

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



**CONOCIMIENTO SOBRE SEXUALIDAD E INICIO DE RELACIONES SEXUALES
EN LA UNIDAD EDUCATIVA GUAPAN AZOGUES 2016**

**Proyecto de investigación previa a la obtención del
título de Licenciada en Enfermería**

Autoras

Clara Raquel Riera García
María Augusta Sánchez Ávila

Directora

Lcda. Amanda Llaquelina Buenaño Barrionuevo

**Cuenca - Ecuador
2016**



RESUMEN

Antecedentes: en Guapán el total de adolescentes fue de 2.011 según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (2010). La adolescencia es un proceso de cambios siendo la sexualidad parte de esta con una fuerte incidencia en la conducta sexual; uno de los problemas en nuestro país es la sexualidad precoz. Estudios realizados por la Unión Europea en Latinoamérica (2012), indican que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales es de 14 años para mujeres y 15 para varones.

Objetivo: el presente estudio determinó el conocimiento sobre sexualidad e inicio de relaciones sexuales en la Unidad Educativa Guapán Azogues 2016.

Material y Métodos: se realizó una investigación cuantitativa descriptiva de corte transversal, el universo estuvo constituido por 562 estudiantes, la muestra inicial fue de 159 adolescentes de bachillerato pero solo participaron 133, los datos se obtuvieron mediante la aplicación de un formulario validado por las autoras. La información fue ingresada en el software estadístico SPSS para WINDOWS 18.0, procesada para su tabulación y presentación mediante tablas descriptivas con un análisis universal de los correspondientes porcentajes.

Resultados: Se determinó que 115(86,5%) estudiantes tienen conocimiento medio, 9 (6,8%) alto y 9 (6,8%) bajo. Obtuvieron en la dimensión biológica un 33,83% y psico-sociocultural un 17,9%. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue hombres 14 años y mujeres 16 años.

Conclusión: la mayoría de adolescentes tiene un nivel medio de conocimientos, sin embargo estos siguen siendo insuficientes. La edad de inicio de relaciones sexuales es de 14 años, con la excepción del 6,3% que corresponde a los 8 años.

Palabras claves: CONOCIMIENTO, SEXUALIDAD, COITO, ADOLESCENTE.



ABSTRACT

Antecedents: In Guapán the total of adolescents was of 2.011 according to the National Institute of statistics and census (2016). The adolescence is a changing process, being sexuality part of this change with a strong incidence in sexual conduct; one of the problems in our country is sexuality at an early stage. Studies done by the European Union in Latin America (2012), show that sexual relations start at the age of 14 for women and 15 for men.

Objective: the following studies show the knowledge on sexuality and the time sexuality begin at the Guapán Azogues high school 2016.

Methods and Materials: a quantitative and descriptive investigation was done in high school. There were in total 562 students. From 159 high school students only 133 students participated, the information obtained in the form that was validated by the authors. The information was entered in the statistic software SPSS for windows 18.0 processed for its tabulation and presented by descriptive panels with a universal analysis of the corresponding percentages.

Results: It was determined that 115 (86,5%) of students had a middle, 9 (6,8%) a high, and 9 (6,8%) a low knowledge of sexuality. Obtaining in the biological dimension a 33,83% and psycho-cultural a 17,9%. The average age that sexual relations starts at 14 years for men and 16 for women.

Conclusion: the majority of adolescents have a middle level knowledge, even though it continue being insufficient. The age that sexual relations begin is at the age of 14 with the exception of 6, 3% corresponding to the age of 8 years old.

Keywords: KNOWLEDGE, SEXUALITY, COITUS, ADOLESCENT



ÍNDICE

CONTENIDOS	
RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
CAPITULO I.....	13
1.1 INTRODUCCIÓN.....	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	17
CAPITULO II.....	18
2.1 FUNDAMENTO TEORICO.....	18
ASPECTO BIOLÓGICO.....	19
ASPECTOS PSICOLÓGICOS, SOCIALES Y CULTURALES.....	61
SEXUALIDAD PRECOZ.....	67
CAPITULO III.....	70
3. OBJETIVOS.....	70
3.1 OBJETIVOS GENERAL.....	70
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	70
CAPÍTULO IV.....	71
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	71
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	71
4.2 ÁREA DE ESTUDIO.....	71
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA.....	71
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	71
4.5 VARIABLES.....	72
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	72
4.7 PROCEDIMIENTOS.....	73
4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	73
4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	74
CAPITULO V.....	75
5. RECURSOS.....	75
5.1 Recursos Humanos.....	75
5.2 Recursos Materiales.....	75
5.3 Recursos Tecnológicos.....	75
5.4 Cronograma.....	76
CAPITULO VI.....	77
6. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS.....	77
CAPITULO VII.....	102
7. DISCUSIÓN.....	102
CAPITULO VIII.....	106
8.1 CONCLUSIONES.....	106
8.2 RECOMENDACIONES.....	110
8.3 BIBLIOGRAFÍA.....	111
8.3.1 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	111
8.4 ANEXOS.....	113



Derecho de Autor

Yo, CLARA RAQUEL RIERA GARCÍA, autora del proyecto de investigación **“CONOCIMIENTO SOBRE SEXUALIDAD E INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN LA UNIDAD EDUCATIVA GUAPÁN AZOGUES 2016”**, 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 Licenciada 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, 09 de Diciembre 2016

Clara Raquel Riera García
C.I: 1721974804



Derecho de Autor

Yo, MARÍA AUGUSTA SÁNCHEZ ÁVILA, autora del proyecto de investigación “**CONOCIMIENTO SOBRE SEXUALIDAD E INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN LA UNIDAD EDUCATIVA GUAPÁN AZOGUES 2016**”, 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 Licenciada 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, 09 de Diciembre 2016

María Augusta Sánchez Ávila
C.I: 0301670204



Propiedad Intelectual

Yo, CLARA RAQUEL RIERA GARCÍA, autora del proyecto de investigación **“CONOCIMIENTO SOBRE SEXUALIDAD E INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN LA UNIDAD EDUCATIVA GUAPÁN AZOGUES 2016”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 09 de Diciembre 2016

Clara Raquel Riera García
C.I: 1721974804



Propiedad Intelectual

Yo, MARÍA AUGUSTA SÁNCHEZ ÁVILA, autora del proyecto de investigación **“CONOCIMIENTO SOBRE SEXUALIDAD E INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN LA UNIDAD EDUCATIVA GUAPÁN AZOGUES 2016”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 09 de Diciembre 2016

María Augusta Sánchez Ávila
C.I: 0301670204



DEDICATORIA

Dedico este trabajo con todo el amor, principalmente a Dios, es por Él que me encuentro aquí, Él me ha dado la vida y me ha permitido culminar esta etapa.

A mis padres Víctor y Digna porque por ellos soy lo que soy, son el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, me han dado todo como persona mis valores, principios, perseverancia y coraje para conseguir mis objetivos, son el gran ejemplo que tengo para seguir pues sus virtudes y su gran corazón me llevan admirarlos cada día más.

A Verónica, Alfredo y Ruth por estar siempre presentes, mis queridos hermanos son una parte importantísima de todo lo que es mi vida.

María Augusta



DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a mi familia, pero en especial a ti, mi amado Joshua, desde el día en que me enteré de mi embarazo supe que iba a tener la gran responsabilidad de luchar por ti, cuando te tuve por primera vez en mis brazos te convertiste en mi inspiración, en el motor de mi vida, quien con cada sonrisa me ayuda a salir adelante, gracias a ti estoy aprendiendo a ser madre, cada día estoy conociendo y viviendo lo que es el amor puro, único e incondicional; eres tu quien me ha demostrado lo mucho que mis padres Raquel y Alejandro me aman, pues por ti he entendido que lo único que un padre desea es la felicidad de sus hijos.

Hijo mío, no dejo de pensar que algún día extenderás tus alas para emprender tu vuelo, al igual que las hermosas golondrinas de quienes admiramos su vuelo ligero y su bello

cantar, sé que cuando ese día llegue, volarás muy lejos en busca de tus sueños, pero mientras tanto, trataré siempre de estar contigo hasta que Dios me lo permita y como dice mi madre los tiempos de Él son perfectos.

Este logro también se lo dedico a ustedes padres de mi alma, quienes han sido un gran ejemplo a seguir, me han demostrado que todo sacrificio vale la pena y a pesar de todo no perdieron su fe en mi.

Hermanas de mi alma, Lucy y Karen les dedico este esfuerzo por estar siempre a mi lado, por nunca dejarme sola, por decirme las palabras exactas para impulsarme a seguir adelante tanto en mi vida diaria como en mi carrera, gracias por ese inmenso cariño que me tienen.

Clara Raquel



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, sin Él nada es posible, me ha dado inteligencia, salud, vida, fortaleza para seguir adelante y el amor incondicional, todo aquello que ha hecho de mí; porque nunca me ha abandonado a pesar de todo siempre estuvo presente, he sentido su amor cada día, en cada acción, en cada logro, por todo esto y por mas te agradezco mi querido Dios.

A mis padres que siempre confiaron en mí, por su apoyo, comprensión, paciencia y amor; por estar siempre ahí, porque por mas difícil que fuese la situación igual estuvieron para mí, mil gracias toda la vida estaré agradecida por los magníficos padres que tengo.

A mis hermanos por escucharme, por la preocupación, la ayuda, por todos los momentos de alegría, por llenar mi vida de felicidad; con sus consejos y su ejemplo me ayudan a ser mejor persona día a día.

A todos mis familiares que de una u otra manera me han ayudado a llegar a este momento tan especial de mi vida, principalmente a mi tío Marco gracias por su apoyo y su amistad desde los inicios de mi carrera.

A mis amigas y amigos que recorrieron junto conmigo estos años en la Universidad y a todas las personas que de alguna forma llenaron de experiencias y recuerdos únicos esta etapa. Agradezco de todo corazón a mi amiga Noemí quien ha

sido capaz de ganarse mi lealtad y admiración, así como sentirme en deuda con ella por todo lo recibido durante el tiempo que ha durado este camino.

A mi compañera de tesis y gran amiga Clara porque con su valioso aporte, su capacidad de esfuerzo y su simpatía ha sido posible la realización de este proyecto, gracias a sus consejos, su paciencia y por la gran calidad humana que ha demostrado.

A la licenciada Llaquelina Buenaño directora de tesis, por su valiosa guía y asesoramiento en la realización de este trabajo de investigación, por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, demostrando su excelencia como docente y su gran disposición.

A la Unidad Educativa Guapán por abrirnos las puertas y permitirnos elaborar el proyectó en esta prestigiosa Institución, a todo el personal y alumnado que colaboró con nosotros.

Finalmente a la Universidad de Cuenca, principalmente a mi Escuela por abrirme las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera y a mis profesores que marcaron con su enseñanza mi futuro, a quienes les debo gran parte de mis conocimientos gracias por prepararme no solo como una profesional sino como persona.

A todos con mucho cariño.

María Augusta



AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento profundo a mis padres, quienes me apoyaron moralmente y económicamente, gracias por brindarme su amor, paciencia, sus sabios consejos y darme palabras de aliento cuando más lo necesitaba. Ustedes depositaron su confianza en mí y eso fue lo que también me impulsó a culminar mi carrera. Les quedo eternamente agradecida por haberme corregido cuando lo necesitaba, por ustedes me he convertido en la mujer que soy ahora, los amo.

A mis queridas hermanas les agradezco por todas la ocurrencias vividas en nuestra infancia, por sus abrazos, su comprensión, por siempre haberme apoyado, gracias por ser las mejores tías y de corazón espero que nuestra hermandad sea para toda una vida, sin romper los lazos que nuestros padres nos han

inculcado, pues bien saben que nuestra unión familiar ha hecho la fuerza.

Gracias a mi universidad por abrirme las puertas y permitirme cumplir una meta de las tantas que me faltan por alcanzar, a todos los profesores quienes impartieron sus conocimientos para mi formación integral en la carrera, a nuestra directora de tesis quien fue también una de las profesoras de mi internado de quien aprendí mucho

Gracias a mi compañera de tesis María Augusta con quien pudimos concluir este trabajo de investigación gracias por el apoyo brindado amiga mía, gracias de todo corazón por tus palabras y por haber confiado en mí.

Clara Raquel



CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales ⁽¹⁾.

Según la OMS "la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales" ⁽²⁾.

Según el censo del INEC (Instituto Nacional de estadísticas y Censos) 2010 existió 2.958.879 adolescentes a nivel nacional, en la provincia de Cañar 51.978 y en Azogues un total de 22.932 en el mismo año ⁽³⁾.

En estos tiempos la sexualidad es un tema muy hablado pero no va más allá del contexto que en realidad abarca, este continúa siendo reprimido ya que la mayoría lo relaciona únicamente con sexo. Varios estudios coinciden en que los adolescentes poseen conocimientos deficientes sobre la sexualidad. Según el "Informe Durex® sobre bienestar sexual" publicado en el 2012 ^(4,5), las estadísticas nos dicen que más del 50% de los españoles confiesa tener carencias en



educación sexual y hubiese deseado una información más profunda. Estudios de Pick y col. México en 1994 ⁽⁶⁾, sobre el conocimiento de los adolescentes en cuanto a conducta sexual y anticonceptivos encontraron un alto nivel de conocimientos inadecuados en temas de sexualidad.

Actualmente se reconoce que los problemas de salud sexual y reproductiva en adolescentes, se vinculan con la propensión a iniciarse cada vez más prematuramente en la vida sexual, la desprotección, la promiscuidad y la baja percepción de los riesgos que ello entraña ⁽⁷⁾. Según estudios realizados por la Unión Europea en Latinoamérica en el 2012 el promedio de inicio de las relaciones sexuales era de 14 años para mujeres y 15 para varones ⁽⁸⁾, datos del Ministerio de Salud Pública en el año 2012 revela que en su gran mayoría adolescentes y jóvenes (80%) ya han iniciado su vida sexual ⁽⁹⁾, y según datos de ENIPLA (Estrategia Nacional Interseccional de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo de Adolescentes) del año 2012, 2 de cada 10 adolescentes que tienen relaciones sexuales, iniciaron su vida sexual entre los 12 y 14 años ⁽¹⁰⁾.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) indica que en el año 2010 a nivel nacional existió 2.958.879 adolescentes de los cuales 1.496.525 son hombres y 1.462.354 son mujeres, en la provincia del Cañar 51.978, en Azogues en el mismo año un total de 22.932 siendo 32.088 hombres y 37.976 mujeres y en la parroquia Guapán 2.011 existiendo 1.090 son hombres y 1.021 mujeres ⁽³⁾.

A nivel nacional no se encuentran estudios que indiquen resultados sobre los conocimientos de sexualidad en su dimensión biológica, psicológica, social y cultural, sin embargo según el "Informe Durex[®] realizado en España en el 2012 sobre bienestar sexual", las estadísticas nos dicen que más del 50% de los españoles confiesa tener carencias en educación sexual ^(4,5). Estudios de Pick y Col, 1994 México, sobre "Conocimiento de los adolescentes en cuanto a conducta sexual y anticonceptivos", encontraron un alto nivel de conocimientos inadecuados en temas de sexualidad ⁽⁶⁾, y en el año 2010 en Chimbote-Perú



Solís, N., realizó un estudio de “Conocimiento y Actitudes Sexuales en Adolescentes de la Comunidad Zonal Magdalena Nueva”, en donde las conclusiones más resaltantes fueron: los adolescentes en su mayoría, desconocen acerca de su sexualidad y presentaron actitudes desfavorables para una vida sexual responsable y segura ⁽¹¹⁾.

El problema del inicio temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes sin el debido conocimiento acerca del tema, se ha generalizado en el mundo de hoy y en nuestro país a pesar del sistema de salud con que se cuenta no está exento ⁽¹²⁾. Estudios realizados por la Unión Europea en Latinoamérica en el 2012 revelan que el promedio de inicio de las relaciones sexuales era de 14 años para mujeres y 15 para varones ⁽⁸⁾, también el estudio realizado en Ecuador por PROEPS (Programas Educativos Psicología y Salud) en el año lectivo 2011- 2012 aplicado a 322 adolescentes, revela que 108 (60%) jóvenes del sexo femenino aseguraron que ya tuvieron relaciones sexuales y de los varones 78 (51%) ⁽¹³⁾; además según datos de ENIPLA (Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes) del año 2012, 2 de cada 10 adolescentes tienen relaciones sexuales e iniciaron su vida sexual entre los 12 y 14 años ⁽¹⁰⁾.

Asimismo el Proyecto CERCA (Community Embedded Reproductive Health Care for Adolescents) realizó en el 2011 una encuesta en el Cantón Cuenca a 3.300 adolescentes de entre 12 y 18 años, en el que se concluyó que el promedio de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes era de 15 años para mujeres y 14 para los varones ⁽¹³⁾.

En el pasado la sexualidad era un tema que no se discutía abiertamente ya sea por información deficiente, vergüenza o falta de conocimiento, sin embargo en la actualidad debería ser todo lo contrario pero esto no es totalmente cierto, porque aunque la educación haya cambiado este tema sigue siendo reprimido, por tanto, los adolescentes buscan información por otros medios que puede llevarlos al conocimiento erróneo de la sexualidad.

Sin embargo, una de las tantas razones por la que tal vez no se ha difundido tanto



la educación sexual radica posiblemente, en que quienes se encargan de proporcionarla no tienen la información suficiente o los medios son inadecuados; ejemplo de éstos son los padres de familia, maestros, etc.

Para algunos prestigiosos autores el papel de los medios masivos de difusión es trascendental en la incitación al inicio sexual precoz de los adolescentes ⁽¹²⁾.

Muchos adolescentes tienden a iniciar su actividad sexual no solo respondiendo a sus estímulos, deseos o requerimientos, sino también movidos por la presión de grupo o estimulados por imágenes, modelos o referentes que quisieran seguir. También suele suceder que las carencias emocionales y necesidades afectivas no son cubiertas en el contexto familiar, lo cual puede conducir al joven a comportamientos y experiencias sexuales prematuras y desvirtuadas, que producen con frecuencia embarazos inesperados y lesiones emocionales ⁽¹⁴⁾.

Ante esto, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) ha implementado el proyecto Plan Familia "Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia"⁽¹⁵⁾, además también realizan campañas comerciales por diversos medios de difusión con el eslogan "Habla serio sexualidad sin misterios", existe una página web www.sexualidadsinmisterios.com con el fin de "erradicar los mitos y tabúes". Hay la línea gratuita 1800-445566, que da información sobre sexualidad, planificación familiar y anticoncepción, y quince unidades que atienden casos de violencia sexual e intrafamiliar. También está la distribución gratuita de métodos anticonceptivos en centros de salud de todo el país, acompañados de información sobre su uso y planificación familiar ⁽¹³⁾.

En estos tiempos de cambio, la sexualidad se ha vuelto un tema que requiere ser del conocimiento de los adolescentes para un buen uso de ella y así evitar comportamientos sexuales irresponsables, por eso nos preguntamos ¿cuál es el conocimientos sobre sexualidad y a qué edad inician sus relaciones sexuales estos adolescentes?



1.3 JUSTIFICACIÓN

La sexualidad como ya se ha dicho suele hacer explosión en la adolescencia, ahora bien tanto el o la adolescente pueden estar listos físicamente y por lo tanto ser capaces de tener relaciones sexuales, pero esto no indica que psicológicamente y económicamente estén preparados para enfrentar las posibles consecuencias ⁽¹⁶⁾.

Al no existir un estudio nacional que revele el nivel de conocimiento sobre la sexualidad en sus dimensiones biológicas y sicosociales, se ha tomado datos de otros países como México, Perú, Colombia y España en los que se evidencia el deficiente conocimiento sobre sexualidad.

Hoy este tema de la sexualidad es cada vez más hablado por los jóvenes pero esto revela su apremiante necesidad de educación sexual y esta no sólo es en el plano físico, sino también de los factores psicológicos, lúdicos y culturales, mismos que realmente muy pocos llegan a conocer en su totalidad.

Por lo tanto ocasiona diversas complicaciones una de ellas es el inicio temprano de relaciones sexuales sin la adecuada madurez y responsabilidad de lo que ello acarrea, convirtiéndose en un problema de salud pública.

Todo ser humano debe tener la oportunidad de expresar y tener sexualidad saludable. Murphy y Elías (2006, citado por Swenney, et. al., 2007), indican que, "la sexualidad debe considerarse en un contexto que va más allá de los genitales y el sexo, a fin de incluir las cuestiones de género en función de la socialización, maduración física, el cuerpo y la imagen las relaciones sexuales, y las futuras aspiraciones sociales" ⁽¹⁷⁾.

Esperamos que los datos de este estudio sean un referente para desarrollar un plan de intervención a nivel local para la promoción de salud y prevención para el bienestar de los adolescentes.



CAPITULO II

2.1 FUNDAMENTO TEORICO

Estudios realizados sobre Conocimientos de sexualidad en adolescentes escolares en el año 2015 en Armenia(Colombia) ⁽¹⁸⁾, indican que el 81 % de los estudiantes presentaron puntuaciones bajas en los conocimientos y creencias sobre sexualidad y diferentes estudios muestran cómo el conocimiento deficiente sobre sexualidad en los adolescentes trae consigo a nivel mundial problemas de salud pública.

Otro aspecto de relevancia en el estudio antes mencionado, es que la edad promedio del inicio de relaciones sexuales es a los 15 años, cifra similar a otros lugares del mundo, ya que el 75 % de los adolescentes de países desarrollados y el 50% de América latina, han tenido relaciones sexuales antes de los veinte años; de 13 años en países como República Dominicana, en Haití la edad de inicio ha estado entre los 11 y los 15 años; en Cuba gran porcentaje de adolescentes han empezado su vida sexual antes de los 15 años y en Colombia, se ha encontrado que las edades de inicio están alrededor de los 13 años ⁽¹⁸⁾.

