, cáncer del hígado, falla hepática y la muerte. Se transmite por la sangre, las agujas compartidas o reutilizadas, de la madre infectada al bebé recién nacido durante el parto y durante las relaciones sexuales sin protección. Período de incubación de 45 a 160 días. Las personas infectadas si no lo saben pueden transmitir la enfermedad. Cuando se presentan síntomas, estos pueden ser: ojos y piel amarillos, pérdida del apetito, náusea, vómito, fiebre, dolor de estómago o de



las articulaciones, cansancio extremo. La hepatitis B puede ser evitable a través de la vacuna.

La hepatitis C es una enfermedad del hígado causada por el virus de la hepatitis C. El período de incubación es de 15 a 150 días. Muy pocos de los infectados saben que la padecen y son portadoras del virus por el resto de sus vidas. La mayoría de estas personas tienen algún daño en el hígado, pero muchas no se sienten enfermas; pueden desarrollar cirrosis y falla hepática, que pueden tardar muchos años en desarrollarse y ocasionarle la muerte.

No hay vacuna para el virus de la hepatitis C y puede ser transmitido por contacto sexual, por eso el condón es la única forma de prevención posible. Dado que se trata de un virus tampoco existe tratamiento específico, el objetivo es mantener controlada la replicación del virus para evitar el daño progresivo del hígado, pero este tratamiento es muy agresivo para el organismo.³⁰

7.8. VIH/SIDA.- Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA).

El SIDA es el resultado de la infección con el VIH, que es incurable y mortal. Se caracteriza la disminución de los mecanismos de defensa del organismo, que hace vulnerable al que lo padece a todo tipo de infecciones. Se transmite a través de relaciones sexuales y a través de la sangre; tanto por compartir agujas u otros objetos filosos que cortan la piel o por transfusión sanguínea, también se transmite a través de la madre infectada al bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia. Al infectarse, algunas personas no experimentan síntomas, mientras que otras tienen síntomas similares a los de una gripe. Estos síntomas normalmente desaparecen después de una a cuatro semanas y el virus puede permanecer inactivo por años y la persona infectada puede contagiar a otras personas. Aun no se conoce alguna vacuna o cura; solo se utilizan fármacos para prolongar la vida y la salud de

una persona infectada. En esta infección existe, lo que se conoce como el periodo de ventana: que es el periodo desde la infección hasta cuando se puedan detectar antígenos (parte del virus), lo que permite detectar la infección pero no así anticuerpos (proteínas defensivas que produce el cuerpo para protegerlo de sustancias externas). Este proceso dura tres meses aproximadamente.

Posteriormente pueden pasar entre 2 y 10 años, tiempo en el cual van bajando las defensas del organismo contra otras enfermedades e infecciones; lo que nos da el cuadro conocido como SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).³¹

8. INFORMACIÓN

Concepto.-Es un conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del adolescente o sistema que recibe dicho mensaje.

Una vez los adolescentes a percibidos datos sensoriales y procesados constituyen una información que cambia el estado de conocimiento, eso permite a los adolescentes o sistemas que poseen dicho estado nuevo de conocimiento tomar decisiones pertinentes acordes a dicho conocimiento.

Desde el punto de vista de la ciencia de la computación, la información es un conocimiento explícito como resultado de interacción con el entorno o percepciones sensibles del mismo entorno.

En las distintas ciencias y disciplinas de estudio académico, se le llama información al conjunto de elementos de contenido que dan significado a las cosas, objetos y entidades del mundo a través de códigos y modelos. La información es vital para todas las actividades tanto de orden humano como de otros seres vivos. Los adolescentes tienen la capacidad de generar códigos, símbolos y lenguajes que enriquecen la información, la modifican, la reproducen y la recrean constantemente, otorgándole nuevos sentidos.

9. COMUNICACIÓN

Definición: se llama comunicación a la transmisión de información entre dos o más seres. Para comunicares el ser humano utiliza diversos sistemas de signos: auditivos, visuales, táctiles, olfativos y lingüísticos.

El adolescente no está agrupado solo por la edad sino por formas de pensar y sentir parecidas, donde se encuentra una gran diversidad de culturas, consumos y formas de vida adolescente a las que llamamos “tribus urbanas” o “mundos sociales”. Los jóvenes que habitan el mundo complejo y cambiante de hoy, se organizan en espacios propios donde se acepte la diversidad de formas de expresarse y comunicarse.

Hoy en día la comunicación no necesariamente es codificada, hay una comunidad virtual además de la real, se comparte infinidad de información en la red, se habla de una subjetividad mediática sin códigos compartidos, hay una falta de diálogo cara a cara. Recibimos infinidad de información a través de las nuevas tecnologías y no toda la llegamos a procesar internamente.

Otra forma de escribir es en la pantalla de la computadora estando conectado a la red. A veces se completa la escritura con la utilización de “emoticones” que son una especie de dibujitos animados que expresan distintos estados de ánimo. Muchas veces cuando los adolescentes no desean quedar expuestos a la comunidad cibernética, sus escritos son ocultos detrás de un seudónimo.

En estos momentos los jóvenes están creando sitios en Internet como el Blog, el Fotology, el Facebook, chatear, SMS son mensajes cortos donde los adolescentes crean su propio lenguaje. Estas son las formas más frecuentes de comunicación que tienen hoy los adolescentes.

8.1 Los elementos de la comunicación: los elementos que intervienen en un acto comunicativo son los que aparecen a continuación:

Emisor	Sujeto del que parte la información
Receptor	Destinatario de la información emitida por el emisor
Mensaje	Información transmitida
Código	Conjunto o sistema de signos (palabras, colores sonidos, etc.) que se combinan entre sí, mediante reglas, para poder formular el mensaje. Emisor y receptor deben conocer el código para poder interpretarlo
Canal	Medio físico a través del cual se transmite el mensaje.
Contexto situacional	Conjunto de circunstancias (lugar, momento, etc.) que rodean al acto comunicativo y lo condicionan

La mayoría de problemas del día a día de la convivencia familiar se resolverían, si nos esforzáramos por tener una buena comunicación con nuestros hijos. Hay muchas formas de hacerlo. Se puede hacer con un gesto, se puede hacer con una mirada de complicidad, se puede hacer con la palabra, escuchando música, leyendo, haciendo deporte...También nos podemos comunicar silenciosamente. Sólo contemplando unos padres junto a la cama de un hijo enfermo, mimándolo o dándole la mano vemos el máximo de comunicación. El silencio se hace necesario por el reposo de su hijo, pero la comunicación no debe faltar.

“Ya se ve que para comunicarse no se necesitan palabras, sino que se necesita afecto y que haya un clima de confianza y, ¿cómo conseguimos este clima? Podemos reflexionarlo, puesto que se hace muy difícil recibir la confianza de nuestros hijos si no hacemos un esfuerzo para ser acogedores y estar tranquilos y de buen humor a la hora de comunicarnos. Es imprescindible comprender a nuestros hijos; saber intuir qué les preocupa, qué nos quieren decir o qué necesitan. La base de la comunicación, es amar, interesarse por sus cosas y ayudar a que ellos solos vayan resolviendo sus dificultades. Cuando hay confianza se actúa con calma, no se improvisa y se da paz.



Hay muchas virtudes que pueden ser útiles para ayudar a la comunicación, con el clima de confianza adecuado, que favorece el diálogo, base de la comunicación, pero yo destacaría dos: la sinceridad y la discreción.

1. La palabra sinceridad: deriva del latino "sine cera" (sin cera) refiriéndose a los ungüentos que utilizaban las mujeres romanas para disimular sus arrugas. Pues bien, para vivir la sinceridad tenemos que recordar a San Pablo que nos dice "sea el vuestro sí, sí y el vuestro no, no" Sinceridad es decir siempre con claridad lo que se hace, lo que se piensa, lo que se vive. Nuestros hijos tienen que ver que nosotros somos sinceros siempre. Por esto debemos reflexionar y preguntarnos: ¿Cuántas veces hemos dejado incompleta una promesa o una reprimenda que habíamos anunciado a nuestros hijos? ¿Cuántas veces nos han telefoneado y, por comodidad, hemos hecho decir que no estábamos en casa? ¿Cuántas veces hemos asustado a los pequeños diciendo "que viene el hombre del saco" y lógicamente aún lo esperan?. O otras medias verdades, que no dejan de ser mentiras que malogran la confianza.

Nuestra sinceridad tiene que ser ejemplar, la verdad tiene que ser objetiva, clara. Por ejemplo, si nos equivoquemos, pedimos perdón y lo reconocemos; esto es más educativo para el hijo que muchos sermones y consejos repetitivos. A veces los hijos no son lo suficiente sinceros con nosotros por no quedar mal o porque tienen miedo de que tengamos una reacción desmesuradamente enfadada con lo que nos dicen.

Sobre todo en la adolescencia tenemos que ser pacientes y estar preparados para que nos expliquen lo más impensable sin perder los nervios. Lo que es más importante siempre es que los hijos nos digan la verdad, aunque del susto recibido nos quedáramos sin aliento. Con todos los datos reales del problema, no nos equivocaremos a la hora de buscar soluciones juntas y reforzaremos la confianza mutua.



2. La discreción: hoy, más que nunca, se hace evidente que los padres debemos profundizar en esta virtud, que no es frecuente en el ambiente actual. En el Diccionario General de la Lengua Catalana de Pompeu Fabra, encontramos esta definición de discreción: "reserva en las acciones y en las palabras, reserva del que no hace sino aquello que conviene hacer, de quien no dice sino aquello que conviene decir, que sabe callar aquello que le ha estado confiado".

Muchos hijos se quejan de que los padres, o bien para vanagloriarse, o bien para quejarse explican las confianzas que ellos les han hecho. Ya se ve que este sería un defecto que influiría en la confianza que nos habrían dado los hijos; nada más y nada menos sería "ventilar" sus emociones; tampoco los hijos entienden las ironías ni bromas sobre sus "cosas", por lo tanto no conviene decir lo que nos confían y tenemos que considerar que para ellos aquello es muy importante, aunque a los mayores nos pareciera de poco valor.

Con la virtud de la discreción nace el discernimiento, para saber cuándo es prudente preguntar, o cuando hace falta esperar para hacerlo, puesto que hace falta respetar la intimidad del hijo y tener paciencia para recibir la confianza. También distinguir el momento en que es conveniente dar el consejo oportuno. Pienso que cuando un niño pequeño tiene una pataleta, ¿verdad que es muy difícil corregirlo si nos ponemos a gritar como él y perdemos los nervios?. Con los hijos mayores tenemos que hacer lo mismo, es sencillamente pasar por alto el momento de ofuscación y buscar el tiempo para dialogar con calma y serenidad. Una persona discreta no impone, no coacciona sino que observa y ayuda a mejorar reconociendo que ella también tiene defectos; por lo tanto, no se sobresalta por nada, y, con esta comprensión anima a su hijo a la sinceridad.”³²

V MARCO REFERENCIAL

Ubicación geográfica del colegio UNEDID

Se encuentra ubicado en el ave. Unidad Nacional y Pichincha

Tipo de Educación: Mixta

Horario de funcionamiento: vespertino

FOTO N°1

ENTRADA PRINCIPAL DEL COLEGIO UNEDID



Fuente: las autoras

RESEÑA HISTÓRICA

LA UNIDAD EDUCATIVA EXPERIMENTAL DE INICIACIÓN Y DESARROLLO DEPORTIVO DEL AZUAY(COLEGIO UNEDID), forma a la niñez y juventud de nuestra provincia y en el país, motivados por la necesidad de mejorar la calidad de la educación, mediante la práctica del deporte, la práctica de los valores y la formación de una conciencia crítica; la participación de los padres de familia, como elementos de apoyo, que robustece y amplía nuestro duro y a veces tortuoso camino, pero con la firme



convicción de que nuestros educandos: como ciudadanos aportan hoy y están decididos a la transformación social, lo que nos satisface e impulsa a mejorar siempre. Es así como fue creado el 5 de Junio del año 1982 funcionando solo con 1 paralelo de primer curso y con 32 alumnos de los cuales 16 eran varones y 7 eran mujeres, para en años posteriores ir incrementándose 1 curso por año hasta hoy llegar a lo que es el colegio. El primer rector fue el Licenciado Raúl Mora Peralta. El personal Docente que le acompañó fue: Lcdo. Saúl Ochoa, Lcdo. Víctor Auquilla, Lcdo. Diego Heredia, Lcdo. Martha Solís. Secretaria: Catalina López, Colectora: Nancy Ortiz. Con ellos se dio inicio a la educación y al desarrollo de esta institución. Actualmente la Rectora del Colegio UNEDID es la Magister Esperanza Miranda.