Además en el estudio realizado por JANET FUENTES ANCLES, en Lima, "Nivel de Conocimiento Sobre Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de Centros de Educación Nocturna de La Ciudad De Puno - 2002" ⁽¹⁹⁾, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- El nivel de conocimiento sobre Anatomía y Fisiología sexual es: el 38.18% de los adolescentes tienen nivel de conocimiento regular sobre "Diferencia de organos Sexuales del Varón, sin embargo sobre "Diferencia de órganos sexuales de la mujer en el 35.45% es deficiente. Respecto al nivel de conocimiento sobre "Cambios Anatómicos y Fisiológicos del Varón" en el 41.36% de los adolescentes es deficiente y sobre los "Cambios Anatómicos y Fisiológicos de la mujer" en el 39.09% de adolescentes es regular ⁽¹⁹⁾.
- El nivel de conocimiento sobre sexualidad en los adolescentes es: el



45.45% de adolescentes tienen conocimiento deficiente sobre " Identidad sexual ", respecto al " Rol sexual" en el 41.82% es regular, así como en el 50.0% en "Fecundidad" , 53.63% sobre "Menstruación" y en el 45.0% sobre "Duración del ciclo menstrual" respectivamente; sin embargo sobre "Homosexualidad en el 35.91% de adolescentes es deficiente, asimismo sobre "Masturbación" en el 44.09% ⁽¹⁹⁾.

- El nivel de conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual: el 37.73% de adolescentes tienen nivel de conocimiento regular, en el 49.0% sobre el "Concepto", 50.91% sobre tipos, en el 37.27% sobre medios de transmisión y el 49.55% en formas de prevención el nivel de conocimiento de los adolescentes es deficiente ⁽¹⁹⁾.
- Sobre el nivel de conocimiento en Métodos Anticonceptivos es como sigue: en "Métodos anticonceptivos naturales" 47.27% de adolescentes tienen conocimiento deficiente, asimismo en el 58.64% sobre "Métodos Hormonales" y en el 66.36% "Métodos de barrera" ⁽¹⁹⁾.

ASPECTO BIOLÓGICO

Sexualidad: la sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como: "Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales" ⁽²⁾.

Adolescencia: la OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta,



entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia ⁽¹⁾.

Etapas del desarrollo de la sexualidad en la adolescencia

El crecimiento y la maduración del ser humano son procesos que requieren tiempo, es decir, no se producen de forma brusca, aunque hay ciertas etapas y edades, donde estos cambios ocurren con mayor velocidad, sobre todo los físicos ⁽²⁰⁾.

Las etapas del desarrollo de la sexualidad se clasifica en:

Adolescencia temprana (11-13 años)

Es la primera etapa de desarrollo del niño. Se caracteriza porque comienza a experimentar cambios físicos a una gran velocidad. En esta fase aparecen los caracteres sexuales secundarios ⁽²⁰⁾.

Los cambios psicológicos y sociales no tienen un gran desarrollo durante esta fase, Durante esta fase no se producen cambios psicológicos porque en lo que se refiere a los procesos cognitivos, el adolescente sigue pensando en concreto, no ha desarrollado la abstracción del pensamiento, no percibe las implicaciones futuras y se encuentra todavía muy lejos del pensamiento adulto ⁽²⁰⁾.

- **Adolescencia media (14-17 años)**

Al comienzo de esta fase, el adolescente ya ha finalizado casi por completo su maduración sexual, sus órganos sexuales están prácticamente desarrollados y ha adquirido el 95 por ciento de su estatura. A partir de este momento, los cambios físicos se ralentizan sobremanera, lo que le permite al adolescente fijar su imagen corporal y desarrollar más fácilmente una imagen de sí mismo. En esta fase adquieren vital importancia los cambios psicológicos y sociales ⁽²⁰⁾.



Durante estos años desarrolla el pensamiento abstracto y la capacidad de percibir las implicaciones futuras, aunque en circunstancias conflictivas, como etapas de estrés, puede sufrir regresiones hacia el pensamiento concreto y ser incapaz de percibir estas implicaciones. La capacidad de percibir en abstracto provoca que el joven desarrolle también una cierta capacidad discursiva, además de identificarse con otras personas, grupos e ideologías. El adolescente también desarrolla y potencia una imagen de sí mismo, un rol que proyecta hacia los demás. La pertenencia a un grupo social y la necesidad de independencia respecto del grupo familiar también son consecuencias directas de los cambios psicológicos y cognitivos durante esta etapa ⁽²⁰⁾.

El narcisismo y la sensación de invulnerabilidad es otra de las consecuencias de los cambios psicológicos del adolescente. Proyecta su imagen hacia el resto del mundo con el objetivo de acaparar atención. La sensación de invulnerabilidad y de fortaleza hacen que el adolescente pueda ser más agresivo en ciertas circunstancias y puede acarrear comportamientos de riesgo, como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ⁽²⁰⁾.

El contacto con el otro sexo se incrementa, aunque no sólo responde a un deseo sexual creciente, sino también al narcisismo y la exploración de los propios límites del adolescente, que necesita poner a prueba el grado de atracción que posee ⁽²⁰⁾.

- **Adolescencia tardía (17-21 años)**

El desarrollo físico y sexual ha terminado. El adolescente ya es físicamente adulto y sus órganos sexuales están plenamente capacitados para la reproducción. El pensamiento abstracto también se ha desarrollado en su totalidad y el joven puede pensar en abstracto sin dificultad y percibe perfectamente las implicaciones futuras de sus actos. El desarrollo del pensamiento es un factor individual que depende de las condiciones del entorno y de las propias capacidades de la persona ⁽²⁰⁾.

A partir de este momento, el adolescente comienza a enfrentarse a las exigencias del mundo adulto, las necesidades de atención y de pertenencia a un grupo pierden importancia en pro del fomento de las relaciones individuales ⁽²⁰⁾.



Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y masculino

Los órganos sexuales femeninos y masculinos están formados por genitales externos e internos que tienen diferentes estructuras y cumplen con una función determinada.

Genitales externos femeninos

- **Monte de venus:** es una eminencia redondeada que se encuentra por delante de la sínfisis del pubis. Está formada por tejido adiposo recubierto de piel con vello pubiano ⁽²¹⁾.
- **Labios mayores:** son dos grandes pliegues de piel que contienen en su interior tejido adiposo subcutáneo y que se dirigen hacia abajo y hacia atrás desde el monte del pubis. Después de la pubertad, sus superficies externas quedan revestidas de piel pigmentada que contiene glándulas sebáceas y sudoríparas y recubiertas por vello. El orificio entre los labios mayores se llama hendidura vulvar ⁽²¹⁾.
- **Labios menores:** son dos delicados pliegues de piel que no contienen tejido adiposo subcutáneo ni están cubiertos por vello pero que poseen glándulas sebáceas y sudoríparas. Los labios menores se encuentran entre los labios mayores y rodean el vestíbulo de la vagina. En mujeres jóvenes sin hijos, habitualmente los labios menores están cubiertos por los labios mayores. En mujeres que han tenido hijos, los labios menores pueden protruir a través de los labios mayores ⁽²¹⁾.
- **Vestíbulo de la vagina:** es el espacio situado entre los labios menores y en él se localizan los orificios de la uretra, de la vagina y de los conductos de salida de las glándulas vestibulares mayores (de Bartolini) que secretan moco durante la excitación sexual, el cual se añade al moco cervical y proporciona lubricación. El orificio uretral externo se localiza 2 - 3 cm. por detrás del clítoris, e inmediatamente por delante del orificio vaginal. A cada lado del orificio uretral se encuentran los orificios de desembocadura de las



glándulas parauretrales (de Skenne) que están situadas en las paredes de la uretra, y también secretan moco. El orificio vaginal es mucho más grande que el orificio uretral. El aspecto del orificio vaginal depende del himen, que es un delgado pliegue incompleto de membrana mucosa que rodea dicho orificio ⁽²¹⁾.

- **Clítoris:** es un pequeño órgano cilíndrico compuesto por tejido eréctil que se agranda al rellenarse con sangre durante la excitación sexual. Tiene 2 - 3 cm. de longitud y está localizado entre los extremos anteriores de los labios menores. Consiste en: dos pilares, dos cuerpos cavernosos y un glande y se mantiene en su lugar por la acción de varios ligamentos. El glande del clítoris es la parte expuesta del mismo y es muy sensitivo igual que sucede con el glande del pene. La porción de los labios menores que rodea al clítoris recibe el nombre de prepucio del clítoris ⁽²¹⁾.
- **Bulbos del vestíbulo:** son dos masas alargadas de tejido eréctil de unos 3 cm. de longitud que se encuentran a ambos lados del orificio vaginal. Estos bulbos están conectados con el glande del clítoris por unas venas. Durante la excitación sexual se agrandan, al rellenarse con sangre, y estrechan el orificio vaginal produciendo presión sobre el pene durante el acto sexual ⁽²¹⁾.
- **Meato uretral:** es un pequeño agujero donde termina la uretra y por el que sale la orina. Se localiza entre el clítoris y el orificio vaginal ⁽²¹⁾.

Glándulas genitales auxiliares

- **Glándulas vestibulares y glándulas parauretrales:** las glándulas vestibulares mayores (de Bartolino) son dos y tienen un tamaño de 0.5 cm. Se sitúan a cada lado del vestíbulo de la vagina y tienen unos conductos por donde sale su secreción de moco para lubricar el vestíbulo de la vagina durante la excitación sexual ⁽²¹⁾.

Las glándulas vestibulares menores son pequeñas y están situadas a cada lado del vestíbulo de la vagina y también secretan moco que lubrica los labios y el vestíbulo. Las glándulas parauretrales (de Skene) desembocan a cada lado del orificio externo de la uretra. También tienen una secreción mucosa lubricante ⁽²¹⁾.

Genitales internos femeninos

- **Vagina:** es el órgano femenino de la copulación, el lugar por el que sale el líquido menstrual al exterior y el extremo inferior del canal del parto. Se trata de un tubo músculo membranoso que se encuentra por detrás de la vejiga urinaria y por delante del recto. Su pared anterior tiene una longitud de 6 - 8 cm., su pared posterior de 7 - 10 cm. y están en contacto entre sí en condiciones normales. La pared vaginal tiene 3 capas: una externa o serosa, una intermedia o muscular (de músculo liso) y una interna o mucosa que consta de un epitelio plano estratificado no queratinizado y tejido conectivo laxo que forma pliegues transversales ⁽²¹⁾.
- **Útero:** es un órgano muscular hueco con forma de pera que constituye parte del camino que siguen los espermatozoides depositados en la vagina hasta alcanzar las trompas de Falopio. Tiene unos 7-8 cm. de longitud, 5 - 7 cm. de ancho y 2 - 3 cm. de espesor ya que sus paredes son gruesas. Su tamaño es mayor después de embarazos recientes y más pequeño cuando los niveles hormonales son bajos como sucede en la menopausia ⁽²¹⁾.

Está situado entre la vejiga de la orina por delante y el recto por detrás y consiste en dos porciones: los 2/3 superiores constituyen el cuerpo y el 1/3 inferior, el cuello o cérvix que protruye al interior de la parte superior de la vagina y en donde se encuentra el orificio uterino por el que se comunica el interior del útero con la vagina. La porción superior redondeada del cuerpo se llama fondo del útero y a los extremos del mismo o cuernos del útero se unen las trompas de Falopio, cuyas cavidades quedan así comunicadas

con el interior del útero. Varios ligamentos mantienen al útero en posición (21).

La pared del cuerpo del útero tiene tres capas

- Una capa externa serosa o perimetrio.
 - Una capa media muscular (constituida por músculo liso) o miometrio.
 - Una capa interna mucosa (con un epitelio simple columnar ciliado) o endometrio, en donde se implanta el huevo fecundado y es la capa uterina que se expulsa, casi en su totalidad, durante la menstruación. Las células secretoras de la mucosa del cuello uterino producen una secreción llamada moco cervical, mezcla de agua, glucoproteínas, lípidos, enzimas y sales inorgánicas. A lo largo de sus años reproductores, las mujeres secretan de 20-60 ml de este líquido cada día que es menos viscoso y más alcalino durante el tiempo de la ovulación, favoreciendo así el paso de los espermatozoides a los que aporta nutrientes y protege de los fagocitos y del ambiente hostil de la vagina y del útero. Parece, además, que podría tener un papel en el proceso de capacitación de los espermatozoides. Durante el resto del tiempo, es más viscoso y forma un tapón cervical que impide físicamente el paso de los espermatozoides (21).
- **Trompas de Falopio:** son 2 conductos de 10 - 12 cm. de longitud y 1 cm. de diámetro que se unen a los cuernos del útero por cada lado. Están diseñadas para recibir los ovocitos que salen de los ovarios y en su interior se produce el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y la fecundación. Con propósitos descriptivos, se divide cada trompa en cuatro partes (21):
 - El infundíbulo que es el extremo más externo y en donde se encuentra el orificio abdominal de la trompa, que comunica con la cavidad peritoneal. El infundíbulo presenta numerosos pliegues o fimbrias que atrapan al ovocito cuando se produce la ovulación para llevarlo al orificio abdominal de la trompa e introducirlo en el interior de la misma. Una de las fimbrias está sujeta al ovario correspondiente (21).



- La ampolla que es la parte más ancha y larga de la trompa y la que recibe al ovocito desde el infundíbulo. Es el lugar en donde tiene lugar la fertilización del ovocito por el espermatozoide ⁽²¹⁾.
 - El istmo que es una porción corta, estrecha y de paredes gruesas. Se une con el cuerno del útero en cada lado ⁽²¹⁾.
 - La porción uterina que es el segmento de la trompa que atraviesa la pared del útero y por donde el ovocito es introducido en el útero. La pared de las trompas tiene una capa interna o mucosa con un epitelio simple columnar ciliado que ayuda a transportar el ovocito hasta el útero junto a células secretoras que producen nutrientes para el mismo, una capa intermedia de músculo liso cuyas contracciones peristálticas ayudan también, junto con los cilios de la mucosa, a transportar el ovocito, y una capa externa o serosa ⁽²¹⁾.
- **Ovarios:** son 2 cuerpos ovalados en forma de almendra, de aproximadamente 3 cm. de longitud, 1 cm. de ancho y 1 cm. de espesor. Se localiza uno a cada lado del útero y se mantienen en posición por varios ligamentos como, por ejemplo, el ligamento ancho del útero que forma parte del peritoneo parietal y que se une a los ovarios por un pliegue llamado mesoovario, formado por una capa doble de peritoneo ⁽²¹⁾.

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

líquido y preparado para romperse y liberar el ovocito que será recogido por el infundíbulo de las trompas de Falopio. A este proceso se le llama ovulación ⁽²¹⁾.

Los cuerpos lúteos o cuerpos amarillos son estructuras endocrinas que se desarrollan a partir de los folículos ováricos que han expulsado sus ovocitos u óvulos en la ovulación y producen y secretan a la sangre diversas hormonas como progesterona, estrógenos, relaxina e inhibina hasta que, si el ovocito no es fecundado, degeneran y son reemplazados por una cicatriz fibrosa. Antes de la pubertad, la superficie del ovario es lisa 6 mientras que después de la pubertad se cubre de cicatrices progresivamente a medida que degeneran los sucesivos cuerpos lúteos ⁽²¹⁾.

Genitales externos masculinos

- **Pene:** es el órgano sexual del hombre que sirve para el placer sexual, el coito o cópula y eliminar orina y esperma. Tiene la propiedad de llenarse de sangre y endurecerse al ser estimulado. El pene conduce al semen hacia fuera del cuerpo por medio de la uretra (mismo conducto que conduce la orina desde la vejiga hasta el exterior). Por lo tanto tiene tanto funciones reproductivas como sexuales y del aparato urinario ⁽²²⁾.

El tamaño del pene varía según muchas circunstancias (genética, etnia, edad, en reposo o erección, etc.) pero el promedio de pene habitual está entre los 12 y 15 cm. En erección las diferencias de tamaño suelen igualarse ⁽²²⁾.

- **Escroto Bolsa testicular o Escroto:** es la bolsa que cubre los testículos y está formada por piel. Su función es contener y mantener a una temperatura adecuada a los testículos para que puedan producir espermatozoides ⁽²²⁾.

Genitales internos masculinos



- **Testículos:** tienen forma de huevo y están localizados en el escroto. Producen testosterona (la hormona masculina) y espermatozoides ⁽²²⁾.
- **Canales deferentes:** son dos tubos musculares que conectan el epidídimo con los conductos eyaculatorios. Su función es transportar los espermatozoides maduros hasta la vesícula seminal. Éstos se liberan con la eyaculación ⁽²²⁾.
- **Próstata:** órgano del aparato reproductor masculino y genito-urinario que está en la salida de la vejiga urinaria. Contiene células que producen parte del líquido seminal cuya función es nutrir y proteger a los espermatozoides que están en el semen ⁽²²⁾.
- **Vesículas seminales:** se encargan de fabricar líquido seminal para que los espermatozoides puedan desplazarse con facilidad así como nutrirse y protegerse ⁽²²⁾.
- **Uretra:** conducto de expulsión de la orina que previamente está almacenada en la vejiga. También permite el paso del semen desde la vesícula seminal hacia el exterior ⁽²²⁾.
- **Epidídimo:** es un tubo estrecho y alargado conectado a cada uno de los testículos. Es donde se almacenan los espermatozoides después de producirlos ⁽²²⁾.
- **Conducto eyaculador:** es el conducto del aparato reproductor masculino que lleva el semen desde la vesícula seminal hasta la uretra. En la eyaculación, el semen pasa a través de los conductos para después ser expulsado por el pene ⁽²²⁾.
- **Glándulas de Cowper o bulbouretrales:** Son dos glándulas situadas a próstata. Segregan un líquido que forma parte del líquido seminal ⁽²²⁾.



Fisiología reproductiva de la mujer

Ciclo ovárico: los ovarios tienen la doble función de producir gametos (ovocitos) y de secretar hormonas sexuales femeninas. El ovario produce 2 tipos principales de hormonas esteroides, los estrógenos y la progesterona. En el plasma del ser humano se han aislado seis estrógenos diferentes, pero solamente tres se encuentran en cantidades importantes: el 17-beta estradiol, la estrona y el estriol⁽²³⁾.

En la mujer que no está embarazada, el estrógeno más abundante es el 17-beta estradiol. Al comienzo de cada ciclo ovárico, que se considera coincidente con el primer día de la menstruación, empiezan a aumentar de tamaño varios folículos primordiales por la influencia de una hormona secretada por la adenohipófisis, la hormona folículoestimulante (FSH)⁽²³⁾.

Los folículos primordiales maduran a folículos primarios y después a folículos secundarios. Normalmente uno de éstos continúa desarrollándose mientras los demás sufren regresión. El número de folículos que se desarrollan está determinado por los niveles de FSH de la sangre circulante. Se distinguen 3 fases en el ciclo ovárico⁽²³⁾:

1. **Fase folicular:** del día 1 al día 14 del ciclo. Durante el desarrollo folicular, el folículo secundario aumenta de tamaño y llega a ser el folículo De Graaf o folículo maduro listo para descargar el óvulo (el ovocito secundario). Durante esta primera fase del ciclo ovárico, el folículo en desarrollo sintetiza y secreta el estrógeno 17-beta estradiol, y los niveles plasmáticos de esta hormona aumentan progresivamente hasta alcanzar un valor máximo 2 días antes de la ovulación, aproximadamente. El 17-beta estradiol es el responsable del desarrollo del endometrio en la fase proliferativa del ciclo uterino⁽²³⁾.
2. **Ovulación:** el folículo descarga el óvulo (ovocito secundario), es lo que se llama ovulación. Todo el proceso hasta aquí, dura unos 14-16 días



contados a partir del 1º día de la menstruación. El ovocito se libera y es atraído por las prolongaciones o fimbrias de la trompa de Falopio para ser introducido en el interior de la trompa y ser transportado hacia el útero. Los niveles altos de estrógenos hacen que las células de la adenohipófisis se vuelvan más sensibles a la acción de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) secretada por el hipotálamo en forma de pulsos (cada 90 minutos, aproximadamente). Cerca del día 14 del ciclo, las células de la adenohipófisis responden a los pulsos de la GnRH y liberan las hormonas folículoestimulante (FSH) y luteinizante (LH). La LH causa la ruptura del folículo maduro y la expulsión del ovocito secundario y del líquido folicular, es decir, la ovulación⁽²³⁾.

Como la ovulación se produce unas 9 horas después del pico plasmático de LH, si se detecta la elevación de LH en plasma, por un análisis de laboratorio, se puede predecir la ovulación con un día de antelación. Después de la ovulación la temperatura corporal aumenta de medio grado a un grado centígrado y se mantiene así hasta el final del ciclo, lo que se debe a la progesterona que es secretada por el cuerpo lúteo⁽²³⁾.

3. **Fase luteínica:** del día 15 al día 28 del ciclo. Después de la ovulación, las células restantes del folículo forman una estructura que se llama cuerpo lúteo o cuerpo amarillo bajo la influencia de la LH. El cuerpo lúteo entonces sintetiza y secreta dos hormonas: el estrógeno 17-beta estradiol y la progesterona que inducen la fase secretora del ciclo uterino, es decir, preparan el endometrio para la implantación del óvulo fecundado⁽²³⁾.

En caso de embarazo, el endometrio requiere el soporte hormonal del 17-beta estradiol y de la progesterona para permanecer en la fase secretora, de modo que el cuerpo lúteo se transforma en cuerpo lúteo gestacional y persiste hasta el tercer mes de embarazo conservando su función secretora de hormonas. Si no hay fecundación, el cuerpo lúteo degenera hacia el final del ciclo uterino y se atrofia, quedando una cicatriz, y deja de secretar estrógenos y progesterona, con lo que bajan mucho los niveles de estas hormonas en sangre y, como consecuencia, las capas superficiales



del endometrio del útero se desprenden y son expulsadas al exterior por la vagina, es la menstruación ⁽²³⁾.

Ciclo uterino: durante el ciclo uterino las capas superficiales del endometrio experimentan cambios estructurales periódicos que pueden dividirse también en 3 fases ⁽²³⁾:

- **1ª Fase menstrual:** del día 1 al día 4 del ciclo. Durante esta fase se expulsan al exterior por la vagina, las capas superficiales del endometrio del útero, es lo que se llama menstruación, provocada por la disminución de los niveles plasmáticos de estrógenos y progesterona debido a la atrofia del cuerpo lúteo en el ovario, que entonces deja de secretar estas hormonas ⁽²³⁾.

El flujo menstrual está compuesto por unos 50-150 ml de sangre, líquido intersticial, moco y células epiteliales desprendidas del endometrio, y pasa de la cavidad uterina al exterior a través de la vagina ⁽²³⁾.

- **2ª Fase proliferativa:** del día 5 al día 14 del ciclo. Coincide con la fase folicular del ciclo ovárico. Se caracteriza porque las células endometriales se multiplican y reparan la destrucción que tuvo lugar en la menstruación anterior. La hormona responsable de esta fase es el estrógeno 17-beta estradiol, secretado por las células del folículo ovárico en desarrollo ⁽²³⁾.
- **3ª Fase secretora:** del día 15 al día 28 del ciclo. Coincide con la fase luteínica del ciclo ovárico. Las glándulas del endometrio se hacen más complejas en su estructura y comienzan a secretar un líquido espeso rico en azúcares, aminoácidos y glicoproteínas. En esta fase el endometrio se prepara para la implantación del óvulo fecundado. Las hormonas responsables de esta fase son la progesterona y el estrógeno 17-beta estradiol secretadas por el cuerpo lúteo en el ovario ⁽²³⁾.

Fecundación: también llamada Concepción, es el hecho fisiológico en el cual el espermatozoide alcanza al ovulo, y perdiendo su cuello y su cola entra en él, que



es de tamaño bastante mayor, permitiendo así la reunión del material genético de ambas células (23 cromosomas de cada uno), para formar el huevo o cigoto del futuro ser humano con 46 cromosomas ⁽²³⁾.

Embarazo: es el proceso de concepción y desarrollo del nuevo ser en el aparato reproductor femenino que culmina en el parto, también se define como el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, su duración aproximada es de 280 días, (de 36 a 40 semanas, 10 meses lunares o casi 9 meses de calendario solar) ⁽²³⁾.

Durante éste tiempo la gestante experimentará modificaciones anatómicas y fisiológicas. Entre los cambios físicos más relevantes podemos encontrar: El útero aumenta de 500 a 1.000 veces su capacidad y pasa de pesar unos 60 grs. a 1.000 grs. al final del embarazo. En el cuello uterino se forma el llamado tapón mucoso (formado por moco muy espeso y adherente) que va a sellar el conducto endocervical, evitando de esta forma el paso de bacterias u otras sustancias hacia el interior del útero, este tampón mucoso se expulsa cuando se inicia la dilatación cervical antes del parto ⁽²³⁾.

Fisiología reproductiva del hombre

Espermatogénesis: el proceso de formación del gameto masculino se que se realiza en los testículos. Como resultado de este proceso, se producen espermatozoides, con 23 cromosomas, la mitad que la célula de la que se origina (espermatogonia). El espermatozoide es una célula muy especializada, se reduce el tamaño de la célula eliminado gran parte del citoplasma y se desarrolla una larga cola denominada flagelo, que le permitirá moverse hasta alcanzar el óvulo, también presenta gran cantidad de mitocondrias que le proporcionarán la energía necesaria para moverse ⁽²⁴⁾.

Formación de semen: el espermatozoide sale de los testículos y se mezcla con los líquidos producidos por las vesículas seminales y la próstata para formar el semen. Estos líquidos son imprescindibles para la alimentación y supervivencia de los espermatozoides hasta alcanzar el óvulo. Solamente el 10% del semen



está formado por espermatozoides (cientos de miles) ⁽²⁴⁾.

Erección: la erección es un proceso fisiológico para permitir la entrada del pene en la vagina con fines reproductivos. Es un fenómeno donde intervienen componentes nerviosos, vasculares, cavernosos, hormonales y psicológicos. La excitación provocada por prácticas sexuales, pensamientos eróticos, estímulos visuales, táctiles, olfatorios y hasta auditivos se transmite desde el cerebro, vía médula espinal, a los nervios del pene, ocasionando un aumento del flujo sanguíneo en los cuerpos cavernosos, aumento de las frecuencias cardíaca y respiratoria y ascenso de la presión arterial ⁽²⁵⁾.

Ese mayor suministro de sangre dilata las arterias, provoca expansión del tejido eréctil y agrandamiento progresivo del pene. La membrana que rodea a los cuerpos cavernosos (túnica albugínea) comprime el retorno venoso, con lo cual la entrada de sangre a los cuerpos cavernosos es mayor de la que sale. La erección máxima del pene se produce cuando el flujo de sangre que entra por las arterias dilatadas comienza a ser más lento y se equilibra con el flujo de sangre que sale por las venas comprimidas ⁽²⁵⁾.

La erección puede durar desde pocos segundos hasta más de treinta minutos, de acuerdo a la edad, al estado de salud y a la intensidad de los estímulos sexuales. Una vez que los músculos de la base del pene comienzan a relajarse se abre el retorno venoso y la sangre abandona los cuerpos cavernosos en forma progresiva. De esta forma, la erección empieza a declinar hasta que el pene recobra su estado de flaccidez. En síntesis, la erección es producto de la entrada de sangre en los cuerpos cavernosos y en el cuerpo esponjoso, presionada por un componente venoso-muscular que impide su salida. Cuando este sistema se relaja, la sangre a presión es desalojada y el pene se relaja, desapareciendo la erección ⁽²⁵⁾.

Eyacuación: es la eliminación espasmódica de semen a través de la uretra. La expulsión del esperma está regulada por el reflejo eyaculatorio, que comienza en la uretra con producción de contracciones espasmódicas involuntarias. La eyacuación responde a diversos estímulos, entre ellos la fricción del glande sobre

las paredes de la vagina, que son enviados a los centros cerebrales ⁽²⁵⁾.

La eyaculación consta de dos fases

- **Primera fase:** tiene lugar en la uretra prostática, donde las glándulas bulbouretrales o de Cowper vierten una pequeña secreción mucoide preeyaculatoria que se desplaza hasta el meato urinario externo, es decir, hasta la punta del pene. Este fluido contiene algunos espermatozoides que se han desplazado desde los conductos eyaculadores, con lo cual son capaces de fertilizar a los óvulos a pesar de no haber eyaculación ⁽²⁵⁾.

Los fluidos provenientes de los conductos deferentes, de las vesículas seminales y de la próstata se mezclan entre sí, formando el semen. El esfínter uretral involuntario que comunica con la vejiga urinaria se cierra para evitar el eyaculado retrógrado. En distal de dicho esfínter, la altura de la base del pene, está el esfínter uretral externo, voluntario, que también permanece cerrado. Esto provoca un aumento de presión del semen sobre las paredes de la uretra prostática ⁽²⁵⁾.

- **Segunda fase:** se relaja el esfínter uretral externo y se desencadenan sensaciones muy placenteras denominadas orgasmo. El semen se expulsa con fuerza hacia el exterior a través de la uretra peneana, por las contracciones rítmicas de los músculos bulboesponjosos e isquiocarvernosos, entre otros ⁽²⁵⁾.

El aumento de la presión arterial y de las frecuencias respiratoria y cardíaca es mayor que la observada durante la excitación sexual. Lo mismo sucede con las contracciones musculares de la zona pélvica. Según la capacidad de cada individuo, la segunda fase eyaculatoria puede ser regulada en forma voluntaria, pero una vez que se ha desencadenado es imposible de controlar ⁽²⁵⁾.

En condiciones fisiológicas, la cantidad de semen eyaculado es de 3-5 centímetros cúbicos, aunque dicho volumen puede duplicarse o triplicarse luego de un período variable de abstinencia a partir de la última



eyaculación ⁽²⁵⁾.

La eliminación de semen está acompañada por alrededor de seis a diez contracciones musculares en hombres jóvenes y de dos a cinco en personas mayores. Con la primera contracción, la más extrema, se elimina un importante volumen de semen, pudiendo el eyaculado alcanzar más de un metro de distancia. Esto aseguraría que los espermatozoides alcancen el fondo de la vagina. Las siguientes contracciones son de menor intensidad y con menor volumen de eyaculado ⁽²⁵⁾.

Las eyaculaciones producidas en el mismo acto sexual son, por lo general, de menor intensidad y volumen, salvo largos períodos de abstinencia o situaciones especiales ⁽²⁵⁾.

Eyaculación y orgasmo no son sinónimos. El orgasmo es la liberación de tensiones acumuladas desde el inicio de la excitación sexual, acompañada de sensaciones de sumo placer producto de una serie de intensos espasmos musculares con simultánea liberación de endorfinas. Si bien en la mayoría de los casos el orgasmo y la eyaculación sobrevienen en forma simultánea, puede haber orgasmo sin eyaculación y viceversa ⁽²⁵⁾.

La masturbación

Desde la pubertad la masturbación comienza ya a tener sentido como actividad de la sexualidad tendiente al placer orgásmico total, acompañado de las correspondientes respuestas fisiológicas de cambios en los órganos sexuales y emisión de los correspondientes flujos ⁽²⁶⁾.

Junto al desarrollo sexual biológico se despliega con toda potencia el deseo del goce sexual. La persona comienza a sentir en el juego autoerótico cada vez más excitación, lo que la lleva a incrementarlo y llegar así a experimentar el orgasmo. No cabe ninguna duda que ésta es una de las mejores vivencias de la vida, por lo cual se repite la experiencia todas las veces que esto sea posible: se acaba de descubrir un placer inconmensurable ⁽²⁶⁾.



Esta práctica puede ser muy frecuente al comienzo. El joven va poniendo posteriormente la atención y las energías en las relaciones sociales y sus primeros romances. Por lo que la masturbación va espaciándose, tanto como sea su tiempo en que sienta nuevamente deseos del placer orgásmico ⁽²⁶⁾.

En toda esta etapa la masturbación no es solamente natural y normal sino que además es un gran recurso para ⁽²⁶⁾:

- Descubrir la propia identidad sexual.
- Postergar la relación sexual completa de a dos hasta que sus capacidades psicológicas le permitan hacerlo con mayores seguridades del cuidado propio y ajeno.

Desarrollo sexual secundario

Los caracteres sexuales secundarios son la manifestación del desarrollo y maduración sexual de los adolescentes. De su exploración concluimos el grado de maduración y su correspondencia con la edad cronológica ⁽²⁷⁾.

Son los primeros signos del comienzo del desarrollo puberal el aumento del tamaño de los testes en el varón, y en las chicas desarrollo del botón mamario, siendo otros signos característicos la Telarquia, menarquía, pubarquia y otros cambios ⁽²⁷⁾.

El desarrollo del vello pubiano y crecimiento de los testículos, pene y desarrollo de las mamas son los hechos más destacados de los cambios en la morfología corporal de los adolescentes: una preparación para el futuro reproductor. Gracias a Tanner tenemos hoy un método objetivo para evaluar el estado de desarrollo de su maduración sexual. Estos estadios son los siguientes ⁽²⁷⁾:

✓ Varones. Tamaño testicular y pene

Estadio genital



- (G1). Teste de <4 ml, pene infantil.
- (G2). Testes de 4-6 ml, escroto enrojecido, pene sin cambios.
- (G3). Testes de 6-12 ml, escroto gran aumento, pene aumento de longitud.
- (G4). Testes 12-20 ml, escroto más aumentado y tono más oscuro.
- (G5). Testes >20 ml, escroto y pene adultos.

✓ **Mujeres. Estadio mamario**

- (M1). Mama prepuberal; no hay tejido glandular.
- (M2). Botón mamario, pequeña cantidad de tejido glandular.
- (M3). Mama más saliente se extiende por debajo de la areola.
- (M4). Mama mayor y más elevada. Areola y pezón se proyectan sobre el contorno de la mama.
- (M5). Mama adulta (tamaño variable). Areola y mama en el mismo plano; pezón sobresale.

✓ **Hombres y mujeres**

Vello púbico

- (VP1), no existe.
- (VP2). Pequeña cantidad de vello fino y largo, levemente pigmentado en base de escroto y pene (varones) y labios mayores (mujeres).
- (VP3). Vello más espeso y grueso y más rizado.
- (VP4). Vello rizado parecido al adulto sin extenderse a cara interna de los muslos.
- (VP5). Tipo adulto, extendiéndose a cara interna de los muslos.

En el varón el comienzo del desarrollo sexual es entre los 9,5 y 13,5 años (media: 11,6 años). El aumento del tamaño de los testes es el primer signo físico de su



comienzo en el 98%. La eyaculación ocurre en general en el estadio IMS 3. El tiempo promedio para completar la pubertad es de 3 años ⁽²⁷⁾.

En las chicas el botón mamario es el primer signo de comienzo puberal y puede acontecer entre los 9 y 13 años (media de 11,2 años) ⁽²⁷⁾.

La menarquía ocurre en el estadio IMS 3 ó 4 y está relacionada con la edad de la menarquía de la madre y las condiciones socioeconómicas. La edad de la menarquía tiende a descender en todos los países cuando las condiciones socioeconómicas son buenas. Influyen escasamente el clima y la raza. La media de edad de la menarquía está alrededor de los 12,4 años. También hay cambios a nivel de ovario y tamaño del útero ⁽²⁷⁾.

Crecimiento en altura: durante el estirón puberal se produce un aumento de talla que representa alrededor del 25% de la talla adulta. El estirón dura entre 2 y 2,5 años y varía de unos individuos a otros. La velocidad de crecimiento puede variar entre 5 a 11 cm en chicas y 6 a 13 cm en chicos. El comienzo del estirón puberal en las chicas precede en aproximadamente 2 años a los varones, siendo el pico a los 12 años en los chicas y a los 14 en los muchachos. Alrededor de los 14 años las mujeres son más altas por término medio que sus compañeros varones pero, como también se detiene antes su crecimiento, los varones alcanzan una mayor altura final. Durante este tiempo las chicas crecen entre 20 a 23 cm y los chicos de 24 a 27 cm ⁽²⁷⁾.

Crecimiento ponderal: el aumento ponderal viene a representar el 50% del peso ideal adulto. La máxima velocidad ponderal varía entre 4,6 a 10,6 kg en chicas y 5,5 a 13,2 kg en chicos. La mayor masa muscular de los varones hace que sean más pesados con relación a las mujeres a igual volumen ⁽²⁷⁾.

Otros cambios: aumento del tejido graso en las mujeres, con una mayor proporción que en los varones y mayor desarrollo muscular en los hombres. La pelvis femenina se remodela y aumenta en anchura; mientras que, en el varón aumenta el diámetro biacromial, configurando el dimorfismo sexual característico de los dos sexos ⁽²⁷⁾.



Ciclo de respuesta sexual humana

La Respuesta Sexual Humana es una sucesión de acontecimientos fisiológicos cuyo fin es el adecuado desempeño de la actividad sexual. Para que ésta sea posible, los órganos genitales han de experimentar cambios importantes en su forma y su función a través de un proceso de excitación, de tal modo que el coito es imposible si el pene permanece flácido o la vagina está seca y no se ha dilatado ⁽²³⁾.

Master y Jonson, investigadores en Saint Louis, Missouri, considerados por muchos como los padres de la sexología moderna, rompieron con los prejuicios emocionales que impedían el estudio científico de la fisiología sexual y analizaron, de manera muy detallada, las interacciones sexuales. Diferenciaron 4 fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución ⁽²³⁾.

- **Fase de excitación:** la excitación es la primera fase, se puede provocar por muchos estímulos diferentes: la visión de un cuerpo desnudo, una caricia, una mirada... la lista puede ser infinita. Aún no se ha podido clasificar de manera diferenciada si hay algo que excite a hombres y mujeres por separado, aunque las creencias populares son que el hombre se excita más por la visión y las mujeres más por el tacto, la mirada, una palabra o un gesto. Durante la excitación, en los hombres el pene se agranda y endurece, se pone erecto. En las mujeres la vagina se lubrica, la vulva se hincha. El cerebro envía mensajes que producen ciertos cambios en el cuerpo, que son involuntarios y nos indican el comienzo de la excitación ⁽²³⁾.

- **Meseta:** los cambios de la fase anterior alcanzan un máximo y se mantienen así durante un tiempo, para luego dar pasó a algunos cambios: En la mujer el clítoris se esconde y apenas se palpa, en el hombre las glándulas de Cowper segregan un líquido que puede contener espermatozoides, llamado líquido preseminal ⁽²³⁾.

- **Orgasmo:** es la fase en que se liberan todas las tensiones sexuales



acumuladas. Es difícil de describir, porque hay muchos tipos diferentes. Cada persona es diferente y vive el placer de una forma distinta. Aunque es más intenso, el orgasmo no dura tanto como las otras fases de la excitación, que pueden ir de unos minutos a unas horas. Un orgasmo, por lo general, dura entre 2 y 10 segundos. Sucede cuando la tensión muscular y la sensación de plenitud alcanzan su punto máximo y se liberan ⁽²³⁾.

- **Fase de resolución:** hay una sensación de relajación en todo el cuerpo, que indica la vuelta al estado normal. La sangre abandona el área genital, los genitales vuelven a su tamaño y posición originales, la respiración se calma y la tensión arterial vuelve a su nivel normal ⁽²³⁾.

Enfermedades de transmisión sexual

Las enfermedades de transmisión sexual, también conocidas como ETS o ITS (infecciones de transmisión sexual), son enfermedades infecciosas que se contagian de personas por medio del contacto íntimo. Las ETS afecta a los hombres y a las mujeres sexualmente activo de todas las edades y procedencias (independientemente de si son ricos o pobres) ⁽²⁸⁾.

Lamentablemente las ETS se han convertido en una afección común entre los adolescentes. Debido a que los adolescentes corren mayor riesgo de contraerlas, es importante aprender qué medidas de protección se pueden tomar. Las ETS son un problema de salud muy grave, si no se recibe el tratamiento, algunas de estas enfermedades pueden producir daños permanentes, como esterilidad (incapacidad de tener hijos) e incluso la muerte (en el caso del VIH/ SIDA) ⁽²⁸⁾.

Uno de los motivos de la propagación de las ETS es la que las personas piensan que solo se pueden contagiar si tienen relaciones sexuales y eso no es cierto. Las personas pueden contraer algunas ETS, como el herpes o las verrugas genitales, a través del contacto de la piel con una zona infectada o con úlcera. Otro mito sobre las ETS es que no se contagian por tener sexo oral o anal. Eso tampoco es cierto, porque los virus o las bacterias que ocasionan las enfermedades pueden ingresar al cuerpo a través de pequeños cortes o desgarros en la boca y en el



ano, así como en los genitales ⁽²⁸⁾.

Las ETS también se contagian con facilidad porque son infecciones que no se notan. De hecho, muchas personas con ETS ni siquiera saben que la tienen. Estas personas corren el riesgo de transmitir la infección a sus parejas sexuales sin darse cuenta. Algunos de los factores que aumentan las probabilidades de contraer estas enfermedades son ⁽²⁸⁾:

- Actividad sexual a temprana edad. Cuanto más pronto el individuo comience a tener relaciones sexuales, mayor será su probabilidad de contraer ETS.
- Multiplicidad de parejas sexuales. Las personas que tienen contacto sexual (no solo relaciones sexuales, sino cualquier tipo de actividad íntima) con muchas parejas diferentes corren mayor riesgo que aquellas que siempre tienen la misma pareja.
- Relaciones sexuales sin protección. Los condones de látex siempre deben utilizarse, ya que son la única forma de anticoncepción que reduce el riesgo de contraer estas enfermedades.

Las enfermedades de transmisión sexual se contagian de una persona enferma a una sana durante el acto sexual, a través del contacto directo de piel a piel de los órganos sexuales, y de los fluidos sexuales del hombre (semen) y de la mujer (secreciones vaginales) cuando el pene del hombre entra en la vagina de la mujer, aunque no eche semen adentro, también se contagia ⁽²⁸⁾.

Estas son: sífilis, chancro, gonorrea, linfogranuloma venéreo, tricomoniasis, candidiasis, herpes genital, hepatitis b, pediculosis de pubis o ladilla (piojos del pubis), uretritis no gonocócica, granuloma inguinal, vaginosis bacteriana, infecciones por el virus del papiloma humano, chancroide y SIDA.

Las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes son:

- **Virus del papiloma humano (VPH)**



Se transmite principalmente mediante el contacto directo de piel a piel durante el sexo vaginal, oral o anal. No se propaga a través de la sangre o fluidos corporales. Las infecciones son muy comunes poco tiempo después que una mujer comienza a tener relaciones sexuales con una o más parejas ⁽²⁸⁾.

Como se adquiere: la transmisión mediante contacto genital sin penetración (sin coito) no es común, pero puede ocurrir. Por otro lado, la transmisión de algunos tipos de VPH genitales es posible y se ha reportado mediante el contacto oral-genital y al tocar los genitales con las manos ⁽²⁸⁾.

Síntomas: el VPH genital usualmente no presenta síntomas, a menos que sea un tipo que causa verrugas genitales. Las verrugas genitales pueden presentarse dentro de varias semanas o meses después del contacto con una pareja que tiene el VPH. Resulta menos común que las verrugas genitales se presenten años después de la exposición al virus. Por lo general, las verrugas lucen como una pequeña protuberancia o grupos de protuberancias en el área genital. Pueden ser pequeñas o grandes, planas o prominentes, o en forma de coliflor. Si no son tratadas, las verrugas genitales pudieran desaparecer, permanecer y no cambiar o aumentar en tamaño o en número. Rara vez estas verrugas se convierten en cáncer ⁽²⁸⁾.

Prevención: la única manera de prevenir verdaderamente que estas áreas se infecten con VPH podría ser evitar completamente el contacto de esas áreas de su cuerpo que se pueden infectar con el VPH (como la boca, el ano, y los genitales) con aquellas de otra persona. Esto significa no tener sexo vaginal, oral ni anal, pero también significa evitar el contacto de esas áreas con la piel de otra persona. Para aquellas personas que son jóvenes o que no han comenzado a tener sexo o que no han sido infectadas con VPH, las tres vacunas contra el virus pueden protegerlas de algunos tipos de VPH ⁽²⁸⁾.

Tener menos parejas sexuales y evitar las relaciones sexuales con personas que han tenido muchas parejas sexuales ayuda a disminuir el riesgo de una persona de exponerse al VPH. El uso del condón puede ayudar a prevenir el VPH, pero el VPH puede que esté en partes de la piel que no son cubiertas por el condón.