El Colegio está ubicado en la Avenida Unidad Nacional 4-69 de la Parroquia Yanuncay, el terreno para su construcción le perteneció primero a la escuela que funcionaba con el mismo nombre, y después de realizar varios trámites logran mediante el ministerio de educación adquirir el terreno. Cuenta con 22 aulas, ofrece las siguientes carreras técnicas y de ciencias básicas como: cultura Física, Físico Matemático, Informática, Químico Biólogo, también cuenta con una cancha, coliseo, laboratorios de química, computación, amplias aulas.

ESTUDIANTES

EL Colegio cuenta con 384 estudiantes matriculados y asistiendo normalmente a clases, de los cuales se encuentran repartidos para el ciclo básico y para las distintas carreras que oferta el colegio.

PADRES DE FAMILIA

La mayoría de los padres de familia y representantes laboran como empleados privados en los oficios de: albañilería, comercio, etc., cuyos sueldos no les permiten vivir dignamente, existe un alto índice de migración y alcoholismo.



PERSONAL DOCENTE

También el colegio cuenta con unos experimentados y calificados profesores de las diferentes materias básicas. Entre ellos destacan: Ing. Frank Ríos, Ing. Rubén Guambaña, Tcna. Ángela Castro, Mgt. María Luisa Verdugo, Dra. Fabiola Aguilar, Lic. Eduardo Calderón, entre otros.

VISIÓN

El colegio UNEDID tiene la visión de desarrollar al estudiante sus capacidades tanto en lo deportivo como en lo académico con el fin de formar nuevos profesionales y muy buenos deportistas.

MISIÓN

La Unidad Educativa Experimental de Iniciación y Desarrollo Deportivo del Azuay, forma a la niñez y juventud de nuestra provincia y en país, motivados por la necesidad de mejorar la calidad de la educación, mediante la práctica del deporte, la práctica de los valores y la formación de una conciencia crítica; como ciudadanos aportan hoy y están decididos a la transformación social, lo que nos satisface e impulsa a mejorar siempre. Nuestra preocupación permanente por la conservación del medio ambiente hace que nuestros educandos, cada año organicemos campamentos juveniles para la práctica con el ejemplo acompañar a nuestros estudiantes.

FUENTE: Datos tomados del formulario del plantel.

MAPA GEOGRÁFICO:



Fuente: www.google.com



VI OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Describir los conocimientos y prácticas sobre sexualidad que tienen los/as adolescentes del Colegio “UNEDID” de la Ciudad de Cuenca.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir el sexo, grado de escolaridad y religión a la que pertenecen los estudiantes del Colegio UNEDID del Cantón Cuenca.
2. Identificar las fuentes y los medios en donde los estudiantes del colegio UNEDID buscan información sobre sexualidad.
3. Recaptar opiniones de los estudiantes del colegio UNEDID sobre la necesidad de recibir información sobre sexualidad, temas y de que personas han recibido.
4. Describir las opiniones y prácticas sobre sexualidad que tiene los estudiantes del colegio UNEDID en relación a su comunicación con los padres, edad a la que se debe hablar e inicio de vida sexual activa.
5. Describir los conocimientos y prácticas sobre sexualidad, uso de métodos anticonceptivos e infección de transmisión sexual que poseen los estudiantes del colegio UNEDID del Cantón Cuenca.



VII DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo porque la muestra y los datos son números contables, de tipo Descriptivo en ellos se relata hechos para conocer la realidad de los conocimientos de los adolescentes del Colegio UNEDID de la Ciudad de Cuenca. Es de corte transversal porque tiene un límite de tiempo, el cual se llevará a cabo en seis meses.

Área de estudio

El colegio UNEDID está formado con 522 estudiantes del ciclo básico y diversificado con funcionamiento vespertino en el horario de 1 a 6pm. Ubicado en la Avenida Unidad Nacional 4-69 de la Parroquia Yanuncay.

Universo y muestra

Universo: es un universo finito que lo conforman todos los estudiantes matriculados en el colegio UNEDID, en el año lectivo 2011-2012, que corresponden al ciclo básico y diversificado en un total de 522 adolescentes de sexo femenino y masculino.

Métodos, técnicas e instrumentos

Método: cuantitativo, cualitativo.

Técnicas: Observación: directa e indirecta (adolescentes, características del colegio, etc.)

Análisis documental

Bibliografía nacional e internacional, informes, registros y normas nacionales vigentes (fase diagnóstica).

Entrevista: preguntas y respuestas

Instrumentos

Se utilizó un formulario previamente elaborado por las investigadoras y validado por la directora de la Investigación, el mismo fue llenado por los adolescentes, previa capacitación; el formulario contiene preguntas de respuestas dicotómicas. Formulario (Anexo 2)

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Una vez recolectados los datos se procedió a la codificación de los formularios. Para ello se clasificó por variables: edad, sexo, curso, nivel de conocimientos, en Sexualidad.

Las medidas estadísticas que utilizamos en el desarrollo de la tabulación nos permitieron presentarlos en tablas y gráficos.

Los datos recolectados fueron anotados en una tabla basal que incluye, edad, sexo, nivel de colegio que cursa y los conocimientos.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA: Como investigadoras quisimos dar nuestro aporte a la institución, mediante la elaboración y ejecución de una estrategia educativa dirigido a los estudiantes

La intervención educativa se realizó en las aulas del colegio UNEDID. Se programaron dos sesiones con duración de 30 a 45 minutos cada una. Las charlas fueron interactivas con la participación de los estudiantes, quienes pudieron exponer sus dudas. Para ellas se elaboró previamente un manual de información que se entregó a los estudiantes. Como auxiliares de la enseñanza se utilizó el infocus, películas, sociodramas, etc. Las charlas fueron impartidas también a los maestros. (Anexo 5)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estudiantes secundarios de cualquier edad, raza, sexo, o condición social, que estudien en el Colegio UNEDID.
- Estudiantes secundarios que hayan decidido ser beneficiarios de este proceso de investigación y que hayan firmado su asentimiento.



CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudiantes secundarios que a pesar de firmar su asentimiento, deciden no participar en la investigación.
- Estudiantes cuyas fichas estén incompletas en relación a la información solicitada.
- Estudiantes que no asistan a clase el día que se aplica la encuesta.

PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS

Para la presente investigación, primeramente se presentó una solicitud dirigida a la Señora Rectora Lcda. Esperanza Miranda de la institución Educativa UNEDID, quien consintió el presente trabajo de investigación, también se contó con el consentimiento informado por escrito de los padres de los adolescentes (Anexo 3). Y el asentimiento informado por escrito de los adolescentes (Anexo 4), con el fin de mantener la concordancia con las normativas nacionales en materia de bioética.

La información obtenida nos sirvió para mejorar los conocimientos en sexualidad, en coordinación con la Directora de la Investigación; los resultados de la investigación serán entregados a los Directivos del Colegio y a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca, con el análisis correspondiente.

VII RESULTADOS

La base de la investigación se considera importante para los adolescentes de este establecimiento educativo por lo que la investigación realizada pretende identificar los conocimientos que poseen los estudiantes, para que de esta manera se den los procesos de formación y sensibilización de los adolescentes. Sin embargo estos mismos son los que carecen de la libre información en el sistema educativo en donde se observa la necesidad primordial de ofrecer información de fácil acceso ya que los estudiantes con frecuencia desconocen la relación entre sexo y sexualidad debido a que muchos tienen conocimientos que han obtenido de amigos y que los mismos suelen ser incorrectos, equivocados e incompletos.

La idea de identificar los conocimientos que poseen los estudiantes es por la innumerable evidencia que existe de un gran déficit de conocimiento sobre el tema en los adolescentes y que es de mucha importancia ya que de ello depende en gran parte a que estos lleguen a la madurez adecuada para mantener una vida sexual y reproductiva con la mayor de las responsabilidades.



TABLA N°1
DISTRIBUCIÓN DE 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, SEGÚN:
EDAD. CUENCA, 2011-2012.

EDAD	N°	%
Edad de 11 -13 años (Adolescencia temprana)	110	29
Edad de 14 -16 años (Adolescencia media)	140	36
Edad de 17 años en adelante (Adolescencia tardía)	134	35
TOTAL	384	100

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS.- De los 384 estudiantes a los cuales se aplicó el instrumento, 140 (36%) corresponden a la adolescencia media, siendo la comunidad más numerosa del colegio. En la siguiente escala es decir el 35% se encuentran los adolescentes de la etapa tardía y finalmente el 29% los/las adolescentes en la etapa temprana con menor representación dentro del estudio.

TABLA N°2
DISTRIBUCIÓN DE 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, SEGÚN:
SEXO Y NÚMERO DE ESTUDIANTES POR PARALLO, CUENCA 2011-
2012.

PARALELOS	SEXO				TOTAL	
	HOMBRE	%	MUJER	%	Nº	%
NOVENO A	15	4	11	3	26	7
NOVENO B	21	5	6	2	27	7
NOVENO C	25	7	3	1	28	7
DÉCIMO A	22	6	10	3	32	8
DÉCIMO B	20	5	9	2	29	8
DÉCIMO C	20	5	8	2	28	7
CUARTO A COMUNES	26	7	6	2	32	8
CUARTO B CULTURA FÍSICA	22	6	1	0	23	6
CUARTO C INFORMÁTICA	18	5	5	1	23	6
QUINTO CULTURA FÍSICA	20	5	0	0	20	5
QUINTO FÍSICO MATEMÁTICO	9	2	0	0	9	2
QUINTO QUÍMICO BIÓLOGO	14	4	3	1	17	4
QUINTO INFORMÁTICA	15	4	5	1	20	5
SEXTO CULTURA FÍSICA	13	3	5	1	18	5
SEXTO FISICO MATEMÁTICO	9	2	6	2	15	4
SEXTO QUÍMICO BIÓLOGO	9	2	10	3	19	5
SEXTO INFORMÁTICA	7	2	11	3	18	5
TOTAL	285	74	99	26	384	100

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS.- De los 384 estudiantes a los cuales se les aplicó el instrumento, 89(23%) corresponde al décimo año, es decir los más numerosos de la institución, en cuanto al género 285 (74%) son varones siendo cuantiosos dentro del colegio. El sexo se refiere básicamente a la condición fisiológica, orgánica y anatómica que diferencian el hombre de la mujer. Por lo habitual en los colegios mixtos el género masculino es superior, esto se debe al



temor de algunos padres de familia que piensan que en los colegios mixtos las adolescentes pueden ser sometidas a maltratos, enamoramientos etc. Por la condición biológica de cada género indicamos que existen diferencias en las etapas de maduración de varones y mujeres, y que cada uno tiene problemáticas particulares, cuestiones a las que es necesario prestar atención y tratarlos por diferenciado en las instituciones y no por igual.

TABLA N°3
DISTRIBUCIÓN DE 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, SEGÚN:
RELIGIÓN. CUENCA, 2011-2012.

RELIGIÓN	N°	%
Católica	316	82
Evangélica	16	4
Otros (testigo de Jehová, protestante, mormón)	21	6
Ninguna	31	8
TOTAL	384	100

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS.- De los 384 estudiantes a los cuales se les aplicó el instrumento, 316 (82%) corresponden a la religión católica, 16 (4%) profesa la religión evangélica, 21 (6%) de los estudiantes profesan religiones distintas a las anteriores y 31 (8%) no profesan ninguna religión.

La religión es un componente formativo de las personas y es importante; en muchas religiones se enseñan valores y conductas altruistas que en las instituciones educativas por falta de tiempo o porque no está en el pensum no profundizan en ciertas reglas y conductas; la religión es de gran influencia en cuanto los pensamientos y decisiones de las personas que la profesan, cabe destacar algunas excepciones como el fanatismo y cultos extraños.

TABLA N° 4
DISTRIBUCIÓN DE 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, SEGÚN: LOS MEDIOS EN DONDE BUSCAN INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD. CUENCA, 2011-2012.

MEDIOS EN DONDE BUSCAN INFORMACIÓN SOBRE LA SEXUALIDAD	N°	%
Libros	39	10
Revistas	5	1
Internet	130	34
Medios de Comunicación	13	3
Especialistas en la Salud	50	13
Otros	63	16
Internet, medios de comunicación, y especialistas en salud	11	3
Internet y especialistas en salud	4	1
Libros e internet	26	7
Libros, y medios de comunicación	10	3
Libros, internet, medios de comunicación y especialistas en salud	22	6
Revistas e internet	11	3
TOTAL	384	100

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS.- De los 384 estudiantes a los cuales se les aplicó el instrumento, 130 (34%) buscan información sobre sexualidad en el internet, lo cual indican que es más fácil y completa la información, para los estudiantes es más difícil hablar con las personas adultas por recelo al tema, siendo esta la fuente de información que más utilizan los estudiantes de esta institución, en los porcentajes mínimos explican que se mantienen informados cuando realizan trabajos de investigación.

En la actualidad el internet es uno de los instrumentos más utilizados por todos y uno de los más populares entre los jóvenes, cabe destacar que en el Internet existen peligros no advertidos para la edad de los jóvenes, ya que por las etapas que atraviesan su curiosidad es alta, sus emociones volubles



y su psicología altamente vulnerable; los contenidos eróticos de ciertas páginas pueden desviar la atención e investigación del adolescente hacia otras páginas donde la pornografía y el placer efímero del momento está presente. Estos contenidos distorsionan el valor y responsabilidad con la que se debe tratar la sexualidad.

En la segunda escala tenemos que 63 (16%), buscan otras fuentes de consulta como ser sus amigos, hermanos, etc.

Al no tener una fuente de consulta exacta como personal de salud profesional, el estudiante se expone a recibir información errónea llena de prejuicios y mitos, que crean confusiones de la sexualidad y la responsabilidad que se debe tener en una vida sexual activa.

El ítem siguiente es de 50 (13%), han consultado a personal de salud, de donde obtienen información verídica sobre la sexualidad.

Los porcentajes mínimos corresponden a otras fuentes de consulta como revista, libros, folletos etc.

TABLA N°5
DISTRIBUCIÓN DE 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, SEGÚN:
SI ES IMPORTANTE QUE EN EL COLEGIO SE INFORME SOBRE
SEXUALIDAD. CUENCA, 2011-2012.

ES IMPORTANTE QUE EN EL COLEGIO SE INFORME SOBRE SEXUALIDAD	N°	%
Si	361	94
No	23	6
TOTAL	384	100

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS.- De los 384 estudiantes a los cuales se les aplicó el instrumento, 361 (94%) creen que es importante que en su institución se informe sobre sexualidad, para el estudiante adolescente se convierte la información sobre sexualidad en una experiencia generadora de autonomía, de sentimiento de identidad y de autovaloración como persona que sabe y conoce sobre sexualidad. El grupo familiar y la institución educativa, juegan un rol fundamental en la educación de actitudes, conocimientos y prácticas en la expresión de la sexualidad adolescente.

Los profesores y padres de familia deben comprender que la educación sexual no solo previene prácticas sexuales con riesgos para los adolescentes con vida sexual activa también hace que espacien sus encuentros sexuales, en adolescentes que no han tenido relaciones sexuales hace que retrasen su actividad sexual. Esto es importante ya que reduce significativamente el riesgo de ITS/ETS, embarazos no deseados, etc. Se ha confirmado que a menor edad de inicio en actividad sexual mayor riesgo de contagio o embarazo que puede sufrir el adolescente y a mayor edad de inicio en la actividad sexual el adolescente ya esta emocionalmente más estable y responsable de sobrellevar una actividad sexual.

TABLA N°6
DISTRIBUCIÓN DE 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, SEGÚN:
QUIEN LES ORIENTÓ SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL. CUENCA, 2011-
2012.

QUIEN LES ORIENTÓ SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL	N°	%
Profesores	115	30
Padres	56	15
Familia	9	2
Profesionales de la salud	35	9
Amigos	6	2
Nadie	47	12
Profesores y padres	70	18
Profesores y profesionales de la salud	12	3
Profesores y familia	6	2
Profesores, padres, profesionales de la salud y amigos	5	1
Padres y familia	8	2
Profesores, padres y profesionales de la salud	10	3
Padres, familia y profesores	5	1
TOTAL	384	100

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS.- De los 384 estudiantes a los cuales se les aplicó el instrumento, 115 (30%) han recibido educación sexual de los profesores, 56 adolescentes (15%) lo han recibido de sus padres, 35 adolescentes (9%) han recibido educación sexual de profesionales en la salud.

La mayoría de los padres de familia que abordan el tema y profesores en muchos casos les resulta difíciles ciertos temas de sexualidad, la omisión de ciertas cosas en la educación sexual hará que los adolescentes no tengan conocimientos claros.

Educar sobre sexualidad dentro del colegio y de la familia a los jóvenes es enseñarles con claridad las funciones de los órganos y aparatos reproductores, advertir las consecuencias por tener actividad sexual con



conductas de riesgo, tipos de enfermedades sexuales, enfermedades incurables y formas de prevención contagio, entre lo más importante. La sexualidad también debe ser abordada desde una perspectiva más allá del aspecto biológico, lo que incluye hablar también emociones y sentimientos que pueden implicar en una relación de pareja y como estos pueden llegar a afectar psicológicamente a un/a adolescente que se ha involucrado en una actividad sexual.

TABLA N°7
DISTRIBUCIÓN DE 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, SEGÚN:
FORMA DE COMUNICACIÓN CON SUS PADRES. CUENCA, 2011-2012.

FORMA DE COMUNICACIÓN CON SUS PADRES	N°	%
Muy buena	161	42
Buena	177	46
Mala	46	12
TOTAL	384	100

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS.- De los 384 estudiantes a los cuales se les aplicó el instrumento, 177 (46%) tienen buena comunicación con sus padres. Este tipo de comunicación beneficia no solo a los adolescentes sino también a cada miembro de la familia. Las relaciones entre padres e hijos se mejoran mucho cuando existe la comunicación efectiva. El 42% de adolescentes tiene una comunicación muy buena y el 12% tienen una mala comunicación. Durante la adolescencia se modifica el círculo social del adolescente y mayormente prefiere estar con sus amigos, de allí que muchos padres se preocupan por el alejamiento de su hijo, prefieren contralar y verificar sus acciones y movimientos, los adolescentes confunden con autoritarismo.

La adolescencia es un tiempo de transformaciones, un conjunto de grandes cambios que ocurren en un período relativamente corto tanto en su cuerpo como en su psicología. A veces, un niño obediente puede convertirse en un adolescente difícil de manejar. Por eso, es de vital importancia en esta etapa de la vida, el que padres e hijos puedan comunicarse de manera afectiva, empática caracterizado por ser escuchados, recordando que ya no es un niño pero tampoco es un adulto; su etapa está marcada por la importancia de amistades, inquietudes y muchas veces de rebeldía, los padres deben tener una gran dosis de paciencia que conduzca a soluciones los conflictos que ellos viven.

TABLA N°8
DISTRIBUCIÓN DE 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, SEGÚN
SI TIENEN QUE HABLAR DE SEXUALIDAD LOS PADRES CON SUS
HIJOS. CUENCA, 2011-2012.

TIENEN QUE HABLAR DE SEXUALIDAD LOS PADRES	N°	%
Si	362	94
No	22	6
TOTAL	384	100

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS.- De los 384 estudiantes a los cuales se les aplicó el instrumento, 362 (94%) creen que los padres si deben hablar de sexualidad con sus hijos, Muchos expertos consideran que la adolescencia, es una de las etapas más difíciles e importantes en la vida de un joven, ya que en esta edad sufren una serie de trastornos emocionales que definirán su personalidad para el resto de sus vida, cuanto mayor sea la comunicación entre padres e hijos, más posibilidades tiene un adolescente de discernir ciertas cuestiones que se le presenta como el de cuando y como iniciar la actividad sexual, tomando así decisiones responsables.

El 6% de adolescentes opina que no es necesario que los padres hablen con sus hijos sobre sexualidad.

Reconocemos que para algunos adolescentes puede ser difícil hablar sobre temas sensibles como es la sexualidad, pero también sabemos cuán importante es para el futuro del adolescente. Vivimos en una sociedad de imágenes sexuales presentes: se habla sobre sexualidad en la televisión, internet, música, donde el erotismo siempre está presente; esto hace necesario hablar sobre el tema de sexualidad con los adolescentes.

TABLA N°9
DISTRIBUCIÓN DE 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, SEGÚN:
EDAD A LA QUE SE DEBE HABLAR DE SEXUALIDAD. CUENCA, 2011-
2012.

EDAD A LA QUE SE DEBE HABLAR DE SEXUALIDAD	N°	%
8 a 12 años	235	61
13 a 15 años	114	30
16 a 20 años	19	5
21 años o mas	4	1
No contesta	12	3
TOTAL	384	100

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS: De los 384 estudiantes a los cuales se les aplicó el instrumento, el 61% de ellos contesta que se debe hablar de sexualidad desde los 8 a los 12 años de edad. Los adolescentes señalan que se debe hablar de sexualidad desde que se inicia la educación; siendo explicado por profesores y reforzado por los padres de familia. Muchos psicólogos recomiendan hablar de sexualidad en la infancia y reforzar esta información en la primera etapa de la adolescencia donde la curiosidad sobre sexualidad aflora y es el motor de búsqueda para su indagación, pero es mejor hablar de sexualidad desde niños, cuando preguntan o cuando fijan su mirada en ciertas temáticas respondiendo a sus inquietudes de tal manera que los conceptos le sean de fácil comprensión.

El 30% de adolescentes opina que se debe hablar de sexualidad desde los 13 a 15 años de edad, el 5% desde los 16 a 20 años de edad, 1% desde los 21 o más y solo el 3% no contesta la edad a la que se debe hablar de sexualidad. Durante las diferentes etapas del crecimiento, van surgiendo nuevas inquietudes sobre la sexualidad y lo ideal es que los niños y adolescentes tengan educación sexual en el hogar y confianza para consultar a sus padres sobre diversos temas e inquietudes que surgen durante el crecimiento.

TABLA N°10
DISTRIBUCIÓN DE 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, SEGÚN:
LA EDAD A LA QUE SE DEBE INICIAR UNA VIDA SEXUAL. CUENCA,
2011-2012.

EDAD A LA QUE SE DEBE INICIAR UNA VIDA SEXUAL	N°	%
10 a 15	45	12
15 a 20	197	51
20 a 25	62	16
25 a 30	31	8
≥30	7	2
No se	18	5
No contesta	24	6
TOTAL	384	100

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS: De los 384 estudiantes a los cuales se les aplicó el instrumento, 197 (51%) contesta que se debe iniciar la vida sexual desde los 15 a 20 años de edad, un 12% manifiestan que se debe iniciar la actividad sexual a los 10 y 15 años, el 6% y un 5% no contestan o no saben. La mayoría de adolescentes consideran que al alcanzar el desarrollo biológico a edades tempranas se puede tener actividad sexual lo que no comprenden es que siguen siendo inmaduros para llevar una actividad sexual con responsabilidad, esto hace que muchos adolescentes que inician su vida sexual a temprana edad tenga experiencias inadecuadas que les marca para siempre como: ITS, abortos, embarazos no deseados, esterilidad por ITS no tratadas.

Si el adolescente no es responsable de su cuerpo, acciones y sin conocimientos de sexualidad como puede ser responsable de otras acciones como paternidad y maternidad y temprana edad.

TABLA N°11
DISTRIBUCIÓN DE 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, SEGÚN:
SI EL/LA ADOLESCENTE ACTUALMENTE TIENEN NOVIO/A O NO.
CUENCA, 2011-2012.