Además, los condones tienen que usarse todo el tiempo, desde el comienzo hasta el final de la actividad sexual ⁽²⁸⁾.

El virus se puede transmitir durante el contacto sexual directo de piel a piel antes de que el condón sea colocado. Además los condones masculinos no cubren toda el área genital, especialmente las áreas genitales de las mujeres. El condón femenino cubre más de la vulva en las mujeres, pero no ha sido estudiado muy detenidamente para determinar su capacidad de prevenir el VPH. No obstante, los condones son muy útiles en la protección de otras infecciones que se pueden transmitir a través de la actividad sexual ⁽²⁸⁾.

Por lo general es imposible saber quién tiene el VPH, y este virus es tan común que incluso estas medidas no garantizan que una persona no se contagiará. Aun así, estas medidas pueden ayudar a reducir el número de veces que una persona se expone al VPH. Si usted descubre que tiene VPH, puede que quiera informar a su pareja. Dígale que el VPH es un virus muy común y que la mayoría de la gente que tiene sexo contraerá el virus. De nuevo, la mayoría de las personas ni siquiera sabe que lo tiene. De saberlo, normalmente no saben cuándo lo contrajeron ni quién se los transmitió ⁽²⁸⁾.

- **El VIH es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es responsable del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).**

El SIDA (acrónimo de síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es una enfermedad que afecta a los humanos infectados por el VIH. Se dice que una persona padece de sida cuando su organismo, debido a la inmunodeficiencia provocada por el VIH, no es capaz de ofrecer una respuesta inmune adecuada contra las infecciones. El VIH es un virus que ataca gradualmente las células del sistema inmunológico. Como el virus del VIH daña en forma progresiva estas células, el cuerpo se vuelve más vulnerable a las infecciones, las cuales son más difíciles de combatir. Se dice que una persona tiene SIDA cuando la infección por VIH está en un nivel muy avanzado. Pueden pasar años antes de que el VIH haya producido suficiente daño en el sistema inmunológico y que el SIDA se desarrolle ⁽²⁸⁾.



Como se adquiere: saber cómo se contagia el SIDA es fundamental para poder evitar las conductas de riesgo. Para que pueda producirse la transmisión del VIH deben darse tres condiciones: Evidentemente, es necesario que una de las personas presentes sea portadora del VIH ⁽²⁸⁾.

Ninguna conducta de riesgo (como por ejemplo el sexo anal) supone un riesgo en sí misma si ninguna de las personas implicadas está infectada. La concentración de VIH tiene que ser suficiente para que se pueda producir la transmisión. La sangre es el fluido corporal donde el virus está más concentrado. Por lo tanto, una pequeña cantidad de sangre bastaría para infectar a alguien ⁽²⁸⁾.

Sin embargo, con la misma cantidad de flujo vaginal no se produciría la transmisión porque el VIH está mucho menos concentrado en ese fluido. Es necesario que el VIH entre en la corriente sanguínea para contraer el virus. La piel impide que el VIH se introduzca en el organismo, por lo tanto no basta con haber estado en contacto con un fluido contaminado, es necesaria una vía de entrada en forma de herida abierta, cortadura, fisura, desgarró, o a través del contacto con las membranas mucosas ⁽²⁸⁾.

Cuando una persona está infectada con VIH, puede transmitirlo a otras personas a través de los siguientes fluidos corporales ⁽²⁸⁾:

- Sangre (las mayores concentraciones de VIH se encuentran en la sangre).
- Semen.
- Secreciones vaginales.
- Leche materna.
- Fluido pre-eyaculatorio. En este los niveles de concentración del VIH son muy bajos, pero existe riesgo.

Síntomas: hay que tener en cuenta que no en todas las personas se manifiesta la enfermedad de la misma manera. Por lo tanto, unas personas puede que no presenten síntomas iniciales al infectarse con el virus, mientras que otras



experimentan síntomas que no son específicos sino que son comunes a muchas enfermedades como son: síntomas sudo gripales con fiebre, erupción cutánea, inflamación de los ganglios linfáticos e irritación de garganta ⁽²⁸⁾.

Algunas personas permanecen años sin síntomas desde el contacto con el virus hasta que desarrollan el sida. En todo este tiempo, su sistema inmunitario se va debilitando por la actuación del virus, de manera que, a medida que va disminuyendo el recuento de células CD4, aumenta la posibilidad de que se vean afectados por ciertas enfermedades ⁽²⁸⁾.

Prevención: para lo más importante es conocer la enfermedad y sus mecanismos de transmisión. Ante cualquier duda o posible exposición al virus, es preciso someterse a la prueba de detección del VIH, porque un diagnóstico precoz puede mejorar notablemente el pronóstico. Por lo tanto, para prevenir el contagio, lo mejor es evitar las conductas de riesgo que supongan el contacto con los fluidos capaces de transmitir el VIH ⁽²⁸⁾.

- **Clamidia**

La clamidia es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) común, causada por una bacteria. La clamidia puede infectar tanto a hombres como a mujeres y puede causar daños graves y permanentes a los órganos genitales de la mujer ⁽²⁸⁾.

Como se adquiere: la clamidia puede ser transmitida durante relaciones sexuales vaginales, anales o durante el sexo oral. También puede ser transmitida de madre infectada a hijo durante el parto vaginal. Toda persona sexualmente activa puede ser infectada con clamidia. Entre mayor número de parejas sexuales tenga la persona, mayor es el riesgo de infección. Las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes están expuestas a un mayor riesgo de infección si son activas sexualmente porque su cuello uterino (la abertura del útero) no se ha desarrollado completamente. Debido a que la clamidia puede transmitirse por sexo oral o anal, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres también están en peligro de contraer la infección clamidial ⁽²⁸⁾.



Síntomas: a la clamidia se le conoce como la enfermedad "silenciosa" porque casi 3 de cada 4 mujeres infectadas y cerca de la mitad de hombres infectados no presentan síntomas. Si hay síntomas, éstos aparecen generalmente entre 1 y 3 semanas después del contagio. En las mujeres, la bacteria infecta inicialmente el cuello uterino y la uretra (el canal urinario) ⁽²⁸⁾.

Las mujeres que tienen síntomas podrían presentar flujo vaginal anormal o una sensación de ardor al orinar. Algunas mujeres todavía no tienen signos ni síntomas cuando la infección se propaga del cuello uterino a las trompas de Falopio (los tubos que conducen los óvulos desde los ovarios hasta el útero); otras presentan dolor de vientre, lumbago, náusea, fiebre, dolor durante el coito o sangrado entre los períodos menstruales ⁽²⁸⁾.

La infección clamidial del cuello uterino puede propagarse al recto. Los hombres que tienen signos o síntomas podrían presentar secreción del pene o una sensación de ardor al orinar. Los hombres también podrían presentar una sensación de ardor y picazón alrededor de la abertura del pene. El dolor y la inflamación de los testículos es poco frecuente. Los hombres o mujeres que reciben penetración anal pueden contraer la infección clamidial en el recto, lo cual puede causar dolor rectal, secreciones o sangrado. La clamidia puede hallarse también en la garganta de las mujeres y hombres que han tenido sexo oral con una pareja infectada ⁽²⁸⁾.

Prevención: la manera más segura de evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual es abstenerse del contacto sexual o tener una relación estable, mutuamente monógama, con una pareja a quien se le han hecho pruebas y se sabe que no está infectada. Los condones de látex en los hombres, cuando se usan de manera habitual y correcta, pueden reducir el riesgo de transmisión de la clamidia ⁽²⁸⁾.

Los clínicos recomiendan que todas las mujeres sexualmente activas de 25 años de edad o menos y las mujeres de más edad con factores de riesgo de infecciones clamidiales (quienes tienen una nueva pareja sexual o múltiples parejas sexuales), así como todas las mujeres embarazadas se hagan



anualmente pruebas para detectar esta enfermedad. El médico debería siempre hacer una evaluación de riesgos de enfermedades sexuales, la cual podría indicar la necesidad de realizar pruebas de detección con mayor frecuencia en ciertas mujeres ⁽²⁸⁾.

- **Herpes**

Infección producida por el virus herpes simple, caracterizada por una o más vesículas pequeñas, de contenido claro, con la base enrojecida y ligeramente elevada. Los virus herpes son el HVS1 que produce el herpes labial, estomatitis y queratitis simple y el virus VHS2 que produce el herpes genital. Son lesiones de prevalencia común y pueden presentar recidivas y complicaciones ⁽²⁸⁾.

Como se adquiere: las personas contraen herpes al tener relaciones sexuales con alguien que tenga esta enfermedad. "Relaciones sexuales" quiere decir contacto anal, oral o vaginal. El VHS-1 y el VHS-2 pueden encontrarse y liberarse por las llagas causadas por los virus. Los virus también pueden ser liberados por la piel que no tenga llagas. Por lo general, una persona solo puede infectarse por el VHS-2 durante el contacto sexual con alguien que tenga una infección genital por el VHS-2 ⁽²⁸⁾.

La transmisión puede ocurrir por una pareja sexual infectada que no tenga una llaga visible y que no sepa que está infectada. El VHS-1 puede causar llagas en el área genital e infecciones de la boca y los labios, también llamadas "ampollas febriles". La infección por el VHS-1 en los genitales es causada por contacto de la boca con los genitales o por contacto entre los genitales con una persona que tenga la infección por el VHS-1 ⁽²⁸⁾.

Síntomas: muchas personas con herpes genital nunca presentan úlceras o tienen síntomas muy leves que ni siquiera notan o los confunden con picaduras de insectos u otra afección cutánea. Si en realidad se presentan signos y síntomas durante el primer brote, éstos pueden ser bastante intensos. El primer brote generalmente sucede al cabo de dos días a dos semanas de resultar infectado. Los síntomas generalizados pueden abarcar ⁽²⁸⁾:



- Inapetencia
- Fiebre
- Indisposición general (malestar)
- Dolores musculares en la región lumbar, los glúteos, los muslos o las rodillas
- Ganglios linfáticos inflamados y sensibles en la ingle durante un brote.

Los síntomas genitales incluyen la aparición de ampollas pequeñas y dolorosas, llenas de un líquido claro o color paja. Generalmente se encuentran ⁽²⁸⁾:

- En las mujeres: en los labios vaginales externos (labios), la vagina, el cuello uterino, alrededor del ano y en los muslos o en las nalgas.
- En los hombres: en el pene, el escroto, alrededor del ano, en los muslos o en las nalgas.
- En ambos sexos: en la lengua, la boca, los ojos, las encías, los labios, los dedos de la mano y otras partes del cuerpo.
- Antes de que las ampollas aparezcan, la persona puede sentir hormigueo, ardor, picazón en la piel o tener dolor en el sitio donde las ampollas van a aparecer.
- Cuando las ampollas se rompen, dejan úlceras superficiales que son muy dolorosas, las cuales finalmente forman costra y sanan lentamente durante 7 a 14 días o más.

Un segundo brote puede aparecer semanas o meses después del primero. Casi siempre es menos intenso y más corto que el primer brote. Con el tiempo, el número de brotes puede disminuir. Sin embargo, una vez que usted tenga el VHS-2, éste se esconderá dentro de las células nerviosas y permanecerá en el cuerpo. El virus puede permanecer "dormido" (latente) durante un tiempo prolongado. El virus puede "despertar" (reactivarse) en cualquier momento. Esto se puede desencadenar por ⁽²⁸⁾:

- Fatiga
- Irritación genital
- Menstruación
- Estrés físico o emocional



- **Lesión**

Algunas personas tienen ataques de herpes genital sólo una vez al año, mientras que otras los tienen con tanta frecuencia que parece que los síntomas nunca desaparecieran. Los ataques repetitivos generalmente son más leves en los hombres ⁽²⁸⁾.

Prevención: el uso adecuado y habitual de condones de látex puede reducir el riesgo de adquirir herpes genital, debido a que los condones de látex pueden cubrir o proteger los síntomas del herpes que ocurren en el área genital de los hombres y de las mujeres. Sin embargo, los brotes pueden ocurrir en áreas que el condón no puede cubrir ⁽²⁸⁾.

La manera más segura de evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, incluido el herpes genital, es abstenerse del contacto sexual o tener una relación duradera, mutuamente monógama, con una pareja a quien se le han hecho las pruebas y se sabe que no está infectada. Las personas con herpes deben abstenerse de tener relaciones sexuales con sus parejas cuando tengan presentes lesiones u otros síntomas del herpes ⁽²⁸⁾.

Es importante saber que aunque la persona no tenga síntomas, todavía puede infectar a sus parejas sexuales. Se les debe indicar a las parejas sexuales de las personas infectadas que pueden contagiarse y que deben usar condones para reducir el riesgo. Las parejas sexuales pueden hacerse pruebas para determinar si están infectadas por el VHS ⁽²⁸⁾.

- **Gonorrea**

La gonorrea es una (ETS), causada por una bacteria, se manifiesta con secreciones de pus por el aparato genital y se transmite por relaciones sexuales sin protección, vaginales, anales y con el sexo oral, Esta bacteria también puede crecer en la boca, la garganta, los ojos y el ano ⁽²⁸⁾.

Como se adquiere: se adquiere al tener relaciones sexuales por vía vaginal, anal



y oral; no es necesaria la eyaculación adentro para contagiarse. Los homosexuales y mujeres con relaciones sexuales anales pueden tener gonorrea rectal, que causa malestar alrededor del ano con secreciones. El sexo oral con una persona afectada ocasiona gonorrea en la garganta (faringitis gonocócica). El recién nacido puede infectarse de la madre durante el parto. La infección vaginal en niñas pequeñas y en jóvenes generalmente es resultado de abuso sexual y los síntomas agregados son: irritación, enrojecimiento e inflamación vulvar, y secreción purulenta por vía vaginal ⁽²⁸⁾.

Síntomas: los síntomas de la gonorrea generalmente aparecen de 2 a 5 días después de la infección, sin embargo, en los hombres pueden presentarse hasta un mes más tarde; algunas personas, particularmente las mujeres, no muestran síntomas. Por lo tanto, y dado que desconocen que han adquirido la enfermedad, no buscan tratamiento lo que aumenta el riesgo de complicaciones y de posible transmisión de la bacteria a otra persona ⁽²⁸⁾.

Los síntomas en los hombres comprenden: dolor y ardor al orinar, aumento de la frecuencia o urgencia urinaria, secreción del pene (de color blanco, amarillo o verde), uretra roja o inflamada, testículos sensibles o inflamados, dolor de garganta (faringitis gonocócica). De no tratarse, puede producir epididimitis, una inflamación del epidídimo (estructura tubular detrás del testículo donde maduran los espermatozoides y que conecta el testículo con los vasos deferentes) que puede causar infertilidad ⁽²⁸⁾.

Los síntomas en las mujeres pueden ser muy leves o poco específicos y se llegan a confundir con otro tipo de infección. Estos síntomas son: secreción vaginal, dolor, ardor al orinar y urgencia urinaria (como una cistitis), dolor de garganta, relaciones sexuales dolorosas, dolor intenso en la parte baja del abdomen y fiebre (si la infección se disemina a las trompas de Falopio y al área del estómago) ⁽²⁸⁾.

Prevención: los condones de látex, cuando se usan de manera habitual y correcta, pueden reducir el riesgo de contraer y transmitir la gonorrea. La manera más segura de evitar el contagio de la gonorrea es abstenerse de las relaciones sexuales o tener una relación estable, mutuamente monógama, con una pareja a



quien se le han hecho pruebas y se sabe que no está infectada ⁽²⁸⁾.

- **Sífilis**

La sífilis es una enfermedad transmitida sexualmente (ETS) que es curable y se causa por una bacteria llamada espiroqueta. El nombre científico de espiroqueta es *Treponema pallidum*. La infección suele causar una llaga abierta que se llama chancro y aparece en el sitio de la infección. Desde el chancro, la espiroqueta se pasa por todo el cuerpo. La infección de sífilis ocurre en cuatro etapas llamadas primaria, secundaria, latente y del tercer nivel o tardía ⁽²⁸⁾.

La sífilis pasa de una persona a otra a través del contacto directo con una úlcera sífilítica. Las úlceras aparecen principalmente en los genitales externos, la vagina, el ano o el recto, también pueden salir en los labios y en la boca ⁽²⁸⁾.

Como se adquiere: la sífilis puede ser transmitida durante relaciones sexuales vaginales, anales o durante el sexo oral ⁽²⁸⁾.

Síntomas:

Fase primaria: la aparición de una sola úlcera marca la primera fase (primaria) de los síntomas de la sífilis, pero es posible que aparezcan múltiples úlceras. La úlcera aparece en el sitio por donde la sífilis entró al organismo. Por lo general, la úlcera es firme, redonda y no causa dolor. Debido a que la úlcera no causa dolor es posible que pase por desapercibida. La úlcera dura entre 3 y 6 semanas y se cura por más que la persona no reciba tratamiento. No obstante, si la persona infectada no recibe tratamiento adecuado la infección progresa a la fase secundaria ⁽²⁸⁾.

Fase secundaria: las lesiones grandes, elevadas, grises o blancas pueden presentarse en áreas húmedas y cálidas como la boca, axila o región de la ingle. Algunas veces, las erupciones asociadas a la sífilis secundaria son tan leves que pasan desapercibidas. Otros síntomas de sífilis secundaria incluyen fiebre, inflamación de las glándulas linfáticas, dolor de garganta, pérdida parcial del



cabello, dolor de cabeza, pérdida de peso, dolor muscular y fatiga. Los síntomas de esta fase de la sífilis desaparecerán con o sin tratamiento. Sin el tratamiento adecuado, la infección progresará a una fase latente y posiblemente a las fases más avanzadas de la enfermedad ⁽²⁸⁾.

Fases latente y avanzada: la fase latente (oculta) de la sífilis comienza con la desaparición de los síntomas de las fases primaria y secundaria. Sin tratamiento, la persona infectada puede continuar teniendo sífilis en su organismo, aunque no tenga ni signos ni síntomas. Esta fase latente puede durar años. En esta fase avanzada la sífilis puede dañar órganos internos como el cerebro, los nervios, los ojos, el corazón, los vasos sanguíneos, el hígado, los huesos y las articulaciones. Esta enfermedad puede causar la muerte ⁽²⁸⁾.

Prevención: el uso constante y correcto de condones de látex puede reducir el riesgo de sífilis cuando la úlcera o el sitio de posible exposición está cubierto, aunque es mejor abstenerse de tener relaciones sexuales cuando una úlcera esté presente en el área genital, anal u oral. El contacto con una úlcera fuera del área cubierta por el condón de látex puede aún causar infección ⁽²⁸⁾.

La manera más segura de evitar contraer enfermedades de transmisión sexual, incluida la sífilis, es abstenerse del contacto sexual o tener una relación estable y mutuamente monógama con una pareja que se haya hecho las pruebas y que se sabe que no tiene ninguna infección ⁽²⁸⁾.

- **Tricomoniasis**

La tricomoniasis es una infección producida por un parásito (protozoario) unicelular flagelado llamado *Trichomona vaginalis*. Este organismo se encuentra únicamente en el tracto genito-urinario inferior de la mujer (vagina, glándulas de Skene, glándulas de Bartolino y uretra) y en el tracto genito-urinario inferior del hombre ⁽²⁸⁾.

Se considera una enfermedad de transmisión sexual casi exclusiva, aunque se



puede transmitir por el uso de toallas húmedas, sentarse en una poseta contaminada, etc.; sin embargo, este tipo de contagio es raro porque el parásito es muy sensible al medio exterior. En general, la infección la padece la mujer y la transmisión la hace el hombre ⁽²⁸⁾.

En el hombre el parásito puede estar presente en la próstata, pero no suele producir síntomas porque las concentraciones de zinc presentes en el líquido seminal destruyen el protozooario. Aquellos hombres con bajos niveles de zinc pueden tener el parásito presente en su líquido seminal y se convierte en un transmisor de la enfermedad ⁽²⁸⁾.

Como se adquiere: una persona infectada puede transmitirle el parásito a otra persona que no tenga la infección durante las relaciones sexuales. En las mujeres, el área del cuerpo infectada con más frecuencia es la parte baja del aparato genital (la vulva, la vagina o la uretra) y en los hombres es la parte interna del pene (uretra). Durante las relaciones sexuales, el parásito por lo general se transmite del pene a la vagina o de la vagina al pene, pero también se puede transmitir de una vagina a otra ⁽²⁸⁾.

No es frecuente que el parásito infecte otras partes del cuerpo, como las manos, la boca o el ano. No está claro por qué algunas personas con la infección presentan síntomas y otras no, pero probablemente depende de factores como la edad de la persona y su salud en general. Las personas infectadas que no tengan síntomas de todos modos pueden transmitirles la infección a otras ⁽²⁸⁾.

Síntomas: alrededor del 70% de las personas infectadas no presentan signos ni síntomas. Cuando la tricomoniasis causa síntomas, pueden variar entre irritación leve e inflamación grave. Algunas personas presentan los síntomas durante los 5 a 28 días después de haberse infectado, pero otras los presentan mucho más tarde. Los síntomas pueden aparecer y desaparecer ⁽²⁸⁾.

Los hombres con tricomoniasis pueden sentir picazón o irritación dentro del pene, ardor después de orinar o eyacular, o pueden tener alguna secreción del pene. Las mujeres con tricomoniasis pueden notar picazón, ardor, enrojecimiento o



dolor en los genitales, molestia al orinar, o una secreción clara con un olor inusual que puede ser transparente, blanca, amarillenta o verdosa ⁽²⁸⁾.

Prevención: usar condones de látex correctamente todas las veces que tenga relaciones sexuales le ayudará a reducir el riesgo de contraer o transmitir la tricomoniasis. Sin embargo, los condones no cubren toda el área y es posible contraer o transmitir esta infección incluso cuando se utiliza uno ⁽²⁸⁾.

La única manera segura de prevenir las infecciones de transmisión sexual es evitar por completo las relaciones sexuales. Otra manera de abordarlo es hablar acerca de esta clase de infecciones antes de tener relaciones sexuales con una nueva pareja, para tomar decisiones fundamentadas acerca del nivel de riesgo con que la persona se siente cómoda en su vida sexual ⁽²⁸⁾.

- **Ladilla (piojo púbico)**

Las ladillas, son pequeños bichos o insectos anopluros ectoparásitos de los seres humanos que infectan el vello púbico de la zona genital donde ponen sus huevos y producen picor en dicha zona. Miden entre 1 y 3 mm de longitud, son de forma casi redonda y de color amarillento ⁽²⁸⁾.

Como se adquiere: el piojo púbico se propaga por medio del contacto de piel a piel, usualmente durante la relación sexual. Ocasionalmente, el piojo púbico se propaga al compartir el vestuario o ropa de cama con la persona infectada ⁽²⁸⁾.

Síntomas ⁽²⁸⁾:

- Picazón de leve a intensa.
- Espinillas rojizas pequeñas en el área púbica.
- Huevos blancos del tamaño de la cabeza de un alfiler pegado al vello púbico y el pelo en la parte de arriba de la pierna.
- Piojos (insectos minúsculos como ladilla podrán verse en el pelo púbico y el pelo en la parte superior de la pierna).
- Manchas con descoloración en la piel y marcas por rascarse en el área

pública.

Prevención: los preservativos no detienen el contagio de piojos públicos, así que debes asegurarte que tu compañero de relaciones sexuales no tenga piojos públicos. O bien, depilar todo tu cuerpo, esto asegura en un 100% estar libre de parásitos. El parásito es capaz de vivir poco tiempo sin contacto con el cuerpo humano. Sin embargo, trata de no usar ropa o sábanas de otras personas. Si crees que tienes piojos públicos, trátalos de inmediato ⁽²⁸⁾.

- **Candidiasis**

La candidiasis (candidosis, moniliasis) es una infección causada por diversas variedades de *Candida*, parásitos de 'hongos', especialmente *Candida albicans*. La infección de las membranas mucosas, como ocurre en la boca o la vagina, es frecuente entre los individuos con un sistema inmunológico normal. Sin embargo, estas afecciones son más frecuentes o persistentes en diabéticos o enfermos de SIDA y en las mujeres embarazadas ⁽²⁸⁾.

Forman parte del grupo de las enfermedades más frecuentes que afectan al hombre e incluso se puede afirmar que prácticamente todos los hombres a lo largo de su vida la padecerán alguna vez. Existen tres tipos de micosis humanas: superficiales, intermedias como las candidiasis y profundas ⁽²⁸⁾.

Como se adquiere: el hongo puede contagiarse a través del sexo vaginal, anal u oral, por los dedos o por compartir juguetes sexuales. Muchas veces no hay síntomas. El tratamiento es simple y consiste en cremas, óvulos vaginales, pastillas o una combinación de los tres ⁽²⁸⁾.

Síntomas: los síntomas varían dependiendo de la localización. Desde el punto de vista dermatológico interesan las candidiasis mucosas y las cutáneas. Dentro de las primeras y afectando a la mucosa está el muguet. Éste se manifiesta como unas placas cremosas, blanquecinas que confluyen en placas, en dorso de lengua, velo del paladar, mucosa gingival y genital ⁽²⁸⁾.



Al desprenderse dejan al descubierto una mucosa roja y congestiva. También la infección puede manifestarse como una lengua roja, lisa, brillante y dolorosa o como una afectación de las comisuras bucales en forma de placas triangulares, con escamas y fisuras en el centro o afectando a los labios, principalmente al inferior con escamas adherentes de color grisáceo y erosiones ⁽²⁸⁾.

La mucosa genito-perianal es otra localización habitual de estas infecciones, representando el 20-30 por ciento de las infecciones vaginales. Se presenta como un enrojecimiento y edema de los labios menores que se puede extender hacia labios mayores, periné, pliegues inguinales e interglúteo, acompañado de prurito y “quemazón” ⁽²⁸⁾.

La misma afectación puede afectar a genitales externos masculinos. Dentro de las candidiasis cutáneas vamos a hacer referencia a dos cuadros: las candidiasis de los pliegues o intertrigos candidiásicos y las onicomicosis ⁽²⁸⁾.

Prevención: como medidas generales de prevención de las candidiasis se recomienda evitar el uso inapropiado de mantener relaciones con diferentes hombres o mujeres, mantener una buena higiene ⁽²⁸⁾.

- **Sarna**

La sarna es causada por un pequeño ácaro/parásito (no puede verse a simple vista), el cual se mete bajo la piel. La hembra pone de tres a cuatro huevos al día durante su periodo de vida que es de dos meses. A las dos semanas después de poner los huevos, nacen los parásitos bebés y viajan a la superficie de la piel. Una vez allí, los parásitos se alimentan de sangre humana. Puede afectar a todo tipo de personas ⁽²⁸⁾.

Como se adquiere: la sarna se contagia con el contacto directo y prolongado de piel a piel con alguien que tenga sarna, o al ponerse en contacto con ropa de vestir, ropa de cama o muebles tapizados usados por una persona con sarna en los tres últimos días. El contacto breve y casual como un apretón de manos o abrazarse no propaga generalmente la sarna.. La sarna es contagiosa hasta ser



tratada apropiadamente ⁽²⁸⁾.

Síntomas: se presentan como bultos enrojecidos, parecidos a los granos. Los bultos pueden aparecer en filas. Sufre un picor/comezón severo, que a menudo empeora en la noche. La erupción se ve generalmente donde hubo contacto de piel a piel (como en las manos), pero puede propagarse a cualquier parte del cuerpo. A menudo se encuentra en el área entre los dedos, la piel que se pliega en las muñecas, los codos o las rodillas, la piel alrededor de la cintura y la parte frontal de los sobacos. Rascarse puede ocasionar infecciones bacteriales de la piel ⁽²⁸⁾.

Prevención: evite el contacto directo de piel a piel con una persona que tenga sarna, no comparta ropa, toallas, ni tampoco una cama con una persona que tenga sarna ⁽²⁸⁾.

Métodos anticonceptivos

Es cualquier forma de impedir la fecundación o concepción al mantener relaciones sexuales. También se llama contracepción o anticoncepción, y son una forma de control de la natalidad ⁽²⁹⁾.

Ningún método anticonceptivo puede considerarse mejor que otro ni es totalmente seguro. Cada método tiene sus indicaciones y deberá buscarse aquel que sea más idóneo para cada circunstancia y permita una mejor salud sexual ⁽³⁰⁾.

Se clasifican en Métodos Naturales, Métodos de Barrera, Métodos Hormonales, Dispositivos intrauterinos (DIU) y Métodos Quirúrgicos ⁽³⁰⁾.

Anticonceptivos naturales: son aquellos métodos que se basan en la fisiología (función) hormonal normal 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) ⁽³⁰⁾.

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 ⁽³⁰⁾.
- Que la ovulación se da a mitad del ciclo aproximadamente (14 día), que se acompaña de un discreto aumento de la temperatura corporal 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 ⁽³⁰⁾.

Tipos de métodos

- Método del ritmo (ogino): permite tener relaciones sexuales: 8 días después de iniciada la menstruación y 8 días antes de la fecha próxima probable ⁽³⁰⁾.
- Método del moco cervical o de Billings: prohíbe tener relaciones sexuales cuando el moco se hace muy viscoso y al tratar de separarlo entre los dedos (entre el primer dedo pulgar y segundo dedo índice) se extiende más de 3cm de longitud ⁽³⁰⁾.
- Método de la 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 un grado centígrado) hasta la próxima menstruación. La mujer debe medirse la temperatura vaginal, cada manan y confeccionar un grafica, alrededor de la mitad de su ciclo vera que la temperatura se eleva, es el momento más peligroso, pero luego de tres días ya no hay peligro ⁽³⁰⁾.

Contraindicaciones de los métodos naturales: ninguna ⁽³⁰⁾.

Anticonceptivos 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. dentro de esta clasificación encontramos ⁽³⁰⁾:



- **El preservativo:** se le conoce como condón, el cual debe recubrir totalmente el pene. este es el único método anticonceptivo que ayuda a prevenir el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual ⁽³⁰⁾.

Contraindicaciones: ninguna, pero no se usa si hay antecedentes de alergia al látex ⁽³⁰⁾.

- **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 ⁽³⁰⁾.

Contraindicaciones: vulvovaginitis ⁽³⁰⁾.

- **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 ⁽³⁰⁾.

Contraindicaciones: vulvovaginitis ⁽³⁰⁾.

Anticonceptivos hormonales: son aquellos 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, cérvix y endometrio que impidan que se llegue a realizar la fecundación (unión del espermatozoide con el ovulo) ⁽³⁰⁾.

- **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 ⁽³⁰⁾.
- **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 ⁽³⁰⁾.

- **Inyecciones:** consiste en colocarse inyecciones de contenido hormonal, al igual que los anticonceptivos orales, pueden haber de contenido combinado (estrógenos y progestágenos) o de solo progestágenos. se pueden aplicar cada uno, dos o tres meses ⁽³⁰⁾.
- **Implantes:** consiste en la implantación debajo de la piel del brazo de cápsulas delgadas y flexibles que contienen levo-norgestrel ó desogestrel, progestágenos que se liberan sostenidamente y ejercen su función. el método dura entre 3 a 5 años ⁽³⁰⁾.
- **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) ⁽³⁰⁾.
- **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 ⁽³⁰⁾.

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 ⁽³⁰⁾.

- **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 ⁽³⁰⁾.



- **Diu hormonal:** es un dispositivo en forma de T, como el anterior que libera progesterona. Se cambia una vez al año ⁽³⁰⁾.

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) ⁽³⁰⁾.

- **Bloqueo tubarico 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" ⁽³⁰⁾.
- **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 ⁽³⁰⁾.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS, SOCIALES Y CULTURALES

En el desarrollo psicosocial valoraremos cuatro aspectos de crucial importancia que están relacionadas con la forma de reafirmar el yo: la lucha independencia-dependencia, preocupación por el aspecto corporal, integración en el grupo de amigos y desarrollo de la identidad ⁽²⁷⁾.

1. La lucha independencia-dependencia: en la primera adolescencia (12 a 14 años), la relación con los padres se hace más difícil, existe mayor recelo y confrontación; el humor es variable y existe un "vacío" emocional. En la adolescencia media (15 a 17 años) estos conflictos llegan a su apogeo para ir declinando posteriormente, con una creciente mayor integración, mayor independencia y madurez, con una vuelta a los valores de la familia en una especie de "regreso al hogar" (18 a 21 años) ⁽²⁷⁾.



2. Preocupación por el aspecto corporal: los cambios físicos y psicológicos que acompañan la aparición de la pubertad generan una gran preocupación en los adolescentes, sobre todo en los primeros años, con extrañamiento y rechazo del propio cuerpo, inseguridad respecto a su atractivo, al mismo tiempo que crece el interés por la sexualidad. En la adolescencia media, se produce una mejor aceptación del cuerpo pero sigue preocupándoles mucho la apariencia externa. Las relaciones sexuales son más frecuentes. Entre los 18 y 21 años el aspecto externo tiene ya una menor importancia, con mayor aceptación de la propia corporalidad ⁽²⁷⁾.

3. Integración en el grupo de amigos: vital para el desarrollo de aptitudes sociales. La amistad es lo más importante y desplaza el apego que se sentía hasta entonces por los padres. Las relaciones son fuertemente emocionales y aparecen las relaciones con el sexo opuesto. En la adolescencia media, estas relaciones son intensas, surgen las pandillas, los clubs, el deporte; se decantan los gustos por la música, salir con los amigos, se adoptan signos comunes de identidad (piercing, tatuajes, moda, conductas de riesgo), luego (18 a 21 años) la relación con los amigos se vuelve más débil, centrándose en pocas personas y/o en relaciones más o menos estables de pareja ⁽²⁷⁾.

4. Desarrollo de la identidad: en la primera adolescencia hay una visión utópica del mundo, con objetivos irreales, un pobre control de los impulsos y dudas. Sienten la necesidad de una mayor intimidad y rechazan la intervención de los padres en sus asuntos. Posteriormente, aparece una mayor empatía, creatividad y un progreso cognitivo con un pensamiento abstracto más acentuado y, aunque la vocación se vuelve más realista, se sienten “omnipotentes” y asumen, en ocasiones, como ya dijimos, conductas de riesgo. Entre los 18 y 21 años los adolescentes suelen ser más realistas, racionales y comprometidos, con objetivos vocacionales prácticos, consolidándose sus valores morales, religiosos y sexuales así como comportamientos próximos a los del adulto maduro ⁽²⁷⁾.

Desarrollo psicosocial ⁽²⁷⁾.

Desarrollo Psicosocial (12 a 14 años)	Desarrollo Psicosocial (15 a 17 años)	Desarrollo Psicosocial (18 a 21 años)
Dependencia-Independencia	Dependencia-Independencia	Dependencia-Independencia
<ul style="list-style-type: none"> » Mayor recelo y menor interés por los padres. » Vacío emocional, humor variable. 	<ul style="list-style-type: none"> » Más conflictos con los padres. 	<ul style="list-style-type: none"> » Crecimiento integración. Independencia. "Regreso a los padres".
Preocupación por el aspecto corporal	Preocupación por el aspecto corporal	Preocupación por el aspecto corporal
<ul style="list-style-type: none"> » Inseguridad respecto a la apariencia y atractivo. » Interés creciente sobre la sexualidad. 	<ul style="list-style-type: none"> » Mayor aceptación del cuerpo. Preocupación por su apariencia externa. 	<ul style="list-style-type: none"> » Desaparecen las preocupaciones. Aceptación.
Integración en el grupo de amigos	Integración en el grupo de amigos	Integración en el grupo de amigos
<ul style="list-style-type: none"> » Amistad. Relaciones fuertemente emocionales. » Inicia contacto con el sexo opuesto. 	<ul style="list-style-type: none"> » Intensa integración. Valores, reglas y modas de los amigos. Clubs. Deportes. Pandillas. 	<ul style="list-style-type: none"> » Los valores de los amigos pierden importancia. relación con otra persona, mayor comprensión.
Desarrollo de la identidad	Desarrollo de la identidad	Desarrollo de la identidad
<ul style="list-style-type: none"> » Razonamiento abstracto. objetivos vocacionales irreales. » Necesidad de mayor intimidad. Dificultad en el control de impulsos. Pruebas de autoridad. 	<ul style="list-style-type: none"> » Mayor empatía. Aumento de la capacidad intelectual y creatividad. Vocación más realista. Sentimientos de omnipotencia e inmortalidad: comportamientos arriesgados. 	<ul style="list-style-type: none"> » Conciencia racional y realista. Compromiso. Objetivos vocacionales prácticos. Concreción de valores morales, religiosas, sexuales.

Todos estos cambios de madurez emocional van acompañados a su vez de modificaciones físicas que de forma acelerada o no generan aún más confusión al proceso de afirmación y auto-reconocimiento. Su cuerpo no es el mismo, sus genitales tampoco, su sexualidad ha ido cambiando como también su rol social ⁽³¹⁾.



Encontrar su lugar, el espacio que le sea más cómodo en lo que respecta a su sexualidad también es un mandato del adolescente. En esta edad es cuando se construyen el conjunto de reglas o normas y creencias que guiarán moralmente sus decisiones futuras ante el mundo y entre ellas, la de su identidad sexual. Ésta implica el reconocimiento y aceptación de los gustos, preferencias, sentimientos y actitudes frente al sexo y es producto de una combinación de factores que incluyen diversas aristas: las cuestiones biológicas, ambientales, psicológicas, entre muchas otras ⁽³¹⁾.

La identidad incluye:

- **La orientación sexual:** es la atracción emocional, sexual, romántica o afectiva hacia otro sujeto, siempre que esa relación sea sostenida en el tiempo. Tales atracciones se agrupan en heterosexual (en el caso de que la atracción se dé con el sexo opuesto), homosexual (atracción con el mismo sexo) o bisexual (atracción con ambos sexos). Es importante señalar que en la adolescencia es común experimentar algún tipo de conducta homosexual que, si no se continúa con constancia en un lapso prolongado, es una simple conducta exploratoria, paso corriente hacia el desarrollo de su identificación sexual ⁽³¹⁾.
- **La identidad de género:** el sentir íntimo y personal de ser masculino o femenino ⁽³¹⁾.
- **El rol o papel sexual:** es la expectativa social y cultural, es decir, los estereotipos y creencias de conducta masculina o femenina que se esperan del joven ⁽³¹⁾.
- **La personalidad:** comprende todos los rasgos individuales y la predisposición ⁽³¹⁾.

El desarrollo personal: es otro cambio por el cual pasa el adolescente siendo unas de las características el desarrollo moral y las habilidades sociales ⁽³²⁾.



El desarrollo moral.

Ha sido Kohlberg quien ha profundizado en el estudio de esta cuestión y ha elaborado una teoría en la que describe los niveles del desarrollo moral que a continuación detallamos ⁽³²⁾:

Nivel I: Premoral (de 4 a 10 años). El niño es receptivo a las normas culturales.

En este nivel hay dos estadios:

- **Estadio 1.** Las normas se acatan por obediencia y temor al castigo.
- **Estadio 2.** La acción justa es la que satisface las necesidades de uno.

Nivel II: Moral convencional (de 10 a 13 años). Respetar las expectativas sociales.

- **Estadio 3.** Se busca la conformidad con la mayoría. ("Es lo que esperan de mí y no quiero defraudarlos").
- **Estadio 4.** Se ajusta la conducta a lo que manda la ley y el orden. ("Si no cumplimos con nuestro deber sería una catástrofe").

Nivel III: Moral autónoma (a partir de los 13 años). Actuar por valores universales.

- **Estadio 5.** La conducta se orienta hacia el consenso social, respetando los derechos aceptados socialmente. ("Hay que respetar los derechos de los demás").
- **Estadio 6.** La conducta se orienta hacia los principios éticos universales: la justicia, la dignidad del hombre, la libertad, etc.

Las habilidades sociales

La adolescencia es también la etapa en la que van a quedar establecidas las habilidades sociales que determinarán nuestra forma de relacionarnos con los demás. Las habilidades sociales son, pues, aquellas conductas que nos van a permitir relacionarnos con los demás de un modo respetuoso y a través de las



cuales expresamos los sentimientos y pensamientos ⁽³²⁾.

Las habilidades sociales se aprenden, nadie nace sabiendo relacionarse con los demás; además las habilidades sociales son una característica de la conducta, no de la persona. De forma que no podemos juzgar a una persona por su forma de comportarse en una situación concreta ⁽³²⁾.

De forma muy general podemos señalar tres tipos de conducta:

- **Conducta pasiva.** Es propia de aquellas personas que no saben expresar sus pensamientos y sentimientos, o lo hacen sin confianza. Dichas personas suelen tener una visión negativa de sí mismos y manifiestan sentimientos de culpa e inferioridad. Este tipo de conducta se refleja en determinados gestos como evitar la mirada, el habla vacilante, la voz baja y la postura corporal tensa y nerviosa ⁽³²⁾.
- **Conducta agresiva.** Es propia de aquellos que quieren someter y dominar a los demás física, psíquica o emocional mente. Ello puede hacerlo de forma directa, mediante insultos y amenazas o de forma indirecta, mediante murmuraciones ⁽³²⁾.
- **Conducta asertiva.** Es propia de aquellas personas que se comunican de forma clara y directa, saben expresar las críticas de forma adecuada y a su tiempo. Sus gestos (la mirada o expresión facial) van acorde con su expresión verbal. Todo ello hace que estas personas sean respetadas por los demás ⁽³²⁾.

Estos tres estilos de conducta generan diferentes consecuencias en la vida cotidiana. El estilo pasivo configura una imagen personal negativa, producto de la inseguridad en sus propias capacidades. El estilo agresivo comporta unas relaciones interpersonales tensas. La conducta asertiva es la única manera de hacer valer nuestros derechos y respetar los ajenos ⁽³²⁾.



Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes: todos los adolescentes del mundo, sin importar sexo, religión, color, orientación sexual o habilidad física o mental tienen los siguientes derechos como seres sexuales, el significado de los derechos sexuales y reproductivos es que cada quien es libre de decidir sobre su cuerpo ⁽³³⁾.

Estos derechos son ⁽³³⁾:

1. El derecho a ser ella/el mismo, libre de tomar sus propias decisiones de expresar lo que piensa, de disfrutar de la sexualidad, de estar seguro/a, de escoger casarse (o no casarse) y de planear una familia.
2. El derecho a estar informado, sobre sexualidad, anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual ITS y VIH/SIDA y sobre sus derechos sexuales.
3. El derecho a estar protegido de embarazos no planeados, ITS, VIH/SIDA y de abusos sexuales.
4. El derecho a tener servicios médicos confidenciales, a precios accesibles, de buena calidad y respetuosos.
5. El derecho a participar en la planeación de programas juveniles, tomar parte en reuniones y seminarios y tratar de influir en los gobiernos, por los medios apropiados.

Sexualidad precoz

Actualmente, la sociedad vive profundos cambios en sus códigos morales y sociales. Esto se puede ver reflejado en la temprana práctica sexual en adolescentes y la visión o reacción de la sociedad frente a este fenómeno, ya que dichas conductas han tomado rumbos muy distintos, comparado a generaciones anteriores. Entendemos la sexualidad precoz como “la prematura conducta sexual sin estar mentalmente preparado, esto es un desajuste mente-cuerpo que lleva a una exagerada conducta sexual” ⁽³⁴⁾.

Este fenómeno, consideramos que constituye algo negativo cuando el



adolescente lleva su sexualidad de forma errónea que dañe o no le permita vivir las diferentes etapas de su desarrollo a plenitud ⁽³⁴⁾.

Causas

Dentro de las causas que se han mencionado, estudiado y percibido están:

Comunicación familiar deficiente: sucede cuando los adultos evitan referirse al tema de la sexualidad o también cuando evitan referirse a partes del cuerpo relacionadas con la sexualidad, lo que hace que el niño pierda la confianza en sus padres y que cuando tenga alguna duda éste busque información sobre la sexualidad y el desarrollo de su cuerpo en amigos o medios de comunicación masivos como la televisión e Internet, el problema sucede en que muchas veces esta información recibida es errónea y provoca conflictos en el joven ⁽³⁴⁾.

Información deformada de los medios masivos de comunicación: “Actualmente es muy frecuente la utilización del sexo con fines comerciales, lo que induce a la práctica sexual y transmite una imagen alterada de la conducta sexual, basada en la violencia, el sexo como mero divertimento y el sexo sin culpabilidad ⁽³⁴⁾.