ACTUALMENTE TIENES NOVIA/ NOVIO	N°	%
Si	210	55
No	174	45
TOTAL	384	100

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS: De los 384 estudiantes a los cuales se les aplicó el instrumento, 210 (55%) respondió que sí tienen pareja actualmente. En la adolescencia el noviazgo es una relación transitoria entre el hombre y la mujer, la cual brinda la oportunidad de conocerse más afondo, la mayoría de estos noviazgos no tienen estabilidad es por este motivo que los noviazgos en los adolescentes vienen y van de forma aventurada y continua

El 45% de adolescentes (174) no tienen pareja, recordemos que la muestra a investigar incluye adolescentes en la etapa inicial donde las relaciones de amistad recién se integran y se forman, dando comienzo a la camaradería definiendo empatía con unos amigos y descartando otros; la empatía es mayor con amistades del mismo género.

TABLA N°12
DISTRIBUCIÓN DE 210 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID QUE TIENEN NOVIO/NOVIA, SEGÚN: EL TIEMPO DE RELACIÓN. CUENCA, 2011-2012.

TIEMPO DE RELACIÓN CON SU NOVIA / NOVIO	N°	%
Menos de 1 mes	71	34
2 a 6 meses	69	33
7 meses a 1 año	20	9
≥1 año	50	24
TOTAL	210	100

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS: De los 210 estudiantes que tienen novio/a 71 adolescentes (34%) responde que tienen una relación de pareja menos de 1 mes por lo que se asume que los adolescentes no mantienen relaciones estables, están con su pareja porque se atraen mutuamente por conocer un poco más de la persona con la que están cruzando una relación de noviazgo o simplemente por lucirse frente a las amistades.

El 33% de adolescentes tienen una relación de noviazgo mayor a los 2 a 6 meses.

Los noviazgos en la adolescencia no duran más de 4 a 6 meses esto se debe a su emociones siempre cambiantes donde pueden tener ilusiones y desilusiones, las relaciones en adolescentes son efímeras y cambiantes que pueden volver a surgir y terminar en el mismo momento. Es por ellos que muchos de estos adolescentes no están preparados para una relación sexual donde se involucra no solo los cuerpos sino los sentimientos además de la responsabilidad con la que se debe llevar una vida sexualmente activa.

Un porcentaje del 24% tienen relaciones de noviazgo mayor a un año.

TABLA N°13
DISTRIBUCIÓN DE 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, SEGÚN:
SI HA TENIDO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL. CUENCA, 2011-2012.

HA TENIDO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL	N°	%
Si	141	37
No	243	63
TOTAL	384	100

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS: De los 384 estudiantes a los cuales se les aplicó el instrumento, 141 (37%) respondieron que ya tuvieron su primera relación sexual.

Los adolescentes deben estar consientes que en la actividad sexual involucra lo fisiológico y psicológico. Una relación llevada con conductas de riesgo y con sentimientos vanos hacia su pareja puede generar vulnerabilidad psicológica y física del adolescente afectado, que se verá reflejada en su comportamiento como persona inestable e insegura.

TABLA N°14
DISTRIBUCIÓN DE 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, SEGÚN:
SI CREE QUE LA RELACIÓN SEXUAL ES NECESARIA PARA
MANTENER LA RELACIÓN CON SU NOVIA/O. CUENCA, 2011-2012.

LA RELACIÓN SEXUAL ES NECESARIA PARA MANTENER LA RELACIÓN CON SU NOVIA/O	N°	%
Si	36	9
No	191	50
Tal vez	120	31
Nose	37	10
TOTAL	384	100

Fuente: Formulario
Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS: De los 384 estudiantes a los cuales se les aplicó el instrumento, 191 (50%) respondió que no es necesario tener relaciones sexuales para mantener una relación de pareja, los adolescentes dicen que para mantener una relación de pareja debe existir el respeto mutuo y la sinceridad.

Las relaciones de pareja se basan más que una relación biológica; sino también en valores y respeto a su pareja, emociones y sentimientos.

De los adolescentes investigados el 9% opinaron que si es necesario una actividad sexual en la relación de pareja y el 31% que tal vez.

Los adolescentes cada vez más se encuentran influenciados por los medios de comunicación donde el marketing de venta y consumo promociona las relaciones de pareja juvenil de donde la actividad sexual ligada al erotismo ocurre en la primeras escenas de la novela de igual modo en la música, baile y promoción de productos, esto influye en los adolescentes y su forma de pensar, actuar y proyectarse al futuro.

TABLA N°15
DISTRIBUCIÓN DE 141 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, QUE TUVIERON RELACIONES SEXUALES, SEGÚN: EL MOTIVO. CUENCA, 2011-2012.

MOTIVO POR EL QUE DECIDISTE TENER RELACIONES SEXUALES	N°	%
Curiosidad	87	62
Amor	31	22
No contesta	13	9
Nose	9	6
Abuso sexual	1	1
TOTAL	141	100

Fuente: Formulario
Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS: De los 141 estudiante a los cuales se les aplicó el instrumento, 87(62%), han tenido actividad sexual por curiosidad sin importar si están preparados o no. La curiosidad es propia de la adolescencia mucho más si se trata de sexualidad. Es importante una educación sexual a temprana edad donde las interrogaciones del adolescente sean satisfechas no solo desde el punto biológico sino psicológico, donde se aborden temas emocionales que les puede marcar para toda la vida si ellos toman decisiones apresuradas sin evaluar las consecuencias, recordemos que el objetivo de la educación sexual es retrasar la actividad de la misma, guiar y prevenir conductas de riesgo en los/las adolescentes.

La investigación también nos permitió conocer un abuso sexual, esto es un hecho perturbador para el desarrollo psicológico del adolescente, alguien que ha pasado por algo tan duro, necesita ayuda profesional, puesto que en la adolescencia las emociones se vuelven inestables, puede sumirse en depresión por los sentimientos que genera como vergüenza, culpabilidad, baja autoestima frente al sexo opuesto.

TABLA N° 16
DISTRIBUCIÓN DE 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, SEGÚN:
QUE PIENSAN SUS PADRES SOBRE LAS RELACIONES SEXUALES.
CUENCA, 2011-2012.

QUE PIENSAN SUS PADRES SOBRE LAS RELACIONES SEXUALES	N°	%
Responsabilidad	102	26
Matrimonio	23	6
Madurez	68	18
Estabilidad económica	2	1
Nose	131	34
No contesta	58	15
TOTAL	384	100

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS: De los 384 estudiantes a los cuales se les aplicó el instrumento, 131 (34%) respondió que no saben lo que piensan sus padres, 58 (15%) no contestan, lo que nuevamente nos hace advertir la falta de comunicación sobre el tema de sexualidad entre padres e hijos, a los padres se les hace difícil abordar el tema de sexualidad con sus hijos, lo que los padres ignoran que en la familia es donde debe de iniciar la educación sexual debido a que es el grupo social primario donde el niño aprende a relacionarse y tiene mayor confianza. En el instante en que la familia se deslinda de la educación sexual se provoca una responsabilidad desplazada hacia la escuela o al grupos de amigos, dejando a las/os adolescentes con creciente incertidumbre y desconocimiento donde la búsqueda de respuestas lo hacen de forma inadecuada.

Asociando los valores de madurez y responsabilidad tenemos que 170 (44%) tienen un concepto de cómo se debe llevar una actividad sexual.

TABLA N° 17
DISTRIBUCIÓN DE 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, SEGÚN:
SI CREE QUE HAY RIESGO DE EMBARAZO DURANTE LA
MENSTRUACIÓN. CUENCA, 2011-2012.

HAY RIESGO DE EMBARAZO DURANTE LA MENSTRUACIÓN	N°	%
Si	162	42
No	172	45
Nose	50	13
TOTAL	384	100

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS: De los 384 estudiantes a los cuales se les aplicó el instrumento, 172 (45%) piensan que no hay riesgo de embarazo durante la menstruación, 50 adolescentes 13% desconocen del tema. Por la respuesta, apreciamos que sus conocimientos son escasos al respecto.

El ciclo reproductor se puede ver alterado por multitud de factores como: enfermedad, stress, medicación, etc. y darse una ovulación fuera del ciclo. Además, la concepción no se produce en la vagina sino en las trompas de Falopio, por lo que si hay eyaculación, algún espermatozoide puede llegar al óvulo, independientemente de la menstruación.

El 42% de adolescentes afirman que si existe el riesgo de embarazo.

TABLA N°18
DISTRIBUCIÓN DE 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, SEGÚN:
EL CONOCIMIENTO QUE TIENEN SOBRE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS. CUENCA, 2011-2012.

CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	N°	%
0	28	7
1	29	8
2	43	11
3	33	9
4	26	7
5	80	21
6	36	9
7	33	9
8	35	9
9	24	6
10	17	4
TOTAL	384	100

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS: De los 384 estudiantes a los cuales se les aplicó el instrumento, 80(21%) conoce sobre métodos anticonceptivos en un puntaje de 5 /10 en la escala. Los adolescentes indican que el método anticonceptivo para ellos es un medio de protección ante cualquier enfermedad o embarazo no deseado.

Los/las adolescentes desconocen que no todos los métodos anticonceptivos protegen de las ITS, de allí que muchos adolescentes que utilizan métodos anticonceptivos o tienen ciertas prácticas sexuales como sexo oral, resultan sorprendidos cuando se les determina una ITS. Además no todos los anticonceptivos brindan la seguridad y eficacia, algunos de ellos tienen niveles menores que otros en anticoncepción es por ellos que muchos profesionales de la salud recomiendan que combinen dos métodos como: los espermicidas y el preservativo.

TABLA N° 19
**DISTRIBUCIÓN DE 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, SEGÚN:
LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONOCEN CUENCA, 2011-
2012.**

QUE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCES	N°	%
Condón	78	20
Píldoras	1	0
Inyección	1	0
Ninguno de los anteriores	10	3
Condón, píldora y t de cobre	37	10
Condón, píldora, inyecciones y t de cobre	56	15
Condón, píldora e inyección	66	17
Condón e inyección	18	5
Condón, inyección y t de cobre	16	4
Todos los métodos anticonceptivos	54	14
Condón, píldora	47	12
TOTAL	384	100

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS: De los 384 estudiantes a los cuales se les aplicó el instrumento, 78 adolescentes (20%) conocen el condón, siendo este el método anticonceptivo más conocido en los adolescentes, este también es el método más popular entre los jóvenes ya que su precio es bajo, se consigue sin prescripción médica, y tiene la ventaja de que ayuda a evitar el contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y el VIH.

En las siguientes escalas con mayores porcentajes son la píldora, t de cobre e inyección, estos métodos sirven para evitar los embarazos, pero no protegen contra las ITS/ETS.

TABLA N°20
DISTRIBUCIÓN DE 141 ESTUDIANTES QUE TIENEN VIDA SEXUAL ACTIVA DEL COLEGIO UNEDID. DE ACUERDO AL MÉTODO ANTICONCEPTIVO QUE UTILIZAN. CUENCA, 2011-2012.

ADOLESCENTES QUE TIENEN VIDA SEXUAL ACTIVA						
MÉTODO ANTICONCEPTIVO	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Preservativo	64	17	1	0,3	65	17
Inyección	1	0		0	1	0
Condón y píldora	30	8		0	30	8
Otros	2	1		0	2	1
Ninguno de los anteriores	2	1	41	11	43	11
TOTAL	99	26	42	11	141	37

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS: De los 384 estudiantes a los cuales se les aplicó el instrumento, 285 (74%) adolescentes, se excluyen puesto que no tienen vida sexual activa. En la tabla actual tenemos que 141 adolescentes han iniciado su vida sexual de ellos tan solo el 26% (99 adolescentes), utilizan métodos anticonceptivos. El 11% es decir 42 adolescentes tienen conductas de riesgo por falta de conocimientos, ya que los métodos anticonceptivos previenen embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. Además demostramos que los adolescentes que llevan conductas de riesgo no tienen la suficiente conciencia de la responsabilidad de la vida sexual activa puesto que se exponen a factores de riesgo al no utilizar métodos anticonceptivos. De los adolescentes con vida sexual activa y que utilizan métodos anticonceptivos tenemos que 64 adolescentes (17%) utilizan preservativo. La eficacia del preservativo depende de su correcta colocación y uso, el preservativo es el único método que protege de las ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual, como el SIDA). El 8% de estudiantes utiliza dos métodos anticonceptivos que elevan aun más el porcentaje de prevención no solo contra embarazos no deseados por parte de la mujer sino la prevención de ITS por



parte del hombre, para la utilización de la píldora es necesaria una consulta médica, en los adolescentes es difícil ver estas actitudes ya que por vergüenza no asisten a los centros médicos para previa evaluación y entrega de píldoras, esto nos hace presumir que es invención sobre la utilización de este método.