Cambios en la sociedad: en comparación con décadas pasadas donde había un ambiente moral muy rígido dominado por la iglesia, lo que hizo surgir movimientos revolucionarios que proclamaban la libertad sexual, se produce el comercio de los primeros anticonceptivos orales y comienza la lucha feminista por la igualdad y liberación sexual de la mujer. Todo esto produjo cambios en la familia actual que se volvió más permisiva y liberal. Actualmente los jóvenes han modificado su comportamiento sexual esto en su mayoría se ve reflejado en la “disminución de la edad mínima de iniciación sexual ⁽³⁴⁾.

Precoz desarrollo físico y psicológico: el índice de la edad de la menarquía (primera menstruación) se ha ido adelantando con el tiempo, al igual que el crecimiento del vello púbico en los hombres y mujeres, y el desarrollo del busto, entre otros; algunos consideran que esto se debe al tipo de nutrición que tengan



los niños o la carga genética que tenga de sus padres. El precoz desarrollo psicológico está relacionado con los tipos de influencia que el joven ha recibido anteriormente ⁽³⁴⁾.

Sexualización temprana: está directamente relacionado, con el precoz desarrollo físico y psicológico de los jóvenes, lo que los lleva a tener actitudes o comportamientos de índole sexual que no están relacionados con su edad ⁽³⁴⁾.

Consecuencias

Las consecuencias que se pueden derivar respecto de la sexualidad precoz son variadas, ya que es un problema que afecta en todo ámbito de la persona humana ⁽³⁴⁾.

Por otro lado tenemos que la inmadurez de los jóvenes provoca una irresponsabilidad sexual, la que se traduce en el contagio de enfermedades venéreas y en embarazos no deseados; que afectan principalmente a las mujeres en el sentido de recibir un rechazo por parte de la sociedad. En algunas ocasiones, estos embarazos derivan en abortos o en una paternidad irresponsable, también producto de la inmadurez ⁽³⁴⁾.

Por otro lado el desenfreno sexual, como la promiscuidad, produce una deformación de los conceptos de libertad (libertinaje), dignidad y respeto; que son vitales para establecer relaciones de pareja maduras. Finalmente, es así como se llega a problemas en la vida sexual futura, como las enfermedades venéreas ⁽³⁴⁾.



CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GENERAL

- Determinar el conocimiento sobre sexualidad e inicio de relaciones sexuales en la Unidad Educativa Guapán Azogues 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los factores socios demográficos de edad, sexo, procedencia, residencia y estado civil de los adolescentes en estudio.
- Determinar el conocimiento sobre sexualidad en los aspectos biológico, psicológico y socio-cultural de los adolescentes de la Unidad Educativa Guapán.
- Identificar la edad de inicio de relaciones sexuales en los adolescentes.

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Es una investigación cuantitativa descriptiva transversal realizada para determinar conocimientos sobre sexualidad e inicio de relaciones sexuales en los adolescentes de la Unidad Educativa Guapán.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en la Unidad Educativa Guapán ubicado en el Cantón Azogues, Provincia del Cañar, Parroquia Guapán, la Institución se encuentra al norte de la ciudad de Azogues, sus límites son: al norte con las Aguas termales, al sur con Empresas cemento Guapán, al oeste la comunidad de Alliyacu y este con la vía principal Azogues - Guapán.

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

- **Universo:** estuvo conformado por 562 estudiantes de la Unidad Educativa Guapán.
- **Muestra:** fueron todos los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Guapán que son 159, de los cuales participaron 133 estudiantes considerando los criterios de inclusión y exclusión

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

- Adolescentes de sexo masculino y femenino del bachillerato de la Unidad Educativa Guapán, que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Todos los adolescentes del bachillerato que se negaron a participar en la investigación.



4.5 VARIABLES

4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES. (Ver Anexo A)

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

- **METODO:** se utilizó el método basado en la muestra cuantitativa descriptiva de corte transversal.
- **TÉCNICA:** se realizó una encuesta estructurada que se aplicó a los estudiantes del bachillerato de la Unidad Educativa Guapán.
- **INSTRUMENTOS:** para la recolección de datos se utilizó un formulario diseñado y validado por las autoras que consta de 56 ítems (**Ver Anexo B**), éste tiene cuatro secciones que son:
 - Primera sección: datos generales con 8 preguntas, donde se identifica las variables de edad, sexo, estado civil, lugar de residencia y procedencia además de la preferencia sexual.
 - Segunda sección: dimensión biológica consta de 29 preguntas relacionado con anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino además de salud sexual.
 - Tercera sección: aspecto sicosociales y culturales con 16 preguntas relacionados con el yo, la identidad, el desarrollo personal y derechos sexuales.
 - Cuarta sección: sexualidad precoz con 3 preguntas relacionado con el inicio prematuro de las relaciones sexuales.

La sección 2 y 3 se utilizó para la medición de nivel de conocimientos sobre sexualidad con opciones de respuesta cerrada (Si, No; Verdadero y Falso) y dicotómica (tres opciones) siendo solamente una la opción correcta a la cual se le asignó 1 punto por cada pregunta, lo que da un total de 45 puntos que equivale al 100%, a la dimensión biológica le corresponde el



64,4% y la sico-sociocultural 35,5%; de los 45 puntos se clasifíco en:

- Conocimiento alto 30 - 45,
- Conocimiento medio 15 - 29
- Conocimiento bajo 0 - 14

La sección cuatro se utilizó para determinar la edad de inicio de las relaciones sexuales así como la causa de la misma, las opciones de respuesta son cerradas (Si y No) y dicotómicas (15 opciones), sin asignarle puntaje alguno.

Este fue aplicado en dos fases, la primera como un plan piloto en el 25,1% (40 estudiantes) de la población similar a la muestra, el mismo que valora los "Conocimientos sobre sexualidad e inicio de relaciones sexuales en los adolescentes del bachillerato de la Unidad Educativa Roberto Rodas", sin presentarse inconvenientes en su aplicación (**Ver Anexo C**), por lo tanto se continuó con la segunda fase directamente a los estudiantes que participaron en la investigación.

4.7 PROCEDIMIENTOS

- **AUTORIZACIÓN:** se solicitó la autorización al rector de la Unidad Educativa Guapán, Arquitecto Juan Peñafiel. (**Ver Anexo D**)
- **CAPACITACIÓN:** la capacitación se llevó a cabo mediante consulta bibliográfica actualizada de páginas web sobre el tema en estudio.
- **SUPERVISIÓN:** esta investigación fue supervisada por la Directora y Asesora Licenciada en Enfermería LLaquelina Buenaño Barrionuevo.

4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

La información recolectada fue ingresada en una base de datos, diseñada para el efecto en el software estadístico SPSS para WINDOWS 18.0, donde los datos



fueron procesados para su tabulación y presentación, que se ejecutó mediante tablas descriptivas con un análisis universal de los correspondientes porcentajes.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

La información se guardará con absoluta confidencialidad, se utilizó solo para el estudio y se facultará a quien necesite la verificación de la información. Este documento es legal luego de contar con la aprobación de las siguientes instancias: Comisión de Proyectos de Investigación (CPI), Comisión de Bioética, Asesora y Consejo Directivo.

Además se cuenta con la Autorización del Rector de la Unidad Educativa Guapán y el Consentimiento informado verbal y escrito por parte de los adolescentes que fueron el grupo de estudio. **(Ver Anexo E)**



CAPITULO V

5. RECURSOS

5.1 Recursos Humanos

- **Directos:** investigadoras, María Augusta Sánchez Ávila, Clara Raquel Riera García; directora y asesora de tesis Lcda. Llaqueline Buenaño Barrionuevo y adolescentes de la Unidad Educativa Guapán.
- **Indirectos:** maestros que laboran en la Institución.

5.2 Recursos Materiales

- Formularios
- Impresiones
- Transporte
- Alimentación
- Carpetas
- Esferos

5.3 Recursos Tecnológicos

- Computadora
- Internet
- Memory flash
- Calculadora
- Programas informáticos

RUBRO	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Formulario	20 centavos	31,80 dólares
Esferos	30 centavos	9 dólares
Carpetas	50 centavos	6 dólares
Impresión	10 centavos	200 dólares
Internet	1 dólar c/hora	60 dólares
Transporte	6 dólares c/día	150 dólares
Alimentación	4 dólares c/día	100 dólares
TOTAL	12,55 dólares	556,80 dólares



5.4 Cronograma

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES						RESPONSABLES
	1	2	3	4	5	6	
Elaboración del marco teórico	■	■					Clara Raquel Riera García
Revisión de los instrumentos de recolección de datos		■					
Plan piloto		■					María Augusta Sánchez Ávila
Recolección de los datos			■				
Análisis e interpretación de los datos			■	■			
Redacción del borrador trabajo final					■		
Transcripción y entrega del trabajo final						■	

CAPITULO VI

6. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Tabla 1. Distribución de 133 adolescentes de la Unidad Educativa Guapán según edad y sexo. Guapán 2016.

Edad de los estudiantes	Sexo de los estudiantes		Total	Porcentaje
	Hombre	Mujer		
14	3	2	5	3,8
15	16	15	31	23,3
16	22	27	49	36,8
17	14	20	34	25,6
18	7	4	11	8,3
19	3	0	3	2,3
Total	65	68	133	100
Porcentaje	48,9	51,1		100

Fuente: Formulario de la encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: el resultado indica que de los 133 adolescentes encuestados, el grupo mayoritario de estudiantes son los de 16 años con un porcentaje de 36,8%, seguido de los de 17, 15 y 18 años con un porcentaje de 25,6%, 23,3% y 8,3% respectivamente y con menor proporción los estudiantes de 14 y 19 años con un 3,8% y 2,3%. En relación al sexo se encontró que el femenino 51,1% predominó al masculino 48,9%.



Tabla 2. Distribución de 133 adolescentes de la Unidad Educativa Guapán según procedencia y residencia. Guapán 2016.

Procedencia de los estudiantes	Residencia de los estudiantes		Total	Porcentaje
	Guapán	Azogues		
Cañar	110	6	116	87,2
Azuay	10	4	14	10,5
Otro	1	2	3	2,3
Total	121	12	133	100
Porcentaje	91,0	9,0	100	

Fuente: Formulario de la encuesta
Elaboración: Las autoras

Análisis: el resultado indica que la mayoría son procedentes de Cañar con el 87,2%, seguido por Azuay y Otros con un porcentaje de 10,5% y 2,3% respectivamente, así como también se encontró que residen en Guapán el 91,0% y un 9,0% en Azogues.



Tabla 3. Distribución de 133 adolescentes de la Unidad Educativa Guapán según estado civil. Guapán 2016.

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	125	94,0
Unido/a	7	5,3
Casado/a	1	0,8
Total	133	100,0

Fuente: Formulario de la encuesta
Elaboración: Las autoras

Análisis: los resultados indican que 125 son solteros con un porcentaje de 94,0%, seguidos por el 5,3% que corresponde a unión libre y 0,8% casado.



Tabla 4. Distribución de 133 adolescentes de la Unidad Educativa Guapán según preferencia sexual. Guapán 2016.

Preferencia sexual	Frecuencia	Porcentaje
Heterosexual	131	98,5
Homosexual	1	0,8
Bisexual	1	0,8
Total	133	100,0

Fuente: Formulario de la encuesta
Elaboración: Las autoras

Análisis: se encontró que el 98,5% de los adolescentes son heterosexuales, el 0,8% homosexual y el 0,8 bisexual.

Tabla 5. Distribución de 133 adolescentes de la Unidad Educativa Guapán sobre conocimientos de sexualidad, adolescencia y etapas del desarrollo de la sexualidad. Guapán 2016.

CONCEPTOS	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje
Sexualidad	60	45,1	73	54,9	133	100%
Adolescencia	92	69,2	41	30,8	133	100%
Etapas de desarrollo de la sexualidad	70	52,6	63	47,4	133	100%

Fuente: Formulario de la encuesta
Elaboración: Las autoras

Análisis: se encontró que en relación al concepto de sexualidad el 54,9% de los adolescentes desconoce y solamente el 45,1% conoce el mismo, concepto de adolescencia el 69,2 % conoce y el 30,8% desconoce, y las etapas del desarrollo de la sexualidad el 52,6% conoce y el 47,4% desconoce.

Tabla 6. Distribución de 133 adolescentes de la Unidad Educativa Guapán sobre conocimientos de genitales externos e internos femeninos y masculinos. Guapán 2016.

GENITALES EXTERNOS E INTERNOS FEMENINOS Y MASCULINOS	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Genitales externos femeninos	34	25,6	99	74,4	133	100%
Genitales internos femeninos	63	47,4	70	52,6	133	100%
Genitales externos masculinos	13	9,8	120	90,2	133	100%
Genitales internos masculinos	89	66,9	44	33,1	133	100%

Fuente: Formulario de la encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: en la siguiente tabla se observa que en relación a los órganos femeninos externos e internos el 74,4% y el 52,6% desconoce y solamente el 25,6% y 47,4% conoce estos respectivamente; en relación a los órganos masculinos externos el 90,2% desconoce y el 9,8% conoce, y los órganos internos el 66,9% conoce y el 33,1% desconoce.



Tabla 7. Distribución de 133 adolescentes de la Unidad Educativa Guapán sobre conocimientos de la fisiología reproductiva de la mujer. Guapán 2016.

FISIOLOGÍA REPRODUCTIVA MUJER	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Ciclo ovárico	27	20,3	106	79,7	133	100
Ovulo	72	54,1	61	45,9	133	100
Ciclo uterino	64	48,1	69	51,9	133	100
Fecundación	109	82,0	24	18,0	133	100
Embarazo	123	92,5	10	7,5	133	100

Fuente: Formulario de la encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: la siguiente tabla indica que en relación al ciclo ovárico el 20,3% conoce y el 79,7% desconoce, ovulo el 54,1% conoce y el 45,9% desconoce, el ciclo uterino el 48,1% conoce y el 51,9% desconoce, fecundación el 82,0% conoce y 18,0% desconoce y el embarazo el 92,5% conoce y 7,5% desconoce.



Tabla 8. Distribución de 133 adolescentes de la Unidad Educativa Guapán sobre conocimientos de la fisiología reproductiva del hombre. Guapán 2016.

FISIOLOGÍA REPRODUCTIVA HOMBRE	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Espermatogénesis	90	67,7	43	32,3	133	100
Espermatozoides	56	42,1	77	57,9	133	100
Erección	86	64,7	47	35,3	133	100
Eyaculación	50	37,6	83	62,4	133	100

Fuente: Formulario de la encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: la siguiente tabla indica que en relación a la Espermatogénesis el 67,7% conoce y el 32,3% desconoce, los espermatozoides el 42,1% conoce y el 57,9% desconoce, la erección el 64,7% conoce y el 35,3% desconoce y la eyaculación el 37,6% conoce y el 62,4% desconoce.



Tabla 9. Distribución de 133 adolescentes de la Unidad Educativa Guapán sobre conocimientos de la masturbación. Guapán 2016.

Masturbación	Frecuencia	Porcentaje
Correcto	95	71,4
Incorrecto	38	28,6
Total	133	100,0

Fuente: Formulario de la encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: la siguiente tabla según conocimientos sobre la masturbación indica que 95 adolescentes que corresponde al 71,4% conoce sobre está y el 28,6% desconoce.



Tabla 10. Distribución de 133 adolescentes de la Unidad Educativa Guapán sobre conocimientos del desarrollo sexual secundario. Guapán 2016.

DESARROLLO SEXUAL SECUNDARIO	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Primer signo de desarrollo puberal varón	56	42,1	77	57,9	133	100
Pubarquia	94	70,7	39	29,3	133	100
Telarquia	58	43,6	75	56,4	133	100

Fuente: Formulario de la encuesta
Elaboración: Las autoras

Análisis: la siguiente tabla indica que sobre el primer signo de desarrollo puberal el 42,1% conoce y el 57,9% desconoce, pubarquia el 70,7% conoce y el 29,3% desconoce, y la telarquía el 43,6% conoce y el 56,4 desconoce.



Tabla 11. Distribución de 133 adolescentes de la Unidad Educativa Guapán sobre conocimientos del ciclo de respuesta sexual humana. Guapán 2016.

CICLO DE RESPUESTA SEXUAL HUMANA	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Fases de la Respuesta sexual humana	63	47,4	70	52,6	133	100
Orgasmo	38	28,6	95	71,4	133	100
Resolución	31	23,3	102	76,7	133	100

Fuente: Formulario de la encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: la siguiente tabla indica que sobre las fases de la respuesta sexual humana el 47,4% conoce y el 52,6% desconoce, el orgasmo el 28,6% conoce y el 71,4% desconoce y la resolución el 23,3% conoce y el 76,7% desconoce.



Tabla 12. Distribución de 133 adolescentes de la Unidad Educativa Guapán sobre conocimientos de las Enfermedades de transmisión sexual. Guapán 2016.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Que son las ETS	119	89,5	14	10,5	133	100
Cuáles son las ETS	60	45,1	73	54,9	133	100

Fuente: Formulario de la encuesta
Elaboración: Las autoras

Análisis: la siguiente tabla indica que el 89,5% conoce que son las enfermedades de transmisión sexual y el 10,5% desconoce, sin embargo el 54,9% desconoce cuáles son estas enfermedades y solamente el 45,1% conoce.



Tabla 13. Distribución de 133 adolescentes de la Unidad Educativa Guapán sobre conocimientos de Métodos anticonceptivos. Guapán 2016.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Clasificación	83	62,4	50	37,6	133	100
Métodos anticonceptivos naturales	59	44,4	74	55,6	133	100
Métodos anticonceptivos hormonales	111	83,5	22	16,5	133	100

Fuente: Formulario de la encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: la siguiente tabla indica que sobre la clasificación de los métodos anticonceptivos el 62,4% conoce y el 37,6 % desconoce, métodos anticonceptivos naturales el 44,4% conoce y el 55,6% desconoce y métodos anticonceptivos hormonales el 83,5% conoce y el 16,5% desconoce.

Tabla 14. Distribución de 133 adolescentes de la Unidad Educativa Guapán sobre conocimientos de sexualidad precoz. Guapán 2016.

Sexualidad Precoz	Frecuencia	Porcentaje
Correcto	67	50,4
Incorrecto	66	49,6
Total	133	100,0

Fuente: Formulario de la encuesta
Elaboración: Las autoras

Análisis: la siguiente tabla indica que 67 (50,38%) estudiantes y 66 (49,62%) adolescentes desconocen sobre esta.



Tabla 15. Distribución de 133 adolescentes de la Unidad Educativa Guapán sobre conocimientos del desarrollo psicosocial. Guapán 2016.

DESARROLLO PSICOSOCIAL	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Aspectos del desarrollo psicosocial	27	20,3	106	79,7	133	100
Lucha independencia dependencia	71	53,4	62	46,6	133	100
Aspecto corporal	99	74,4	34	25,6	133	100

Fuente: Formulario de la encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: la siguiente tabla indica que sobre aspectos del desarrollo psicosocial el 20,3% conoce y el 79,7% desconoce, lucha independencia - dependencia el 53,4% conoce y el 46,6% desconoce y sobre aspecto corporal el 74,4% conoce y el 25,6% desconoce.



Tabla 16. Distribución de 133 adolescentes de la Unidad Educativa Guapán sobre conocimientos de Identidad. Guapán 2016.

Identidad	Frecuencia	Porcentaje
Correcto	45	33,8
Incorrecto	88	66,2
Total	133	100,0

Fuente: Formulario de la encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: la siguiente tabla sobre la Identidad indica que el 66,17% desconoce y el 33,83% conoce sobre esta.

Tabla 17. Distribución de 133 adolescentes de la Unidad Educativa Guapán sobre conocimientos de Aspectos de la Identidad. Guapán 2016.

ASPECTOS DE LA IDENTIDAD	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Orientación sexual	48	36,1	85	63,9	133	100
Tipos de orientación sexual	80	60,2	53	39,8	133	100
Género	39	29,3	94	70,7	133	100
Personalidad	75	56,4	58	43,6	133	100

Fuente: Formulario de la encuesta
Elaboración: Las autoras

Análisis: la siguiente tabla indica que en relación a la orientación sexual el 36,1% conoce y el 63,9% desconoce, los tipos de orientación sexual el 60,2% conoce y el 39,2% desconoce, género el 29,3% conoce y el 70,7% desconoce y personalidad el 56,4% conoce y el 43,6% desconoce.



Tabla 18. Distribución de 133 adolescentes de la Unidad Educativa Guapán sobre conocimientos del desarrollo personal. Guapán 2016.

DESARROLLO PERSONAL	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Desarrollo moral	89	66,9	44	33,1	133	100
Niveles de desarrollo moral	37	27,8	96	72,2	133	100
Habilidades sociales	61	45,9	72	54,1	133	100

Fuente: Formulario de la encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: la siguiente tabla indica que sobre el desarrollo moral el 66.9% conoce y el 33,1% desconoce, niveles de desarrollo moral el 27,8% conoce y el 72,2% desconoce y las habilidades sociales el 45,9% conoce y el 54,1% desconoce.



Tabla 19. Distribución de 133 adolescentes de la Unidad Educativa Guapán sobre conocimientos de las habilidades sociales. Guapán 2016.

HABILIDADES SOCIALES	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Tipos de conducta	59	44,4	74	55,6	133	100
Conducta pasiva	77	57,9	56	42,1	133	100
Conducta asertiva	64	48,1	69	51,9	133	100

Fuente: Formulario de la encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: la siguiente tabla indica que el 44,4% conoce los tipos de conducta y el 55,6% desconoce, conducta pasiva el 57,9% conoce y el 42,1% desconoce y la conducta asertiva el 48,1% conoce y el 51,9% desconoce.



Tabla 20. Distribución de 133 adolescentes de la Unidad Educativa Guapán sobre conocimientos de los Derechos Sexuales. Guapán 2016.

DERECHOS SEXUALES	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Existen Derechos sexuales	100	75,2	33	24,8	133	100
Conoce los derechos sexuales	82	61,7	51	38,3	133	100

Fuente: Formulario de la encuesta
Elaboración: Las autoras

Análisis: la siguiente tabla indica que el 75,2% conoce sobre la existencia de los derechos sexuales y el 24,8% desconoce, al igual que el 61,7% conoce los derechos sexuales y el 38,3% desconoce.

Tabla 21. Distribución de 133 adolescentes de la Unidad Educativa Guapán según sexo e inicio de relaciones sexuales coitales. Guapán 2016.

SEXO DE LOS ESTUDIANTES	RELACIONES SEXUALES COITALES				Total
	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	
Hombre	20	15,0	45	33,8	65
Mujer	12	9,0	56	42,1	68
Total	32	24,1	101	75,9	133 100%

Fuente: Formulario de la encuesta

Elaboración: Las autoras

Análisis: la siguiente tabla indica que de los 133 estudiantes 32 adolescentes tuvieron relaciones sexuales siendo el 24,1% clasificándose en 20 hombres con 15,0% y 12 mujeres con 9,0% y los 101 restantes representa al 75,9% que no tuvieron relaciones sexuales y son 45 hombres y 56 mujeres con el 33,8% y 42,1% respectivamente.

Tabla 22. Distribución de los adolescentes de la Unidad Educativa Guapán según la edad de inicio de relaciones sexuales coitales por sexo. Guapán 2016.

EDAD DE PRIMERA RELACIÓN SEXUAL COITAL	SEXO DE LOS ESTUDIANTES		Total	Porcentaje
	Hombre	Mujer		
8	2	0	2	6,3
12	1	1	2	6,3
14	8	1	9	28,1
15	3	4	7	21,9
16	4	5	9	28,1
17	1	1	2	6,3
18	1	0	1	3,1
Total	20	12	32	100
Porcentaje	62,5	37,5	100	

Fuente: Formulario de la encuesta
Elaboración: Las autoras

Análisis: la siguiente tabla indica que 32 adolescentes tuvieron relaciones sexuales siendo 20 hombres y 12 mujeres con el 62,5% y 37,5% respectivamente. Entre las edades de inicio de relaciones sexuales se observa que el mayor porcentaje del 28,1% corresponde a las edades de 14 años con un total de 9 estudiante 8 hombres,1 mujer y los de 16 años con 4 hombres y 5 mujeres, seguido por el 21,9% que corresponde a la edad de 15 años con 3 hombres y 4 mujeres, el 6,3% inició a la edad de 8 años siendo 2 hombres, teniendo el mismo porcentaje en las edades de 12 y 17 años con 1 hombre, 1 mujer en ambas edades y con el mínimo porcentaje 3,1% a los 18 años siendo 1 hombre. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales coitales es para los hombres a los 14 años y para las mujeres a los 16 años.

Tabla 23. Distribución de los adolescentes de la Unidad Educativa Guapán según causas de inicio de relaciones sexuales. Guapán 2016.

CAUSAS DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	Frecuencia	Porcentaje
a.-Sentía un impulso físico	7	21,9
b.-Quería divertirme/pasar un buen rato	2	6,3
e.-Quería saber cómo era, por curiosidad	9	28,1
f.-Quería expresarle mi amor a la otra persona	9	28,1
l.-Me “dejé llevar” por la excitación física (un beso, etc.), sin que fuese nuestra intención inicial	3	9,4
o.-Por otra razón	2	6,3
Total	32	100,0

Fuente: Formulario de la encuesta
Elaboración: Las autoras

Análisis: la siguiente tabla indica cuales fueron las causas de inicio de relaciones sexuales de los adolescentes en la que se obtuvo que el 28,1% lo hizo por curiosidad y por expresarle su amor a la otra persona, seguido por el 21,9% que sintió un impulso físico, así también el 9,4 se dejó llevar por la excitación física premeditadamente y con el 6,3% querían divertirse y por otras razones que no especifican.



Tabla 24. Distribución de 133 adolescentes de la Unidad Educativa Guapán según conocimientos de sexualidad. Guapán 2016.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento alto	9	6,8
Conocimiento medio	115	86,5
Conocimiento bajo	9	6,8
Total	133	100,0

Fuente: Formulario de la encuesta
Elaboración: Las autoras

Análisis: la siguiente tabla indica que del total de los 133 adolescentes, 9 (6,8%) estudiantes tiene conocimiento bajo, 115 (86,5%) tienen conocimiento medio y 9 (6,8%) conocimiento alto.



Tabla 25. Distribución del puntaje obtenido de los adolescentes de la Unidad Educativa Guapán según conocimientos de sexualidad en la dimensión biológica y psico - sociocultural. Guapán 2016.

DIMENSIONES DE LA SEXUALIDAD	PUNTOS A OBTENER	PORCENTAJE	PUNTOS OBTENIDOS	PORCENTAJE
Dimensión biológica	3857	64,44%	2025	33,83%
Dimensión psico-sociocultural	2128	35,5%	1074	17,9%
Total	5985	100%	3099	51,7%

Fuente: Formulario de la encuesta
Elaboración: Las autoras

Análisis: la tabla indica que todo el grupo obtuvo 3099 puntos lo que equivale al 51,7% del puntaje total. Se analizó por dimensiones y en la biológica del 64,44% obtuvieron un 33,83% y del 35,5% de la dimensión psico-sociocultural consiguieron un 17,9%.



CAPITULO VII

7. DISCUSIÓN

Se cumplió a cabalidad con los objetivos del estudio y lo propuesto en la metodología del mismo; la investigación permitió obtener resultados relevantes para describir el conocimiento sobre sexualidad e inicio de relaciones sexuales en los adolescentes.

La sexualidad es un aspecto significativo del ser humano que abarca dimensiones biológicas, psicosociales y culturales, por tanto deberían tener conocimientos sobre estas para esclarecer dudas que puedan presentarse aun más en la adolescencia, debido a que esta es "la etapa de transición más importante en la vida del ser humano caracterizada por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios" ⁽¹⁾.

Se encontró que sobre los conocimientos de sexualidad en todos sus aspectos, de los 133 adolescentes (100%), 115 (86,5%) tienen conocimiento medio, 9 (6,8%) conocimiento alto y 9 (6,8%) conocimiento bajo, siendo el grupo mayoritario los de conocimiento medio, dato similar al estudio realizado en Lima-Perú (2006) por Ricaldo Anny "Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes de centro educativos Lima. Proyecto de fortalecimiento" ⁽¹⁹⁾, en donde el resultado fue que de los 533 adolescentes, 321 (60,2%) tienen conocimiento medio.

Al analizar la sexualidad en sus dimensiones biológica y psico socio-cultural se encontró que el conocimiento es insuficiente porque apenas sobrepasan el 50% del puntaje total (100%), existen estudios similares realizados en Perú por Solís Nelly (2010) "Conocimiento y Actitudes Sexuales en Adolescentes de la Comunidad Zonal Magdalena Nueva" ⁽¹¹⁾, en la que concluye que los adolescentes desconocen sobre su sexualidad y presentaron actitudes desfavorables para una vida sexual responsable y segura.

En el área biológica los aspectos más relevantes encontrados en relación al desconocimiento sobre la sexualidad son: anatomía de los órganos femeninos y masculinos externos con el 74,4% y 90,2%, ciclo ovárico 79,7%, eyaculación



62,4%, además, con respecto al desarrollo sexual secundario se encontró que desconocen sobre telarquía el 56,4% y el primer signo de desarrollo puberal en el varón (aumento de los testes) un 57,9%, estos datos son similares al estudio realizado en Perú por Janet Fuentes Angles (2002), "Nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes de centro de educación nocturna de la ciudad de Puno" ⁽¹⁹⁾, en donde indica que los adolescentes tienen un conocimiento regular y deficiente sobre la diferencia de los órganos sexuales y cambios anatómicos y fisiológicos tanto en el varón como en la mujer.

Las Enfermedades de transmisión sexual (ETS), al igual que el conocimiento de los métodos anticonceptivos son de gran importancia en la población estudiada, debido a que estos contribuyen a una adecuada salud sexual; al analizar sobre estas se obtuvo que el 54,9% desconocen cuáles son las ETS y con un 55,6% los métodos anticonceptivos naturales, estos resultados son similares al estudio antes mencionado de Janet Fuentes Angles en Perú ⁽¹⁹⁾, en donde indica que los conocimientos son regulares sobre estos aspectos. Además los datos obtenidos son similares a los del "Informe Durex[®] realizado en España en el 2012 sobre bienestar sexual", en donde las estadísticas indican que más del 50% de los españoles confiesa tener carencias en educación sexual ^(4,5).

Sin embargo el 82,0% de los adolescentes que participaron en nuestro estudio contestaron correctamente la pregunta sobre fecundidad indicando tener conocimientos adecuados, al igual que el 71,4% que conoce sobre las respuestas fisiológicas de la masturbación, siendo una cifra superior al 44,09% obtenido por adolescentes de Perú en el estudio de Janet ⁽¹⁹⁾.

La dimensión psico-sociocultural es un aspecto de la sexualidad de gran importancia en la adolescencia, la misma depende del entorno en el que se desarrolle, sus creencias y costumbres además de la educación que ellos reciban, sin embargo existen aspectos de gran relevancia que ellos desconocen tales como: aspectos del desarrollo psicosocial (79,7%) identidad (66,2), concepto de orientación sexual (63,9) y género (70,7%), datos similares al estudio realizado por Janeth ⁽¹⁹⁾, donde indica que el conocimientos es deficiente sobre identidad sexual y regular sobre el rol sexual.



La orientación sexual es un aspecto de la identidad, que implica el reconocimiento y aceptación de los gustos, preferencias, sentimientos y actitudes frente al sexo, se evidenció que el 98,5% son heterosexuales; a pesar de ser un grupo mínimo, se encontró que el 0,8% son homosexuales y el 0,8% bisexual, estas dos últimas preferencias sexuales no son totalmente aceptadas por la sociedad, aspecto que puede afectar al desarrollo psicosocial del adolescente, "sin embargo es común que experimenten algún tipo de conducta homosexual que, si no se continúa con constancia en un lapso prolongado, es una simple conducta exploratoria hacia el desarrollo de su identificación sexual" ⁽³¹⁾.

Todos los adolescentes del mundo, sin distinción alguna tienen derechos sexuales y reproductivos que les permiten decidir libremente sobre su cuerpo, el 75,2% conoce sobre la existencia de los derechos sexuales al igual que el 61,7% reconoce cuales son estos, sin embargo, son las actitudes de libertinaje que no les permiten disfrutar su sexualidad correctamente, por lo que al no ser practicados con responsabilidad, los problemas de salud pública que presenta este grupo etario siguen siendo significativos.

Otro aspecto de relevancia en este estudio es el inicio de relaciones sexuales coitales en donde se encontró: seis causas y dos con el mayor porcentaje (28,1%) siendo por curiosidad y por expresarle su amor a otra persona, lo que está ligado con la información deformada de los medios masivos de comunicación, comunicación familiar deficiente e idealización del sexo como una prueba de amor. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales es para los hombres a los 14 y para las mujeres a los 16 años, cifra similar a otros lugares del mundo, ya que el 75% de los adolescentes de países desarrollados y el 50% de América latina, han tenido relaciones sexuales antes de los veinte años; de 13 años en países como República Dominicana, en Haití la edad de inicio ha estado entre los 11 y los 15 años; en Cuba gran porcentaje de adolescentes han empezado su vida sexual antes de los 15 años y en Colombia se ha encontrado que las edades de inicio están alrededor de los 13 años ⁽¹⁸⁾. Así como el Proyecto CERCA (Community Embedded Reproductive Health Care for Adolescents) Cuenca 2011 concluyó, que el promedio de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes



era de 15 años para mujeres y 14 para los varones ⁽¹³⁾.

Sin embargo, en este estudio se encontró que el 6,3% inició su vida sexual a la edad de 8 años siendo la causa un impulso físico, esto evidencia que aunque sea en menor proporción, se inicia cada vez más temprano las relaciones sexuales, ya sea por juego o curiosidad aun así, los resultados del inicio precoz de las relaciones sexuales produce cambios tanto a nivel biológico como psicológico acarreando problemas en los adolescentes, observándose embarazos no deseados, abortos, promiscuidad, transmisión de enfermedades sexuales etc., además el inicio temprano de relaciones sexuales sin estar mentalmente preparados o llegar a una madurez tanto física y mentalmente no le permitirá disfrutar responsablemente de las mismas.

El conocimiento insuficiente sobre sexualidad en los adolescentes, se debe a que éste tema es reprimido por parte de los padres así como también por algunos docentes, debido a que la mayoría relaciona este término únicamente con sexo sin ver más allá de lo que en realidad abarca, de ahí que reciben una educación incompleta o inadecuada, por tanto ellos recurren a otros medios de información tales como internet, televisión o amigos, etc., lo que los lleva a un conocimiento erróneo de la sexualidad, siendo una de las consecuencia el inicio precoz de la relaciones sexuales.

CAPITULO VIII

8.1 CONCLUSIONES

Al finalizar el presente estudio de la revisión del análisis de datos y discusión se puede concluir que:

OBJETIVOS	CONCLUSIONES
<p>Objetivo general</p> <ul style="list-style-type: none">• Determinar el conocimiento sobre sexualidad e inicio de relaciones sexuales en la Unidad Educativa Guapán Azogues 2016.	<ul style="list-style-type: none">• Se determinó el conocimiento sobre sexualidad encontrándose que de los 133 adolescentes, 115 (86,5%) tienen conocimiento medio, debido a que en la encuesta obtuvieron un puntaje entre 15 a 29 puntos sobre 45.• Según el inicio de relaciones sexuales se encontró que 32 adolescentes iniciaron su vida sexual precozmente, siendo 20 hombres (62,5%) y 12 mujeres (37,5%). La edad de inicio de relaciones sexuales con mayor porcentaje son los de 14 (28,1) y 16 (28,1) años.
<p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none">• Determinar los factores socio demográficas de edad, sexo, procedencia, residencia y estado civil de los adolescentes en estudio.	<ul style="list-style-type: none">• De acuerdo a este objetivo se encontró que el grupo estuvo comprendido por edades de 14 a 19 años, siendo el mayoritario los de 16 (36,8%), en cuanto al sexo predominó el femenino (51,1%). En el estado civil la mayoría son

	<p>solteros (94,0%) sin embargo se encontró en menor proporción parejas en unión libre y casados. En relación a la procedencia y residencia la mayor parte son de la Provincia del Cañar (87,2%) y residen en la Parroquia Guapán (91,0%).</p>
<ul style="list-style-type: none">• Determinar el conocimiento sobre sexualidad en los aspectos biológico, psicológico y socio-cultural de los adolescentes de la Unidad Educativa Guapán.	<ul style="list-style-type: none">• En relación a todas las dimensiones de la sexualidad se determinó que los conocimientos son insuficientes ya que apenas obtuvieron el 51,7% del puntaje total (100%) de la encuesta aplicada. En la dimensión biológica de los 64,44% obtuvieron un 33,83% y en la dimensión psico-sociocultural del 35,5% obtuvieron un 17,9% de ahí su nivel medio de conocimiento en cada una de las dimensiones.• Según la dimensión biológica se encontró que desconocen sobre el concepto de sexualidad, anatomía del aparato reproductor femenino externo e interno, aparato



	<p>reproductor masculino externo, ciclo ovárico, ciclo uterino, espermatozoides, eyaculación, ciclo de respuesta sexual humana, telarquía, primer signo de desarrollo puberal en el hombre, cuáles son las enfermedades de transmisión sexual y anticonceptivos naturales.</p> <ul style="list-style-type: none">• Los estudiantes conocen sobre el concepto de adolescencia, etapas del desarrollo de la sexualidad, genitales internos masculinos, ovulo, fecundación, embarazo, espermatogénesis, erección, masturbación, pubarquia, concepto de las enfermedades de transmisión sexual y los diferentes anticonceptivos hormonales.• Según la dimensión psico sociocultural los adolescentes desconocen sobre aspectos del desarrollo sicosocial, identidad, concepto de orientación sexual, genero, niveles del desarrollo moral, habilidades sociales, tipos de conductas, conducta asertiva y cuáles son los derechos
--	---



	<p>sexuales, sin embargo conocen lucha independencia - dependencia, el aspecto corporal, la personalidad, tipos de orientación sexual, desarrollo moral, conducta pasiva y existencia de los derechos sexuales</p>
<ul style="list-style-type: none">• Identificar la edad de inicio de relaciones sexuales en los adolescentes.	<ul style="list-style-type: none">• Entre las edades de inicio de relaciones sexuales que se encontró están: 14 y 16 años con el mayor porcentaje 28,1%, seguido por el 21,9% que corresponde a la edad de 15 años, 6,3% inició a la edad de 8 años teniendo el mismo porcentaje en las edades de 12 y 17 años y por último el 3,1% a los 18 años.• La edad promedio de inicio de relaciones sexuales coitales es para los hombres a los 14 años y para las mujeres a los 16 años.



8.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda que se continúe con el estudio y se realice capacitaciones a los adolescentes en todas las dimensiones de sexualidad, con el objetivo de mejorar su nivel de conocimiento y así ellos identifiquen cada uno de los cambios en las diferentes etapas del desarrollo biológico y psicológico, evitando así, posibles frustraciones que desencadena la falta de conocimiento, que influyen en el ámbito sociocultural, convirtiéndose en un problema de salud pública.

Por tanto, en esta capacitación deberá incluirse a los padres de familia, para mejorar la comunicación y la educación que ellos brinden al adolescente, evitando que éste busque información distorsionada en los diferentes medios de comunicación y grupos sociales.

Se recomienda también que exista un trabajo vinculado tanto de los padres, docentes y el equipo de salud, para mejorar las estrategias de promoción sobre sexualidad en toda lo que esta abarca, de esta forma se puede prevenir los problemas comunes que se presenta en este grupo vulnerable, como es el inicio temprano de relaciones sexuales sin responsabilidad y las complicaciones que este desencadena.

8.3 BIBLIOGRAFÍA

8.3.1 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS: Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2016 [cited 2016 Febrero 11. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
2. Escobar A. Blogger. [Online]. [cited 2016 Febrero 11. Available from: <http://aprendiendosexualidad.blogspot.com/2008/06/educacin-sexual.html>.
3. INEC: Instituto Nacional De Estadísticas y Censos. [Online]. [cited 2016 Febrero 8. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>.
4. ELSEVIER. [Online]. [cited 2016 Febrero 11. Available from: <http://sogasex.com/web2015/wp-content/uploads/2015/04/ESTUDIO-SOBRE-CONOCIMIENTOS-Y-ACTITUDES-SEXUALES-EN-ADOLESCENTES-Y-JOVENES.pdf>.
5. farmanews. [Online].; 2012 [cited 2016 Febrero 12. Available from: http://www.farmanews.com/Notasprensa/4453/Que_paises_rinden_atleticamente_en_el_dor_mitorio.
6. Quispe W, Quispe A, Quispe G. [Online]. [cited 2016 Febrero 12. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n1/Pdf/a09.pdf.
7. Díaz C, Rodríguez W, Lara L, Matute R, Palacio H. [Online].; 2012 [cited 2016 Febrero 12. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4788153.pdf>.
8. La Hora. [Online].; 2013 [cited 2016 Febrero 11. Available from: http://lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101526106/-1/J%C3%B3venes_hablaron_sobre_sexualidad.html#.VunFnOLhDIW.
9. O'Connell L, Burrell-Piggott T, Jara P, Guerra M, Villafuerte A, Díaz J. getdocument.aspx. [Online].; 2014 [cited 2016 Febrero 2016. Available from: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=38591081>.
10. Democracia Epl. Scribd. [Online].; 2012 [cited 2016 Febrero 12. Available from: <http://es.scribd.com/doc/106476325/ENIPLA>.
11. Flore M. Cybertesis URP: Universidad Ricardo Palma. [Online].; 2012 [cited 2016 Febrero 13. Available from: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/287/1/Flores_me.pdf.
12. Perez F. Gaceta Médica Espirituana. [Online]. [cited 2016 Febrero 13. Available from: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.\(2\)_01/p1.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.(2)_01/p1.html).
13. El comercio. com. [Online].; 2013 [cited 2016 Febrero 13. Available from: <http://www.elcomercio.com/tendencias/relaciones-sexuales-son-vez-mas.html>.
14. Rosales J. LA NACION. [Online].; 2012 [cited 2016 Febrero 13. Available from: http://www.nacion.com/archivo/Adolescencia-sexualidad_0_1275072607.html.
15. Taller de Comunicación Mujer. [Online].; 2014 - 2015 [cited 2016 Febrero 13. Available from: http://www.tcmujer.org/images/Taller_de_Comunicacion_Mujer_planfamilia_monitoreodemedios.pdf.pdf.
16. Moldenhauer N, Ortega M. [Online]. [cited 2016 Febrero 11. Available from: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Puerto%20Montt%202004/Adolescencia_y_Sexualidad.pdf.
17. Santiago P. DOCPLAYER. [Online]. [cited 2016 Febrero 11. Available from: <http://docplayer.es/9906441-Universidad-metropolitana-escuela-de-educacion-programa-graduado.html>.
18. Cardona D, Ariza A, Cindy G. Scielo. [Online].; 2015 [cited 2016 Febrero 27. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000600003.
19. Ricaldo A. cybertesis. [Online]. [cited 2016 Marzo 14. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1042/1/Ricaldo_ra.pdf.
20. DMEDICINA.com Salud y bienestar. [Online]. [cited 2016 Febrero 15. Available from: <http://www.dmedicina.com/familia-y-embarazo/adolescencia/diccionario-de-adolescencia/etapas-adolescencia.html>.
21. Reiriz J. Infermera virtual. [Online]. [cited 2016 Febrero 15. Available from:



- <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/105/Sistema%20reproductor%20femenino.pdf?1358605661>.
22. [clinicasabortos.com](http://www.clinicasabortos.com). [Online]. [cited 2016 Febrero 15. Available from: <http://www.clinicasabortos.com/reproduccion-humana/aparato-reproductor-masculino/sub51>.
 23. Navarro M, Lopez A. UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - T. [Online].; 2012 [cited 2016 Febrero 15. Available from: http://unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyextox/archivo_87_Binder1.pdf.
 24. Proyecto Biosfera. [Online]. [cited 2016 Febrero 15. Available from: <http://recursostic.educacion.es/ciencias/biosfera/web/alumno/3ESO/apararep/fisiomas.htm>.
 25. CIENCIAS BIOLÓGICAS. [Online]. [cited 2016 Febrero 15. Available from: <http://hnnbiol.blogspot.com/2008/01/sistema-reproductor-masculino.html>.
 26. Psicología Integradora En contacto con los cambios. [Online]. [cited 2016 Febrero 15. Available from: <http://www.es-asi.com.ar/masturbacion>.
 27. Iglesias JL. sepeap: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. [Online].; 2013 [cited 2016 Febrero 16. Available from: <http://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2013-03/desarrollo-del-adolescente-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/>.
 28. Mojica , Fabian. [Online].; 2014 [cited 2016 Febrero 15. Available from: <https://es.scribd.com/doc/203865850/Enfermedades-de-Transmision-Sexual>.
 29. [tuguiasexual.com](http://www.tuguiasexual.com). [Online]. [cited 2016 Junio 14. Available from: <http://www.tuguiasexual.com/metodos-anticonceptivos.php>.
 30. [bligoo](http://educandosexualmente3.bligoo.com.mx). [Online]. [cited 2016 Junio 14. Available from: <http://educandosexualmente3.bligoo.com.mx/clasificacion-de-metodos-anticonceptivos#.V6JTxrjhDIU>.
 31. Diéguez L. Clarín. [Online].; 2013 [cited 2016 Febrero 15. Available from: http://entremujeres.clarin.com/hogar-y-familia/hijos/sexo-adolescente-hijo-hija-gay-lesbiana-identidad-sexual-genero_0_1334273788.html.
 32. SASIA: SOCIEDAD ARGENTINA DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE. [Online]. [cited 2016 Febrero 15. Available from: <http://www.sasia.org.ar/sites/www.sasia.org.ar/files/Adolescencia.%20Los%20cambios.pdf>.
 33. Tello C. slideshare. [Online].; 2014 [cited 2016 Febrero 18. Available from: <http://es.slideshare.net/tinmar07/adolescencia-salud-sexual-y-reproductiva-y-derechos-sexuales>.
 34. Solis M. [Online].; 2015 [cited 2016 Febrero 18. Available from: <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/10055/1/UPS-GT000926.pdf>.