En un mínimo porcentaje tenemos que 2% adolescentes recurren a otros métodos pero estos es preocupante puesto que todo método tienen costo y necesitan que se tenga un control médico de manera periódica, los adolescentes al no ser personas económicamente solventes el único método es el del ritmo. Hay muchos factores que hacen del método del ritmo sea inseguro, como tomar medicamentos, dietas, estrés, enfermedad. Incluso sin estos factores, la realidad es que todas las mujeres tienen un ciclo algo diferente cada mes. Y esto puede afectar el momento en que ovulan, creando ineficacia en el método del ritmo.

TABLA N°21
DISTRIBUCIÓN DE 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, SEGÚN
SI CONOCEN O NO LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.
CUENCA, 2011-2012.

CONOCEN SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	N°	%
Si	325	85
No	59	15
TOTAL	384	100

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS: De los 384 estudiantes a los cuales se les aplicó el instrumento, 325 (85%) si conoce las enfermedades de transmisión sexual. La mayoría de adolescentes conoce sobre las ITS básica como: gonorrea, VIH, sida y sífilis.

El 59% de adolescentes desconoce sobre las ITS/ETS. La deficiente educación sexual en los jóvenes es muy desfavorable para ellos mismos. Cabe resaltar que hay cierta repercusión negativa. En primer lugar, el mal uso de anticonceptivos; conocimientos de sexualidad con mitos y prejuicios, la tabla anterior es muestra fidedigna de la mala educación en los jóvenes; lo que trae, así, varias consecuencias sociales negativas como embarazos no deseados, abortos y enfermedades. Los jóvenes necesitan estar informados sobre todas las consecuencias del ejercicio de su sexualidad para que así estos aprendan a cuidarse y valorarse.

TABLA N°22
DISTRIBUCIÓN DE 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, SEGÚN CONOCEN O NO COMO SE CONTAGIAN LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. CUENCA, 2011-2012.

SABEN CÓMO SE CONTAGIA LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	N°	%
Si	282	73
No	102	27
TOTAL	384	100

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS: De los 384 estudiantes a los cuales se les aplicó el instrumento, 282 (73%) aseveran conocer sobre cómo se transmiten las ITS, su conocimiento se basa solo en contacto íntimo por relaciones sexuales y que una persona con ITS presenta síntomas que se determina a simple vista. Algunas ITS son asintomáticas como el hepatitis B, VIH, sífilis, las cuales hace difícil su detección a simple vista, estas ITS se presentan cuando están en el punto más alto de progreso, otras ITS como la pediculosis púbica o sarna no se contagia por contacto íntimo sino por sábanas o ropa de cama. Así que no podemos aseverar que todas al ITS se contagian por contacto sexual, de allí que el conocimiento que los adolescentes tienen es en parte equívoco.

El 27% representados por 102 adolescentes no conocen la forma de contagio por ETS. La tendencia a experimentar relaciones sexuales precoces junto a la falta de información sobre este tema, aumenta el riesgo de contraer Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Sino se hace algo por canalizar una educación sexual eficiente, los adolescentes en un futuro pueden ser adultos enfermos, con una calidad de vida deteriorada, limitada por sus recursos económicos, además de presentar una alta tasa de mortalidad debida a morbilidades contraídas en la adolescencia.

TABLA N°23
DISTRIBUCIÓN DE 141 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, QUE TUVIERON SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL, SEGÚN: LA EDAD EN LA QUE SE ENCUENTRA. CUENCA, 2011-2012.

A QUE EDAD TUVIERON SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL.	SEXO				TOTAL	
	HOMBRE		MUJER		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Edad de 11 -13 años (Adolescencia temprana)	24	17	3	2	27	19
Edad de 14 -16 años (Adolescencia media)	41	29	4	3	45	32
Edad de 17 años en adelante (Adolescencia tardía)	55	39	14	10	69	49
TOTAL	120	85	21	15	141	100

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS: De los 141 estudiantes que tuvieron su primera relación sexual 69 (49%) corresponde a la adolescencia tardía. Aquellos jóvenes inician su vida sexual activa por curiosidad.

En una segunda escala se encuentren 45 adolescentes 32% de la etapa media y en la última escala 27 adolescentes 19% de la etapa temprana, con estos valores, rectificamos que en la actualidad los adolescentes inician su vida sexual cada vez a edades más tempranas. Cada vez más los cambios puberales se dan a edades tempranas es por este motivo que una adecuada educación y consejería en sexualidad acorde a la etapa de desarrollo de los/las adolescentes y jóvenes contribuyen positivamente a la salud y al desarrollo y permite la postergación de su vida sexual activa y precoz, además de la prevención de ETS, puesto que se ha confirmado que ha menor edad en el inicio de actividad sexual mayor riesgo de ETS y embarazos no deseados y viceversa.



De acuerdo con el género observamos que 120 (85%) de adolescentes que han iniciado su vida sexual son varones, la supremacía es contundente frente al porcentaje de mujeres 21 (15%) de adolescentes.

TABLA N°24
DISTRIBUCIÓN DE 141 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, DE ACUERDO A LA EDAD EN LA QUE SE ENCUENTRAN, CUÁL FUE EL MOTIVO PARA TENER SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL. CUENCA, 2011-2012.

CUAL FUE EL MOTIVO PARA TENER SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL, SEGÚN LA FASE DE LA ADOLESCENCIA EN LA QUE SE ENCUENTRA.						
MOTIVO	EDAD					
	Adolescencia temprana 11 a 13 años		Adolescencia media 14 a 16 años		Adolescencia tardía 17 en adelante	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NOSE	3	9	2	5	4	6
CURIOSIDAD	22	65	24	56	41	64
AMOR	5	15	10	23	16	25
NO CONTESTA	4	11	6	14	3	5
ABUSO SEXUAL	0	0	1	2	0	0

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS: De los 141 estudiantes que pertenecen a la adolescencia temprana, media, y tardía tuvieron su primera relación sexual por curiosidad. La adolescencia es la etapa donde la curiosidad por la sexualidad se intensifica, lamentablemente se ve influido por una serie de desventajas, entre las que se encuentran la escasa información que brindan padres, docentes, los medios de comunicación y los esporádicos programas de educación sexual donde solo se imparten lo fisiológico y no lo psicológico ya que en la sexualidad estos elementos se dividen pero en la realidad del ser humano se conjugan.

A raíz de esta escasa y deficiente educación, el adolescente se convierte en protagonista activo de la investigación sobre el acto sexual sin la debida prevención, contrayendo así enfermedades de transmisión sexual.



En la tabla también manifiestan 31 adolescentes haber tenido relaciones por amor. Los adolescentes se ven atraídos por el sexo opuesto, para los adolescentes el amor romántico y la atracción sexual están dissociados y unir estas dos instancias exige una maduración que muchas veces no se logra puesto que el adolescente continua con sus emociones tan inestables propias de su etapa. Esta brecha se profundiza cuando se habitúan a tener relaciones sexuales con parejas ocasionales.

TABLA N°25

DISTRIBUCIÓN DE 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, DE ACUERDO A SU SEXO, SEGÚN: SU CREENCIA SOBRE SI LA RELACIÓN SEXUAL ES NECESARIA PARA MANTENER LA RELACIÓN CON SU NOVIA/O. CUENCA, 2011-2012.

SON NECESARIAS LAS RELACIONES SEXUALES EN LA RELACIÓN DE PAREJA	HOMBRE		MUJER		TOTAL
	N°	%	N°	%	
Si	32	8	4	1	36
No	115	30	76	20	191
Tal vez	112	29	8	2	120
Nose	26	7	11	3	37
TOTAL	285	74	99	26	384

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS: De los 285 estudiantes de sexo masculino a los cuales se les aplicó el instrumento, 115 adolescentes (40%) cree que no es necesario tener relaciones sexuales para mantener una relación y de las 99 estudiantes de sexo femenino, 76 adolescentes (77%) consideran que no es necesario tener relaciones sexuales para mantener una relación de pareja.

El noviazgo es un proceso que lleva a los adolescentes a conocerse a ellos mismo y a la otra persona; por medio de este proceso ellos se comunican con más confianza hacia otra persona que no sea su familia, intercambiamos opiniones, visiones, pensamientos, creencias, ideales; se enfrentan a problemas que surge en el noviazgo; en cambio cuando por impulso la pareja tiene relaciones sexuales que es en la mayoría de casos en adolescentes, el proceso que éste debe seguir para cumplir con su objetivo se rompe. Ya que muchos adolescentes por sus emociones etéreas pierden interés por la persona actual y buscan otra persona como pareja, esto hace que el individuo involucrado en una actividad sexual se sienta utilizado y se frustra creando así una autoestima baja.

TABLA N°26
DISTRIBUCIÓN 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, DE ACUERDO A LA EDAD EN LA QUE SE ENCUENTRAN, SEGÚN: SU CREENCIA SOBRE EL RIESGO DE EMBARAZO DURANTE LA MENSTRUACIÓN. CUENCA, 2011-2012.

CREEN QUE SE DA EL EMBARAZO DURANTE LA MENSTRUACIÓN.							
	SI		NO		NOSE		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Edad de 11 -13 años (Adolescencia temprana)	41	11	52	14	17	4	110
Edad de 14 -16 años (Adolescencia media)	61	16	60	16	19	5	140
Edad de 17 años en adelante (Adolescencia tardía)	60	16	60	16	14	4	134
TOTAL	162	42	172	45	50	13	384

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS: De los 110 estudiantes que pertenecen a la adolescencia temprana 52(14%) piensan que no se puede quedar embarazada durante la menstruación, de los 140 estudiantes que pertenecen a la adolescencia media 60(16%) creen que no hay riesgo en quedar embarazada durante la menstruación, y de los 134 estudiantes que pertenecen a la adolescencia tardía 60(16%) manifiestan que no se puede dar el embarazo durante la menstruación. Por las respuestas observamos que los adolescentes de la UNEDID no tienen todos los aspectos claros de las sexualidad, ya que durante la menstruación existe un mínimo de riesgo de embarazo, Hay que tener en cuenta que hay muchas adolescentes que tienen ciclos irregulares y algunos periodos en que producen óvulos, y en otros en que no. Es posible que estas mujeres tengan verdaderas menstruaciones y pseudo-menstruaciones alternadas y en fechas aleatorias. En este caso, prácticamente no se puede saber con exactitud cuándo se encuentra en período fértil.

TABLA N°27
DISTRIBUCIÓN 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, DE ACUERDO A SU EDAD CONOCEN O NO LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. CUENCA, 2011-2012.

CONOCEN LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.					
EDAD	SI		NO		TOTAL
	N°	%	N°	%	
Edad de 11 -13 años (Adolescencia temprana)	87	23	23	6	110
Edad de 14 -16 años (Adolescencia media)	120	31	20	5	140
Edad de 17 años en adelante (Adolescencia tardía)	118	31	16	4	134
TOTAL	325	85	59	15	384

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS: De los 384 estudiantes que se les aplicó el instrumento el 85% conoce sobre ITS y su forma de transmisión, los adolescentes manifiestan que las ITS se transmiten por contacto íntimo sexual; su conocimiento es parcialmente exacto, pero no todas las ITS se contagian de esta forma y manifiestan signos síntomas de contagio, muchas de las ITS son asintomáticas manifiestas sus síntomas en el periodo de progreso más alto como el VIH, Sífilis, Hepatitis B. entre otras más. Estas ITS se pueden contagiar de otras manera: utilización de materiales e utensilios contaminados como: jeringas, agujas de tatuaje, instrumental de quirófano mal esterilizado etc. Además tenemos ITS como la pediculosis púbica y la sarna que no necesariamente se contagia por contacto íntimo sino por la utilización de ropa contaminada o por simple roce de la piel con alguna persona infectada. Estas ITS no son prevenibles con ningún método anticonceptivo. De allí que los adolescentes deben concientizarse que la actividad sexual trae riesgos, es por este motivo que individuos con actividad sexual deben tener control médico periódico para así determinar posibles contagios.

TABLA N°28
DISTRIBUCIÓN DE 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, SEGÚN:
EL TEMA QUE DESEAN RECIBIR EDUCACIÓN. CUENCA, 2011-2012.

TEMAS QUE LOS ADOLESCENTES REQUIEREN QUE SE ABORDE	N°	%
No contesta	86	22
Métodos anticonceptivos	73	19
Ets	59	15
Cambios corporales/ adolescente	61	16
Embarazo	21	5
Aborto	12	3
Embarazo, ets	12	3
Embarazo y aborto	7	2
Cambios corporales/ adolescente y aborto	7	2
Embarazo y métodos anticonceptivos	14	4
Métodos anticonceptivos y ets	21	5
Aborto, métodos anticonceptivos, ets	8	2
Cambios corporales/adolescente, ets	3	1
TOTAL	384	100

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS: De los 384 estudiantes a los cuales se les aplicó el instrumento, el 19% pide que se le aborde el tema de métodos anticonceptivos, el 15% de las enfermedades de transmisión sexual, el 16% de los cambios corporales que se dan en el adolescente. Los estudiantes al no tener una educación sexual con profundidad enmarcada en el contexto no solo biológico sino psicológico se ven en la necesidad de recurrir a fuentes de investigación no científicas como los amigos, internet, revistas. La educación sexual proporciona un instrumento de respeto con lo que se debe llevar una sexualidad tanto pasiva como activa, proporcionándoles a los adolescentes las pautas para decidir sobre los aspectos que se debe tomar en cuenta al momento de involucrarse en una sexualidad activa.

TABLA N°29
DISTRIBUCIÓN DE 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, SEGÚN:
EL CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN
SEXUAL QUE LOS ADOLESCENTES CONOCEN. CUENCA, 2011-2012.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL QUE LOS ADOLESCENTES CONOCEN	N°	%
No contesta	76	20
VIH/ SIDA	184	48
Sífilis	2	1
Gonorrea	3	1
Herpes	1	0
VIH/SIDA, sífilis, gonorrea	36	9
VIH/SIDA, sífilis, gonorrea y herpes	21	5
VIH/ SIDA y sífilis	13	3
VIH/SIDA y gonorrea	30	8
VIH/ SIDA y herpes	14	4
Gonorrea, sífilis	4	1
TOTAL	384	100

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS: De los 384 estudiantes a los cuales se les aplicó el instrumento. 184 (48%) conocen solo VIH/SIDA como enfermedades de transmisión sexual. El VIH/SIDA como pandemia se ha difundido por todo medio, es por este motivo que es una de las ETS más conocido por todos los adolescentes. En la siguiente escala observamos un 20% de desconocimiento, volviendo a evidenciar una falta de profundidad en sus conocimientos, esta deficiencia de conocimientos hace que lleven algunos de ellos conductas de riesgo que afectan a su salud.

TABLA N°30
DISTRIBUCIÓN DE 384 ESTUDIANTES DEL COLEGIO UNEDID, SEGÚN:
EL CONOCIMIENTO DE LAS FORMAS DE CONTAGIO DE LAS
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL QUE LOS
ADOLESCENTES CONOCEN. CUENCA, 2011-2012.

FORMAS DE CONTAGIO DE LAS E.T.S SEGÚN LOS ADOLESCENTES	N°	%
No contesta	132	34
Relaciones sexuales sin protección	227	59
Jeringuillas usadas	6	2
Relaciones sin protección y transfusiones sanguíneas	19	5
TOTAL	384	100

Fuente: Formulario

Autoras: Rocío Lucero, Mónica Matute, Prisila Ortega.

ANÁLISIS: De los 384 estudiantes a los cuales se les aplicó el instrumento, 227 (59%) creen que el contagio de las Enfermedades de Transmisión Sexual se da por relaciones sexuales sin protección. Todas las tablas anteriores evidencian una falta de educación sexual en los adolescentes, ya que muchos de ellos independientemente de la edad tienen vacíos y mitos sobre ciertos aspectos de la sexualidad que a la larga perjudican en la toma de decisiones y llevan a conductas de riesgo, que pueden afectarles en su salud estableciendo morbi-mortalidades que no son propias de su edad, todo esto por falta de comunicación familiar, educación sexual en las instituciones que despejen toda duda y prejuicios de sexualidad

CONCLUSIONES

<p>1. Describir el sexo, grado de escolaridad y religión a la que pertenecen los estudiantes del Colegio UNEDID del Cantón Cuenca.</p>	<p>De los 384 estudiantes encuestados, 74% son varones y 24% son mujeres.</p> <p>El grado de escolaridad predominante del colegio pertenece al ciclo diversificado con 56% de estudiantes.</p> <p>La religión más numerosa es la católica 82% en el colegio UNEDID.</p>
<p>2. Identificar las fuentes y los medios en donde los estudiantes del colegio UNEDID buscan información sobre sexualidad.</p>	<p>Las fuentes de información más utilizadas en el colegio UNEDID son: el internet con un 34% y otras fuentes de consulta como amigos un 16%.</p>
<p>3. Receptar opiniones de los estudiantes del colegio UNEDID sobre la necesidad de recibir información sobre sexualidad, temas y de que personas han recibido.</p>	<p>De los/las adolescentes encuestados el 94% consideran que si es importante que se aborde sobre el tema de sexualidad en su colegio, piden que se aborde con frecuencia temas como: métodos anticonceptivos 19%,</p>

	<p>enfermedades de transmisión sexual 15%, cambios corporales que se dan en el adolescente 16%. Los estudiantes manifiestan que han recibido educación sexual de los profesores 30%, 15% de sus padres y 9% de profesionales en salud.</p> <p>Una educación sexual periódica determinara que sus conocimientos sean exactos sin enigmas y que muchos adolescentes tomen conciencia sobre la responsabilidad de una actividad sexual, además los conocimientos los aleja de conductas de riesgo.</p>
<p>4. Describir las opiniones y prácticas sobre sexualidad que tiene los estudiantes del colegio UNEDID en relación a su comunicación con los padres, edad a la que se debe hablar e inicio de vida sexual activa.</p>	<p>La encuesta informa que 46% de adolescentes tiene una buena comunicación con sus padres, 42% tiene muy buena comunicación y el 12% tiene una mala comunicación. Las relaciones entre padres e hijos se mejoran mucho cuando existe la comunicación efectiva.</p> <p>El 61% considera que la edad</p>

	<p>promedio para hablar de sexualidad es de 8 a 12 años y la edad adecuada para iniciar una vida sexual activa es de 15 a 20 años.</p> <p>De los 384 estudiantes, 141 estudiantes ya tuvieron su primera relación sexual, 49% corresponde a la adolescencia tardía, 32% etapa media y 19% etapa temprana.</p> <p>De acuerdo con el género observamos que 85% de adolescentes que han iniciado su vida sexual son varones, la supremacía es contundente frente al porcentaje de mujeres 15% de adolescentes.</p>
<p>5. Describir los conocimientos y prácticas sobre sexualidad, uso de métodos anticonceptivos e infección de transmisión sexual que poseen los estudiantes del colegio UNEDID del Cantón Cuenca</p>	<p>Se logró identificar que los estudiantes del colegio “UNEDID”, poseen conocimientos inexactos y algunos de ellos con prejuicios; 45% piensan que no hay riesgo de embarazo durante la menstruación, 13% desconocen del tema y el 42% afirman que si existe el riesgo de embarazo. Sobre los métodos anticonceptivos, 21% conoce sobre métodos anticonceptivos un nivel de 5 /10 es un nivel medio, para individuos con actividad sexual es un conocimiento deficiente.</p> <p>De los 384 adolescentes investigados</p>

	<p>tenemos que 141 adolescentes han iniciado su vida sexual; de ellos tan solo el 26% utilizan métodos anticonceptivos y 11% tienen conductas de riesgo.</p> <p>El método anticonceptivo más utilizado por los adolescentes es preservativo, 17%.</p> <p>El 85% conocen sobre la transmisión de ITS; su conocimiento se basa solo en contacto íntimo por relaciones sexuales y que una persona con ITS presenta síntomas que se determina a simple vista. Algunas ITS son asintomáticas y hace difícil su detección a simple vista, estas ITS se presentan cuando están en el punto más alto de progreso, otras ITS como la pediculosis púbica o sarna no se contagia por contacto íntimo sino por sábanas o ropa de cama. Así que no podemos aseverar que todas al ITS se contagian por contacto sexual, de allí que el conocimiento que los adolescentes tienen es en parte equívoco.</p> <p>La tendencia a experimentar relaciones sexuales precoces junto a la falta de información sobre este tema, aumenta el riesgo de contraer Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).</p>
--	--



	<p>Se evidencio la necesidad de educar a los adolescentes sobre los temas que desconocen y retroalimentar los conocimientos que poseen para mejorar el estilo de vida de los adolescentes procurándoles una vida sexual segura y sin riesgos.</p>
--	---

RECOMENDACIONES

- Realizar periódicamente intervenciones sobre educación sexual con la ayuda de personal profesional del área de salud donde le pueda ayudar con los conocimientos profundos y científicos a los/las adolescentes para así fortalecer sus conocimientos sobre sexualidad, además que permita la participación de adolescentes con inquietudes, despejando dudas con información exacta.
- Coordinar un programa de consejería con trabajo social, DOBE y departamento médico donde se brinde apoyo oportunamente a los/las adolescentes, para que así ellos puedan actuar conscientemente y ante las situaciones que se puedan presentar al momento de iniciar o practicar su vida sexual y reproductiva.
- Los resultados de la investigación sirvan de base para diseñar programas de prevención y ayuda, enfocados a fortalecer los conocimientos sobre los temas que desconocen los estudiantes del colegio UNEDID, que se lograron identificar en el estudio.
- Concientizar a los/las adolescente sobre las conductas de riesgo que pueda presentarse al iniciar una vida sexual a temprana edad.
- Difundir las diversas campañas que el MSP promociona a favor de la salud sexual y reproductiva dirigido a los/las adolescentes, puesto que muchos adolescentes y autoridades de las instituciones desconocen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adolescencia: http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/texto/14_adolescentes.pdf
2. Lundgren R. Protocolos de Investigación para el Estudio de la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes Varones en América Latina. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2000.
3. Ministerio de Salud Pública encontrada datos de la página web: www.msp.gov.ec/.
4. Estadísticas encontradas en: <http://www.inec.gov.ec/estadisticas/>
5. Cada vez las madres son más jóvenes referencia en la página siguiente: <http://www.elmercurio.com.ec/235291-cada-vez-las-madres-son-mas-jovenes.html>
6. Organización Panamericana de la Salud. Salud del Adolescente. OPS/OMS Washington. 1995.P.
7. Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud México. En Buen Plan. Curso de Atención a la Salud Reproductiva para Adolescentes.
8. Fases de la Adolescencia encontrada en la siguiente referencia <http://www.morellpsicologia.com/adolescentes1.htm>
9. Fallas, Hania. (1991). "Desarrollo psicosocial del adolescente". En segunda Antología Adolescencia y Salud. Caja Costarricense del Seguro Social. Programa Atención Integral del Adolescente. San José, Costa Rica.
10. Definición de Sexualidad: <http://definicion.de/sexualidad/>
11. Conceptos básicos de la Sexualidad encontradas en la siguiente página: <http://www.letraese.org.mx/conceptossexualidad.htm>
12. Percepción de la Sexualidad: html.rincondelvago.com/sexualidad-humana_2.html.



13. Dimensiones de la Sexualidad Humanan se puede encontrar es la siguiente: <http://filosofi-lacoctelera.net/post/2005/11/22/dimenciones-socioculturales-la-sexualidad>.
14. Escalera de Maduración Sexual se encuentra en la siguiente referencia: <http://www.monografias.com/trabajos15/embarazo-adolescente/embarazo-adolescente.shtml>.
15. La Identidad Sexual se obtuvo en la siguiente: [pagina:html.rincondelvago.com/sexualidad-humana_2.html](http://pagina.html.rincondelvago.com/sexualidad-humana_2.html).
16. Factores de riesgo de Embarazo en la adolescencia. Disponible en: <http://www.infogen.org.mx/Infogen1/servlet/CtrlVerArt?clvart=9928>
17. Organización Mundial de la Salud (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva
18. EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DEL INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACIÓN SEXUAL: *Metodología y Educación Sexual*. Editor INES. Col.: Educación sexual. Vol. VIII. Sto. Domingo, 1976. p. 14
19. Educación sexual en la Adolescencia. Disponible en: <http://www.educacionsexual.com.ar/biblioteca-online>
20. Revista Cubana de Pediatría *versión On-line* ISSN 1561-3119. Principales factores de riesgo psicológico y social en el adolescente. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75311999000100006&script=sci_arttext
21. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000). Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la acción. Antigua: OPS.
22. Métodos Anticonceptivos http://www.geocities.com/amirhali/_fpclass/anticonceptivos.htm.
23. Instituto Mexicano del Seguro Social sobre enfermedades de transmisión Sexual: <http://www.imss.gob.mx/salud/Mujer/sexual/Pages/index.aspx>.
24. Instituto Mexicano del Seguro Social sobre enfermedad de la Tricomoniasis: http://www.imss.gob.mx/salud/Mujer/sexual/Pages/tricomoniasis_3.aspx



25. Instituto Mexicano del Seguro Social sobre enfermedad de Clamidiasis:
http://www.imss.gob.mx/salud/Mujer/sexual/Pages/clamidiasis_2.aspx
26. Instituto Mexicano del Seguro Social de la enfermedad de candidiasis
http://www.imss.gob.mx/salud/Mujer/sexual/Pages/candidiasis_2.aspx
27. Instituto Mexicano del Seguro Social enfocada en la enfermedad de la
la gonorrea:
http://www.imss.gob.mx/salud/Mujer/sexual/Pages/gonorrea_2.aspx
28. Instituto Mexicano del Seguro Social sobre el sífilis:
http://www.imss.gob.mx/salud/Mujer/sexual/Pages/sifilis_2.aspx
29. Instituto Mexicano del Seguro Social sobre la enfermedad del Herpes:
http://www.imss.gob.mx/salud/Mujer/sexual/Pages/herpes_2.aspx
30. Instituto Mexicano del Seguro Social indica sobre la enfermedad del hepatitis:
http://www.imss.gob.mx/salud/Mujer/sexual/Pages/hepatitis_2.aspx
31. Instituto Mexicano del Seguro Social enfocada en el tema del VIH/SIDA:
http://www.imss.gob.mx/salud/Mujer/sexual/Pages/sida_3.aspx.
32. Concepto de Comunicación: <http://html.rincondelvago.com/concepto-y-elementos-de-comunicacion.html>

ANEXOS

ANEXO 1 VARIABLES

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES				
Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
SEXO	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales según a s funciones que realiza en los procesos de reproducción.	Diferencia fenotípica que caracteriza a la especie	Respuesta del entrevistado	Mujer Hombre
EDAD	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Edad en años cumplidos	Año de nacimiento expresado por el entrevistado	Numérica
RELIGION	La religión es una parte de la actividad humana consistente en creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, de tipo existencial, moral y espiritual.	Creencias Religiosas	Respuesta del entrevistado	Católica Evangélica Otra Ninguna



Búsqueda de información	Necesidad conseguir conocimiento que satisfaga inquietudes.	por un que sus	Opinión acerca donde buscas información sobre la sexualidad	Respuesta del entrevistado	Libros. Revistas. Internet. Medios de Comunicación Otros.
			Opinión acerca si Considera importante que la unidad educativa, informe sobre temas de sexualidad.	Respuesta del entrevistado	Si No Cuantitativo
			Opinión acerca de quienes dieron educación sexual al adolescente	Respuesta del entrevistado	Indique:.....
COMUNICACIÓN	Intercambio de mensajes a través de un canal y mediante un código común al emisor y al receptor		Opinión acerca como tiene Comunicación con los padres.	Respuesta del entrevistado	Muy Buena Buena Mala



		Opinión acerca de la importancia que los padres hablen de sexualidad en el Hogar:	Respuesta del entrevistado	Si No
		Opinión acerca si Actualmente tienes una pareja / novio / novia)	Respuesta del entrevistado	Si No
RELACIONES SEXUALES	La relación sexual, es el conjunto de comportamientos afectivos, eróticos que realizan dos o más personas y que en algunos casos suele incluir uno o varios coitos.	Ya has tenido tu primera relación sexual	Respuesta del entrevistado	Si No
EN EL CASO DE RESPONDER "SI":		Opinión del entrevistador a qué edad tuviste tu 1° relaciones sexual	Respuesta del entrevistado	Numérico



<p>EN CASO DE responder "NO"</p>		<p>Opinión del motivo porque no tuviste relaciones sexuales</p>	<p>Respuesta del entrevistado</p>	<p>Indicar:.....</p>
<p>EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL</p>	<p>Tiempo cronológico del inicio de la vida sexual activa de una persona</p>	<p>Opinión acerca de la edad que cree conveniente el adolescente para iniciar una vida sexual</p>	<p>Respuesta del entrevistado</p>	<p>Indicar:.....</p>
		<p>Opinión acerca de qué edad se considera que se debe hablar de sexualidad:</p>	<p>Respuesta del entrevistado</p>	<p>Indique.....</p>
		<p>Opinión del entrevistado sobre si las relaciones sexuales son necesarias para</p>	<p>Respuesta del entrevistado</p>	<p>SI NO Tal vez No se</p>



		mantener la relación entre pareja/novio/novia		
		Opinión del entrevistador sobre el pensamiento de tus padres respecto a las relaciones sexuales	Respuesta del entrevistado	Indique.....
ANTICONCEPCION	ANTICONCEPTIVOS: método que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o el embarazo al mantener relaciones sexuales. Por lo general implica acciones de control de la natalidad, dispositivos o medicamentos en las que cada uno tiene su nivel de efectividad.	Opinión acerca de cuáles son los métodos anticonceptivos	Respuesta del entrevistado	Si No



		Opinión del entrevistado sobre qué métodos anticonceptivos conoce	Respuesta del entrevistado	Condón. Píldoras. Inyección. T de cobre. Métodos del ritmo Otros. Ninguna de las anteriores
		Opinión del entrevistado si Utiliza algún método anticonceptivo	Respuesta del entrevistado	Si No
		Opinión del entrevistado Si su respuesta anterior es positiva, que métodos anticonceptivos utilizas	Respuesta del entrevistado	Condón. Píldoras. Inyección. T de cobre. Métodos del ritmo Otros.
		Opinión del encuestado si Cree que Durante la menstruación no hay ningún riesgo de embarazo.	Respuesta del entrevistado	Si No



EMBARAZO EN ADOLECENTES	RAZONES PARA TENER RELACIONES SEXUALES: los seres humanos somos sexuados por naturaleza, el acto sexual es importante y no conviene tomarlo a la ligera como algo intrascendente siempre y cuando la persona desee mantener el respeto por sí misma y por el otro y mantener alta su autoestima.	Opinión sobre la situación que puede llevar a los adolescentes a tener relaciones sexuales	Respuesta del entrevistado	Indique.....
--------------------------------	---	--	----------------------------	--------------



ANEXO 2 FORMULARIO

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**Encuesta sobre conocimientos de sexualidad que tienen los/las
Adolescentes.**

DATOS GENERALES

Escribe las iniciales de tus nombres y apellidos.....

Edad..... Fecha de

Nacimiento.....

Colegio.....

Curso.....

SEÑALÉ LO CORRECTO CON UNA “X”

1. ¿Cuál es tu Sexo?
 - a. () Hombre
 - b. () Mujer
2. ¿Cuál es tu Religión?
 - a. () Católica
 - b. () Evangélica
 - c. () Otros
 - d. () Ninguna
3. ¿Dónde buscas información sobre la Sexualidad?
 - a. () Libros
 - b. () Revistas
 - c. () Internet
 - d. () Medios de Comunicación
 - e. () Especialistas en la Salud
 - f. () Otros
4. ¿Consideras importante que el Colegio en el que te educas los informen sobre temas de sexualidad?
 - a. () Si
 - b. () No

Escribe temas que te gustaría que se aborden

.....



5. ¿De quién has recibido educación sexual?

Indica.....
.....

6. ¿La Comunicación con tus padres es?

- a. () Muy Buena
- b. () Buena
- c. () Mala

Porque.....
.....

7. ¿Consideras que los padres tienen que hablar sobre sexualidad a sus hijos?

- a. () Si
- b. () No

Porque.....
.....

8. ¿A qué edad consideras que se debe hablar de Sexualidad?

Indica.....

9. ¿A qué edad crees que se debe iniciar una vida sexual?

Indica.....

10. ¿Actualmente tienes pareja/novio/novia?

- a. () Si
- b. () No

11. ¿Cuánto tiempo estas con tu novio/novia?

Indica.....

12. ¿Ya has tenido tu primera relación sexual?

- a. () Si
- b. () No

- Si tu respuesta es "SI". Indica a qué edad fue.....
- Si tu respuesta es "NO". Indica porque motivo

.....



13. ¿Consideras que tener relaciones sexuales son necesarias para mantener la relación entre pareja/ novio/novia?
- a. Si
 - b. No
 - c. Tal Vez
 - d. No se
14. ¿Por qué decidiste tener relaciones sexuales?
Indica.....
.....
15. ¿Cuál es el pensamiento de tus padres respecto a las relaciones sexuales?
Indica.....
.....
16. ¿Crees que durante la menstruación no hay ningún riesgo de embarazo?
- a. Si
 - b. No
17. ¿En una escala de 0 a 10 indica cuanto conoces sobre los métodos anticonceptivos?
.....
18. ¿Qué métodos anticonceptivos conoces?
- a. Condón
 - b. Píldoras
 - c. Inyección
 - d. T de cobre
 - e. Métodos del ritmo
 - f. Otros
 - g. Ninguno de las anteriores
19. ¿Utilizas algún método anticonceptivo?
- a. Si
 - b. No
20. ¿Si tu respuesta anterior es positiva, que métodos anticonceptivos utilizas?
- a. Condón
 - b. Píldoras
 - c. Inyección
 - d. T de cobre
 - e. Métodos del ritmo
 - f. Otros
 - g. Ninguno de las anteriores



21. ¿Conoces cuáles son las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes?

- a. Si
- b. No

Indica cuales.....
.....

22. ¿Sabes cómo se contagia las enfermedades de transmisión sexual?

- a. Si
- b. No

Indica.....
.....

GRACIAS POR TU VALIOSA COLABORACION.



ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PADRES DE FAMILIA

Buenas tardes, nuestros nombres son: Rocío Lucero, Mónica Matute y Prisila Ortega y somos egresadas de la **Facultad de Ciencias Médicas (Escuela de Enfermería) de la Universidad de Cuenca**. Estamos visitando el colegio de su hijo/a para aplicar una encuesta sobre estrategia educativa en información y comunicación sobre sexualidad en los y las adolescentes. Las respuestas serán de gran ayuda para nuestro estudio el cual busca maneras para mejorar la salud de los y las adolescentes.

El objetivo es describir los conocimientos sobre sexualidad que tienen los/las Adolescentes del Colegio “UNEDI”, de la Ciudad de Cuenca.

Para llegar al objetivo de la investigación necesitamos saber las necesidades de los/las adolescentes, y conocer, sus realidades y opiniones.

La información que nos proporcione su hijo/a será estrictamente confidencial y anónima, solamente será utilizada para fines del presente estudio. En el cuestionario haremos preguntas sobre la edad, conocimientos, experiencias, comunicación e información sobre el tema de sexualidad.

La participación es voluntaria y gratuita. El tiempo de llenado del cuestionario es de aproximadamente 30 minutos y no contiene preguntas que pongan en riesgo la integridad de su hijo/a.

Yo.....
PORTADOR DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD NÚMERO.....
PADRE O MADRE DEL MENOR.....
AUTORIZO QUE MI REPRESENTADO CONTESTE LA ENCUESTA.
FIRMA.....
FECHA DÍA..... MES..... AÑO.....
SÍRVASE ENVIAR EL PRESENTE CON SU HIJO/A UNA VEZ LLENADO.



ANEXO 4 ASENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS ADOLESCENTES.

Buenas tardes, nuestros nombres son: Rocío Lucero, Mónica Matute y Prisila Ortega y somos egresadas de la **Facultad de Ciencias Médicas (Escuela de Enfermería) de la Universidad de Cuenca**. Estamos visitando tu colegio para aplicar una encuesta sobre estrategia educativa en información y comunicación sobre sexualidad en los y las adolescentes. Tus respuestas serán de gran ayuda para nuestro estudio el cual busca maneras para mejorar la salud de los y las adolescentes.

El objetivo es describir los conocimientos sobre sexualidad que tienen los/las Adolescentes del Colegio "UNEDID", de la Ciudad de Cuenca.

Para llegar al objetivo de la investigación necesitamos saber las necesidades de los/las adolescentes. Por eso necesitamos saber las necesidades, realidades y opiniones de ustedes y queremos preguntarles si quieren llenar este cuestionario.

La información que nos proporciones será estrictamente confidencial y solamente será utilizada para fines del presente estudio. En el cuestionario haremos preguntas sobre la edad, conocimientos, experiencias, comunicación e información sobre el tema de sexualidad.

Tu participación es voluntaria. Puedes negarte a participar, y no necesitamos saber las razones.

Entendemos que tocamos un tema delicado. Sin embargo preferimos que contestes todas las preguntas. En el caso de que no entiendas una pregunta, puedes solicitar explicación. Si no te sientes muy cómodo/a con una pregunta, puedes elegir de saltar la pregunta.

Para cualquier pregunta o comentario te puedes dirigir a nosotras.

El tiempo de llenado del cuestionario es aproximadamente 30 minutos. Te gustaría participar? Por favor ENCIERRA en un círculo tu respuesta.

SI NO



ANEXO 5 INTERVENCIÓN EDUCATIVA

PLAN DE CLASE N° 1

1. Datos de identificación

Lugar: Colegio “UNEDID”

Programa: Educación a los/las estudiantes del Colegio “UNEDID”.

Tema: Cambios Corporales de los/las Adolescentes.

Grupo: Estudiantes del colegio “UNEDID”

Duración: 30 minutos

Fecha: 20 de Julio del 2012.

Hora: 3 a 3:30

Responsables: Prisila Ortega

Mónica Matute.

Rocío Lucero.

2 Contenido a Desarrollar

- Concepto de los Cambios Corporales de los/las Adolescentes.
- Cambios Físicos en los/las Adolescentes
- Fisiología de la Pubertad
- Adolescencia Propiamente Dicha.

3 Objetivos

Al finalizar la charla los estudiantes serán capaces de:

- Indicar como se dan los cambios corporales de los/las adolescentes.
- Describir los cambios físicos más importantes durante la pubertad.
- Identificar signos del despertar sexual y amoroso de los/las adolescentes.

4 Metodología

- Clase expositiva
- Demostración
- Comentarios

5 Auxiliares

- Cartelera
- Infocus



PLAN DE CLASE N°2

1. Datos de identificación

Lugar: Colegio “UNEDID”

Programa: Educación a los/las estudiantes del Colegio “UNEDID”.

Tema: métodos anticonceptivos.

Grupo: Estudiantes del colegio “UNEDID”

Duración: 30 minutos

Fecha: 20 de Julio del 2012.

Hora: 3:30 a 4

Responsables: Prisila Ortega
Mónica Matute.
Rocío Lucero.

2 Contenido a Desarrollar

- Concepto de métodos anticonceptivos.
- Tipos de métodos anticonceptivos
- efectos secundarios de los métodos anticonceptivos
- Contraindicaciones de los métodos anticonceptivos.

3 Objetivos

Al finalizar la charla los estudiantes serán capaces de:

- Indicar que son los métodos anticonceptivos
- Describir tipos de métodos anticonceptivos
- Identificar efectos secundarios y las contraindicaciones de los métodos anticonceptivos.

4 Metodología

- Clase expositiva
- Demostración
- Comentarios

5 Auxiliares

- Cartelera
- Infocus



PLAN DE CLASEN^a 3

Institución: Colegio UNEDID.

Nombre del Programa: Educar a los adolescentes de esta institución

Grupo al que va dirigido: Estudiantes del Colegio Unedid.

Tema: Enfermedades de Transmisión Sexual.

Duración de la charla: 30 minutos.

Fecha: 20 Julio del 2012.

Hora: 4:00– 4:30 pm.

Responsable: Prisila Ortega
Mónica Matute.
Rocío Lucero.

2 Contenido a Desarrollar

- Que son las Enfermedades de transmisión Sexual.
- Tipos de enfermedades y formas de Contagio
- Signos y Síntomas de las Enfermedades de Transmisión Sexual
- Medidas de Prevención.

3 Objetivos

Al finalizar la charla los estudiantes serán capaces de:

- Indicar que son las enfermedades de transmisión sexual.
- Describir tipos de enfermedades de transmisión sexual.
- Indicar la importancia de conocer sobre el tema ya antes mencionado.

4 Metodología

- Clase expositiva
- Demostración
- Comentarios

5 Auxiliares

- Cartelera
- Infocus



DESARROLLO DEL CONTENIDO

CAMBIOS CORPORALES DE LOS ADOLESCENTES

La adolescencia comienza alrededor de los 12 años en las chicas y los 14 años en los chicos, y se caracteriza por el crecimiento acelerado de la talla y de la masa corporal (peso), conocido como estirón puberal.

Desde el punto de vista práctico, los cambios habituales del crecimiento tienen tres grandes características:

1. Se realizan en forma secuencial, es decir, unas características aparecen antes de que aparezcan otras, como es el caso del crecimiento de los senos antes de la aparición de la menstruación (o regla o periodo), el vello púbico antes que el axilar, los miembros inferiores crecen primero que el tronco, los testículos se incrementan antes que el pene, etc.
2. El tiempo de comienzo, la magnitud y la velocidad de cada evento es considerablemente variable entre las edades y los sexos.
3. Cada evento del crecimiento sigue la ley de la variabilidad individual del desarrollo. Cada individuo tiene una propia manera de ser y la conserva a través de los años de la adolescencia y en el que influyen diversos factores, como su origen étnico, su constitución genética o familiar, nutrición, funcionamiento endocrino y ambiente sociocultural. Basado en ello, la evaluación de la maduración sexual suele ser más valiosa desde el punto de vista clínico que la edad cronológica, que es la correlación que por lo general preocupa a los padres y al mismo adolescente.



CAMBIOS FÍSICOS EN EL ADOLESCENTE

Durante el período de la adolescencia se producen cambios en la proporción corporal y también aparecen los caracteres sexuales secundarios.

EN EL VARÓN:

Masa corporal: se duplica durante la adolescencia

Masa muscular: Incremento sostenido desde la iniciación de la pubertad hasta el término de la adolescencia, es cuantitativamente mayor en el varón que en la mujer.

La grasa: Disminuye notoriamente en el pico de crecimiento.

Sistema cardiovascular y respiratorio: incremento de la fuerza y resistencia.

- ✓ Ensanchamiento a nivel de la espalda y de los hombros.
- ✓ Disminución del perímetro anteroposterior del tórax.
- ✓ Disminución de la cadera,
- ✓ La cintura disminuye, a nivel de extremidades superiores e inferiores aparece la masa muscular.

Madurez sexual: el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (genitales externos, vello púbico, axilar y facial y cambio de voz), desarrollo testicular y de la eyaculación.

La primera manifestación de pubertad en el sexo masculino es el crecimiento de los testículos por desarrollo de los conductos seminíferos.

Testículos:

Aumento del tamaño va seguido del apareamiento del vello púbico y crecimiento del pene.

Crecimiento testicular

Puede medirse con el orquidómetro de Prader, consiste en palpar el testículo y comparar con estos modelos.

Aparición de vello:

1. Vello púbico es el primero en aparecer
2. Dos años después aparece el vello axilar
3. Seguido el vello facial
4. Finalmente en el resto del cuerpo

Cambios de voz: surge en la fase avanzada del desarrollo genital.

Genitales internos: (Próstata, vesículas seminales, etc.) Crecimiento a partir del comienzo del desarrollo testicular.

La eyaculación corresponde a una edad avanzada de maduración.

Estadios de Tanner

Genitales Externos:

Estadio G1: Pene, testículos y escroto de tamaño infantil

Estadio G2: Aumento del tamaño de los testículos y del escroto, piel del escroto más fina y enrojecida

Estadio G3: Continúa aumentando el tamaño de los testículos y el escroto, aumenta la longitud del pene.

Estadio G4: Continúa el aumento de los testículos y del escroto. Aumenta la longitud y diámetro del pene. Pigmentación de la piel del escroto.

Estadio G5: Órganos genitales propios de una persona adulta tanto por su tamaño como por su forma.

EN LA MUJER

- La cantidad de grasa corporal aumenta notablemente.
- La maduración sexual femenina se determina por el desarrollo de los senos.
- Aparición del vello púbico y axilar
- Aparición de la menarca
- Pelvis sufre un cambio: ensancha a expensas del tejido adiposo y empieza su redistribución.

Ovarios: aumentan de tamaño durante los dos años que preceden a la menarquía, alcanzando a 6 gramos en el primer período menstrual.

- En la etapa previa a la primera menstruación un número de folículos crece a gran tamaño pero la mayoría involuciona, por lo que puede presentarse ciclos anovulatorios durante las primeras menstruaciones.

El útero: Su crecimiento se ha producido por proliferación miometrial con muy poco desarrollo del endometrio.

- Cerca de la menarquía el epitelio cervical produce abundante secreción clara que tiene a formar filamentos y que es indicio de la estimulación estrogénica.
- Durante la adolescencia el crecimiento del útero es mayor en el cuerpo que en el cuello.

Vagina: Tiene aproximadamente 4 cm. de longitud.

- Incrementa medio a un centímetro durante la niñez.
- El mayor crecimiento: después de la aparición de los caracteres sexuales secundarios continúa hasta la menarquía, llegando a una longitud promedio de 15 cm.
- Mucosa vaginal tiene poco influjo estrogénico y su coloración es rojiza al inicio, luego la mucosa se engrosa.

- Cambios citológicos en el epitelio vaginal comienzan antes de que haya desarrollo de la glándula mamaria o del vello pubiano y es el primer signo del comienzo de la pubertad.
- **Labios mayores:** Se congestionan y aparecen los primeros folículos pilosos con un vello delgado, para irse pigmentando y formarse finas arrugas que se acentúan más en el período premenárquico y va cubriéndose de vello más grueso y ensortijado.
- **El Vello Axilar** se hace presente y aparece la secreción apócrina. La actividad sebácea es intensa y puede aparecer el acné.

DESARROLLO MAMARIO:

Criterios de Tanner:

Estadio M1: Senos preadolescentes: Solamente se observa elevación de la papila.

Estadio M2: Brote mamario: Elevación de los senos y de la papila. Además del aumento del diámetro de la areola.

Estadio M3: Continuación del aumento del tamaño del seno: sin separación de sus contornos.

Estadio M4: Proyección de la areola y de la papila para formar una elevación del seno.

Estadio M5: Estadio adulto: Proyección solo de la papila, debido a que la areola se ha retraído, incorporándose al contorno general de la glándula mamaria.

VELLO PÚBLICO DE LA MUJER SEGÚN TANNER:

Estadio P1: No hay vello púbico

Estadio P2: Crecimiento disperso de vello largo, fino, ligeramente pigmentado, liso o ligeramente rizado a lo largo de los grandes labios.

Estadio P3: Vello más pigmentado, más denso y más rizado que se extiende por la sínfisis púbica.



Estadio P4: Vello del tipo observado en una persona adulta, pero en poca cantidad.

Estadio P5: Vello del tipo observado en una persona adulta tanto por su tipo como por su cantidad, en forma de triángulo invertido.