8.4 ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Biológica	Adolescente de 12-19 años	¿Qué edad tiene?
Sexo	Significa la diferencia entre hombres y mujeres, puede ser utilizada como sinónimo de sexo y también en referencia a las diferencias sociales.	Biológico	Carácter fenotípico	Hombre Mujer
Procedencia	Lugar de origen o de donde proviene una persona.	Social	Área de ubicación geográfica	Azuay Cañar Otros
Residencia	Término que procede del latín <i>residens</i> y que hace mención a la acción y efecto de residir. Puede tratarse del lugar o domicilio en el que se reside.	Social	Comunidades o sectores de Guapán	Lugar del domicilio
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su	Social	Condición social Encuesta	Soltero/a Casado/a Divorciado/a Unido/a Viudo/a

	situación legal respecto a esto.			
Conocimientos sobre sexualidad.	Conjunto de ideas, conceptos, y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del adolescente, referida a su Sexualidad	Detallar los conocimientos sobre sexualidad y reproducción integral en los ámbitos biológicos, psicológicos, social y cultural.	<p>BIOLOGICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto Sexualidad - Adolescencia • Etapas de desarrollo de la sexualidad • Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y masculino • Fisiología reproductiva del hombre y la mujer • Masturbación • Desarrollo sexual secundario • Ciclo de respuesta sexual humana • Enfermedades de transmisión sexual • Métodos anticonceptivos <p>PSICOLÓGICOS, SOCIO-CULTURAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo Sicosocial. • Aspectos que incluye la identidad. • Desarrollo personal. • Derechos sexuales. 	<p>Ítems de respuesta cerrada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opción múltiple • Verdadero o falso <p>Escala dicotómica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI NO <p>PUNTUACIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO ALTO 30 - 45</p> <p><input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO MEDIO 15 - 29</p> <p><input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO BAJO 0 - 14</p>



Edad de Inicio de relaciones sexuales	Lo más importante es que se considere que la opción de tener o no tener relaciones sexuales depende de la edad en que alcancemos la madurez sexual.	Social	Tiene relaciones coitales Edad de primera relación sexual Porque tuvo su primera relación sexual	Escala dicotómica SI - NO Edad 10 - 11 12 - 13 14 - 15 16 - 17 18 - 19 Ítems de respuesta cerrada: opción múltiple.
--	---	--------	--	--



Anexo B. Formulario

Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería

**FORMULARIO**

INTRUCCIONES: del siguiente cuestionario marque con una "X" la respuesta correcta, escriba verdadero (V) o falso (F) y encierre la respuesta respectivamente.

1.-	Nombre completo _____
2.-	¿Qué edad tiene? _____
3.-	Género: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
4.-	Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
5.-	Procedencia Azuay <input type="checkbox"/> Cañar <input type="checkbox"/> Otros especifique _____
6.-	Residencia: Donde es el lugar de su domicilio _____
7.-	Estado civil: Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Unido/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/>
8.-	Cuál es tu preferencia sexual: <ul style="list-style-type: none"> • Heterosexual (atracción con el sexo opuesto) <input type="checkbox"/> • Homosexual (atracción con el mismo sexo) <input type="checkbox"/> • Bisexual (atracción con ambos sexos) <input type="checkbox"/>

CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD

N.-	ASPECTOS BIOLÓGICOS
1.-	<p>Sexualidad es: seleccione solo una respuesta</p> <p>a) Es un aspecto central del ser humano, que se inicia después de la niñez y está presente a lo largo de su vida.</p> <p>b) Es un aspecto que abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.</p> <p>c) Es un término que no abarca aspectos físicos, emocionales y sociales.</p>
2.-	<p>Adolescencia es: seleccione solo una respuesta</p> <p>a) Periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.</p> <p>b) Etapa de transición más importante, que no se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios.</p> <p>c) La adolescencia inicia a los 11 años y termina a los 18 años</p>
3.-	<p>Las etapas del desarrollo de la sexualidad en la adolescencia son: Señale la respuesta correcta:</p> <p>a) Adolescencia temprana, media y tardía.</p> <p>b) Adolescencia tardía 14 a 22 años</p> <p>c) Adolescencia media de 11 a 15 años</p>
4.-	<p>Los genitales externos femeninos están constituidos por: Señale la respuesta correcta</p> <p>a) Montes de Venus, labios mayores, los labios menores, vestíbulo de la vagina, clítoris glándulas de Cowper.</p> <p>b) Vagina, útero, trompas de Falopio y ovarios.</p> <p>c) Montes de Venus, labios mayores, los labios menores, vestíbulo de la vagina, clítoris, bulbos del vestíbulo, meato uretral, glándulas genitales auxiliares.</p>
5.-	<p>Los órganos internos femeninos están constituidos por: señale la respuesta correcta</p> <p>a) Vagina, el útero, trompas de Falopio y ovarios.</p> <p>b) Vagina, el útero, trompas de Falopio, ovarios, vesículas seminales, uretra, epidídimo.</p> <p>c) Vestíbulo de la vagina, bulbos del vestíbulo</p>
Escriba V (verdadero) o F (falso) según corresponda	
6.-	Los genitales externos masculinos son pene, escroto y testículos_____.



7.-	Los órganos internos masculinos son testículos, canales deferentes, próstata, vesículas seminales, uretra, epidídimo, conducto eyaculador y glándulas de Cowper o bulbouretrales _____
8.-	El ciclo ovárico se relaciona con lo que se conoce como menstruación _____
9.-	El óvulo viaja por la trompa hasta el útero, a menos que no haya ocurrido fecundación. _____
10.-	Ciclo uterino se relaciona con la ovulación _____
Marque con una X en la respuesta correcta	
11.-	La Fecundación es el hecho fisiológico en el cual el espermatozoide alcanza al ovulo, para formar el huevo o cigoto del futuro ser humano con 46 cromosomas. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
12.-	El embarazo es el proceso de concepción y desarrollo del nuevo ser en el aparato reproductor femenino que culmina en el parto. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
13.-	El proceso de formación del gameto masculino se denomina Espermatogénesis y se realiza en los testículos. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
14.-	Los espermatozoides son células especializadas que normalmente tienen una cabeza y dos colas largas que se denominan flagelo. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
15.-	La erección no es producto de la entrada de sangre en los cuerpos cavernosos y en el cuerpo esponjoso. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
16.-	La eyaculación es: seleccione la respuesta correcta a) Eliminación lenta de semen a través del pene b) Eliminación espasmódica de semen a través del pene c) Eliminación suave de semen a través del pene
17.-	Con respecto a la masturbación: señale la respuesta correcta <ul style="list-style-type: none">• Se acompaña de respuestas fisiológicas de cambios en los órganos sexuales y emisión de los correspondientes flujos.• No ayuda a descubrir la propia identidad sexual.• La persona no comienza a sentir en el juego auto-erótico
18.-	Con respecto al desarrollo sexual secundario del adolescente: señale la respuesta correcta. a) En las chicas el botón mamario no es el primer signo de comienzo puberal b) El ensanchamiento de cadera no es uno de las características del desarrollo sexual secundario. c) El aumento del tamaño de los testículos es el primer signo físico del desarrollo sexual en el varón.
19.-	Pubarquia es: Señale la respuesta correcta a) Desarrollo de las mamas. b) Es la primera menstruación. c) Es el desarrollo del vello pubial y axilar.
20.-	Telarquia es: Señale la respuesta correcta a) Desarrollo de las mamas. b) Es la primera menstruación. c) Es el desarrollo del vello pubial y axilar.
21.-	En la Respuesta Sexual Humana se Diferencian 4 fases el orden estas son: a) Meseta, orgasmo, excitación y resolución. b) Excitación, meseta, orgasmo y resolución. c) Meseta, excitación, orgasmo y resolución.
Escriba V (verdadero) o F (falso) según corresponda	
22.-	En el orgasmo hay una sensación de relajación en todo el cuerpo, que indica la vuelta al estado normal. _____
23.-	En la fase de resolución no se liberan todas las tensiones sexuales acumuladas _____
24.-	Las enfermedades de transmisión sexual son ocasionadas por infecciones que se transmiten de una persona a otra durante el contacto sexual _____
25.-	Las enfermedades de transmisión sexual son: Sífilis, Gonorrea, Candidiasis, Herpes Genital, Hepatitis B, Icdilla (piojos del pubis), Vaginosis Bacteriana, Glaucoma, Diabetes _____
Marque con una X en la respuesta correcta	



26.-	Los métodos anticonceptivos se clasifican en métodos naturales, métodos de barrera, métodos hormonales, dispositivos intrauterinos (DIU) y métodos quirúrgicos. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
27.-	Métodos de anticoncepción natural son el Preservativo, Diafragma cervical, Óvulos vaginales. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
28.-	Métodos anticonceptivos hormonales son la Píldora, Inyecciones, Implantes, Parches y los Anillos Vaginales. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
29.-	Sexualidad precoz es: a) Iniciar las relaciones sexuales al estar mentalmente preparados. b) Iniciar a la edad en el que alcanzan la madurez sexual. c) La premaura conducta sexual.
PUNTAJE TOTAL	
N.-	APECTOS SICOLOGICOS - SOCIALES - CULTURALES
Marque con una X o encierre la respuesta correcta según corresponda.	
1.-	En el desarrollo psicosocial se valora cuatro aspectos: a) La lucha dependencia-independencia, preocupación por el aspecto corporal, integración en el grupo de amigos y el desarrollo de la identidad. b) La lucha dependencia - independencia, preocupación por el futuro, integración familiar y el desarrollo físico. c) La independencia, autoestima, identidad de género y personalidad.
2.-	La lucha independencia-dependencia a los 15 -17 años se caracteriza porque: a) La relación con tus padres se vuelve más conflictiva. b) Te independizas de tus padres. c) Hay un regreso al hogar
3.-	Es verdad que en la adolescencia existe más preocupación por el aspecto corporal. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4.-	Dentro de la identidad se incluye: a) El sexo, genero, el carácter y los valores. b) La orientación sexual, la identidad de género, el rol o papel sexual y la personalidad. c) La cultura, el noviazgo, el género, la salud sexual.
5.-	La orientación sexual: a) Es la atracción emocional, sexual, romántica o afectiva hacia otro sujeto. b) Conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan el sexo de cada individuo. c) Es el estado social y legal que nos identifica como niñas o niños, mujeres u hombres.
6.-	Los tipos de orientación sexual son: a) Heterosexual, homosexual, bisexual b) Gay, lesbiana, travesti c) Hombre, mujer
7.-	Genero es: a) El conjunto de características físicas, biológicas y corporales con las que nacen los hombres y las mujeres, son naturales y esencialmente inmodificable. b) El conjunto de características psicológicas, sociales y culturales, socialmente asignadas a las personas. c) Género es sinónimo de mujer.
8.-	La personalidad comprende: a) Todos los rasgos y características individuales. b) Todas las cualidades que aportan los demás. c) El tener buen o mal carácter.
9.-	El desarrollo moral es una característica propia de la adolescencia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10.-	Los niveles del desarrollo moral son: a) Nivel I: Premoral, Nivel II: Moral convencional, Nivel III: Moral autónoma. b) Nivel I: Premoral, Nivel II: Moral autónoma,, Nivel III: Moral convencional. c) Nivel I: Moral autónoma, Nivel II: Moral convencional, Nivel III: Premoral.
11.-	La adolescencia es también la etapa en la que van a quedar establecidas las habilidades sociales que determinarán: a) Nuestra forma de relacionarnos con los demás.



	<p>b) La forma de relacionarnos con nosotros mismos.</p> <p>c) Nuestra forma de expresar necesidades.</p>
12.-	<p>Existe tres tipos de conducta:</p> <p>a) Conducta pasiva, asertiva, agresiva.</p> <p>b) Conducta buena, mala, sobresaliente.</p> <p>c) Conducta amable, introvertida, extrovertida.</p>
13.-	<p>La conducta pasiva. Es propia de aquellas personas que no saben expresar sus pensamientos y sentimientos. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
14.-	<p>La Conducta asertiva. Es propia de aquellos que quieren someter y dominar a los demás física, psíquica o emocional mente. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
15.-	<p>Los adolescentes tienen DERECHOS SEXUALES. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
16.-	<p>Uno de los derechos sexuales es:</p> <p>a) El derecho a ser ella/el mismo, libre de tomar sus propias decisiones de expresar lo que piensa, de disfrutar de la sexualidad, de estar seguro/a, de escoger casarse (o no casarse) y de planear una familia.</p> <p>b) El derecho al acceso a la vivienda, a los servicios básicos, a la educación y una buena alimentación.</p> <p>c) El derecho a estar informado, sobre salud, educación, infecciones de transmisión sexual y sobre sus derechos sociales.</p>
	PUNTAJE TOTAL

TOTAL DE PUNTOS

Aspectos biológicos	29
Aspectos psicológicos, socio- culturales	16
TOTAL	45

Conocimiento alto 30 - 45 Conocimiento medio 15 - 29 Conocimiento bajo 0 - 14

N.-	INICIO DE RELACIONES SEXUALES
1.-	Tiene relaciones sexuales coitales. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.-	<p>A qué edad tuvo su primera relación sexual (coital)?</p> <p>10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/></p>
3.-	<p>Porque tuvo su primera relación sexual:</p> <p>a) Sentía un impulso físico</p> <p>b) Quería divertirme/pasar un buen rato</p> <p>c) La mayoría de mis amigos/amigas ya las tenían, no quería ser "diferente"</p> <p>d) Quería ser más popular en mi clase, grupo de amigos/amigas, etc.</p> <p>e) Quería saber cómo era, por curiosidad</p> <p>f) Quería expresarle mi amor a la otra persona</p> <p>g) Quería sentirme querido/a, valorado/a, apreciado/a por la otra persona</p> <p>h) Pensaba que mi pareja ("novio/a") podía dejarme si decía que no</p> <p>i) Mi pareja ("novio/a") me dijo que me dejaría si decía que no</p> <p>j) Había bebido alcohol, fumado marihuana o tomado alguna otra droga</p> <p>k) No supe decir que no a una persona que me estaba insistiendo en tenerla</p> <p>l) Me "dejé llevar" por la excitación física (un beso, etc.), sin que fuese nuestra intención inicial</p> <p>m) Como consecuencia de haber estado viendo imágenes de sexo (películas, revistas, etc.)</p> <p>n) Por abuso físico y sexual.</p> <p>o) Por otra razón (por favor, especifica): _____</p>



Anexo C. Autorización - Plan Piloto

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Cuenca, 18 de mayo del 2016

Estimado Rector/a de la Unidad Educativa Roberto Rodas

Tenemos el agrado de dirigimos hacia usted, para solicitarle su autorización con el fin de realizar la validación de un formulario que servirá para la ejecución de una encuesta, con el afán de efectuar una investigación en el marco de la realización de nuestra tesis, para la obtención del título en Licenciatura de Enfermería sobre "El Conocimiento de Sexualidad e Inicio de Relaciones Sexuales en la Unidad Educativa Guapán".

El objetivo general de nuestra investigación es determinar el conocimiento sobre sexualidad e inicio de relaciones sexuales en los adolescentes del bachillerato de la Unidad Educativa Guapán Azogues 2016.

Se necesitará 40 participantes del bachillerato, se ejecutará una encuesta en la que se utilizará un formulario, el mismo que será validado por los estudiantes de esta prestigiosa institución. Éste recoge información sobre los aspectos biológicos, sicosociales y culturales de la sexualidad, así como también la edad de inicio de relaciones sexuales y su posibles causas. En el proceso de validación del formulario se guardará en todo momento la privacidad para salvaguardar la identidad de los sujetos que colaborarán con el estudio.

Por todo ello solicitamos su autorización para realizar la respectiva validación del formulario y nos gustaría contar con su colaboración, así como la del resto de la institución.

Sin otro particular le saludamos y agradecemos atentamente:

[Signature of Lda. LLaquelina Buenaño B]

Lda. LLaquelina Buenaño B
Directora de la Escuela

[Signature of Lda. LLaquelina Buenaño B]

Lda. LLaquelina Buenaño B
Directora/Asesora de tesis

[Signature of Clara Raquel Riera García]

Clara Raquel Riera García
Egresada de Enfermería

[Signature of María Augusta Sánchez Ávila]

María Augusta Sánchez Ávila
Egresada de Enfermería

COLEGIO NACIONAL ROBERTO RODAS
UNIDAD ADMINISTRATIVA DE TALENTO HUMANO
Esta copia es igual al documento que se me exhibe.

19 MAY 2016
Lic. Janeth Novillo Ávila
RESPONSABLE



Handwritten notes: Lic. Janeth Novillo, Aprobado, LMA, 19-05-2016, [Signature]



Anexo D. Autorización - Unidad Educativa Guapán

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA



Cuenca, 5 de mayo del 2016

Estimado Rector de la Unidad Educativa Guapán
Abg. Juan Peñafiel

Nos ponemos en contacto con usted para realizar una investigación en el marco de la obtención de nuestra tesis para el título en Licenciatura de Enfermería sobre "El Conocimiento de Sexualidad e Inicio de Relaciones Sexuales en la Unidad Educativa Guapán".

El objetivo general de nuestra investigación es determinar el conocimiento sobre sexualidad e inicio de relaciones sexuales en la Unidad Educativa Guapán Azogues 2016.

Se realizará una investigación cuantitativa descriptiva de corte transversal, se ejecutará una encuesta en la que se utilizará un formulario validado por las autoras, para la obtención de los datos de la muestra de los adolescentes de bachillerato de la institución. En el proceso de elaboración del informe de investigación se guardará en todo momento la privacidad necesaria para salvaguardar la identidad de los sujetos estudiados.

Por todo ello solicitamos su autorización, para realizar este estudio y nos gustaría contar con su colaboración, así como la del resto de la Unidad Educativa, para el desarrollo de esta investigación en lo que pudiese resultar necesario.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo atentamente:

[Signature]
Lcda. LLaquelina Buenaño B.
Directora de la Escuela

[Signature]
Lcda. LLaquelina Buenaño B.
Directora/Asesora de tesis

[Signature]
Clara Raquel Riera García
Egresada de Enfermería

[Signature]
María Augusta Sánchez Ávila
Egresada de Enfermería

UNIDAD EDUCATIVA "GUAPÁN"
RECIBIDO
FECHA: 05 MAY 2016
SECRETARIA

AUTORIZADO
RECTORADO
UNIDAD EDUCATIVA "GUAPÁN" - AZOGUES



Anexo E. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Conocimiento sobre sexualidad e inicio de relaciones sexuales en la Unidad Educativa Guapán Azogues 2016

Investigadoras: Clara Raquel Riera García - María Augusta Sánchez Ávila

La adolescencia es una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, siendo la sexualidad parte de los procesos de desarrollo propios de la adolescencia, que tienen una fuerte incidencia en la conducta sexual.

En nuestro medio se ignora el conocimiento sobre sexualidad de los adolescentes en sus dimensiones biológicas, sicosociales, culturales y la edad de inicio de relaciones sexuales constituyendo un grave problema de salud pública, por esta razón realizamos este estudio para obtener estos datos.

Para realizar esta investigación se cuenta con la autorización del rector de la Unidad Educativa, la información será recolectada en un formulario, esto tomará 30 minutos de su tiempo. El formulario consta de cuatro secciones siendo estas: datos generales, aspectos biológicos relacionado con anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y masculino y salud sexual, aspectos sicosociales y culturales relacionados con el yo, la identidad y el desarrollo personal y la sexualidad precoz que se relaciona con la conducta sexual prematura.

Este estudio no implica ningún riesgo, pero si usted participa, el beneficio será obtener datos que serán un referente para desarrollar planes de intervención futuras para la promoción de salud y prevención para el bienestar de los adolescentes.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las únicas personas que sabrán que usted participó en el estudio somos los miembros del equipo de investigación. Nosotros no divulgaremos ninguna información proporcionada por usted durante la investigación.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Si tiene alguna duda sobre este, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación.

Firma del participante Fecha.....
Nombre de las investigadoras.....
Firma de las investigadoras..... Fecha.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN