



RESUMEN

Objetivo: la presente investigación pretende aplicar una Estrategia Educativa en Información y Comunicación sobre Sexualidad en los Adolescentes del Noveno Año de Educación Básica en el Colegio Nacional “Benigno Malo”

Material y Métodos: Es un estudio descriptivo que se realizó en el Noveno Año de Educación Básica en el Colegio Nacional Benigno Malo perteneciente al Cantón Cuenca, durante el periodo 2011 -2012.

Universo: se trabajó con una muestra de 257 adolescentes a quienes el Consejo Directivo del Colegio autorizó realizar la investigación. Como técnica se utilizó la entrevista, y la recolección de información por medio de un formulario aplicado a los adolescentes del Noveno Año de Educación Básica.

Resultados: con referencia a la búsqueda de información sobre sexualidad el 50.97% busca en el internet, la comunicación intrafamiliar es fundamental y obtuvimos que el 63.81% no tienen problemas en hablar de sexualidad con sus padres. El 68% de los jóvenes opinan que es difícil la abstención de relaciones sexuales. El 14.7% de adolescentes han iniciado su vida sexual. El 48.6% de adolescentes señalan que desconocen una institución de salud donde puedan consultar sobre sexualidad.

Conclusiones: la Estrategia Educativa en Información y Comunicación que aplicamos fue de gran importancia debido a que los adolescentes pudieron aclarar inquietudes sobre el tema, además de ampliar sus conocimientos acentuándonos más en los riesgos que enfrentan los adolescentes; el tema de sexualidad lo viven en condiciones de desinformación, desvalorización y ausencia de madurez trayendo consigo diversas consecuencias que afectaran en su vida presente y futura.



PALABRAS CLAVE: ADOLESCENTE, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, SEXUALIDAD, ALFABETIZACIÓN INFORMACIONAL, COMUNICACIÓN EN SALUD, EDUCACIÓN EN SALUD, ESTRATEGIAS



ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| RESUMEN | 1 |
| CAPÍTULO I | 14 |
| INTRODUCCIÓN..... | 14 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 16 |
| JUSTIFICACIÓN | 19 |
| CAPÍTULO II | 22 |
| 2. MARCO TEÓRICO | 22 |
| 2.1 POBLACIÓN ADOLESCENTE EN EL ECUADOR..... | 22 |
| 2.2 CONCEPTO DE ADOLESCENTE | 22 |
| 2.3 PUBERTAD..... | 22 |
| 2.4 PUBERTAD EN LAS NIÑAS | 26 |
| 2.5 PUBERTAD EN LOS NIÑOS | 29 |
| 2.6 DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL ADOLESCENTE | 33 |
| 2.7 SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE | 40 |
| 2.8 RED DE SERVICIOS DE SALUD SEXUAL PARA ADOLESCENTES | 41 |
| 2.9 LOS RIEGOS DE LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES | 42 |
| 2.10 INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y TECNOLOGÍA EN LA SEXUALIDAD..... | 46 |
| 2.11 EDUCACION SEXUAL..... | 48 |
| CAPÍTULO III | 53 |
| 3. MARCO REFERENCIAL..... | 53 |
| 3.1 UBICACIÓN DEL COLEGIO NACIONAL BENIGNO MALO | 53 |
| 3.2 MISIÓN..... | 54 |
| 3.3 VISIÓN | 54 |
| 3.4 ANTECEDENTES HISTÓRICOS | 54 |
| 3.5 CONTEXTO HISTÓRICO INSTITUCIONAL | 56 |
| 3.6 AUTORIDADES DEL COLEGIO | 59 |
| 3.7 LA INSTITUCIÓN FUE FUNDADA EN 1858, MIENTRAS QUE LA ESTRUCTURA DEL COLEGIO ACTUAL DATA DE 1924 | 60 |



| | |
|--|-----------|
| CAPÍTULO IV | 62 |
| 4. OBJETIVOS..... | 62 |
| 4.1 OBJETIVO GENERAL..... | 62 |
| 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 62 |
| CAPÍTULO V | 63 |
| 5. DISEÑO METODOLÓGICO..... | 63 |
| 5.1 TIPO DE ESTUDIO | 63 |
| 5.2 ÁREA DE ESTUDIO..... | 63 |
| 5.3 UNIVERSO Y MUESTRA..... | 63 |
| 5.4 ASOCIACIÓN EMPIRÍCA DE VARIABLES..... | 64 |
| 5.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS | 65 |
| 5.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS..... | 65 |
| 5.7 PROCEDIMIENTOS..... | 66 |
| 5.8 INTERVENCIÓN EDUCATIVA..... | 66 |
| 5.9 RECURSOS HUMANOS..... | 67 |
| CAPÍTULO VI | 68 |
| 6. ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE DATOS | 68 |
| PROGRAMA EDUCATIVO | 86 |
| INTRODUCCIÓN | 86 |
| OBJETIVOS | 86 |
| CONTENIDO..... | 87 |
| ESQUEMA: | 88 |
| PLAN DE CLASE Nº 1..... | 90 |
| PLAN DE CLASE Nº 2..... | 91 |
| PLAN DE CLASE Nº 3..... | 92 |
| DESARROLLO DEL CONTENIDO | 93 |
| TEMA Nº 1 | 93 |
| ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL..... | 93 |
| TEMA Nº 2 | 99 |
| ANTICONCEPCIÓN..... | 99 |
| TEMA Nº 3 | 107 |



| | |
|---|------------|
| CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD–PATERNIDAD | |
| ADOLESCENTE..... | 107 |
| CONCLUSIONES..... | 118 |
| RECOMENDACIONES..... | 120 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 121 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 125 |
| ANEXOS..... | 127 |



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Elizabeth Alexandra Jara Quito, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciatura en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Elizabeth Alexandra Jara Quito

Ci: 0105514954

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

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

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

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Hilda Evelina Acero Lojano, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciatura en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Hilda Evelina Acero Lojano

CI: 0301686176

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

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

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

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Elizabeth Alexandra Jara Quito, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Elizabeth Alexandra Jara Quito

CI: 0105514954

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

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

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

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Hilda Evelina Acero Lojano, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Hilda Evelina Acero Lojano

CI: 0301686176

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

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316
e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103
Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**ESTRATEGIA EDUCATIVA EN INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN
SOBRE SEXUALIDAD EN LOS ADOLESCENTES DEL NOVENO AÑO DE
EDUCACIÓN BÁSICA DEL COLEGIO NACIONAL “BENIGNO MALO”.**

CUENCA, 2011-2012

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA**

AUTORAS: HILDA EVELINA ACERO LOJANO

ELIZABETH ALEXANDRA JARA QUITO

DIRECTORA: LCDA. CECILIA SINCHE RIVERA

ASESORA; LCDA. BLANCA BERMEJO GONZÁLEZ

CUENCA – ECUADOR

2012



DEDICATORIA

Se la dedico a mis padres, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplo digno de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzar mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles hasta el final.

De manera especial quiero dedicárselo a mi esposo José, por estar conmigo en los momentos difíciles, tristes y alegres de nuestras vidas, por tu apoyo moral y económicamente, a mis hijos Estefanía y Mateo quienes supieron perdonar mi ausencia para poder culminar con éxito esta etapa de mi vida, gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

Elizabeth



DEDICATORIA

Este proyecto de investigación dedico a Dios y a mis padres.

A Dios por cuidarme y darme el valor necesario para culminar con mis metas con gran satisfacción, a mis padres, quienes supieron velar por mi bienestar sin renegar de su entero apoyo en los buenos y malos momentos.

Depositándome su confianza en cada reto que se me presentaba.

Evelina

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por habernos dado la oportunidad de culminar nuestras metas con gran satisfacción.

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a nuestras familias por el apoyo incondicional, por estar presente en los malos y buenos momentos y brindarnos palabras de aliento para poder superarnos en la vida.

Al Colegio Benigno Malo que nos abrió las puertas para poder realizar nuestro trabajo investigativo de tesis.

A todas las docentes de la Escuela de Enfermería por haber sido guías, por habernos dedicado tiempo y paciencia de manera particular agradecemos a las licenciadas Cecilia Sinche Rivera, Blanca Bermejo González y Lcda. Adriana Verdugo Sánchez.

Las Autoras



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La nueva realidad que viven los adolescentes ha planteado diversos temas de estudio en nuestro caso la sexualidad. Las prácticas de la población adolescente sexualmente activa son también objeto de estudio, por las consecuencias que tienen en la salud sexual y reproductiva de ellos y ellas.

La consulta sobre las prácticas sexuales permite tener antecedentes para observar patrones de comportamiento, tanto en la población adolescente que inicio su vida sexual como la que no la que ha iniciado, pudiéndose construir cuadros con datos comparativos y sujetos a investigación.

Los/las adolescentes tratan de encontrar respuestas al por qué de ciertos comportamientos que hasta hace muchas décadas eran comportamientos impensables en este grupo poblacional. Temas que antes no tenían cuantiosa importancia hoy alcanzan magnitudes impensables como: maternidad y paternidad adolescente, abortos, ITS, etc. Todos estos contextos pasan a transformarse en problemas de salud pública y objetos de políticas públicas dirigidas a los/las adolescentes.

La adolescencia es una etapa de la vida que requiere de atención, de información objetiva y de opciones que puedan facilitar un desarrollo armónico y un camino firme hacia la vida adulta.

En América Latina y el Caribe la población comprendida entre los 14 y los 24 años está teniendo relaciones sexuales, a menudo, sin protección, lo cual los coloca en riesgo de embarazos no deseados, abortos e infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH. Las investigaciones revelan que el embarazo adolescente sigue siendo frecuente en América Latina, y que en el Caribe la epidemia del VIH/SIDA es alarmante entre los más jóvenes. Los



estudios han demostrado que la edad de la primera relación sexual es significativamente más baja para los varones que para las mujeres.¹

Los adolescentes (14-19 años) de hoy en día constituyen la futura generación de padres, trabajadores y líderes, por lo que se les debe brindar todo tipo de apoyo, en particular por parte de la familia, la comunidad y el gobierno comprometido con su desarrollo. A medida que la modernización económica, la urbanización y los medios de comunicación avanzan aceleradamente, cambian las expectativas, el comportamiento de los adolescentes y jóvenes se adapta a nuevas formas de vida, lo que pudiera resultar inconveniente, doloroso, inevitable e ineludible. Se hace necesario, por tanto, que los adolescentes y jóvenes tomen conciencia del peligro inminente que representa el comienzo en edades tempranas de las relaciones sexuales, y mucho más si estas son desprotegidas, pues pudieran terminar en riesgosos abortos, contraer una ITS incluyendo el VIH/SID y embarazos no deseados, con la consiguiente afectación a la madre o al producto de la concepción, por la inmadurez de los órganos reproductores femeninos teniendo tasas altas de morbilidad neonatal y de la madre adolescente.

De manera general, es evidente que el grado de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva que poseen las adolescentes es deficiente, pues a pesar de poseer alguna información respecto al embarazo en la adolescencia y sus consecuencias negativas para la vida de la joven, sin embargo el comportamiento asumido y la actitud adoptada para evitar el embarazo o planificar su familia no es la adecuada.²

Los jóvenes son particularmente vulnerables. Cada año se producen más de 100 millones de ITS curables, y una parte importante de los 4,1 millones de casos nuevos de infección por VIH se da entre jóvenes de 15 a 24 años de edad. Los embarazos precoces, los abortos en condiciones de riesgo, las ITS, incluida la infección por VIH, así como la coacción y violencia sexuales, son algunos de los problemas de salud sexual y reproductiva que afectan a los adolescentes con una vida sexual activa.³

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“Latinoamérica es la única región del mundo que ha registrado un aumento continuado de embarazos de adolescentes desde 1980, según un informe divulgado en Madrid por la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ).

El documento, que analiza el grupo de entre los 15 y los 19 años, indica también que de cada mil embarazos en Latinoamérica, 73,1 responden a "embarazos adolescentes probablemente no deseados", declaró Ravinet.

Esa cifra es muy superior al promedio mundial, que se sitúa en 54 embarazos adolescentes por cada mil, apuntó el máximo responsable de la Organización Iberoamericana de Juventud.⁴

“Ecuador no es la excepción, puesto que nuestro país registra el índice más alto de adolescentes embarazadas de Latinoamérica con una tasa del 17% y en la última década se ha registrado un incremento del 74% de estos casos. Lo que más preocupa es que hay embarazos de niñas de 13 años, edad en la que en muchos de los casos no concluyen su desarrollo y corren riesgos de salud, desnutrición, complicaciones en el parto y hasta la mortalidad materna.”⁵

Este tema generó la preocupación del mismo presidente, Rafael Correa, quien en una de sus cadenas sabatinas lo mencionó “De cada cinco embarazos en el Ecuador, uno es de adolescentes ¿Una niña de 16 años está preparada para ser madre? Cómo se le complica la vida y, además, sigue teniendo hijos”.

En la actualidad cada vez más son los adolescentes que inicia su vida sexual sin prevención debido a una falta de información, orientación y educación sexual adecuada, por ello es importante considerar un estudio de las variables que intervienen en las representaciones sociales que influyen sobre los jóvenes. Nos referimos a los medios de comunicación, a la



influencia de la familia, relaciones y su comunicación con los mismos, la educación y estrategias educativas, acceso a servicios de salud y el grupo social el cual consideramos que ejerce una gran influencia.

Los varones suelen iniciarse antes que las mujeres pero ambos en menor o mayor medida están expuestos a los riesgos que implican llevar una sexualidad sin cuidados.

La problemática se basa en que hoy en día los jóvenes tienen su primera relación sexual a edades cada vez menores, y si bien físicamente no están preparados de igual manera psicológicamente no están listos para lidiar con las consecuencias y las responsabilidades que eso genera como: embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, abortos, morbilidad y mortalidad materna-infantil, deserción escolar, trabajo a temprana edad. etc.

La experiencia de relaciones a tempranas edades, conllevan actitudes negativas hacia su autoestima, seguridad, confianza, e incluso, hacia su futura vida sexual. Algunas de estas experiencias se realizan bajo los efectos del alcohol, drogas, etc. acentuando aun más los efectos negativos

Educar a los adolescentes en cuanto a sexualidad no sólo es necesario para que cuiden su salud y adquieran conciencia acerca de las responsabilidades de tener un hijo, es una responsabilidad también del gobierno de turno a través del ministerio de salud, en donde los profesionales de la salud intervengan y pongan de manifiesto la realidad social de los/las adolescentes que viven en nuestro país, diseñen planes de promoción y prevención sin soslayar la curación y rehabilitación de los adolescentes, para mantener un control epidemiológico de enfermedades de transmisión sexual.

Así, es importante hacer una investigación con el objetivo de cuestionarnos todos como sociedad y sobre todo como profesionales de salud, ¿qué información hay que ofrecerles a los jóvenes y en qué momento de sus



vidas?. Y romper los prejuicios que hacen de la sexualidad, aún hoy, un tema difícil que trae tristes consecuencias, como la propagación de enfermedades venéreas y que uno de cada cinco embarazos en el Ecuador, sea de menores de 17 años.

JUSTIFICACIÓN

La educación comprensiva sobre la sexualidad puede ayudar a los adolescentes a posponer la actividad sexual hasta que estén no solo fisiológicamente preparados sino psicológicamente, es la meta clave sobre la educación sexual.

En este trabajo, se eligió este problema porque en la actualidad los riesgos que enfrentan los adolescentes son vividos en condición de ignorancia, desinformación, desvalorización y ausencia de madurez para prevenirlos o evitarlos.

La sexualidad es un universo complejo en el cual intervienen aspectos tanto biológicos, como psicológicos y sociales. La sexualidad es más amplia y si bien incluye las relaciones sexuales tiene que ver con el entorno y la educación.

Nuestro propósito es de dar a conocer los cambios físicos en su cuerpo sino también las consecuencias de no estar preparados para una relación sexual temprana en donde las enfermedades y complicaciones se ponen de manifiesto, poniendo en riesgo su salud y su vida comprometiendo su futuro.

En la actualidad existen programas desarrollados por el gobierno de turno en donde se plantea una estrategia integral que intervienen en educación, ofrecen servicios de salud sexual y salud reproductiva e implementan estrategias comunicativas para el cambio de patrones socio culturales, con la finalidad de reducir las altos índices de embarazos en adolescentes, abortos y enfermedades de transmisión sexual.

“La población tiene garantizado el acceso a servicios de salud y métodos anticonceptivos como responsabilidad del gobierno, sin embargo, es una parte de toda la estrategia que ya se encuentra en implementación.

Debe haber un trabajo integral gubernamental para la prevención del embarazo en adolescentes y planificación que permitirá:

- Reducir complicaciones en los embarazos y post-parto.
- Favorecer el acceso de las mujeres a oportunidades de desarrollo.
- Posibilitar el ejercicio de otros derechos: educación, empleo, participación.
- Permitir a las y los adolescentes construir su proyecto de vida.
- Evitar complicaciones de salud en mujeres adolescentes.
- Aumentar las posibilidades de escolarización de las mujeres.
- Disminuir altas tasas de aborto en condiciones de riesgo.⁶

El embarazo en adolescentes en el Ecuador es alarmante son problemas de salud pública y de derechos humanos que generan graves consecuencias biológicas, psíquicas y sociales. Sin embargo estos problemas no han recibido suficientes atención en el campo de la salud sexual y reproductiva.

Es importante este estudio ya que permitirá disponer de datos confiables con la finalidad de conocer la realidad social y verificar las alarmantes estadísticas que presentan algunas instituciones sobre embarazos, morbi-mortalidad, ETS, abortos, etc. en los adolescentes e implementar medidas de prevención no solo en la etapa de la adolescencia sino en etapas anteriores del ciclo vital, así mismo servirá para que la Escuela de Enfermería tome en consideración estos aspectos en la formación de los estudiantes, fomentar la comunicación de los adolescentes conjuntamente con los padres u otros adultos confiables sobre sexualidad para lograr de esta manera que la información obtenida por los adolescentes sobre este tema sea clara y precisa logrando que éstos tomen decisiones apropiadas y acertadas.



Nuestra investigación se propuso elaborar un documento que resuma y sistematice la información de los/las adolescentes del Colegio Benigno Malo que investigamos, se ofrezca recomendaciones y conclusiones que permitan supervención así como un manejo adecuado a nivel de los servicios de atención de salud como de educación.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 POBLACIÓN ADOLESCENTE EN EL ECUADOR

En el Ecuador la población menor de dieciocho años es de 5'397.139 de los cuales 2'739,989 son niños/adolescentes y 2'657,150 niñas/adolescentes, representan el 37,26% de los 14'483,499 de habitantes que pueblan el territorio ecuatoriano. Fuente: Censo poblacional 2010. A medida que el hombre adquiere pleno desarrollo físico e intelectual, desde la infancia hasta convertirse en adulto, hay muchos aspectos importantes que debe considerar respecto a su salud y desarrollo.

Los retos que enfrentan los niños y niñas en su desarrollo físico, emocional e intelectual varían con la edad.⁷

2.2 Concepto de adolescente. La palabra adolescente se refiere a un joven entre la pubertad y el completo desarrollo del cuerpo significa crecer o desarrollarse hacia la madurez. La palabra adolescente se deriva del verbo latino *adolescere*: crecer desarrollarse.⁸

2.3 Pubertad. Según su etimología proviene de la palabra latina “pubere” cuya traducción sería “pubis con vello” y es una etapa de la vida, entre la niñez y el desarrollo sexual pleno, lo que ocurre aproximadamente entre los 11 años y los 14 o 15 años. Su comienzo coincide con la adolescencia, aunque ésta es más prolongada, pues se extiende hasta la edad adulta, donde las hormonas, pituitaria y gonadotrópica, con su estimulación, provocan cambios psicofísicos, que transforman al niño poco a poco en un futuro adulto.⁹



La aparición de la pubertad depende de la coordinación e integración de los componentes endocrinos del sistema reproductor: hipotálamo, hipófisis y gónadas, cada uno de los cuales genera diferentes hormonas.

La maduración biológica involucra una serie de modificaciones físicas tales como el crecimiento de los diferentes órganos y sistemas, su diferenciación funcional y su maduración de los órganos sexuales que marca el comienzo de la edad fértil y otorga al individuo la capacidad reproductiva.

Todo este cambio es desencadenado por una gran movilización hormonal que se activa y alcanza su máxima expresión en esta edad, de ahí que sea necesario, aunque en forma breve, mencionar el mecanismo endocrino que constituye el sustrato de todas las transformaciones biológicas.

En este sentido, inicialmente se induce la secreción pulsátil de hormona luteinizante durante el sueño, incrementándose posteriormente su amplitud y extendiéndose a lo largo de las 24h. Estos cambios generan un incremento en la secreción de esteroides sexuales: estrógenos y andrógenos. Los primeros intervienen en la maduración de la mama y del sistema reproductor en la niña. Los segundos estimulan los cambios puberales en el niño. Tanto en un sexo como en el otro, ambos esteroides estimulan el crecimiento somático, siendo el estradiol la hormona que favorece la maduración osteomuscular en los dos sexos.

La edad de inicio de la pubertad es variable, habiéndose demostrado que guarda relación con la raza, la etnia, las condiciones ambientales y geográficas, y el estado nutricional. No obstante, su comienzo y evolución sigue un patrón familiar, según el cual un 74% de las variaciones involucran factores genéticos y el 26% restante, factores ambientales.¹⁰

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 por ciento de ellos viven en países



pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren al año.

La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la adultez, caracterizada por procesos específicos, propios e irrepetibles, con gran intensidad de los afectos y vivencias; de transformaciones importantes y de presión social para lograr metas específicas. Al respecto hay que decir que estos procesos se dan siempre en una determinada cultura, lo que define en cierta medida sus características específicas y su duración.

Existen diferentes enfoques y disciplinas que se encargan de definir este período:

Cronológicamente. De acuerdo al criterio utilizado por la OMS define la adolescencia como la etapa comprendida entre adolescencia temprana, media y adolescencia tardía. La duración de estas etapas varía tanto individual como culturalmente, aunque en términos generales se puede afirmar que la primera va desde los 10 a los 13 años, la segunda desde los 14 a los 17 años y la tercera desde los 17 a los 19 años, respectivamente.

Sociológicamente. Es el período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma, tanto en los aspectos económicos como sociales.

Psicológicamente. "La adolescencia es un período crucial del ciclo vital, en el cual los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzando su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, recuperando para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propia." (Krauskopf, 1982, en Montenegro & Guajardo, 1994).¹¹

A la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:



1. – Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. – Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus amistades, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. – Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de amigos va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes ¹²

2.4 PUBERTAD EN LAS NIÑAS

La pubertad señala un momento para el crecimiento y cambio en su cuerpo de niña a mujer joven. También prepara su organismo para tener hijos. No todas las jóvenes tienen la pubertad a la misma edad.

La pubertad comienza usualmente entre los 9 y los 13 años de edad y termina cuando alcanzas la estatura y el tamaño de adulta, usualmente entre las edades de 15 a 17 años.

El desarrollo de las mamas es el signo principal de que una niña está entrando a la pubertad y a esto le sigue el primer período menstrual (menarquía).

2.4.1 ETAPAS DE LA PUBERTAD EN NIÑAS:

1ª Etapa (entre los 8 y los 11 años) denominada también Prepuberal. Comienzan a producirse hormonas. Los primeros cambios que se notan son en las mamas: los pezones empiezan a levantarse, como resultado del crecimiento del tejido mamario que está por debajo de ellos. Comienza a crecer el útero; en esta etapa comienza a darse además, un crecimiento acelerado de estatura y peso. Para muchas mujeres, a los 10 años la niña ya ha alcanzado el 80 por ciento de su estatura adulta.

2ª Etapa (entre los 9 y 14 años): el crecimiento de las mamas es el primer signo visible del desarrollo sexual, el vello del pubis aparece por esta época, meses más tarde. El vello debajo de la axila empieza a crecer más tarde, al mismo tiempo que aumentan las glándulas de esa zona que producen la transpiración. Por otra parte, los labios externos de la vulva se ensanchan, el útero empieza a crecer hasta convertirse en un órgano musculoso del



tamaño aproximado de una pera. En esta etapa, el aumento de la producción hormonal favorece la aparición del acné.

3ª Etapa (entre los 10 y los 17 años): Continúa el crecimiento de las mamas y se engrosa y oscurece el vello púbico. Aumentan en forma gradual el peso y la estatura, los órganos internos y la vagina continúan su desarrollo y comienzan a cambiar las características del flujo vaginal. La mayoría de las niñas tienen su primera menstruación en esta etapa a la que se denomina "Menarquía o Menarca".

4ª Etapa (entre los 14 y los 18 años): Se logra la madurez física y sexual: se alcanza la estatura total, comienzan a regularizarse los ciclos menstruales y la ovulación, y las mamas obtienen su tamaño final.¹³

La hormona responsable de los cambios en el cuerpo de la mujer es un estrógeno llamado estradiol. Una manifestación típica de que el cuerpo femenino se ha transformado, es la aparición de la menstruación.

Antes de la llegada de la primera menstruación, una niña normalmente tendrá:

- Un aumento en la estatura
- Ensanchamiento de las caderas
- Secreciones vaginales claras o blanquecinas
- Crecimiento de vello en el pubis, las axilas y las piernas
- Las glándulas sudoríparas y sebáceas también se desarrollan trayendo el problema de un fuerte aroma característico en su sudoración, que se hace más intensa.

Los ciclos menstruales ocurren aproximadamente en un período de un mes (28 a 32 días) y al principio pueden ser irregulares. Una niña puede pasar dos meses entre períodos o tener dos períodos en un mes, pero con el tiempo éstos se vuelven más regulares. Hacer un seguimiento de cuándo



ocurre el período y de cuánto tiempo dura puede ayudarle a predecir cuándo debe tener su próximo período menstrual.

En esta etapa los órganos sexuales crecen, aparece la capacidad reproductiva, se alargan las extremidades, produciendo un aumento de talla, lo que se observará primero en las niñas, pero que luego, aunque el crecimiento del varón sea más tardío.

Después de que comienza la menstruación, los ovarios empiezan a producir y liberar óvulos, los cuales han estado almacenados en dichos ovarios desde el nacimiento. Aproximadamente cada mes, después de que empieza la menstruación, un ovario libera un huevo llamado óvulo, que baja por la trompa de Falopio, la cual conecta el ovario al útero.

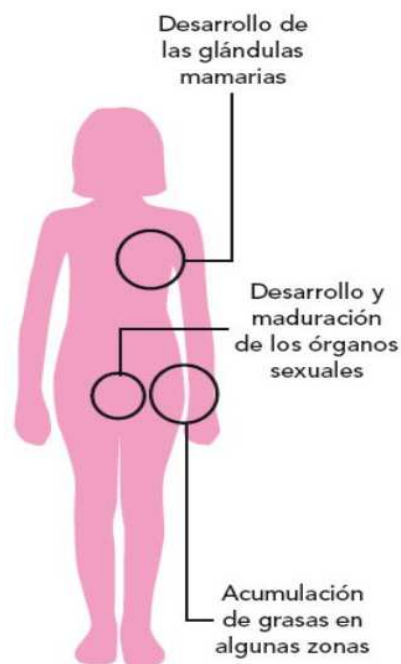
Cuando el óvulo llega al útero, el revestimiento uterino se vuelve grueso con sangre y líquido. Esto sucede de tal suerte que si el óvulo es fertilizado, éste pueda crecer y desarrollarse en dicho revestimiento con el fin de producir un bebé. (Es importante recordar que la fertilidad llega antes que la madurez emocional y el embarazo puede ocurrir antes de que una adolescente esté preparada para la maternidad.)

Si el óvulo no se encuentra con el espermatozoide de un hombre y no es fecundado, se disuelve. El revestimiento que se ha engrosado se desprende y forma el flujo de sangre menstrual que sale del cuerpo a través de la vagina. Entre los períodos menstruales, puede haber un flujo vaginal claro o blanquecino, lo cual es normal.

Durante o justo antes de cada período, la niña puede sentirse de mal humor o emotiva y su cuerpo se puede sentir inflado o hinchado (distendido). El síndrome premenstrual (SPM) puede comenzar a desarrollarse, sobre todo a medida que la niña crece.¹⁴

En las niñas, la pubertad generalmente termina a los 17 años, por lo que cualquier aumento de estatura después de esta edad es poco común. Aunque una niña haya alcanzado la madurez física completa en ese momento, la maduración educativa y emocional continúa.

Figura N°1
DESARROLLO FÍSICO EN LAS NIÑAS



Desarrollo físico en las niñas
Fuente disponible en <http://www.dfarmacia.com/farma>

2.5 PUBERTAD EN LOS NIÑOS

La edad entre los 13 y los 18 años se llama adolescencia y, durante este tiempo, el adolescente experimentará su mayor crecimiento en estatura y peso. La adolescencia es el período de crecimiento y cambios de la pubertad. Es posible que un adolescente atraviese una etapa de varios meses de crecimiento pronunciado, seguido de un período de crecimiento muy lento y luego tener otra etapa de crecimiento repentino. Los cambios de la pubertad pueden producirse gradualmente u observarse distintas señales al mismo tiempo.



La rapidez con la que se producen los cambios varía considerablemente, es decir, algunos adolescentes pueden experimentar estas señales de madurez antes o después que otros.

Es importante recordar, por lo tanto, que el momento en que se producen los cambios dependerá de cada persona. Tener una contextura más pequeña o más grande que otros chicos es normal, ya que cada joven experimenta la pubertad cuando su cuerpo está listo para hacerlo. A continuación se enumeran las edades promedio en los niños en las que se pueden producir los cambios de la pubertad:

- El crecimiento aumenta entre los 12 y los 16 años de edad:
 - peso: entre 7 y 9 kg (15 a 65 libras)
 - altura: entre 10,17 y 63,61 centímetros (4 a 12 pulgadas)
- Edad de la pubertad: de 9,5 a 14 años de edad¹⁵

2.5.1 CAMBIOS FÍSICOS EN LA PUBERTAD DE LOS NIÑOS

La madurez física y sexual que se produce durante la pubertad es el resultado de cambios hormonales. A medida que el niño se acerca a la pubertad, una glándula en el cerebro llamada glándula pituitaria aumenta la secreción de una hormona llamada hormona folículo estimulante.

En los varones es difícil saber exactamente cuándo se acerca la pubertad. Ocurren algunos cambios, pero suceden gradualmente durante un período de tiempo en lugar de un solo evento. A continuación se enumeran las etapas y los cambios físicos que atraviesan los varones



2.5.2 ETAPAS DE LA PUBERTAD EN VARONES:

1ª Etapa (inicial): pene, testículo y escroto de tamaño infantil, no hay vello púbico.

2ª Etapa: aumento del tamaño de los testículos y el escroto (por lo general, el pene todavía no aumenta). Piel del escroto más fina y enrojecida. Crecimiento disperso de vello largo, fino, ligeramente pigmentado, liso o ligeramente enrollado en la base del pene.

3ª Etapa: continuación del aumento del tamaño de los testículos y del escroto. Aumenta principalmente la longitud del pene. Vello más pigmentado, más denso, más enrollado que se extiende por la zona arriba del pene.

4ª Etapa: continuación del crecimiento de los testículos y del escroto. Aumenta la longitud y el diámetro del pene. Pigmentación de la piel del escroto. Vello del tipo observado en una persona adulta, pero en menor cantidad.

5ª Etapa: órganos genitales y vello propios de una persona adulta, por su tamaño, forma y cantidad respectivamente.¹⁶

El crecimiento del vello axilar ocurre generalmente dos años después de que aparece el vello púbico y va seguido de la aparición de vello facial y luego de la del resto del cuerpo.

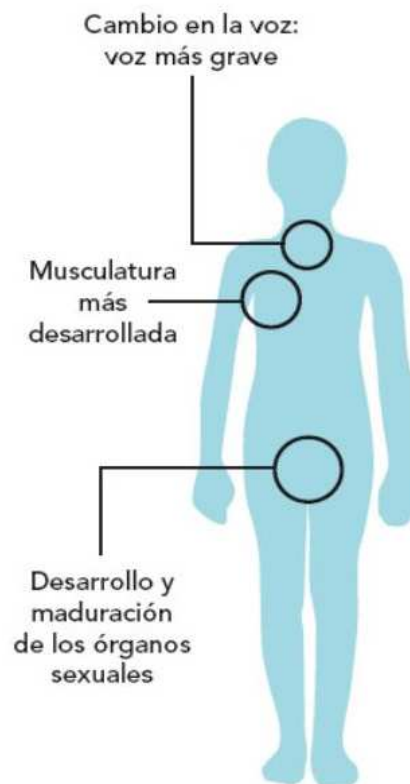
Los cambios de voz surgen generalmente en la fase avanzada del crecimiento genital. Todas las estructuras del sistema reproductivo muestran un crecimiento acentuado en la adolescencia a partir del comienzo del desarrollo testicular. La edad de la primera eyaculación es bastante variable y corresponde generalmente con una fase avanzada de maduración.

En lo que respecta al aumento de estatura, se observa que al iniciarse el desarrollo genital (2º etapa) el adolescente mantiene una velocidad

constante de crecimiento. La fase de aceleración del crecimiento comienza cerca de un año después, cuando el adolescente se encuentra en la 3^o etapa. La velocidad máxima de crecimiento coincide con frecuencia con la 4^o etapa y va seguida de una desaceleración gradual en la 5^o.

Ciertas modificaciones en el funcionamiento del cuerpo (aumento de la tensión arterial, reducción de la frecuencia cardiaca, etc.) a menudo guardan mayor relación con la fase del crecimiento y la maduración sexual que con la edad cronológica.¹⁷

Figura N°2 DESARROLLO FÍSICO EN LOS NIÑOS



Desarrollo físico en los niños
Fuente disponible en <http://www.dfarmacia.com/farma>

2.6 DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL ADOLESCENTE

Si bien el cambio físico es el más importante en este período, en el que un niño se convierte en un adulto, los cambios psicológicos también tienen una gran importancia.

Se llama adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes que aún no son adultos pero que ya no son niños. Es una etapa de descubrimiento de la propia identidad (identidad psicológica, identidad sexual) así como de la de autonomía individual.

El individuo comienza a sentir una necesidad de autosuficiencia y de buscar su propia identidad. Comienza a aprender de sus propias experiencias y a buscar sus propias respuestas. Es por ello que aparecen las diferencias con los padres, especialmente si no existe comunicación y confianza. El adolescente comienza una búsqueda de independencia pero a pesar de mostrarse resuelto en sus decisiones, sufre de una inseguridad que lo pone frente a muchos factores de riesgo.

El adolescente está en un camino medio entre la edad adulta y la infancia, en lo que hace referencia a la vivencia de sus emociones, estando presente una mezcla singular de sus comportamientos. Todavía tiene una forma de manifestar sus deseos mediante una emotividad exacerbada o con la espontaneidad propia de la infancia, pero ya empieza a actuar de una manera sutil en las interacciones, o con una cierta represión relativa de sus emociones, tal como hace el adulto.

Las características básicas del desarrollo psicológico del adolescente podemos resumirlas en:

- Autoafirmación de la personalidad.
- Deseo de intimidad.



- Descubrimiento del yo y del otro sexo.
- Aparición del espíritu crítico.

2.6.1 ASPECTO COGNITIVO

Desde el punto de vista cognitivo, se producen grandes cambios intelectuales. La teoría genética de Piaget determina que en la adolescencia, a partir de los doce años, se adquiere y se consolida el pensamiento de carácter abstracto, que es aquel que trabaja con operaciones lógico-formales y que permite la resolución de problemas complejos. Este tipo de pensamiento significa capacidad de razonamiento, de formulación de hipótesis de comprobación sistemática de las mismas, de argumentación, reflexión, análisis y exploración de las variables que intervienen en los fenómenos.

Investigaciones posteriores de Piaget han puesto de manifiesto que la capacidad de los adolescentes para utilizar el pensamiento abstracto y resolver problemas no sólo está relacionada con la edad sino también de los conocimientos previos que se tienen sobre la materia y la estimulación social.

El desarrollo cognitivo que trae consigo la adolescencia es uno de los aspectos más difíciles de observar externamente, las variaciones en el campo intelectual, en estas edades, se suceden continuamente, estos cambios posibilitan el avance en el pensamiento facilitando el progreso hacia la madurez en las relaciones humanas y en la participación social.

El comienzo de la adolescencia de 12 a 14 años, coincide con la consolidación de las operaciones lógico-concretas y el comienzo, la apertura a un nuevo tipo de razonamiento proposicional.

De 14 a 16 años, comienzan a razonar de una formas más compleja. El desarrollo de la inteligencia operativa-formal, la mayor flexibilidad del



pensamiento, la posibilidad de contemplar un mayor número de alternativas a las situaciones, incide de forma directa en la formación de una identidad personal.

Durante el bachillerato, el alumno ya tienen afianzado el pensamiento hipotético deductivo y es capaz de realizar razonamientos lógicos. Una vez consolidadas estas capacidades los conocimientos previos y la estimulación educativa son fundamentales para el desarrollo de aprendizajes.¹⁸

2.6.2 ASPECTO EMOCIONAL

En esta etapa se producen grandes transformaciones psicológicas. La estabilidad emocional del escolar sufre una desintegración, lo que permite una reconstrucción durante la adolescencia. El desarrollo emocional estará vinculado a la evolución previa que trae el niño y al contexto social y familiar en el que está inserto.

En el adolescente se presenta una marcada fragilidad emocional que se expresa en comportamientos incoherentes e imprevisibles, explosiones afectivas intensas, pero superficiales. El adolescente se caracteriza por tener hiperactividad emocional (en el sentido que la reacción emocional es desproporcionada al estímulo que la provoca) y comportamientos impulsivos.

Estas conductas se relacionan con la intensificación de los impulsos sexuales y agresivos propios de la etapa, los cuales generan ansiedad y son difíciles de modular. Son consideradas como una de las tareas evolutivas importantes de esta etapa el aprender a percibir, modular y controlar la expresión de las emociones e impulsos. El desarrollo depende en gran parte de esta capacidad de postergación de las gratificaciones inmediatas.

En la adolescencia temprana tiende a haber mayor fragilidad emocional y descontrol de impulsos, en la adolescencia media es la etapa en la que los sentimientos experimentan su mayor intensidad y en la etapa posterior el



adolescente irá experimentando una mayor profundidad y duración de sus sentimientos, así como irá desarrollando la responsabilidad, lo que implica pasar de sentirse "víctima" de las circunstancias a sentir un mayor autocontrol.

La adolescencia es una etapa de separación e individuación. Esto supone la configuración de una identidad propia, la búsqueda del concepto de sí mismo, así como dejar los lazos de dependencia infantil.

La identidad es la experiencia interna de mismidad, de ser nosotros mismos en forma coherente y continua, a pesar de los cambios internos y externos que enfrentamos en nuestras vidas. El ser es todo aquello que sabemos, sentimos, vivenciamos y experimentamos como parte de nosotros. Es todo aquello que nos conforma y compone. En esta etapa se produce lo que se ha denominado Crisis de Identidad, que consiste en la necesidad del adolescente de ser él mismo, de tratar de definir su ser y sus objetos, y de adquirir algo que lo diferencie del niño y del adulto, para lograr el autoabastecimiento. Es un proceso que comenzó desde el nacimiento del individuo. En esta etapa se reevalúan y se sintetizan todas las identificaciones logradas a lo largo de la historia evolutiva del adolescente. Se reestructuran escalas de valores, ideales, metas y se decide una vocación.

El concepto de sí mismo del adolescente fluctuará entre una enorme sobreestimación, con deseos y fantasías de ser una persona extraordinaria y por otra parte de un intenso menosprecio donde duda de sus aptitudes y habilidades al compararse con otros que toma como modelos a los cuales aspira imitar.

El adolescente intenta progresivamente y en forma oscilante separarse de las figuras parentales, lo cual se expresa en conductas cuestionadoras de los padres, oposicionismo y negativismo. Se desidealizan las figuras de



autoridad adultas y el adolescente pareciera que se fija "especialmente" en los defectos, lo que suele ser un proceso difícil de aceptar para los padres.

Además, esta rebeldía oposicionista hacia los padres es contradictoria con un verdadero sometimiento a las normas de su grupo de pares a las que el adolescente no se atreve a oponerse. Cabe señalar que no todos los adolescentes desarrollan conductas oposicionistas, muchos logran consolidar una adecuada individuación sin que medien conductas rebeldes o impulsivas, así como también es importante diferenciar estas conductas cuando son propias de un desarrollo normal, de las que corresponden a los trastornos conductuales en la adolescencia.

En el adolescente predomina un fuerte sentimiento de omnipotencia e inmortalidad, lo que junto a la tendencia a actuar los impulsos, los puede llevar a conductas de riesgo donde no se detienen a evaluar las consecuencias.

La etapa de la adolescencia propiamente tal se caracteriza por una gran riqueza y profundidad de la vida emocional. La fantasía y la creatividad están en la cúspide en este período y es frecuente la aparición de aptitudes poéticas, como una forma de sublimar los intensos afectos que se viven.

Estas aptitudes artísticas tienden a desaparecer al final de la adolescencia. Finalmente, el logro de la identidad significa la interpretación exitosa de la imagen personal y su adecuación en la sociedad.

2.6.3 ASPECTO SOCIAL

El curso de las relaciones sociales durante la adolescencia está vinculado estrechamente al desarrollo de la personalidad. Importantes elementos evolutivos de la identidad personal tienen componentes de relación social; y las relaciones sociales, a su vez, desempeñan un papel de principio de esa misma identidad.



En los primeros años de vida, aproximadamente hasta el momento de entrada a la escuela, la familia constituye para el niño el grupo más importante y casi único de referencia social. Con la entrada en la escuela, el niño conoce y trata a nuevos compañeros y a nuevos adultos, que se añaden a la familia como un segundo grupo social de interacción.

En la adolescencia, los espacios donde son posibles los intercambios e interacciones sociales se expanden de manera extraordinaria, mientras, por otra parte se debilita mucho la referencia a la familia, en el proceso de adquisición de su autonomía personal.

En el proceso de adquisición de la autonomía personal, el adolescente se da cuenta que ya no es un niño; quiere ser un adulto, pero sabe bien que todavía no lo es. En esa sociedad de los mayores en la cual pretende entrar él no lo es todavía. Entonces trata de compensar este sentimiento de inferioridad afirmando su “yo” es decir adoptando actitudes que ante los demás y ante sí mismo, le dan una apariencia de seguridad. El modo más sencillo de conseguirlo es oponerse sistemáticamente a las imposiciones de padres y profesores.

Las relaciones sociales del adolescente se pueden enmarcar en tres factores:

1. Relaciones con la familia
2. Relaciones con los compañeros
3. Relaciones con el centro educativo.

2.6.4 DESARROLLO PSICOSEXUAL

La sexualidad en la adolescencia se desarrolla en tres áreas:

- **Física:** aparición de los caracteres sexuales secundarios que preparan al individuo para participar en el acto sexual.

- **Psicológica:** se manifiesta en el conocimiento, la curiosidad y las intenciones acerca de la sexualidad. El pensamiento proposicional le permite al adolescente imaginarse como persona sexual y elaborar planes. La mayoría de estas actividades ocurren en la imaginación del adolescente.
- **Social:** comprende la involucración sexual efectiva con otras personas la que se refleja en sus elecciones de objetos sexuales siendo cada expresión un reflejo de la experiencia contextual del adolescente, donde la familia es su ámbito más inmediato.

Como ya se ha mencionado, una de las tareas más importantes del adolescente es consolidar su identidad. Esta supone identificarse permanentemente con sus objetivos, con sus ambiciones relativas a la sexualidad, con el tipo de relaciones que establece con los otros, etc.

La identidad sexual es parte fundamental de la identidad del yo y normalmente es más conocida como identidad del género (da cuenta del sexo psicológico). Durante la adolescencia, el joven se identifica con su propio sexo (sexo identificado), es decir, asume los rasgos, actitudes, conducta verbal, gestual y motivaciones propias de su género. Este sexo identificado necesita ser reconfirmado por los otros (por ejemplo, relaciones con amistades de su mismo sexo, relaciones amorosas con el otro sexo, etc.) y por el propio adolescente, para asegurarse de su aceptación y lograr la adaptación social. El rol sexual es el comportamiento de cada individuo como hombre o mujer, y la orientación sexual se refiere al objeto hacia el cual se dirige el impulso sexual.

La falta de experiencia en el trato con el sexo opuesto, la timidez, las bromas groseras respecto al sexo, la falta de información, las vivencias desagradables o inesperadas con el otro, etc. pueden afectar una sana identidad sexual. Incluso las experiencias traumáticas en esta etapa pueden complicar la identidad sexual y desencadenar o favorecer alteraciones psicopatológicas.

Es esperable que en la adolescencia temprana el impulso sexual sea relativamente indiferenciado, de hecho las fantasías o conductas homosexuales aisladas, realizadas como parte de la exploración de la sexualidad, no conforman por sí mismas una identidad homosexual. Es en la adolescencia tardía donde se espera que ya se haya consolidado una clara orientación heterosexual que permita una adecuada formación de pareja.¹⁹

La importancia en la salud es vital pero han que tomar en cuenta a la población adolescente que tiene necesidades diferentes a las del resto de la población; es por esto que necesita una atención y enfoque explícita para ellos.

2.7 SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

En la segunda mitad del siglo XX fue cuando se produjeron una serie de cambios que estimularon la atención de salud de este grupo de población:

- La investigación científica aportó importante información sobre la biología de la pubertad y el desarrollo psicosocial de la adolescencia.
- Los cambios demográficos y sociales que hicieron visible a este grupo etario, que se consideró, desde entonces, como “gran preocupación”
- Los conceptos de Salud Pública que facilitaron el desarrollo de la medicina preventiva y, por tanto, de la educación en todo ámbito.

En los últimos decenios, la morbilidad y mortalidad de la población adolescente-joven, ha variado sustancialmente ya que las enfermedades físicas no suelen ser la principal causa de mortalidad. Por el contrario, los problemas principales de salud en la actualidad son el resultado de, comportamientos y prácticas que podrían ser evitables.

La realidad en nuestro país ha demostrado que un porcentaje considerable de este grupo de población, empieza a tener relaciones sexuales que podrían ser “de riesgo” sin disponer de información exacta acerca de la salud



sexual y reproductiva, corriendo el peligro de encontrarse con embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual, abortos, etc.

Determinadas prácticas sexuales en edad “muy temprana” puede llevar a graves riesgos concomitantes. En los últimos decenios, al adelantarse la edad en que las niñas llegan a la “madurez” sexual física, se ha ampliado el período durante el cual las jóvenes tienen que afrontar los posibles riesgos de esta “actividad sexual temprana”, entre ellos el embarazo precoz y los riesgos de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Para alcanzar el desarrollo pleno de la adolescencia es necesario que la sociedad asegure sus necesidades de salud, desarrollo y bienestar.

La salud integral del adolescente, es un concepto que abarca su condición biopsicosocial, de género, enmarcada en el período del ciclo vital y familiar por el que transita y con satisfacción de sus necesidades de salud, desarrollo y bienestar social.

Para lograr esta integralidad es necesario un enfoque clínico-epidemiológico y social en los programas y servicios de salud para adolescentes. Es imprescindible que las estrategias estén dirigidas a acciones de promoción de salud, prevención y no solamente a las curativas y de rehabilitación. Es fundamental la participación activa, permanente y multidisciplinaria de los principales organismos de salud estatales.²⁰

2.8 RED DE SERVICIOS DE SALUD SEXUAL PARA ADOLESCENTES

No obstante el desarrollo alcanzado en nuestro país en los últimos años y el interés por elevar la calidad en la atención brindada en los servicios de salud destinados al adolescente se identifican deficiencias y limitaciones que conspiran contra la eficiencia y la efectividad aspiradas.

Entre las dificultades más frecuentes encontradas en los actuales servicios de salud donde son atendidos los adolescentes se encuentran:

- No dan respuesta de manera general a las necesidades de salud integral, con enfoque biopsicosocial y de género a los adolescentes.
- No existen servicios de salud estatales y privados donde se brinden servicios especializados con áreas privadas, donde el adolescente se sienta seguro y confiado.
- Los registros de información estadística no están diseñados considerando este grupo poblacional (entre 12 y 16 años), por lo que existen limitaciones en el análisis de la mortalidad y morbilidad. En cuenta a la morbilidad, al no considerarse afecciones propias de la adolescencia, pasan estadísticamente a formar parte de un registro general, no tienen un control en cuanto a la morbilidad adolescente.
- Poca participación de los usuarios (adolescentes) en la determinación de sus necesidades.
- Falta de estrategias e insuficiente educación para la salud por parte de los organismos estatales y personal médico especializado de las casas de salud públicas, no logrando una participación activa por parte de los adolescentes

Si bien los Programas Nacionales de Salud abarcan en sus objetivos y acciones la atención a la adolescencia, la elaboración y puesta en práctica del Programa Nacional de Atención Integral a la Salud en la Adolescencia, constituye una necesidad que requiere de soluciones inmediatas.

2.9 LOS RIEGOS DE LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES

Las estadísticas muestran que los riesgos son altos y confirman que los adolescentes no están bien preparados en cuanto a sexualidad. Entre los riesgos más destacados:

- Embarazo.
- Enfermedades de transmisión sexual (SIDA, etc.).

- Experiencias adversas que conllevan actitudes negativas hacia su autoestima, seguridad, confianza, e incluso, hacia su futura vida sexual. Algunas de estas experiencias se realizan sin preparación alguna, bajo los efectos del alcohol, drogas, presión por el grupo de amigos que frecuenta, etc. acentuando los efectos negativos.

Las causas de que estos riesgos se agudicen no son específicas sino muchas, y pueden ser individuales, familiares, sociales, económicas o culturales²⁰

Así, entre los factores de riesgo más comunes, que pueden mostrarse de manera aislada o combinada, se menciona:

- a) **Desinformación.** No sólo la falta de conciencia sobre sexualidad y anticonceptivos es determinante, sino el hecho de que “quienes tienen mayor conocimiento sobre estos temas no siempre lo aplican. Además de que todavía hay muchos tabúes y deficiencias en la educación escolar, hay investigaciones que muestran que los adolescentes conocen los métodos para prevenir el embarazo, incluso saben cómo funcionan, pero no los usan”.
- b) **Psicología del adolescente.** Por naturaleza su estado de ánimo es voluble. Dejándose influenciar por todos los medios que le rodean.

El adolescente en esta etapa se puede sentir incomprendido, por lo que tener una pareja o un niño le hará sentirse más querido y valorado. Por otro lado, “hay especialistas que hablan de la ‘teoría del rescate’, en que la mujer piensa que va a llegar su ‘príncipe azul’ y la llevará a otro lugar, donde vivirán felices por siempre”.

La Búsqueda de identidad. Es un factor clave en esta etapa de la vida, y tener pareja puede representar una forma de afirmarse como hombre o mujer.

- c) **Pertenencia a grupos o naciones.** Así como hay grupos en los que existe el “requisito” de fumar o beber alcohol para ser aceptado, en otros se orilla a tener una vida sexual activa.
- d) **Familia disfuncional.** Más del 80% de los embarazos en adolescentes se presentan en quienes provienen de células sociales en las que prevalecen incomunicación, falta de afecto y relaciones problemáticas.
- e) **Antecedentes.** Varios estudios muestran que si los progenitores fueron padres adolescentes, es más probable que sus hijos lo sean. “Se dice que es por imitación o porque la joven piensa: ‘si tú te embarazaste a mi edad, ¿por qué no lo voy a hacer yo?’”.
- f) **Hábitos culturales.** Sobre todo en áreas rurales hay poblaciones en donde no hay más expectativa de vida que casarse y tener hijos.
- g) **Religión.** El rechazo de la Iglesia a los anticonceptivos también influye, “pese al esfuerzo del estado y grupos sin fines de lucro, quienes difunden que la planificación familiar, estas no son compatible con las creencias espirituales”.
- h) **Economía.** Es cada vez más común que tanto la madre como el padre trabajen fuera del hogar, y esto impide que haya adecuada comunicación y educación sexual.
- i) **Nivel educativo y socioeconómico.** Algunos estudios muestran que a mayor grado de escolaridad y solvencia económica hay menos embarazos en jóvenes, aunque ninguno de estos factores garantiza, por ejemplo, que una familia no sea disfuncional.²¹

2.9.1 El Embarazo en Adolescentes

Ecuador registra el índice más alto de adolescentes embarazadas de Latinoamérica con una tasa del 17% y en la última década se ha registrado un incremento del 74% de estos casos.



Lo que más preocupa es que hay embarazos de niñas de 13 años, edad en la que en muchos de los casos no concluyen su desarrollo y se corren riesgos de salud, como desnutrición, complicaciones en el parto y hasta la mortalidad materna.

Actualmente, según las cifras que maneja el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, hay 2.080 niñas y una de cada cinco adolescentes ya son madres.

Frente a esta realidad, las autoridades buscan disminuir en un 25% los embarazos en adolescentes y no deseados. Entre estos últimos se conoce que 37 mujeres de cada 100 embarazos no planificaron ni desean tener al bebé. Esto hace, además, que crezcan los índices de abortos en situaciones ilegales y de alto riesgo. Solo en el último año se registraron 25.000 abortos.²²

Dentro del desarrollo de una adolescente un evento que puede constituir un importante riesgo es un embarazo, ya que afecta las metas y tareas de esta crucial etapa, interrumpiendo los planes para alcanzarlas, con posibles consecuencias tanto para la salud mental de la adolescente y su familia como para el desarrollo del hijo que va a nacer. Las exigencias y responsabilidades de la maternidad ocurren en un momento en que la adolescente está centrada en la búsqueda de su identidad y de su independencia y antes de haberlo logrado debe satisfacer las necesidades de dependencia de un ser en desarrollo. Por estas razones, y por el notable aumento de su frecuencia, se considera que el embarazo en la adolescencia es un importante problema psicosocial.

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno que trae problemas sociales, económicos y biológicos para las adolescentes, familias y comunidades sobre todo en países pobres, debido a que las adolescentes no están preparadas ni psíquicas ni biológicamente para concebir. Este trae como consecuencia que en los embarazos en adolescentes haya una pérdida

de oportunidades educativas y profesionales que dificultan salir del círculo de pobreza o llevan a él.

Se hace referencia a que un embarazo en la etapa temprana de la adolescencia se caracteriza por inmadurez biológica, incapacidad de la pareja para cuidar a un hijo y formar una familia. Las consecuencias del embarazo en adolescentes abarcan aspectos físicos, maternos y psicosociales que interfieren con la madurez, aceptación social y familiar de la madre y su hijo. Los factores biológicos que se han asociado consistentemente como negativos para el embarazo son: el estado nutricional, bajo peso, altura y la paridad.

Las investigaciones señalan que las adolescentes después del parto reinician su vida sexual a los pocos meses sin tomar las medidas necesarias para prevenir un segundo embarazo, tendiendo a vivir con fuertes sentimientos de culpa y marginación. Mas de los dos tercios de las adolescentes que tienen un hijo antes de los 15 años y no terminan sus estudios y la mitad de las que lo tienen entre los 15 y 17 años.

Es importante tomar en cuenta que una adolescente "no se transforma necesariamente en adulto debido a su embarazo". Las intervenciones deben tener como propósito ayudar a la adolescente a crecer y desarrollarse y a apoyar a la familia para que la ayude en ese proceso. Con este fin puede ser necesario contribuir a que los padres superen el sentimiento de fracaso personal y familiar que los embarga y facilitar el diálogo entre padres e hija.²³

2.10 INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y TECNOLOGÍA EN LA SEXUALIDAD.

En la actualidad el mundo de la modernidad ha conquistado a niños, jóvenes y adultos quienes nos hemos visto rodeados de los medios de comunicación y tecnología a gran escala; que nos seducen a seguir los estatutos que nos



imponen con su publicidad como es la moda, música, artículos de consumo, etc.

En la última década la publicidad ha tomado un giro relevante en la presentación de productos que unido a la explotación del cuerpo femenino y al erotismo para la introducción de cosas como música, artículos, novelas, moda, etc. Puesto que la gran mayoría de la población tiene acceso a los medios de comunicación e internet. Esto se ha ido distorsionando cada vez más.

En la actualidad tan solo se presentan cosas basadas en el erotismo sin fundamento ni valor alguno. La mayoría de programas en los medios de comunicación e internet presentan sexualidad y erotismo muchos de ellos han llegado al exhibicionismo y pornografía; existiendo un gran desbalance entre programas de educación sexual dentro de la red y medios de comunicación.

Los adolescentes están expuestos a esta indiscriminada e inescrupulosa forma de lucro por parte de los medios de comunicación y publicidad. La falta de madurez y concientización del adolescente unido a su cambio psicológico y emocional hace que todo esto desfigure la Sexualidad y la responsabilidad con la que se debe llevar.

La revolución tecnológica y los medios de comunicación han tenido un gran impacto en la subjetividad de los individuos principalmente adolescentes y niños, y ha generado entre otros fenómenos en el modo de ver, entender y vivenciar la Sexualidad, principalmente a través de los artificios de la televisión y la tecnología.

En el ámbito de la cultura y la sociedad se ha impuesto el principio de seducción, característico de los medios de comunicación y de la gran mayoría de páginas web; el cual con sus pautas de superficialidad e

individualismo ha impactado en los valores de la existencia humana, y desde allí en el ámbito de la Sexualidad.

Las imágenes y discursos acerca de la Sexualidad que son transmitidos y promovidos predominantemente desde los medios de comunicación y en la actualidad por el internet donde nuestros jóvenes pasan muchas horas al día, podrían resumirse en los siguientes patrones:

- Sexualidad como un “componente aislado” del conjunto de la Existencia Humana, sobretodo, disociada del vínculo afectivo.
- Sexualidad Femenina contradictoria: virginidad y templanza son valores estimados y desestimados al mismo tiempo.
- Sexualidad Masculina como fuente de poder: ante las mujeres, ante los demás hombres y ante las instituciones de poder social.
- Sexualidad, tanto femenina como masculina, vinculada a la juventud y a la belleza.
- Sexualidad como objeto de consumo, el cual se debe obtener y consumir (consumar) rápidamente, y luego intentar reinventar a través de múltiples artificios.²⁴

2.11 EDUCACION SEXUAL

La educación sexual ayuda a los adolescentes a decidir qué es lo mejor para ellos/ellas en situaciones diferentes, además brindar entendimiento sobre sus emociones y las actitudes que deben tomar frente a cada situación, respetando sus valores y desarrollando confianza en sí mismo.

La **Educación** es un elemento fundamental para promover la Salud Sexual y Reproductiva de la población adolescente. Su fin es revalorizar la importancia del componente afectivo en la vida de los seres humanos y en sus relaciones entre sí, más allá de la relación de pareja. Favorecer un mayor conocimiento y relación con el propio cuerpo como elemento de

autoestima y del autocuidado de la salud. Promoviendo así la adopción de conductas sexuales conscientes, responsables y libres, hacia el adolescente y hacia los demás.

El abordaje sobre sexualidad requiere además de:

- Crear un vínculo de comprensión y paciencia con el adolescente respetando la privacidad y confidencialidad.
- En la adolescencia temprana promover el diálogo familiar incluyendo lo referido a sexualidad.
- Informar sobre anatomía, fisiología del aparato genital, erecciones, masturbación, ciclos menstruales y días fértiles.
- En la consejería, sobre el uso de preservativo dialogar sobre factores de riesgo y, de ser oportuno, promover la postergación del inicio de actividades sexuales o espaciarlas, si ya las hubiera iniciado, hasta alcanzar una mayor madurez; dialogar sobre «la fidelidad que es parte del cuidado» y sobre el alcohol y el consumo de drogas que pueden hacer olvidar los cuidados necesarios para la protección.
- Orientar oportunamente en el uso adecuado de la anticoncepción, preservativo y otros métodos.
- Hablar sobre las emociones y responsabilidad.
- Entre aquellos que manifiestan querer tener relaciones sexuales, promover la reflexión sobre los propios deseos y actitudes; dialogar sobre la elección de la pareja, sobre el momento oportuno para iniciarse sexualmente, promover hablar del tema y sobre cómo cuidarse con la persona elegida, valorar el respeto y la capacidad de autocuidado y cuidado del otro.
- Tener en cuenta la información adecuada para despejar los mitos y prejuicios.

- Indicar el método anticonceptivo más adecuado u orientar hacia la atención ginecológica y/o a un servicio de planificación familiar; enseñar el uso del preservativo, del espermicida y de los anticonceptivos hormonales; señalar la importancia de la continuidad en los cuidados.
- Dialogar sobre el riesgo de la influencia del alcohol u otras drogas, del embarazo no deseado, la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo la infección por el VIH.
- Referir, si fuera oportuno, el tema de la coerción, violencia, abuso.
- Indicar la vacuna antihepatitis B y, en varones homosexuales, la de la hepatitis A. Y, en las mujeres, tener en cuenta la vacuna para HPV.
- Cuidado y prevención frente a las ITS en los que han presentado conductas de riesgo y tratamiento si correspondiera.
- PAP y colposcopia anual en las mujeres que se han iniciado sexualmente.
- Informar sobre la existencia de la anticoncepción de emergencia y su adecuada utilización.
- De ser posible, ofrecer o usar material educativo con lenguaje y orientación acorde con la cultura.²⁵

2.11.1 FACTORES INTERVINIENTES EN LA EDUCACIÓN SEXUAL.

- **Educación.** Hablar de salud reproductiva es uno de los puntos más importantes, pero cabe mencionar que la información es más efectiva cuando los adolescentes aprenden de sexualidad desde edades tempranas.
- **Familia.** Es de gran importancia que la relación entre padres e hijos sea abierta, afectuosa, con buenos canales de comunicación y que ponga en práctica la empatía (que los mayores traten de ver “del lado del adolescente” y viceversa). Los padres deben librarse del miedo a

hablar sobre sexualidad y reconocer que, cuando no conocen un tema, deben buscar información juntos, de modo que el joven comprenda que hay una apertura y que se le toma en cuenta.

- **Equidad.** Es importante cambiar algunos conceptos culturales muy arraigados para que los varones comprendan que el embarazo es una cuestión de dos y no sólo de la mujer. El hombre tienen la obligación de asumir su responsabilidad y del autocuidado.
- **Campañas.** Diversas estadísticas muestran que sus resultados son favorables. Los especialistas entrevistados recomiendan que estos esfuerzos deben hacer hincapié en que mujer y hombre son responsables por igual respecto a la toma de decisiones sobre su sexualidad, y deben fomentar la no violencia en la pareja. Además, deben prevalecer los mensajes claros en cuanto al uso de los métodos anticonceptivos y la manera de resolver las dudas más frecuentes de los adolescentes.
- **Mejorar la atención en los centros de salud.** Aunque los centros de salud tienen la obligación de proporcionar información sobre métodos para evitar el embarazo, hay ocasiones en que los jóvenes son relegados y no se les brinda la ayuda a la que tienen derecho por ser menores de edad.

2.11.2 AGENTES DIRECTOS QUE INTERVIENEN EN LA EDUCACIÓN SEXUAL:

- **Escuela:** lugar adecuado para informar y educar sexualmente a los alumnos, ya que permite acceder a un elevado número de jóvenes, antes de que inicien una conducta sexual de alto riesgo, ya que una vez establecida sería difícil de modificar.
- **Profesionales sanitarios:** deben reforzar las actitudes y conocimientos sobre patrones de conducta sexual responsable así como fomentar la comunicación de los padres con los adolescentes en temas de sexualidad.



- **Familia:** es imprescindible una comunicación eficaz entre los padres y los adolescentes en todos los temas generales pero también referentes a la sexualidad, para que los jóvenes traten la sexualidad como un proceso natural desde pequeños. Aquí no podemos obviar que la familia no suele aportar mucha información sobre sexualidad a sus hijos.

La educación sexual debe fomentar desde la primera etapa de la adolescencia los hábitos de salud y responsabilidad, fortaleciendo la autoestima, y estableciendo una relación de confianza que permita el diálogo sobre sexualidad, los padres también pueden contribuir de manera eficaz a la prevención del embarazo no deseado, del VIH y de otras Enfermedades de Transmisión Sexual.²⁶

Los objetivos de la educación afectivo-sexual debe seguir siendo aumentar los conocimientos sobre métodos anticonceptivos desterrando las ideas erróneas existentes, mejorar las actitudes hacia su utilización, promover la postergación de las relaciones sexuales en los adolescentes, manifestarles que sus emociones y sentimientos se encuentran cambiantes y no están preparados para decepciones tras una post relación sexual que puede afectar su vulnerable psicología.

CAPÍTULO III

3. MARCO REFERENCIAL

FOTO N° 1

COLEGIO NACIONAL “BENIGNO MALO”



Fotografía de la parte frontal del Colegio Benigno Malo
Fuente: Imagen tomada por las autoras

3.1 UBICACIÓN DEL COLEGIO NACIONAL BENIGNO MALO

El Colegio Benigno Malo se encuentra Ubicado en la provincia del Azuay, dentro de la zona urbana de la Ciudad de Cuenca, Se halla en la avenida Fray Vicente Solano. Su capacidad de alumnos está en el límite, con 2.160 alumnos.

FOTO N° 2

MAPA DE UBICACIÓN DEL COLEGIO BENIGNO MALO



Mapa de Ubicación del Colegio Benigno Malo.
Fuente: disponible en <http://www.colegiobenignomalo.edu.ec>.



3.2 MISIÓN

El Colegio Nacional Experimental “Benigno Malo” es una Institución que promueve la formación holística de sus estudiantes, en el contexto de la experimentación educativa, por lo que planifica, ejecuta y evalúa el desarrollo de sus proyectos, mediante la aplicación de los avances didácticos, pedagógicos, científicos, filosóficos y tecnológicos, para educar a los jóvenes no sólo en el amor y el respeto al estudio sino también capacitarlos para la carrera universitaria y para la vida.

3.3 VISIÓN

El Colegio Nacional experimental “Benigno Malo” es un plantel líder en la región, trabajando en el ámbito de la formación holística de bachilleres con excelencia académica, humanística, ecológica y tecnológica, sustentándose en la investigación y experimentación educativa, potencializando su autonomía, capacidad crítica y de interpretación objetiva de la realidad, para que sean parte del desenvolvimiento y cambio de la sociedad a través del ejercicio de valores éticos, culturales y cívicos.

3.4 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

JUAN BAUTISTA VÁZQUEZ HERDOÍZA: FUNDADOR

Educador, nació en Chuquipata (Azogues) el 21 de Junio de 1.821, hijo de Joaquín Vázquez, y de Francisca Herdoíza, joven perdió a su padre y junto a su madre y hermanos viajó a vivir en Cuenca en casa de su tío materno (sacerdote), quien le enseñó las primeras letras, ingresó al Colegio de San Sebastián para niños pobres y en 1.836 al Colegio Seminario de San Ignacio de Loyola, donde estudió leyes, brilló como el mejor estudiante y fue nombrado en 1.843 profesor sustituto de la cátedra de Derecho Público. En 1.844 se graduó de doctor en Jurisprudencia, su temperamento incorruptible ante el abuso y las injusticias así como su generosidad, le



impedía prosperar económicamente. Entre los cargos más importantes tenemos: Protector de Indígenas del Cantón Azogues, Rector del Colegio “San Luis”, hoy Colegio Benigno Malo, Presidente de la Cámara de Representantes y Senadores, Secretario de la Subdirección de Estudios Catedráticos de Jurisprudencia, Ministro Fiscal de la Corte de Cuenca. Ministro Juez de la Primera Sala de Riobamba, Inspector de Escuelas del Azuay y primer Diputado de esta provincia, Presidente de la Municipalidad de Cuenca.

Fundó el primer colegio en la ciudad de Cuenca, también la primera Biblioteca Pública así como veintinueve escuelas rurales.

En 1.869 García Moreno, designa a Carlos Ordóñez Lazo para la gobernación de Cuenca. Vázquez “el grande” volvió a ocupar la Jefatura Política el 25 de enero y en febrero suscribió el Acta de adhesión a la revolución, firma que fue tomada como una inconsistencia doctrinaria en quien siempre había respetado las leyes y más aún la Constitución; sin embargo, era tanta su amistad con Ordóñez, que ésta le arrastró a cometer el error. Al poco tiempo, García Moreno refundió el Colegio Nacional en el Seminario, que entregó a los jesuitas y Vázquez vio su obra de cinco años heroicos en manos extrañas y por si esto hubiere sido poco, ocurrió que la juventud cuencana se tomó los cuarteles y apresaron a Ordóñez, y al propio Vázquez, condenándoles a sufrir la pena de fusilamiento; recibió varios disparos, una bala le dio en el reloj de oro y otra lo hirió y quedó como muerto en el suelo, fue perdonado a último momento.

Después de esta traumática experiencia se retiró a vivir a Riobamba, ejerciendo como Ministro Juez de la Primera Sala, porque no podía seguir en Cuenca debido a la reacción popular existente.

Asesinado García Moreno, su sucesor Antonio Borrero designó a Vázquez (1876) para el desempeño de la dirección del Colegio Nacional, que acababa de ser abandonado por los Jesuitas. En aquel tiempo el Colegio se llamaba



“San Luis” y volvió gratuitamente a servirlo después de seis años de alejamiento, prosiguiendo su administración hasta 1.894 en que se jubiló. Muere el 22 de Mayo de 1.899.

3.5 CONTEXTO HISTÓRICO INSTITUCIONAL

Mediante Decreto publicado el 16 de Octubre de 1858, Senado y Cámara de Representantes resuelven: “Se establezca en la ciudad de Cuenca un colegio con el nombre de “San Gregorio”. El ejecútese a este decreto lo concede el Presidente Francisco Robles el 20 de octubre del mismo año y hace realidad la lucha emprendida desde 1853 por Juan Bautista Vásquez, quien como representante por el Azuay luchó por conseguir la fundación del Primer Colegio Secundario en Cuenca.

En 1864 se le designa como Rector a su principal gestor. En forma personal consigue una asignación fiscal lo que le permite adquirir un espacio físico para el colegio, mismo que fue ofrecido por la Comunidad Religiosa de Santo Domingo con una superficie de 2849 m. la escritura de Compra- Venta se celebra el 30 de enero de 1864.

La colaboración por parte de la Comunidad de Santo Domingo es digno de resaltar el nombre del padre Fray Tomás Guerra, ya que antes que se formalice la compra-venta del inmueble permitió se inicie las primeras enseñanzas en un improvisado escenario al extremo oriental de la actual Iglesia de Santo Domingo, espacio físico en el que se dictaron las primeras clases, acomodando como aula un zaguán y utilizando como pupitres unas tablas y ladrillos. En honor y reconocimiento a esta Comunidad Religiosa, el Colegio Nacional “San Gregorio”, asumió los colores blanco y negro

El 1869, el Colegio pasa a ser regentado por los Jesuitas, bajo la dirección del padre Italiano Miguel Franco, quien es designado Rector, deja de llamarse “San Gregorio” para denominarse Colegio Nacional “San Luis”, y



sus instalaciones se trasladan al inmueble de la propiedad de la Comunidad Jesuita, ubicada en la calle Bolívar entre Padre Aguirre y Benigno Malo.

Por resolución del Congreso Nacional de 1910 deja de llamarse “San Luis” para denominarse “Colegio Nacional Benigno Malo” en honor al ilustre cuencano que vio la primera luz en el año de 1807 y falleció en su ciudad natal el 2 de abril de 1870. Gran Estadista, Diplomático, Primer Rector de la Universidad de Cuenca, Escritor, Senador por el Azuay, Enviado Extraordinario Ministro Plenipotencial, Jurisconsulto, Internacionalista, Publicista, Periodista, Político, entre otros.

La concepción arquitectónica del Neoclásico se desarrolla lejos de la relación con la Naturaleza. La razón se impone a través de la ciencia y de la tecnología. Predomina una visión intelectualista y mecanicista de la realidad.

En diciembre de 1937, el General Enríquez Gallo Presidente de la República, atentando elementales e inalienables derechos de propiedad, expide el decreto No.10, mediante el cual adjudica al Normal Manuel J Calle el inmueble central de propiedad del Colegio Benigno Malo, las autoridades del Colegio, estudiantes, padres de familia inician una tenaz lucha que termina en 1940. Similar situación se da en 1938, cuando una orden gubernamental destinó el edificio nuevo como cuartel del Ejército Nacional. El Dr. Enrique Arízaga Toral comunica que la Asamblea Nacional de la República considerando el decreto de 1937 un fragante desconocimiento de propiedad del colegio Benigno Malo ha procedido a derogarlo.

Desde 1985, el Colegio formó parte de la Asociación Nacional de Planteles Experimentales del Ecuador (ANPEE). Esta red de experimentación se dedicó a articular el tramo de la educación básica con el bachillerato. El proceso de Innovación del Sistema Nacional de Bachillerato estuvo conducido por el Programa Piloto Experimental de la Universidad Simón Bolívar. El Colegio “Benigno Malo” asumió la responsabilidad de pilotear la reforma con el Bachillerato en Ciencias.



En 1998, se implantó en el Ecuador la Reforma Curricular en la Educación Básica. El Colegio “Benigno Malo” acogió los lineamientos de la reforma Curricular, a partir del año lectivo 2000-2001.

En 1999, a raíz de la creación, por parte del Ministerio de Educación y Cultura, del Bachillerato en Ciencias, el Colegio asumió la propuesta de la Universidad Estatal de Cuenca, a través de la REDCU, compartiendo experiencias comunes.

Al asumir el Colegio, el carácter de experimental, incorporó los principios del Modelo de Educación Alternativa para Ecuador, aplicándose a observar las leyes y reglamentos de educación. Aplicó el sistema de medición de la calidad educativa por la aplicación del SEAPE (Sistema de Evaluación Acreditación para Planteles Experimentales). Dio mayor utilización a la información estadística para el seguimiento de la asistencia, rendimiento, deserción, pérdida de año de los estudiantes. Ha propiciado una mayor interacción con los padres de familia, a través de las instancias administrativas del plantel.

A partir del año lectivo 2003-2004, a raíz del Decreto Ejecutivo 1786, el Colegio desarrolla nuevamente el Bachillerato en Ciencias, con las modalidades: General y Especializaciones (Físico-Matemáticas, Químico-Biológicas y Sociales) a partir del primero de bachillerato.

Desde el año 2006 hasta el 2012, está en vigencia el proyecto de Bachillerato en Ciencias Básicas basado en el decreto 1786, se eliminan las especialidades quedando solamente Bachillerato en Ciencias Básicas, egresando la primera promoción en el año 2008-2009. En este contexto se ubican los proyectos de experimentación que optimizan el proceso educativo institucional.



3.6 AUTORIDADES DEL COLEGIO

Rectora: Mgs. Laura Serrano Morocho

Vicerrector de la Tarde: Lcdo. Hernán Ortega

Inspector General: Lcdo. Norman Alvear

Subinspector: Lcdo. Luis Quezada

Inspectores: Juan Avilés, Luis Coronel, Edgar Varela, Alejandro Morocho, Raúl Pesantez, Cristian Fernández.

Departamento de Orientación Vocacional: Dr. Fernando López.

Docentes: 100 docentes en las diferentes asignaturas.

Personal de Servicios: Martín Pérez.

PLANTA FÍSICA

El Colegio Benigno Malo cuenta con 6 bloques descritos a continuación

- Rectorado.
- oficinas administrativas.
- Secretaria.
- Colecturía.
- orientación vocacional.
- inspección general.
- sub inspecciones en cada bloque.
- sala de profesores, etc.
- Aulas 24.
- Inspecciones 8.
- Laboratorios:
 - 2 de Química
 - 2 de Física
 - 2 de Inglés

También cuenta con

- 4 canchas deportivas.



- 1 imprenta.
- 1 papelería.
- 1 coliseo.

Baños:

- 5 en servicio.
- 2 sin servicio.
- 1 Piscina
- 1 Bar.
- Bodegas, etc.

3.7 LA INSTITUCIÓN FUE FUNDADA EN 1858, MIENTRAS QUE LA ESTRUCTURA DEL COLEGIO ACTUAL DATA DE 1924

Hace 85 años se colocó la primera piedra del actual Colegio Benigno Malo de Cuenca, institución que se fundó mucho antes, en 1858. Es considerado uno de los patrimonios más importantes de la ciudad y fue el primer plantel secundario mixto de Cuenca.

La estructura es de estilo neoclásico francés, pues sus dimensiones son asimétricas en todos sus componentes. El 1º de enero de 1924 se inició la construcción del edificio, que está ubicado en la avenida Fray Vicente Solano.

Cuna de ilustres

El Benigno Malo educó a famosos cuencanos. Entre ellos a Remigio Crespo Toral, uno de los poetas más grandes de América, a Rafael María Arízaga, diplomático, orador y parlamentario. Además del primer arzobispo de Cuenca, Manuel de Jesús Serrano Abad.

Sin provisiones para incendios

Para evitar que la estructura del Benigno Malo sea vulnerable a incendios,



Javier Carpio, inspector del departamento de Bomberos, recorrió el centro educativo. En su búsqueda constató que en los 3 mil m² de construcción, hay un solo extintor de fuego.

Además, evidenció que sólo hay una medida de protección que está ubicada en la biblioteca y el museo de la institución. Es un sistema de seguridad contra incendios y robo que fue colocado por el Ministerio Coordinador de Patrimonio Natural y Cultural como parte del decreto de emergencia del patrimonio cultural. (XPA).

Su biblioteca es de las más antiguas del país

La biblioteca del colegio Benigno Malo es una de las más antiguas del país, pues nació junto con el colegio en el año de 1864 mediante una donación de libros por parte del Seminario de los Jesuitas. Por ello, la mayoría de ejemplares es de temas religiosos.

Entre los libros hay algunas obras que fueron editadas en los años 1602. Por ejemplo Obras morales en romance, Historia general de la Iglesia, Arte de encomendarse a Dios, Nueva colección de las cartas del Papa Clemente XIV, estudios filosóficos sobre el cristianismo, entre otros. Todas ellas son consideradas verdaderas reliquias.

La biblioteca fue pública desde 1928. Justamente, para diversificar los tópicos y satisfacer los requerimientos de los estudiantes de diferentes especializaciones, se adquirieron libros especializados.

Así, el inventario continuó incrementándose paulatinamente hasta hace unos 15 años. En esa fecha se estima que llegó a contar con 6 000 ejemplares. Se destacan las obras de literatura; algunas de ellas, incluso, de ediciones originales.



CAPÍTULO IV

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Aplicar una Estrategia Educativa en Información y Comunicación de los Adolescentes del noveno año de educación básica del colegio Nacional Benigno Malo del Cantón Cuenca 2011-2012

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características personales y familiares de los adolescentes del Ciclo Básico en el Colegio Nacional Benigno Malo.
2. Determinar las fuentes en donde los adolescentes del Ciclo Básico en el Colegio Nacional Benigno Malo buscan información a cerca de la Sexualidad
3. Identificar la frecuencia y tipo de comunicación sobre el tema de Sexualidad que tienen con sus padres los adolescentes del Noveno Año de Educación Básica en el colegio Nacional Benigno Malo
4. Determinar la frecuencia con que los adolescentes visitan un centro de salud para consultar sobre el tema de sexualidad



CAPÍTULO V

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo, que se realizó en el Noveno de Educación Básica del Colegio Nacional “Benigno Malo” perteneciente al Cantón Cuenca.

5.2 ÁREA DE ESTUDIO

El Colegio Benigno Malo es una institución fiscal que labora en dos jornadas; matutina y vespertina. Se encuentra ubicado en la Avenida Solano

Su construcción se inició hacia 1924 y desde 1937 es el primer centro de educación secundaria de Cuenca. Su monumental edificio con rasgos neoclásicos se asemeja a una postal europea.

5.3 UNIVERSO Y MUESTRA

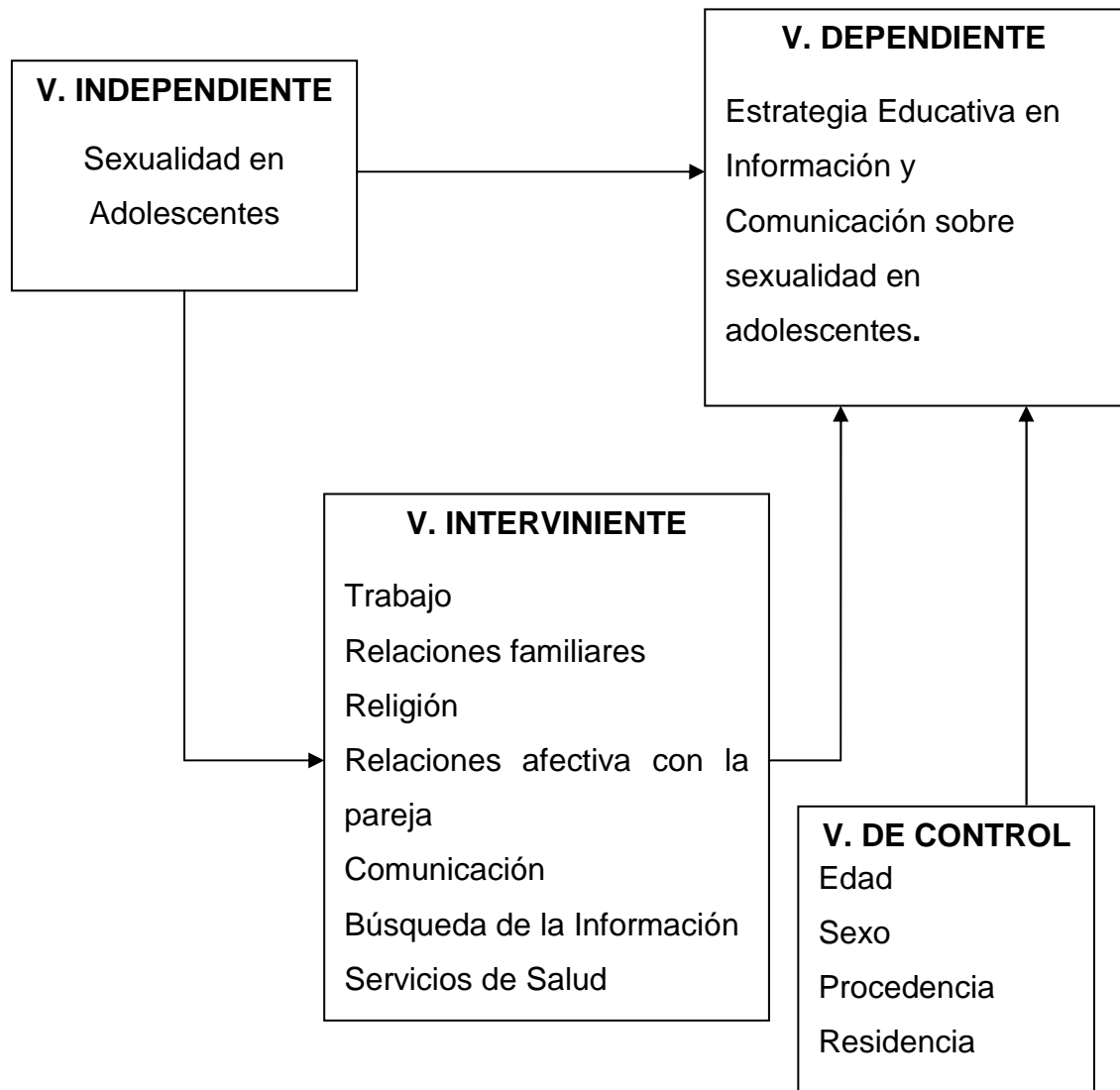
Universo:

Es un universo lo conforman 2.160 estudiantes matriculados en el Colegio “Benigno Malo” perteneciente al Cantón Cuenca en el período lectivo 2011-2012.

Muestra:

La constituyeron los 257 adolescentes escolarizados y matriculados en el noveno año del ciclo básico del Colegio Benigno Malo perteneciente al Cantón Cuenca, a quienes el Consejo Directivo autorizó que se realice la investigación y que han decidido ser beneficiarios de este proceso.

5.4 ASOCIACIÓN EMPIRICA DE VARIABLES



Operacionalización de Variables (ver anexo 5)

5.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

MÉTODO CUANTITATIVO: por que las investigadoras determinamos mediante escalas el grado de información y comunicación que poseen los adolescentes.

TÉCNICAS:

- **Observación:** directa e indirecta (adolescentes, características del colegio, etc)

Análisis documental:

- Bibliografía nacional e internacional, informes, registros y normas nacionales vigentes (fase diagnóstica). Permittiéndonos establecer correlación con los resultados de la investigación conociendo así la importancia de cada uno de los factores actuantes dentro de la Sexualidad Adolescente.
- **Entrevista:** preguntas suscritas dentro de un formulario elaborado por las autoras de la investigación en base a las variables.

INSTRUMENTOS:

- Se utilizó un formulario el mismo que fue auto llenado por los adolescentes, previa capacitación. (Anexo 4).

5.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Una vez recolectados los datos se procedió a la codificación de los formularios. Para ello se clasificó por variables: edad, sexo, curso, nivel de conocimientos e Información sobre Sexualidad. A la información obtenida mediante los formularios se aplicó un análisis descriptivo mediante un

formato para la base de datos electrónica (SPSS). Las autoras fueron las responsables de la introducción de los datos en el programa.

Las medidas estadísticas que utilizamos en el desarrollo de la tabulación nos permitió presentarlos en tablas y gráficos, de entre los gráficos se utilizó los diagramas de barras.

5.7 PROCEDIMIENTOS

- **Autorización**

Autorización por parte del Director y Asesor, para la realización de la investigación.

- **Procedimiento en las clases**

- Guía de las encuestas, anexo 2 (consentimiento) y anexo 3 (asentimiento)
- Los adolescentes llenan la primera pagina (asentimiento) y el cuestionario
- Separar el asentimiento de la encuesta
- El encuestador llena un registro
 - Fecha
 - Número de alumnos presentes
 - Número de alumnos que no quieren participar
 - Duración
 - Observaciones

5.8 INTERVENCIÓN EDUCATIVA:

La intervención educativa fue realizada en las aulas del colegio Benigno Malo del Ciclo Básico, se programó cuatro sesiones con duración de 30 a 45 minutos cada una. Las charlas fueron interactivas con la participación de los



estudiantes, quienes pudieron exponer sus dudas. Para ello se proyectó un video a través del infocus en el que se expuso las consecuencias que trae consigo el inicio de una vida sexual activa. etc.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estudiantes secundarios comprendidos en edades de 13 a 18 años cumplidos, de cualquier raza, sexo, o condición social, que estudien en el Ciclo Básico del colegio Benigno Malo.
- Estudiantes secundarios que hayan decidido ser beneficiarios de este proceso de investigación y que hayan formado su consentimiento.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudiantes secundarios que a pesar de firmar su asentimiento, deciden no participar en la investigación.
- Estudiantes cuyas fichas estén incompletas en relación a la información solicitada

5.9 RECURSOS HUMANOS

Directos: están representados por los responsables de la investigación:

- **Autoras:** Hilda Evelina Acero Lojano, Elizabeth Alexandra Jara Quito.
- **Directora de tesis:** Lcda. Cecilia Sinche Rivera
- **Asesora:** Lcda. Blanca Bermejo González

Indirectos: estarán representados por los estudiantes que van a ser sujetos del estudio y las autoridades del colegio.

CAPÍTULO VI

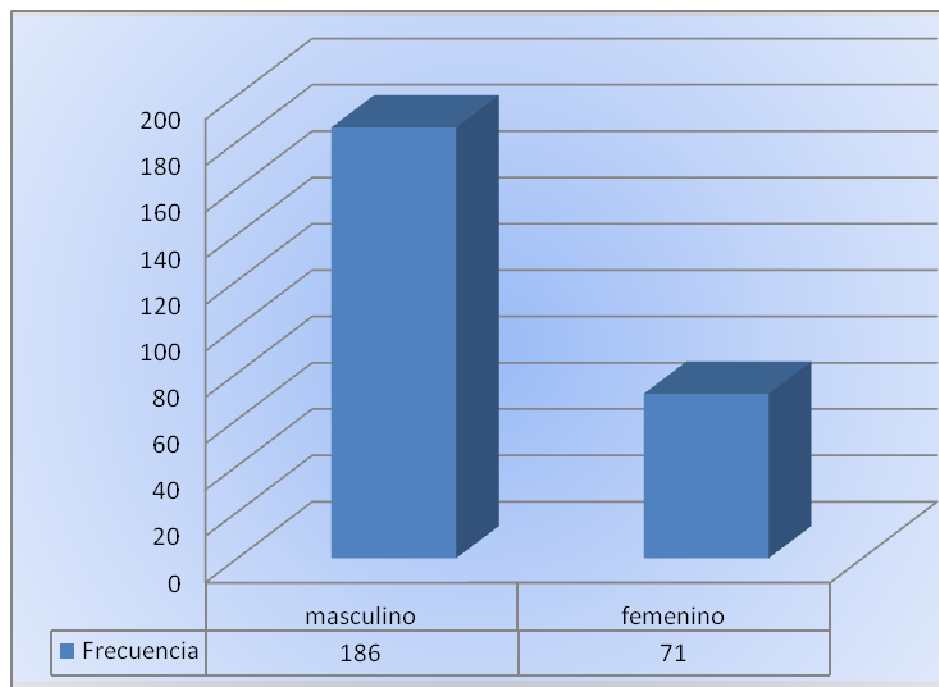
6. ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE DATOS

Los datos se recolectaron a través de un formulario de recolección de información de tipo cuantitativo, obtenidos los resultados, fueron revisados, corregidos y procesados en el programa de Excel y SPSS.

Los datos una vez procesados son presentados en tablas y gráficos estadísticos, el análisis se realiza aplicando la estadística descriptiva.

GRÁFICO N°1

DISTRIBUCIÓN DE 257 ESTUDIANTES DEL NOVENO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DEL COLEGIO NACIONAL BENIGNO MALO DE LA CIUDAD DE CUENCA, SEGÚN: SEXO.2012



Fuente: Colegio Nacional Benigno Malo
Elaborado por: Las Autoras

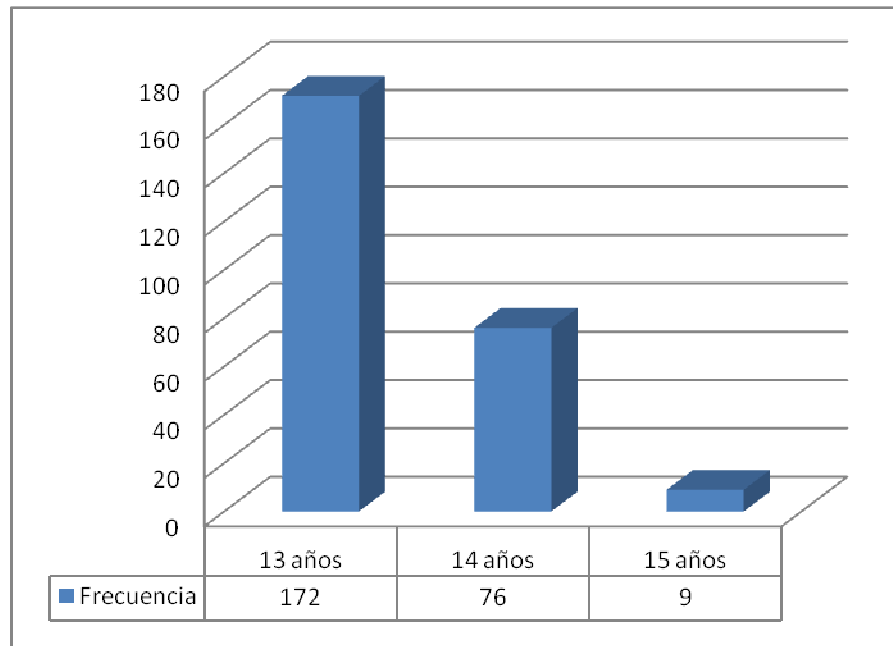


Análisis

En este gráfico podemos observar que en los novenos de básicas existen más adolescentes del género masculino, esto puede deberse a la ideología de algunos padres de familia que no aprueban que sus hijas estudien en un colegio mixto por miedo a prejuicios de género y temen que las adolescentes sean maltratadas, discriminadas o enamoradas por el género masculino, poniendo en conflicto sus estudios y desempeño, es por estas y otras razones que en la mayoría de colegios mixtos de nuestro país predomina en un número superior el género masculino.

La educación mixta garantiza iguales derechos a hombres y mujeres de este modo se pretende preparar para una vida futura en todo ámbito, donde la coexistencia de los dos géneros es inevitable y que tanto hombres como mujeres deben respetarse por igual; evitando así la división de géneros que en otras épocas ha sido tan marcada para las mujeres.

GRÁFICO N°2
DISTRIBUCIÓN DE 257 ESTUDIANTES DEL NOVENO AÑO DE
EDUCACIÓN BÁSICA DEL COLEGIO NACIONAL BENIGNO MALO DE
LA CIUDAD DE CUENCA, SEGÚN EDAD. 2012



Fuente: Colegio Nacional Benigno Malo
Elaborado por: Las Autoras

Análisis

En este gráfico apreciamos que la edad predominante en la mayoría de adolescentes investigados son de 13 años, esta es la edad acorde que los alumnos deben tener para el nivel académico de noveno de básica, a continuación tenemos adolescentes de 14 y 15 años esto puede deberse a que algunos comenzaron su educación básica con edades mayores o que hayan reprobado en años anteriores.

TABLA N°1

DISTRIBUCIÓN DE 257 ESTUDIANTES DEL NOVENO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DEL COLEGIO BENIGNO MALO DE LA CIUDAD DE CUENCA, CUALES SON LAS FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD Y CUANTAS VECES LO CONSULTAN. 2012

| ¿En el último año cuántas veces has buscado información sobre | ¿En qué parte buscas información sobre sexualidad? | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|-----------|-------------|------------|------------|--|
| | folletos | | libros | | internet | | otros | | TOTAL | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | |
| 1 vez | 20 | 7.78 | 13 | 5.06 | 39 | 15.18 | 5 | 1.95 | 77 | 29.96 | |
| 2 veces | 22 | 8.56 | 10 | 3.89 | 37 | 14.40 | 4 | 1.56 | 73 | 28.40 | |
| 3 veces | 4 | 1.56 | 10 | 3.89 | 19 | 7.39 | 4 | 1.56 | 37 | 14.40 | |
| más de 3 veces | 9 | 3.50 | 3 | 1.17 | 14 | 5.45 | 2 | 0.78 | 28 | 10.89 | |
| varias veces | 6 | 2.33 | 8 | 3.11 | 22 | 8.56 | 6 | 2.33 | 42 | 16.34 | |
| TOTAL | 61 | 23.74 | 44 | 17.12 | 131 | 50.97 | 21 | 8.17 | 257 | 100 | |

Fuente: Colegio Nacional Benigno Malo

Elaborado por: Las Autoras

Análisis

En la tabla podemos observar que el medio de mayor consulta para los (as) adolescentes es el internet, 131 adolescentes hacen uso de esta herramienta informática tan común es su medio.

La segunda fuente de indagación son los folletos con un total de 61 adolescentes. Los folletos publican cortos o síntesis de algunos temas; específicos, ciertos folletos no ahondan en el tema sino más bien promocionan ciertos productos, instituciones etc.

En la penúltima escala de la investigación obtuvimos que 44 adolescentes consultan en libros sobre sexualidad; podemos discernir el porqué se encuentra en esta escala ya que los libros de sexualidad se encuentran en bibliotecas y librerías de donde los adolescentes sienten vergüenza de pedirlos prestados o de comprarlos, en especial si es sobre un tema específico.



Analizando las veces que han consultado sobre sexualidad los adolescentes investigados tenemos que: 77 adolescentes han consultado una sola vez, 110 adolescentes han consultados entre 2 y 3 veces y 42 adolescentes han consultados varias veces sobre sexualidad, este indicador es muy bajo sobre la necesidad de buscar respuestas a sus inquietudes, la mayoría de ellos lo hacen muy esporádicamente en cuanto a la investigación de ciertas interrogantes de sexualidad.

TABLA N°2
DISTRIBUCIÓN DE 257 ESTUDIANTES DEL NOVENO AÑO DE
EDUCACIÓN BÁSICA DEL COLEGIO BENIGNO MALO DE LA CIUDAD
DE CUENCA QUE INDICAN SI HABLAN O NO CON SUS PADRES
SOBRE SEXUALIDAD Y QUE DIFICULTAD REPRESENTA PARA ELLOS
HABLAR DEL MISMO. 2012

| | ¿Hablas con tus padres sobre el tema de sexualidad? | | | | | | | | |
|---|---|-----------|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|------------|------------|
| | | sí | | no | | aveces | | TOTAL | |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| ¿En general como te sientes cuando se toca el tema de sexualidad? | no tengo problemas para hablar de sexualidad | 53 | 20.62 | 78 | 30.35 | 33 | 12.84 | 164 | 63.81 |
| | me gusta hablarlo solo con personas específicas | 11 | 4.28 | 22 | 8.56 | 8 | 3.11 | 41 | 15.95 |
| | prefiero no hablarlo | 12 | 4.67 | 34 | 13.23 | 6 | 2.33 | 52 | 20.23 |
| | TOTAL | 76 | 29.57 | 134 | 52.14 | 47 | 18.29 | 257 | 100 |

Fuente: Colegio Nacional Benigno Malo

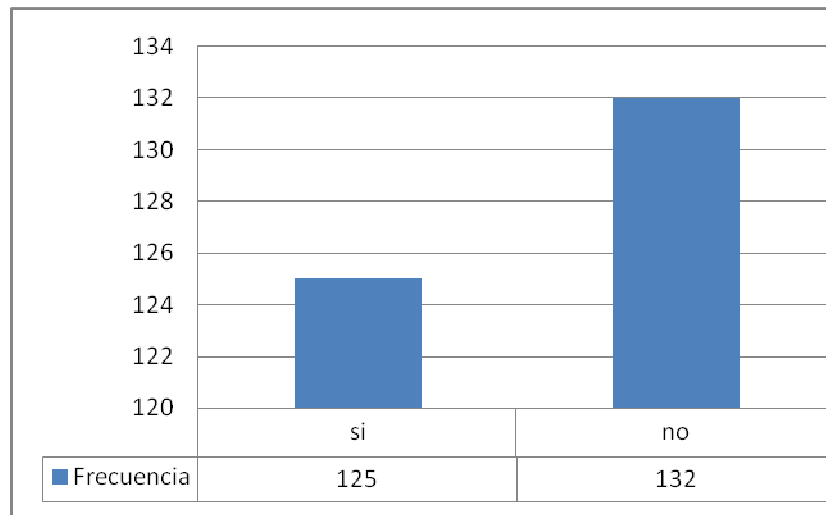
Elaborado por: Las Autoras

Análisis

Asociando los indicadores tenemos que 164 adolescentes hablan libremente sobre el tema con sus padres. No existe espacio más importante que la familia para la educación sexual, 41 adolescentes hablan con personas específicas, estas personas pueden ser allegadas a su círculo social como mejores amigos/as estableciendo que en su hogar no hay confidencialidad con su progenitores buscando así respuestas en terceras personas que como ellos pueden tener información muy superficial. Adicionando los ítems tenemos que 52 adolescentes no hablan sobre sexualidad con persona alguna.

Al determinar sobre la cantidad de adolescentes que hablan de sexualidad continuamente ya sea con sus padres u otras personas tenemos que 76 adolescentes hablan muy seguidamente del tema sin problema alguno, 134 adolescentes tienen problemas para hablar de sexualidad. Las/los adolescentes requieren que los adultos realicen un acercamiento comprensivo e iluminador a los conflictos e inquietudes propias de su edad.

GRÁFICO N°3
DISTRIBUCIÓN DE 257 ESTUDIANTES DEL NOVENO AÑO DE
EDUCACIÓN BÁSICA DEL COLEGIO BENIGNO MALO DE LA CIUDAD
DE CUENCA, QUE INDICAN SI CONOCEN O NO UNA CLÍNICA O
CENTRO DE SALUD DONDE CONSULTAR SOBRE SEXUALIDAD. 2012



Fuente: Colegio Nacional Benigno Malo

Elaborado por: Las Autoras

Análisis

El gráfico determina que 132 adolescentes no tienen conocimiento sobre un centro de salud donde consultar sobre sexualidad esto puede deberse a que los Centros de Salud Públicos y Privados no cuentan con un área privadas y exclusivas para la atención a los adolescentes.

Los adolescentes que afirman conocer un Centro de Salud donde se puede hablar de sexualidad son 125.

TABLA N°3

DISTRIBUCIÓN DE 257 ESTUDIANTES DEL NOVENO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DEL COLEGIO BENIGNO MALO DE LA CIUDAD DE CUENCA, OPINAN SOBRE SI TUVIERAN RELACIONES SEXUALES SIN ESTAR ENAMORADO(A) Y CON QUIEN PODRÍAN HABLAR SI TUVIERAN SU PRIMERA EXPERIENCIA SEXUAL. 2012

| ¿Con quién piensas que podrías hablar si tuvieras tu primera experiencia sexual? | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------|-------|-------------|------|-------------|------|--------------------------|------|------------------|------|----------------|-------|-------|-------|--|
| ¿Tendrías relaciones sexuales sin estar enamorada/o? | Con ninguna persona | | con mi mamá | | con mi papá | | con un personal de salud | | con mi hermano/a | | con un amigo/a | | Total | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | |
| Si | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| No | 145 | 56.42 | 13 | 5.06 | 10 | 3.89 | 9 | 3.50 | 18 | 7.00 | 37 | 14.40 | 232 | 90.27 | |
| no se | 18 | 7.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0.78 | 1 | 0.39 | 4 | 1.56 | 25 | 9.73 | |
| Total | 163 | 63.42 | 13 | 5.06 | 10 | 3.89 | 11 | 4.28 | 19 | 7.39 | 41 | 15.95 | 257 | 100 | |

Fuente: Colegio Nacional Benigno Malo

Elaborado por: Las Autoras



Análisis

La tabla determina que 145 adolescentes no tendrían relaciones sexuales sin haber sentimientos comprometidos con su pareja; muchos adolescentes que inician su vida sexual opinan que lo hacen por razones sentimentales, pero de momento, no quieren o no ven la necesidad del compromiso con la otra persona.

La tabla también explica si los adolescentes conversarían con alguien sobre su primera experiencia. Adicionando los ítems de los/las adolescentes que conversarían con alguna persona de su familia ya sea papá o mamá tenemos 23 adolescentes. Este ítem es bajo ya que el/la adolescente, radica en el temor a que los padres se enojen con ellos y que sus padres eviten hablar de ello con un discurso. Los siguientes ítems de la tabla indican que 37 adolescentes conversarían con su mejor amiga/o, si observamos el gráfico percibimos que los adolescentes no tienen mayor confianza con su familia sino con sus amigos/as, demostrando así que en la adolescencia el círculo social más importante son sus amigos. En una cuantía menor de 25 adolescentes desconocen si hablarían con alguien sobre su situación y sentimientos.

TABLA N° 4
DISTRIBUCIÓN DE 257 ESTUDIANTES DEL NOVENO AÑO DE
EDUCACIÓN BÁSICA DEL COLEGIO BENIGNO MALO DE LA CIUDAD
DE CUENCA, SOBRE PORQUE CREEN QUE LOS ESTUDIANTES NO
VISITAN UN CENTRO DE SALUD. 2012

| ¿Cuál crees que es la razón por la cual los adolescentes no visitan un centro de salud? | Nº | % |
|--|------------|------------|
| No se dónde queda el centro de salud | 70 | 27 |
| El centro de salud queda lejos | 37 | 14 |
| No tengo dinero para acudir al centro de salud | 23 | 9 |
| El horario de atención no es adecuado | 16 | 6 |
| No me gusta esperar un minuto | 33 | 13 |
| El centro de salud no es amigable para los jóvenes | 16 | 6 |
| No tengo confianza en el personal de salud | 13 | 5 |
| En el centro de salud falta privacidad | 14 | 5 |
| Mi familia no me deja visitar estos centros | 15 | 6 |
| Otro | 20 | 8 |
| TOTAL | 257 | 100 |

Fuente: Colegio Nacional Benigno Malo
Elaborado por: Las Autoras

Análisis

El acceso a personal médico profesional por parte de los adolescentes es limitado, puesto que 70 adolescentes, la mayoría de ellos desconocen la dirección de un centro de salud, una proporción de 37 adolescentes aduce que el centro de salud se encuentra a distancia considerable de su domicilio, 33 adolescentes manifiestan que no les gusta esperar, 23 adolescentes de adolescentes opinan que al no ser personas económicamente independientes no disponen de dinero alguno para ir al centro de salud. El resto de ítems mínimos representados, no confían en el personal médico ya que temen a ser censurados por el personal que allí labora; puesto que algunos de ellos guardan conceptos “moralistas” de que la sexualidad es solo para personas adultas y terminen siendo reprimidos.

TABLA N°5
DISTRIBUCIÓN DE 257 ESTUDIANTES DEL NOVENO AÑO DE
EDUCACIÓN BÁSICA DEL COLEGIO NACIONAL BENIGNO MALO DE
LA CIUDAD DE CUENCA, SOBRE SI CONOCEN A UN PROVEEDOR DE
SALUD QUE LES PUEDA BRINDAR EDUCACIÓN SOBRE SEXUALIDAD.
2012

| ¿Conoces algún proveedor de salud donde puedes pedir información sobre tu sexualidad? | Nº | % |
|--|------------|------------|
| No | 149 | 58 |
| si, un médico | 91 | 35 |
| una enfermera | 8 | 3 |
| un, farmacéutico/a | 3 | 1 |
| otro | 6 | 2 |
| TOTAL | 257 | 100 |

Fuente: Colegio Nacional Benigno Malo
Elaborado por: Las Autoras

Análisis

La tabla demuestra que 149 de adolescentes no conoce personal médico alguno que les colabore con información alguna sobre sexualidad. En la adolescencia surgen cambios intensos biológicos y psicológicos, esto hace necesario la presencia de personal médico quien les guie y les explique sobre estos cambios, estimulando así conductas saludables en las áreas de nutrición, sexualidad; previniendo conductas de riesgo indeseables como embarazos, abortos, ETS.

El período de la adolescencia es excelente para practicar la medicina preventiva al promover el desarrollo físico, mental, emocional y social óptimo, impulsando así el desarrollo de un individuo equilibrado.

Con el resultado de la muestra investigada podemos aseverar que 91 adolescentes conoce a un médico, anexando los porcentajes mínimos restantes 17 adolescentes conoce a personas relacionados a la salud.

TABLA N°6
DISTRIBUCIÓN DE 257 ESTUDIANTES DEL NOVENO AÑO DE
EDUCACIÓN BÁSICA DEL COLEGIO BENIGNO MALO DE LA CIUDAD
DE CUENCA, INDICANDO SI HABLA CON SU PAREJA SOBRE
SEXUALIDAD EN EL CASO DE QUE LO TUVIERA. 2012

| ¿En la actualidad hablas con tu pareja, novio(a) sobre sexualidad? | Nº | % |
|---|------------|------------|
| no tengo pareja/novio/novia | 172 | 67 |
| si habla | 32 | 12 |
| no habla | 42 | 16 |
| a veces | 11 | 4 |
| TOTAL | 257 | 100 |

Fuente: Colegio Nacional Benigno Malo

Elaborado por: Las Autoras

Análisis

En la tabla se describe que 172 adolescentes encuestados no se encuentran con una pareja esto puede deberse a su edad; ya que la mayoría de ellos/as tienen 13 años y atraviesan la primera etapa de la adolescencia donde inician amistades básicamente con individuos del mismo sexo, es por este motivo que no consiguen pareja.

De la muestra 32 adolescentes si habla de sexualidad con su pareja, por su juventud ellos, efectivamente, no tienen gran experiencia, ni son especialistas en el tema de sexualidad. Por otro lado, el diálogo sobre estos temas se desarrolla con desinformación y mitos. Recapitulando sobre las etapas de la adolescencia podemos afirmar que en la adolescencia temprana y media están caracterizadas por la impulsividad, la falta de madurez y análisis para prever las consecuencias de sus actos.

Relacionando los ítems en donde los jóvenes no hablan sobre sexualidad con sus parejas o muy esporádicamente lo hacen; tenemos que 53 adolescentes puede relacionarse a que no tienen confianza, timidez, o miedo a que su pareja interprete algo equivocado.

TABLA N°7
DISTRIBUCIÓN DE 257 ESTUDIANTES DEL NOVENO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DEL COLEGIO NACIONAL BENIGNO MALO DE LA CIUDAD DE CUENCA, QUE OPINAN SOBRE QUE TAN DIFÍCIL ES PARA ELLOS RESISTIRSE A TENER RELACIONES SEXUALES. 2012

| ¿Qué tan difícil, crees que es resistirse a tener relaciones sexuales? | Nº | % |
|---|------------|------------|
| muy difícil | 36 | 14 |
| Difícil | 175 | 68 |
| no difícil, no fácil | 24 | 9 |
| Fácil | 11 | 4 |
| muy fácil | 11 | 4 |
| TOTAL | 257 | 100 |

Fuente: Colegio Nacional Benigno Malo

Elaborado por: Las Autoras

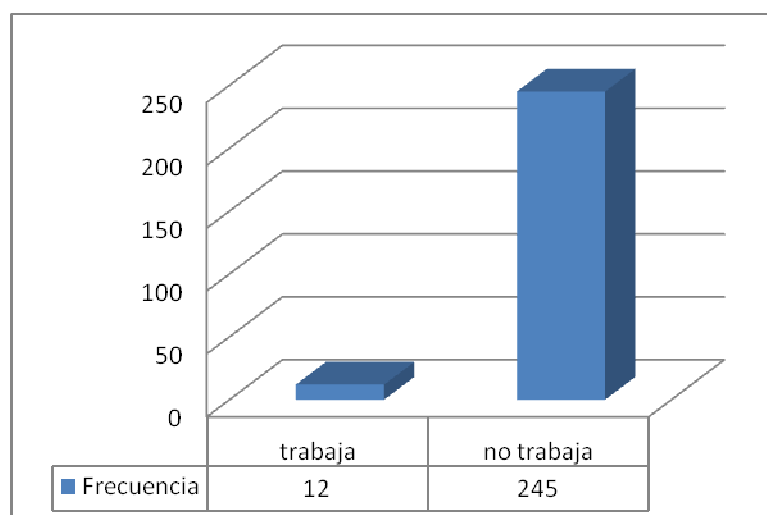
Análisis

Relacionando los ítems más altos de la tabla obtenemos que 211 adolescentes piensan que es difícil abstenerse de tener relaciones, este pensamiento puede deberse a que se encuentran muy influenciados por los programas y telenovelas donde están cargados de erotismo y contenido sexual donde los jóvenes son protagonistas de estas novelas consideran normal tener relaciones con distintas parejas.

Asociando los ítems donde los adolescentes consideran que la abstinencia es fácil de afrontar obtenemos 46 adolescentes.

Un mínimo porcentaje considera que no demanda esfuerzo alguno el de abstenerse a tener relaciones eso implica posponer un encuentro sexual en un momento en que no se dan las condiciones.

Las relaciones sexuales en la adolescencia presentan un riesgo emocional y físico. Emocional porque no hay la madurez y la responsabilidad necesarias para establecer este tipo de relaciones y física, porque el cuerpo y la mente aún no están preparados para un posible embarazo y porque la/el adolescente arriesga contraer alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS).

GRÁFICO N°4**DISTRIBUCIÓN DE 257 ESTUDIANTES DEL NOVENO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DEL COLEGIO NACIONAL BENIGNO MALO DE LA CIUDAD DE CUENCA, QUE TRABAJAN Y ESTUDIAN. 2012**

Fuente: Colegio Nacional Benigno Malo
Elaborado por: Las Autoras

Análisis

Pese a los esfuerzos del gobierno de erradicar el trabajo infantil en el Ecuador, algunos niños, niñas y adolescentes trabajan, este es el caso de 12 adolescentes que participaron en la investigación, ellos trabajan con familiares o con personas afines a su familia, su trabajo es de medio tiempo o de fines de semana; esto impide que los/las adolescentes se desarrollen dentro del círculo social que deberían frecuentar a su edad que son adolescentes de su misma edad.

El resto de adolescentes 245 no trabaja, esto es favorable para ellos ya que su condición social se desarrolla dentro de individuos de su edad; donde el stress propios del trabajo de adultos les puede afectar aun más emocionalmente.

TABLA N°8
DISTRIBUCIÓN DE 257 ESTUDIANTES DEL NOVENO AÑO DE
EDUCACIÓN BÁSICA DEL COLEGIO NACIONAL BENIGNO MALO DE
LA CIUDAD DE CUENCA, QUE INDICAN SI MANEJAN SUFICIENTE
INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD. 2012

| Crees que manejas suficiente información sobre sexualidad? | N° | % |
|---|------------|------------|
| si | 113 | 44 |
| no | 69 | 27 |
| no se | 75 | 29 |
| TOTAL | 257 | 100 |

Fuente: Colegio Nacional Benigno Malo
Elaborado por: Las Autoras

Análisis

De la tabla tenemos que el 44% de adolescentes aseguran que manejan suficiente información sobre sexualidad sea que la información la obtengan de diversas fuentes como las conocimos anteriormente.

El 27% de los adolescentes creen que no manejan suficiente información sobre el tema por ello es que se realizó la intervención, además al no tener los conocimientos sobre el tema puede llevar a los adolescentes a cometer equivocaciones, tener creencias erróneas, y pasar por alto los riesgos y complicaciones que lleva consigo una relación sexual, sobre todo si esta es sin protección.

El 29% de los adolescentes no saben o dudan si manejan suficiente información sobre sexualidad.

TABLA N°9
DISTRIBUCIÓN DE 257 ESTUDIANTES DEL NOVENO AÑO DE
EDUCACIÓN BÁSICA DEL COLEGIO NACIONAL BENIGNO MALO DE
LA CIUDAD DE CUENCA, QUE OPINAN SOBRE CUAL ES LA RAZON
QUE LLEVA A LOS ADOLESCENTES A TENER RELACIONES
SEXUALES. 2012

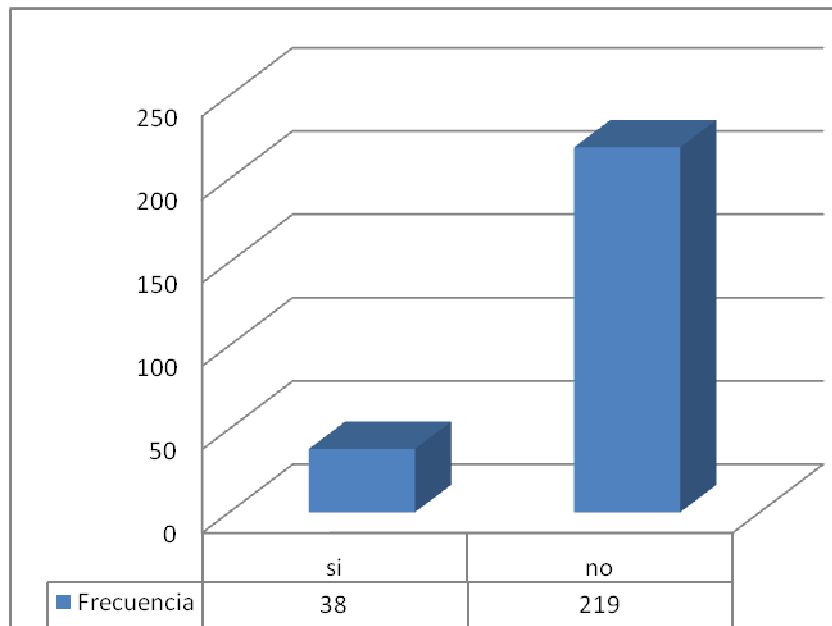
| Tu opinión que lleva a los adolescentes a tener relaciones sexuales? | N° | % |
|---|------------|------------|
| el chico toma la iniciativa | 51 | 20 |
| la chica toma la iniciativa | 8 | 3 |
| ambos toman la iniciativa | 56 | 22 |
| sucede en el momento | 44 | 17 |
| por curiosidad | 48 | 19 |
| Otro | 4 | 2 |
| no se | 46 | 18 |
| TOTAL | 257 | 100 |

Fuente: Colegio Nacional Benigno Malo

Elaborado por: Las Autoras

Análisis

El porcentaje más alto 22% determina que en el momento de tener relaciones sexuales es una decisión de la pareja, el 20% opinan que el varón presiona a su pareja con pequeñas insinuaciones para tener relaciones sexuales, un 19% opina que los adolescentes tienen relaciones por curiosidad de saber cómo es el acto. Un mínimo porcentaje 3% manifiesta que la mujer toma la iniciativa en una relación de pareja. Considerando todo esto podemos determinar que todo lo anterior converge como la presión por parte de la pareja o amigos, la curiosidad y el momento inadecuado en donde la pareja se siente predispuesta (sucede en el momento 17%), todo esto se fusiona y la pareja que duda en tener relaciones lo termina realizando, no depende de un solo factor sino de muchos factores que se encuentran; como lo analizado anteriormente. El 18% de adolescentes no sabe cuál puede ser el factor que lleva a los adolescentes a tener relaciones sexuales.

GRÁFICO N°5**DISTRIBUCIÓN D 257 ESTUDIANTES DEL NOVENO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DEL COLEGIO BENIGNO MALO DE LA CIUDAD DE CUENCA, QUE NOS COMENTAN SI HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES CON PENETRACIÓN. 2012**

Fuente: Colegio Nacional Benigno Malo

Elaborado por: Las Autoras

Análisis

El gráfico indica que 38 adolescentes han tenido relaciones sexuales esto es muy bajo pero comprueba el estudio que los adolescentes cada vez se inician en la sexualidad a temprana edad. Estos adolescentes entrevistados están entre las edades 13 a 15 años, su desarrollo cognitivo no les permite prever consecuencias de sus actos; ya que las relaciones de pareja en la adolescencia no llegan a perdurar más de 4 meses. La mayoría de los/las adolescentes tienen un impacto emocional sobre todo el género femenino, 219 adolescentes todavía no han tenido experiencia sexual alguna.

TABLA N°10
DISTRIBUCIÓN DE 257 ESTUDIANTES QUE NOVENO AÑO DE
EDUCACIÓN BÁSICA DEL COLEGIO BENIGNO MALO DE LA CIUDAD
DE CUENCA, QUE NOS CUENTAN SI HAN TENIDO RELACIONES
SEXUALES Y SU FUERON PRESIONADAS PARA LAS MISMAS. 2012

| ¿Estuviste presionada para tener relaciones sexuales? | Nº | % |
|---|------------|------------|
| no he tenido relaciones sexuales | 219 | 88 |
| Si | 8 | 3,1 |
| No | 14 | 4,3 |
| no se | 16 | 5,1 |
| Total | 257 | 100 |

Fuente: Colegio Nacional Benigno Malo
Elaborado por: Las Autoras

Análisis

De los adolescentes que han tenido relaciones sexuales 8 adolescentes han tenido relaciones por sentirse presionados por su pareja, 14 adolescentes no sintieron tener presión alguna en su iniciación de actividad sexual, 16 adolescentes desconocen si hubo o no presión.

Las estabilidad cognitiva y emocional de las/los adolescentes alcanzan gradualmente entre los 17 y 19 años presentándose menos cambios de sus emociones que en la primera etapa. Es por esto que los adolescentes que ya han tenido actividad sexual en este estudio, han manifestado no saber si está bien o mal tener relaciones o que no saben si fueron presionados. Son personas persuasibles y susceptibles por el círculo social que frecuentan “amigos, pareja” buscando de este modo su propia identidad; muchos de ellos dejándose influir de otras corrientes de pensamiento que no necesariamente son las mejores (televisión, revistas, etc.), esto hace que tomen decisiones equivocadas sobre todo en las primeras etapas de su adolescencia.

PROGRAMA EDUCATIVO

INTRODUCCIÓN

La salud es un producto de procesos de fortalecimiento y desgaste del cuerpo que se manifiesta en los individuos como percepción relativa del bienestar físico, mental y espiritual y se concibe como proceso que cambia en función de las condiciones de vida y trabajo de las personas y las familias. En consecuencia, la salud no se vive de igual manera por todos y hay maneras diferentes de enfermar y morir, condicionadas por la desigualdad en el acceso a la alimentación, actividad, vivienda, vestido, seguridad, descanso y afecto y así como la realización personal, las posibilidades de educación y de participación ciudadana.

De tal manera que al enfocar esta investigación en la adolescencia que es una época de mayor cambio, llenos de inquietudes que trataran de aclararlas ante cualquier oportunidad sea con sus amigos, familiares o personal de salud por lo que creemos necesaria la intervención educativa con temas específicos.

Con esta intervención realizada además del enfoque de los problemas que trae consigo un inicio de vida sexual activa en los adolescentes se dan pautas de promoción y atención en salud tales como: enfatizar la comunicación familiar, información en las redes de salud, etc.

OBJETIVOS.

General.

- ❖ Al finalizar el Programa Educativo los adolescentes serán capaces de describir los conocimientos aprendidos son relación al tema de sexualidad y las complicaciones que se presentan cuando inician su vida sexual activa sin responsabilidades.

Específico.

1. Al finalizar la charla los adolescentes serán capaces de enumerar dos de las complicaciones que se dan en una relación sexual sin protección.
2. Al finalizar la charla los adolescentes serán capaces de mencionar los riesgos a los que están expuestos al iniciar una vida sexual activa con relación a sus edades.
3. Al finalizar la charlas los adolescentes serán capaces de explicar cuáles son los métodos anticonceptivos que se utilizan actualmente para evitar una embarazo no deseado.
4. Al finalizar la charla los adolescentes serán capaces de identificar las ventajas y el beneficio al abstenerse ante las relaciones sexuales hasta el momento de estar preparados física, emocional, psicológicamente.

CONTENIDO**Tema 1** Enfermedades de Transmisión Sexual**Tema 2** Métodos Anticonceptivos**Tema 3** Consecuencias de una maternidad y paternidad Adolescente**Metodología:**

- ❖ Charlas.
- ❖ Lluvia de ideas.
- ❖ Proyección de videos en infocus

Auxiliares de enseñanza.

- ❖ Ayuda de la Fundación SENDAS
- ❖ Videos.
- ❖ Grabaciones.
- ❖ Carteleras.
- ❖ Equipos y Materiales.

Evaluación.

- ❖ General mediante preguntas y respuestas.



Esquema:

COLEGIO NACIONAL "BENIGNO MALO"
ESQUEMA DEL PROGRAMA EDUCATIVO

RESPONSABLES: HILDA ACERO Y ELIZABETH JARA

CURSO: NOVENOS AÑOS

| Nº | FECHA | TEMAS | SUBTEMAS | ACTIVIDADES | EVALUACIÓN | PARALELOS |
|----|------------|---|--|---|---|-----------------|
| 1 | 10/09/2012 | MATERNIDAD Y PATERNIDAD ADOLESCENTE | <ul style="list-style-type: none">• Consecuencias para los adolescentes• Consecuencias para el hijo de la madre adolescente• Consecuencias para el padre adolescente | <ul style="list-style-type: none">• Clase expositiva.• Charla• Proyección de un video relacionado con el tema | <ul style="list-style-type: none">• Preguntas y Respuestas. | 1,2,3,4,5,6,7,8 |
| 2 | 11/09/2012 | ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL | <ul style="list-style-type: none">• Factores de riesgo para (ets) en los adolescentes• Edad de inicio de la actividad sexual.• Conductas sexuales | <ul style="list-style-type: none">• Clase expositiva.• Charla• Proyección de un video relacionado con el tema | <ul style="list-style-type: none">• preguntas y respuestas | 1,2,3,4,5,6,7,8 |



| | | | | | | |
|---|------------|--------------------------------|--|---|---|-----------------|
| | | | de riesgo en los adolescentes | | | |
| | | | <ul style="list-style-type: none">• Patología | | | |
| 3 | 12/09/2012 | METODOS ANTICONCEPTIVOS | <ul style="list-style-type: none">• Píldora• Pastilla del día después• Dispositivo intrauterino (diu)• Preservativo• Método natural• Método de ogino• Método de la temperatura basal• Billings o método del moco cervical | - <ul style="list-style-type: none">• Clase expositiva.• Charla• Proyección de un video relacionado con el tema | - <ul style="list-style-type: none">• mediante preguntas y respuestas | 1,2,3,4,5,6,7,8 |

HILDA EVELINA ACERO L.

ELIZABETH JARA Q



PLAN DE CLASE Nº 1

Institución: Colegio Nacional Benigno Malo

Grupo: Estudiantes del Noveno Año

Tema: Enfermedades de Transmisión Sexual

Lugar: Aulas de la institución

Fecha: 10 de Septiembre del 2012

Hora: 1:10:

Duración: 40 minutos por cada uno de los paralelos

Responsables: Hilda Acero y Elizabeth Jara

OBJETIVO GENERAL:

- Concientizar hacia una sexualidad responsable

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Educar a los adolescentes sobre las consecuencias que conlleva una relación sexual precoz.

Aleccionar sobre lo que concierne las ETS.

TÉCNICAS DIDÁCTICAS:

- Clase expositiva.
- Charla
- Proyección de video relacionado con el tema

RECURSOS O MEDIOS AUXILIARES A UTILIZAR

- infocus, videos.

EVALUACIÓN

- Mediante preguntas y respuestas



PLAN DE CLASE Nº 2

Institución: Colegio Nacional Benigno Malo

Grupo: Estudiantes del Noveno Año

Tema: Métodos Anticonceptivos

Lugar: Aulas de la institución

Fecha: 10 de Septiembre del 2012

Hora: 1:10

Duración: 40 minutos por cada uno de los paralelos

Responsables: Hilda Acero y Elizabeth Jara

OBJETIVO GENERAL:

- Educar a los adolescentes sobre métodos anticonceptivos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Indicar sobre las consecuencias que conlleva una sexualidad sin protección.

Instaurar educación acerca del cómo cuidarse a sí mismas.

TÉCNICAS DIDACTICAS:

- Clase expositiva.
- Charla
- Proyección de un video relacionado con el tema

RECURSOS O MEDIOS AUXILIARES A UTILIZARSE

- infocus,
- videos

EVALUACIÓN

Mediante preguntas y respuestas



PLAN DE CLASE Nº 3

Institución: Colegio Nacional Benigno Malo

Grupo: Estudiantes del Noveno Año

Tema: Consecuencias de una Maternidad y Paternidad Adolescente

Lugar: Aulas de la institución

Fecha: 11 de Septiembre del 2012

Hora: 1:10

Duración: 40 minutos por cada uno de los paralelos

Responsables: Hilda Acero y Elizabeth Jara

OBJETIVO GENERAL:

- Promover a los adolescentes a actuar con responsabilidad

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Educar sobre las complicaciones que traen consigo una madre y padre adolescente

Concientizar acerca de las consecuencias

TÉCNICAS DIDÁCTICAS:

- Clase expositiva.
- Charla
- Presentación de un video relacionado con el tema

RECURSOS O MEDIOS AUXILIARES A UTILIZAR

- Infocus
- Videos

EVALUACION

Mediante preguntas y respuestas

DESARROLLO DEL CONTENIDO

TEMA N° 1

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las enfermedades transmitidas sexualmente (ETS) son infecciones que usted puede adquirir teniendo relaciones sexuales con alguien que tiene una infección. Estas infecciones por lo general se transmiten durante la penetración, pero también pueden transmitirse a través de otros tipos de relaciones sexuales. La mayoría de estas enfermedades son serias. Pueden traer graves consecuencias para la salud y necesitan atención médica.

Las enfermedades de transmisión sexual o las enfermedades venéreas son bastante frecuentes en el adolescente y adulto joven por las siguientes razones:

- Los adolescentes han tenido relaciones sexuales cada vez con mayor precocidad.
- Tienen una tendencia a cambiar de pareja con mucha frecuencia.
- Generalmente no usan preservativo o espermicidas que los protejan.
- Muchas veces están contagiados y no tienen síntomas lo que los hace portadores asintomáticos de la enfermedad.
- Además por desgracia algunos jóvenes, no consultan al médico; por temor o por vergüenza; o ignorancia, buscando ellos mismos su propio tratamiento, lo que obviamente casi nunca es eficaz.
- Es importante prevenir estas enfermedades con una sexualidad responsable, usando preservativos, espermicidas asociados a una adecuada higiene genital y sexual.

Factores de riesgo para ETS en la adolescencia.

Múltiples factores están asociados con comportamientos sexuales de alto riesgo entre los adolescentes. Los determinados de riesgo para una ETS entre adolescentes influyen factores conductuales, psicológicos, sociales, biológicos e institucionales.

Edad de inicio de la actividad sexual.

El riesgo a exponerse a una ETS guarda asociación con la edad de inicio de la vida sexual, los jóvenes con un inicio temprano de relaciones coitales tienen un riesgo mayor de presentar una infección genital, se ha observado que los niños alcanzan la pubertad y la madurez sexual a una edad más temprana que en décadas anteriores, coinciden que puede estar asociada con una iniciación precoz de relaciones coitales. En adolescentes que inician relaciones coitales en forma precoz se observa de la misma manera un alto nivel de actividad sexual poco uso de anticonceptivos, alta tasa de embarazos no planeados y de ETS, incluyendo la infección por VIH.

“Las Infecciones de transmisión sexual (ITS), también son conocidas como enfermedades de transmisión sexual (ETS) o clásicamente como enfermedades venéreas, son un conjunto de entidades clínicas infectocontagiosas agrupadas. Se transmiten de persona a persona solamente por medio de contacto íntimo que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales, incluyendo el sexo vaginal, el sexo anal y el sexo oral.”¹

Los agentes productores de las infecciones de transmisión sexual incluyen bacterias, virus, hongos y protozoos.

Patología

Muchas infecciones de transmisión sexual son transmitidas más fácilmente a través de las membranas mucosas del pene, de la vulva y menos a menudo



de la boca. La membrana visible que cubre el glande del pene es una membrana mucosa (similar a los labios de la boca), aunque no produce ningún moco. Las membranas mucosas se diferencian de la piel en que permiten ciertos patógenos (virus o bacterias) en el cuerpo.

Ésta es una de las razones por las que la probabilidad de transmitir muchas infecciones es mucho más alta en el sexo que por otros medios más ocasionales de transmisión, tales como el contacto no sexual, tocarse, abrazos, dar las manos, etc., pero no es la única razón. Aunque las membranas mucosas existan tanto en la boca como en los órganos genitales, para muchas ITS parece ser más fácil la transmisión a través de sexo oral que con besos profundos. Incluso muchas infecciones que son fácilmente transmitidas de la boca a los órganos genitales o de los órganos genitales a la boca, son mucho más difíciles de transmitir de una boca a otra.

Con el VIH, los líquidos genitales suelen contener mucho más del patógeno que la saliva. Algunas infecciones etiquetadas como ITS pueden ser transmitidas por el contacto directo de la piel, el herpes simple y el virus del papiloma humano son ejemplos.

Dependiendo de la ITS, una persona todavía puede difundir la infección aunque no haya presentes signos de la enfermedad. Por ejemplo, es mucho más probable que una persona difunda la infección del herpes cuando las ampollas están presentes (ETS) que cuando están ausentes (ITS). Sin embargo, una persona puede difundir la infección del sida (ITS) en cualquier momento, incluso aunque no haya desarrollado síntomas.

Debe considerarse que todos los comportamientos sexuales que implican el contacto con otra persona o sus líquidos corporales contienen un cierto riesgo de transmisión de enfermedades transmitidas sexualmente. La mayor parte de la atención se ha centrado en controlar el VIH, que causa sida, pero cada ETS presenta una situación diferente.



Las infecciones de transmisión sexual son transmitidas de una persona a otra por medio de ciertas actividades sexuales, no son causadas por esas actividades sexuales: las bacterias, los hongos, los protozoos o los virus siguen siendo los agentes causantes. Algunas ETS tales como el VIH se pueden transmitir de madre a hijo durante embarazo o la lactancia.

Los profesionales de la salud sugieren un sexo seguro, tal como el uso de condones, como la manera más confiable de disminuir el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual durante la actividad sexual, pero el sexo seguro no debe ser considerado como una protección absoluta.

La transferencia y la exposición a los líquidos corporales, tales como las transfusiones de sangre y otros productos de la sangre, compartiendo agujas de inyección (como en las drogas), lesiones con las agujas de inyección (cuando el personal médico se pincha inadvertidamente con agujas durante los procedimientos médicos), compartiendo agujas de tatuajes, y el parto, entre otros, son otras vías de transmisión. Estos diversos medios pusieron a ciertos grupos, tales como personal de la salud, hemofílicos y consumidores de droga, particularmente en riesgo.

Los estudios epidemiológicos recientes han investigado las redes que son definidas por relaciones sexuales entre los individuos, y descubrieron que las características de las redes sexuales son cruciales a la extensión de las enfermedades de transmisión sexual. Particularmente, parece ser un factor importante, la mezcla asociativa (distributiva) entre la gente con una gran cantidad de parejas sexuales.

Puesto que las prostitutas son muy promiscuas, esta profesión sin el uso de las precauciones del sexo seguro se ha asociado a menudo con la extensión de infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, las ITS pueden transmitirse en cualquier forma de relación sexual, así que es importante que todos los miembros de la comunidad que tengan relaciones sexuales usen precauciones, sin importar la naturaleza de sus relaciones.

Es posible ser un portador asintomático de infecciones de transmisión sexual. Particularmente, las infecciones de transmisión sexual en mujeres causan a menudo la seria condición de la enfermedad pélvica inflamatoria.

CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES

Consumo de alcohol. El consumo de alcohol, antes o durante la relación sexual, favorece los comportamientos sexuales de riesgo, tanto en adolescentes como en adultos (Trocki y Leigh, 1991). El alcohol ejerce sus efectos de diferentes maneras. Por una parte favorece la interacción social y, por otra, facilita la realización de comportamientos que, en condiciones de estados conscientes, el sujeto no se atrevería a llevar a la práctica por temor a sus posibles consecuencias. Estos efectos son debidos al poder depresor del alcohol sobre el sistema nervioso central, y en concreto sobre los centros encargados de la inhibición de los comportamientos (Swongery Constantine, 1985).

Por otra parte, la creencia de que el alcohol es un afrodisíaco o estimulante sexual aunque en cierta manera explicable teniendo en cuenta sus efectos iniciales que favorecen la relación social sería totalmente errónea, puesto que su consumo produce en los hombres dificultades en la erección y eyaculación, mientras que en las mujeres reduce su capacidad orgásmica. Teniendo en cuenta lo anterior, las adolescentes consumidoras pueden tener mayor riesgo que los varones, puesto que, en su caso, las disfunciones orgásmicas causadas por el alcohol no les impedirán mantener relaciones sexuales.

Algunos estudios realizados muestran que: el alcohol es la droga más ampliamente utilizada por los adolescentes de entre 12 y 17 años. El uso de alcohol por parte de los adolescentes en su primera relación sexual se asocio con no utilizar métodos anticonceptivos; el uso de alcohol predijo comportamientos sexuales de alto riesgo, en escolares entre los 15 y los 17 años.



El consumo de alcohol aumentó las probabilidades de tener relaciones sexuales, pero disminuyó las probabilidades de utilizar precauciones (Weisse *et al.*, 1990); y jóvenes partidarios del sexo seguro, realizaron comportamientos de riesgo cuando estaban bajo los efectos del alcohol

A pesar de que el alcoholismo afecta mayormente a los adultos, su consumo en los adolescentes es cada vez más preocupante.

Cada vez, más adolescentes terminan ebrios cuando salen a bailar o se juntan con amigos. A su vez, el consumo empieza cada vez en edades más jóvenes y los padres son cada vez más permisivos al respecto.

Pero además, el consumo de alcohol abre otras ventanas de riesgo: más de 30% de los menores de 15 años que lo acostumbran a ingerir licor, no toman precauciones al sostener relaciones sexuales, según expertos. Especifican que el abuso de la bebida los lleva a una mayor frecuencia de sexo, menor uso del condón y a tener mayor número de parejas.²

Progresivamente se va consolidando un patrón juvenil de consumo de alcohol, caracterizado por ser en el fin de semana y por su papel fundamental de las relaciones sociales de los adolescentes y jóvenes.

Ecuador es el segundo país en América Latina con mayor consumo de alcohol, según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicados en agosto pasado; además preocupa que el consumo de alcohol empieza a los 12 años de edad, de acuerdo con el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes³

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DEL PLAN DE CLASE N° 1

¹ Torices R., I y Ávila G., G (2007). Orientación Sexual para personas con discapacidad. www.eduforma.com

² Uno de cada 6 adolescentes es "alcohólico". Disponible en: <http://davidneshor.blogspot.com/2011/06/alcoholismo-en-los-jovenes-de-mexico.html#ixzz25TCm7SGz>

³ El Inicio del Alcoholismo en la Adolescencia. Disponible en: <http://alcohol-adolescente.blogspot.com/2008/10/el-inicio-del-alcoholismo-en-la.html>



TEMA Nº 2

ANTICONCEPCIÓN

La anticoncepción es la forma de evitar el embarazo mediante el uso de métodos o productos que interfieren en los mecanismos que lo hacen posible. Conviene recordar que si se mantienen relaciones sexuales con cierta regularidad y no se usa ningún método anticonceptivo, la probabilidad de embarazo es altísima: en torno al 80% en un año. Es muy importante conocer bien todos los métodos anticonceptivos existentes para poder elegir el que más se adecue a cada caso. La elección de uno u otro dependerá de múltiples factores, como son la frecuencia de las relaciones, la edad, las preferencias personales, etc. En todo caso, si no se tiene a mano ninguno, el petting es la práctica más razonable.

Deberían utilizarse los métodos anticonceptivos desde el primer momento en que se mantengan relaciones sexuales con penetración.

La anticoncepción evita los embarazos no deseados.

La anticoncepción es responsabilidad de quienes forman la pareja

Todos los jóvenes deben saber acerca de la anticoncepción

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Cuando los jóvenes preguntan cuál es el mejor método anticonceptivo, los especialistas suelen contestar que no existe un método ideal que pueda aplicarse a todo el mundo, puesto que hay que estudiar cada caso en particular. Pero, de forma general, sí puede decirse que el anticonceptivo óptimo debe poseer las siguientes características: ser seguro, inocuo y aceptado con agrado por la pareja.

Actualmente, los métodos anticonceptivos más conocidos y seguros son la píldora, el dispositivo intrauterino o DIU, el preservativo y el diafragma. Estos dos últimos deben usarse con cremas espermicidas para reforzar su

eficacia. No tan conocido es el preservativo femenino, del cual hablaremos también. Por otro lado, existen algunos métodos basados en el conocimiento de los períodos fértiles femeninos, pero no son muy seguros.

La píldora



Fuente: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/medlineplus.html>

Apareció en el mercado europeo hace casi cincuenta años (1961) y, desde entonces, esta minúscula pastilla, conocida también como anovulatorio, se ha convertido en uno de los métodos reversibles más eficaces para prevenir el embarazo. Administrada correctamente, la seguridad supera el 99,5 %. Esto significa que la proporción de fallos es de menos de 0,5 embarazos por cada 100 mujeres que la toman anualmente. Su mayor riesgo es olvidarse de tomarla.

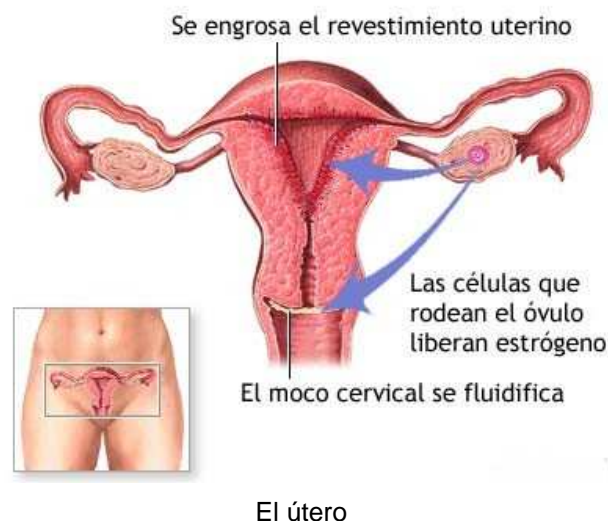
Cada píldora contiene dos hormonas sintéticas similares a las que se producen en el ovario: estrógeno y progesterona. Cuando estas sustancias entran en el torrente sanguíneo, la hipófisis recibe el mensaje de que ya hay suficiente estrógeno y progesterona y deja de dar órdenes al ovario para que las elabore. El ovario, al no ser estimulado, queda sin ovulación, en reposo, en una situación hormonal similar a la que experimentan las mujeres cuando están embarazadas. La píldora provoca también un espesamiento de la

mucosa cervical, que dificulta la entrada de los espermatozoides. Asimismo, cambia el endometrio, convirtiéndose en un lugar hostil para una hipotética fecundación.

Se vende en las farmacias, en envases que contienen veintiuna píldoras. La primera pastilla se toma el primer día de la regla y después una diariamente durante los veinte días siguientes. Al finalizar las veintiuna píldoras, se descansan siete días. Tras la semana de descanso, se empieza de nuevo otra caja. Para no olvidarse, conviene tomarla siempre a la misma hora. Este método es eficaz desde la primera toma y continúa siéndolo también durante la semana de descanso, siempre que seguidamente se inicie una nueva caja.

Aunque se dice que puede tomarla cualquier mujer sana, como se trata de un producto farmacológico, es imprescindible la visita médica para poder prevenir posibles contraindicaciones o efectos secundarios. Sólo el ginecólogo podrá valorar la conveniencia de usar o no este método y el tipo de píldora que más se adecua a cada caso, y se encargará de fijar los controles necesarios.

GRAFICO N°3



Fuente: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/medlineplus.html>

Si antes de empezar a tomar la píldora se seguía otro método anticonceptivo (por ejemplo, el preservativo), conviene mantenerlo simultáneamente hasta acostumbrarse al nuevo, para asegurarse de que no haya olvidos. Cuando se toma la píldora, la cantidad de flujo suele disminuir y las reglas acostumbran a ser menos abundantes y más cortas. Es conveniente realizar una revisión ginecológica anual. Si se produce un olvido, para seguir protegida, hay que tomar la pastilla olvidada antes de que pasen doce horas y luego tomar la siguiente a la hora habitual. Pero si han transcurrido doce horas, ya no hay seguridad, por lo que es preciso tomar la pastilla olvidada, seguir la pauta y utilizar otro método anticonceptivo complementario durante ese ciclo. También se deberá usar otro método anticonceptivo adicional si se producen vómitos o diarreas, ya que en estos casos es probable que el organismo no haya absorbido las sustancias contenidas en la píldora. El uso de determinados medicamentos puede alterar asimismo su eficacia.

No se recomienda su uso antes de los dieciséis años. Este es un margen prudencial que se establece para asegurar que la maduración sexual se ha completado de forma natural y que los ciclos son regulares. Otra advertencia: fumar mientras se toma la píldora, perjudica aún más seriamente la salud.

PASTILLA DEL DÍA SIGUIENTE

-La «pastilla del día siguiente» o tratamiento poscoital, es un preparado hormonal, pero no es en absoluto un anticonceptivo que pueda tomarse de forma habitual. Se trata de una medida para aplicar en casos de emergencia: violación o fallo de alguno de los métodos de barrera (preservativo o diafragma), ya que actúa modificando el endometrio e impidiendo la implantación de un posible óvulo fecundado. Este tratamiento ha de hacerse bajo control médico, acudiendo a un centro sanitario o de planificación familiar cuanto antes y en un plazo máximo de tres días. Hay que tener en cuenta que si hubiera un embarazo anterior, este tratamiento no sería útil.

Dispositivo intrauterino (DIU)

El dispositivo intrauterino, DIU o espiral, es un pequeño aparato, muy flexible, compuesto de plástico y metal (cobre o plata y cobre) que se coloca en la cavidad del útero con la finalidad de alterar la fisiología de la mucosa uterina e impedir así el asentamiento del óvulo si hubiera sido fecundado. El dispositivo también aumenta el flujo, dificultando el acceso de los espermatozoides, y altera el movimiento de las trompas de Falopio, obstaculizando el recorrido del óvulo hacia el útero.



Partes del Útero

Fuente: disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/medlineplus.html>

Existen diversos modelos y tamaños, por lo que el ginecólogo puede escoger el más adecuado al útero de cada mujer. Dependiendo del tipo de DIU elegido, puede durar de dos a cinco años. Suele colocarse y extraerse durante la regla, pues es cuando el cuello del útero se encuentra más abierto. El médico lo inserta, plegado, en el interior de la cavidad uterina, mediante un aplicador. Luego, lo despliega de forma que quede sujeto en las paredes uterinas. Dejando unos pequeños hilos de nailon que servirán para extraerlo cuando sea necesario. Requiere control médico anual y estar al tanto de cualquier pequeña infección vaginal.

Se trata del método más eficaz después de la píldora, pero la seguridad no es total. Se calcula que, de cien mujeres que lo utilizan en un año, dos pueden quedar embarazadas.

Con el DIU, las reglas acostumbran a ser más abundantes, en algunas mujeres esto ocurre sólo los tres primeros meses. Suele aplicarse a partir de los treinta años, aunque no existen contraindicaciones expresas en mujeres más jóvenes.

El preservativo

Se trata de una funda muy fina de látex que impide que los espermatozoides entren en la vagina. Si se usa correctamente tiene una eficacia muy alta. No requiere control médico ni receta y se adquiere en farmacias y otros puntos de venta. También hay de colores y texturas variadas y con distintos sabores. De todos modos, la seguridad de los mismos depende de la calidad del látex empleado.

La efectividad del preservativo aumenta si se combina con productos espermicidas (supositorios vaginales, cremas, geles...) . Hay que recordar que la eyaculación en la vulva, sin preservativo, puede originar un embarazo. El preservativo protege del embarazo no deseado, o del SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual

Deben ser de látex y estar homologados. Lo mejor es comprarlos en las farmacias y desconfiar de los que se venden en mercadillos ambulantes, tiendas de saldos o máquinas expendedoras expuestas al sol. Comprobar antes la fecha, que suele venir en cada bolsita o en la caja. Se desecharán aquellos que estén caducados.

Si se desea utilizar un lubricante, se escogerán cremas solubles en agua (silicona o glicerina) puesto que los oleosos, como la vaselina, pueden deteriorar el preservativo.



El lugar adecuado para guardarlos debe ser fresco, seco y seguro, lejos de la luz solar, del calor y los roces. No hay que llevarlo en el bolsillo del pantalón. Nunca se utilizarán los condones rotos o pegajosos.

Métodos naturales

Quienes optan por estos métodos suelen hacerlo por motivos religiosos o bien porque con ellos no se alteran los ritmos biológicos naturales con sustancias químicas o instrumentos extraños al organismo. Consisten en la abstención de las relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer. Es necesario saber el momento de la ovulación y la capacidad de vida del óvulo y del espermatozoide.

Para averiguar cuáles son los días fértiles, existen las siguientes variantes:

- El método Ogino.
- El método de la temperatura basal.
- Billings o método del moco cervical.

Estos métodos son algo menos seguros, ya que el ciclo menstrual de la mujer puede variar por diversos motivos, como puede ser un simple catarro, un disgusto con la familia, la toma de ciertos medicamentos o una infección vaginal. Además, no protegen contra las enfermedades de transmisión sexual. Por otro lado, llevarlos a la práctica resulta un tanto complicado y requiere un buen conocimiento del propio cuerpo.

El método Ogino

Antes de aplicar el método Ogino (o del ritmo o del calendario) hay que controlar los ciclos durante doce meses para comprobar su regularidad. Con este conocimiento, y teniendo en cuenta que el primer día del ciclo es el primer día de la menstruación y el último día del ciclo es el día anterior al inicio de la regla siguiente, se aplica la siguiente fórmula: se restan dieciocho



días al ciclo más corto y once días al ciclo más largo. Suponiendo que los ciclos son de veinticinco y de treinta días, el período de abstinencia de las relaciones coitales será el comprendido entre los días siete y diecinueve.

El método de la temperatura basal

Este método parte de la observación de que la temperatura de la mujer se eleva aproximadamente medio grado tras la ovulación. Al despertarse, cada mañana, hay que ponerse el termómetro debajo de la lengua para detectar la subida de la temperatura que sigue a la ovulación y evitar la penetración durante estos días. Según este procedimiento, el embarazo no se produciría a partir del tercer día de la subida de la temperatura hasta la siguiente regla.

Billings o método del moco cervical

El flujo de la mujer no siempre es igual, sino que cambia en cantidad y consistencia en el transcurso del ciclo, volviéndose transparente y viscoso, como clara de huevo, al aproximarse la ovulación. En esta transformación se basa el método Billings, para determinar los días fértiles. Por tanto, la pareja se abstendrá de practicar relaciones sexuales con penetración en cuanto la mujer note una mayor secreción y transparencia del moco cervical.¹

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DEL PLAN DE CLASE Nº 2

El mejor anticonceptivo es un sentido de la responsabilidad. Disponible en:
<http://www.pediatraldia.cl/anticonceptivos.htm>

TEMA Nº 3

CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD – PATERNIDAD ADOLESCENTE

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida.

1. – Consecuencias para la Adolescente

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, agudizando el círculo de la pobreza.

2. – Consecuencias para el hijo de la madre Adolescente

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita".

Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo.

3. – Consecuencias para el padre adolescente

Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

El embarazo en la adolescencia está asociado con un mayor índice de morbilidad y mortalidad, para la madre y para el bebé. Además, muchas de las adolescentes quedan nuevamente embarazadas en los dos años siguientes al nacimiento del primer bebé, lo que dificulta todavía más continuar con los estudios y conlleva generalmente una mala situación económica en el futuro, que también afectará al bienestar de los hijos.

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de sufrir complicaciones médicas graves durante la gestación como:

- Placenta previa.
- Preeclampsia (hipertensión arterial durante el embarazo).
- Parto prematuro.
- Anemia grave.

Complicaciones renales: las infecciones de vías urinarias ocurren en una de cuatro a cinco gestantes adolescentes, agravándose por el escaso control prenatal y dificultades económicas para adquirir medicación.

Alteraciones en el peso materno: durante la adolescencia el organismo demanda altos niveles de calorías y nutrientes, más aún en la gestación. Las consecuencias por el déficit, o malos hábitos alimenticios son anemia y toxemia en la madre, y bajo peso en el recién nacido.

Hipertensión: inducida por el embarazo las adolescentes embarazadas tienen una incidencia cuatro veces mayor de sufrir esta patología que la población de madres en general.

Parto por cesárea: la adolescente aún no ha culminado su total crecimiento ni maduración esquelética por lo que la incidencia de partos por cesárea es mayor que en la población general, la principal causa de la intervención por cesárea es por la desproporción céfalo-pélvica y el sufrimiento fetal agudo con labor de parto prolongada, que puede asociarse con un desequilibrio emocional de la adolescente.¹

Entre los problemas que pueden afectar al niño destacan:

- Bajo peso al nacer.
- CIR (crecimiento intrauterino retardado).
- Prematuridad (con todas las complicaciones asociadas).
- Riesgo de sufrir accidentes, enfermedades y/o tener una alimentación inadecuada debido a falta de cuidados maternos.
- Bajo rendimiento académico.
- Ser madre/padre en la adolescencia, al igual que sus progenitores.



Los bebés nacidos de adolescentes tienen una probabilidad de 2 a 6 veces más de tener bajo peso al nacer que aquellos cuyas madres tienen 20 años o más. La prematuridad juega el mayor papel en el bajo peso al nacer, pero el retraso en el crecimiento intrauterino (crecimiento inadecuado del feto durante el embarazo) también es un factor.

Las madres adolescentes tienen más probabilidad de mostrar comportamientos malsanos, los cuales dejan al bebé en mayor riesgo de presentar crecimiento inadecuado, infección o dependencia de sustancias químicas. Igualmente, cuanto más joven sea la madre por debajo de los 20 años, mayor será el riesgo para el bebé de morir durante el primer año de vida.

El control prenatal oportuno y adecuado es de vital importancia para las adolescentes embarazadas.

MORBILIDAD MATERNA-ADOLESCENTE

La morbilidad materna se refiere a aquellas defunciones a consecuencia de complicaciones causadas por el embarazo y el parto. Estas complicaciones pueden suceder durante el embarazo o el parto, o pueden ocurrir hasta 42 días después del parto. Por cada mujer que perece, muchas más sufrirán lesiones, infecciones y trastornos como consecuencia de las complicaciones del embarazo o el parto.

Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna del MSP, la hemorragia es la primera causa de muerte materna con 38% de casos, seguida de hipertensión y eclampsia con un 26% y en tercer lugar la sepsis con el 21% de casos.

EDAD Y MUERTE MATERNA

“El 64% de muertes maternas ocurren entre las edades de 20 a 34 años. Del total de muertes maternas 10% ocurrieron en mujeres adolescentes menores de 20 años), mientras que el 25% se presentaron en mujeres de 35 años y más mueren en un 25%.

ADOLESCENCIA Y MUERTE MATERNA

En contraste con la tasa de fecundidad nacional que ha descendido, la tasa de fecundidad específica en adolescentes aumenta, lo que demanda intervenciones específicas en este grupo de edad especialmente si se tiene en cuenta que:

- La tercera parte de adolescentes y jóvenes que han estado embarazadas declararon que en ese momento no deseaban embarazarse.
- El 43.6% de adolescentes casadas o unidas no utilizan métodos anticonceptivos.
- De 128.530 partos únicos espontáneos, el 22 % fueron de madres adolescentes.
- De 556 abortos espontáneos, 96 casos (17%) fueron en adolescentes y de los 18.381 abortos no especificados, 2.949 casos (16 %) fueron de adolescentes.
- Una de cada diez muertes maternas suceden en adolescentes.²

LA REALIDAD DEL AZUAY EN MATERINIDAD ADOLESCENTE

Se ha tomado datos de partos atendidos en el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño desde el mes de Junio a Diciembre del 2004 que fueron 61 partos de los cuales 15 eran adolescentes lo que representa un 25, 59% de partos

en adolescentes, en los meses de Enero a Junio del 2005 se atendieron 61 partos de estos 13 fueron adolescentes lo que representa un 21,31%.³

- **ABORTOS EN ADOLESCENTES**

El embarazo no deseado en adolescentes se asocia con deficiente o nula educación sexual, sobrevaloración de la maternidad y el ejercicio de la sexualidad con poca claridad sobre el riesgo reproductivo.

Aborto.- Es toda expulsión del feto, natural o provocada, en el período no viable de su vida intrauterino, es decir, cuando no tiene ninguna posibilidad de sobrevivir.

La Organización Mundial de Salud estimó que en Ecuador hay alrededor de 125 mil abortos por año: uno cada cuatro minutos.

El embarazo en la adolescencia desencadena crisis desestructurada por la pesada carga emocional, física y social; que impide que sean vividas importantes fases de maduración psico-social en las adolescentes⁴

Los embarazos no deseados y la maternidad adolescente siempre han sido asuntos políticamente sensibles.

En nuestro país según las estadísticas del Gobierno, 37 de cada 100 embarazos adolescentes no son deseados. Esto repercute en el índice de abortos. Durante el último año se registraron 25 mil casos de aborto, informó la ministra Coordinadora de Desarrollo Social, Doris Soliz.⁵

CAUSAS DE LOS ABORTOS ADOLESCENTES

- Bajas condiciones socioeconómicas.
- Presión de la familia y de la pareja.



- Miedo a la expectativa social (marginación, truncamiento de sus expectativas en ese momento).
- Problemas de salud.
- Violación o incesto.
- Falta de educación sexual afectiva.
- Mal uso de métodos anticonceptivos (uso de prácticas tradicionales).
- Cuando la relación con su pareja no es estable.

UNA PRÁCTICA CON MAYORES CONSECUENCIAS PARA LAS ADOLESCENTES

Diversas complicaciones pueden presentarse después de cualquier interrupción del embarazo (incluso cuando ésta la realiza una persona capacitada o cuando sucede de manera espontánea), pero sin duda el riesgo de presentarlas es mucho mayor cuando se trata de un aborto inducido realizado en la clandestinidad.

Los problemas que puedes tener luego de un aborto de cualquier clase se describen a continuación:

1) Infecciones. Ésta es una de las complicaciones más comunes y son causadas por la entrada en el útero de ciertas bacterias. Los tipos más comunes de infecciones son la endometritis, lo cual es una infección en la mucosa interna del útero, e infecciones del tracto urinario, que incluyen infección de los órganos reproductores y del sistema urinario

Una infección no atendida puede provocar enfermedades serias, esterilidad e incluso la muerte.

2) Retención de tejido. Puede suceder que después de la intervención queden restos de tejido ovular en el interior del útero. Esto significa que



debes buscar atención médica para remover el tejido, pues éste es un medio ideal para el crecimiento de las bacterias que provocan las infecciones.

3) Hemorragias. Es normal que se presente sangrado después de la interrupción del embarazo. A menudo se puede presentar un sangrado escaso que aumenta poco a poco. Un sangrado moderado, similar a un periodo menstrual, puede prolongarse hasta 6 semanas. Un sangrado más abundante que el de un periodo menstrual, o que persista más allá de 3 o 4 semanas, necesita ser evaluado médicamente.

4) Lesiones intra-abdominales (perforación del útero y lesiones cervicales). Debido a que éstas son lesiones internas, tú no estás en posibilidad de darte cuenta de ellas más que a través de las señales de peligro. La perforación del útero ocurre cuando un instrumento quirúrgico lo atraviesa. El útero es un músculo fuerte que con frecuencia sana sin necesidad de tratamiento, sin embargo, en ocasiones puede ser necesaria una intervención quirúrgica para reparar el daño. Las lesiones cervicales pueden presentarse como resultado de fuertes contracciones uterinas y deben suturarse para evitar problemas en embarazos posteriores.

5) Reacciones tóxicas a las sustancias o drogas utilizadas para inducir el aborto. Si has ingerido hierbas, medicamentos o drogas para provocarte el aborto, puedes presentar serias complicaciones tóxicas. Es importante saber la mayor parte de las drogas y preparados que se conocen como abortivos no proporcionan una interrupción del embarazo confiable, y con frecuencia pueden provocar intoxicación y hasta envenenamiento.

La problemática del aborto inducido en la población adolescente merece particular atención. En ella se conjugan varios factores que hacen que este sea un evento potencialmente más peligroso y traumático en la vida de las adolescentes de lo que puede ser para mujeres adultas. Dicho fenómeno afecta principalmente a las jóvenes más pobres y con menor escolaridad. Lo sufren con particular crudeza las menores de 16 años, quienes enfrentan



mayores riesgos de sufrir daños fisiológicos y psicológicos cuando experimentan un aborto. Para una adolescente es más difícil encontrar un proveedor de salud para interrumpir un embarazo, además de que es más probable que intente practicarse un aborto por sí misma.

A veces las adolescentes abortan en etapas tardías de su gestación, lo que aumenta el riesgo de complicaciones. El insuficiente conocimiento y la menor conciencia sobre las reacciones de su cuerpo, suele traer consigo que tardíamente se den cuenta de que están embarazadas. Además, la decisión de abortar es a menudo difícil de tomar, en virtud de la sanción social que pesa sobre este acto y de la falta de apoyo para practicarse un aborto, en particular, por parte del autor del embarazo, quien raramente está cerca de su pareja en tales circunstancias. La adolescente que desea abortar enfrenta, asimismo, otras dificultades, como encontrar a personal de la salud dispuestos a practicar el aborto y, sobre todo, contar con dinero necesario para cubrir su costo.

La problemática del embarazo precoz y sus consecuencias, entre las cuales el aborto tiene un sitio especial, se ha tornado mucho más compleja y evidente en los últimos años, las razones son obvias, e incluyen aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Dentro de los biológicos se encuentra la creciente tendencia en ambos sexos a la aparición del desarrollo puberal a edades cada vez más tempranas, lo cual incrementa el período en el cual las y los adolescentes son biológicamente fértiles, pero no poseen ni el desarrollo psicológico ni social adecuado para enfrentar estas responsabilidades, de esta forma se hace más amplio el período de vulnerabilidad para la ocurrencia de embarazos no deseados ni previstos, pues como es conocido, en el mundo actual competitivo y globalizado los adolescentes y jóvenes precisan de prolongar cada vez más el período de instrucción, y por tanto de dependencia económica de sus padres, para poder aspirar a insertarse con éxito en un mercado laboral cada vez más demandante.

Es por todos aceptado que las y los adolescentes llegan a ser fértiles unos 4 ó 5 años antes de ser emocionalmente maduros. Ahora bien, no resulta fácil definir en qué momento los y las adolescentes están en capacidad biológica para fecundar, primero que todo, porque no todas las adolescentes menstrúan a la misma edad, se considera que una adolescente tiene la capacidad potencial de embarazarse a partir de que tenga su primera menstruación (menarquía), aunque se han dado casos raros, en que adolescentes se han embarazado sin haber tenido nunca menstruaciones previas. En el caso de los varones esto es algo aún más complejo, pues está comprobado que las primeras eyaculaciones casi nunca contienen espermatozoides con capacidad real de fecundar, no existe un evento o parámetro capaz de definir con certeza esta potencialidad.

Es difícil de conocer con exactitud la problemática real de los abortos en la adolescencia en nuestro país, ya que en la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños este proceder es ilegal o tiene serias restricciones, por lo que se realizan gran cantidad de abortos ilegales que dificultan una recolección fidedigna de estos datos. Sólo Cuba, Puerto Rico, Canadá y Estados Unidos cuentan con estadísticas confiables, ya que el aborto es un proceder no penalizado. Pese a las prohibiciones, en América Latina se estiman en varios millones el número de mujeres que abortan ilegalmente cada año, no hay forma de medir exactamente la prevalencia del aborto ilegal, y mucho menos conocer qué proporción de estos tienen lugar en adolescentes.

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS QUE CONLLEVA EL ABORTO PROVOCADO EN LAS ADOLESCENTES.

1. Sentimiento de culpabilidad.
2. La mujer presenta reacciones de hostilidad, de enojo o de tristeza.
3. Desea castigarse buscando relaciones abusivas o aislándose de sus amigos y familia.



4. Algunas mujeres experimentan anorexia nervosa.
5. Experimentan insomnio, pensando en el aborto o en el bebé.
6. Sufren pesadillas sobre niños perdidos o muertos.
7. Pueden ser descuidadas o agresivas con otros niños.
8. Pierden la capacidad de concentrarse, en los estudios o en el trabajo.
9. Tendencia a abusar de las drogas y/o el alcohol.
10. Planteamientos suicidas e intentos de suicidio.
11. Sienten la necesidad de reemplazar al niño abortado y tratan de embarazarse nuevamente cuanto antes posible para tener un nuevo bebé que reemplace al que fue abortado.
12. Algunas mujeres sienten odio hacia sus parejas a los cuales culpan por el aborto.
13. Si son solteras ya no desean tener novio, cuando terminan con su pareja, se vuelven promiscuas.⁶

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DEL PLAN DE CLASE N° 3

¹ TENORIO, Rodrigo, La cultura Sexual en los adolescentes, Quito, 1995

² Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal del MSP. Disponible en:
<http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/1.%20PlanNacionaldeReduccionAceleradadelMortalidadMaternayNeonatal.pdf>.

³ Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal del MSP. Disponible en:
<http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/1.%20PlanNacionaldeReduccionAceleradadelMortalidadMaternayNeonatal.pdf>.

⁴ Aborto en la adolescencia. Consideraciones bioéticas. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos82/aborto-adolescencia-consideraciones-bioeticas/aborto-adolescencia-consideraciones-bioeticas2.shtml>

⁵ Crecen embarazos precoces. Disponible en:
http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101288465/-1/Crecen_embarazos_precoces_.html

⁶<http://www.eumed.net/rev/cccss/03/mamm.htm>

CONCLUSIONES

| OBJETIVOS | CONCLUSIONES |
|--|---|
| 1. Describir las características personales y familiares de los adolescentes del Ciclo Básico en el Colegio Nacional Benigno Malo. | En esta investigación podemos concluir que existen más adolescentes del sexo masculino (186 adolescentes) en relación al femenino (71 adolescentes), también de acuerdo al estudio concluimos que la edad predominante en el noveno año de Educación Básica de este colegio es de 13 años (172), con menor porcentaje de 14 años (76 adolescentes) y en mínima cantidad de 15 años (9 adolescentes) |
| 2. Determinar las fuentes en donde los adolescentes del Ciclo Básico en el Colegio Nacional Benigno Malo buscan información a cerca de la Sexualidad | En la investigación concluimos que el 50.97% de adolescentes encuestados consultan sobre sexualidad en el internet, seguido del 23% cuya consulta la hacen en folletos, luego tenemos que el 8.17% lo consultan en otras fuentes. Pudiendo o no ser la información adecuada ya que el internet no es una fuente totalmente confiable sobre todo al relacionarlo con este tema. |
| 3. Identificar la frecuencia y tipo de comunicación sobre el | Se concluye que 20.62% de los adolescentes no tienen problemas |

| | |
|---|--|
| <p>tema de Sexualidad que tienen con sus padres los adolescentes del Noveno Año de Educación Básica en el colegio Nacional Benigno Malo</p> | <p>para hablar sobre sexualidad con sus padres, el 30.35% de los adolescentes investigados no habla de sexualidad con sus padres y prefieren hablarlo con otra persona evidenciando una falta de comunicación del adolescente con su familia, lo que contribuye a no contar con la información adecuada, predisponiéndose a mayores riesgos; el 13.23% prefiere no hablar con ninguna persona sobre este tema.</p> |
| <p>4. Determinar la frecuencia con que los adolescentes visitan un centro de salud para consultar sobre el tema de sexualidad</p> | <p>Concluyendo aseveramos que el 51.36% de adolescentes, no visitan un centro de salud sea por diversas causas, entre estas el 27% de los adolescentes desconocen donde se encuentra ubicado un Centro de Salud, en menor porcentaje el 8% piensa que el Centro de Salud no es amigable par los jóvenes.</p> <p>En la etapa de la adolescencia los/las jóvenes necesitan una educación basada en las tres aristas de una salud integral y educación sexual, psicológica, social y biológica. Esto a su vez servirá para disminuir las prácticas sexuales de riesgo. y posponer su activad sexual en los adolescentes</p> |

RECOMENDACIONES

Los padres deben entender que la sexualidad es parte de la vida humana, educar al adolescentes en etapas tempranas sobre una sexualidad responsable y compartida haciéndoles conscientes que una relación sexual involucra más que solo cuerpos sino sentimientos, hace que ellos tengan una fuente segura no solo de consulta sino de confianza en sus emociones.

Los agentes intervinientes en la Educación Sexual de los Adolescentes son los Colegios, Personal de Salud y familia. Quienes deben dar paso a la Educación Sexual tomando en cuenta no solo lo fisiológico sino lo psicológico y lo emocional de los adolescentes creando así un vínculo más cercano hacia la prevención y aplazamiento de la actividad sexual.

La promoción de la salud va más allá de las informaciones, tratándose de educación para la salud y estímulo de hábitos de vida saludable. Hay necesidad de utilizar las vías afectivas y de una actuación rápida por parte de la familia, puesto que el adolescente tendrá mayor confianza en sus indagaciones sobre sexualidad.

Crear programas de Salud Sexual con enfoque biopsicosocial que hablamos anteriormente en donde se promocionen en colegios y casas de salud pública y los adolescentes puedan tener acceso de forma rápida y segura; donde se implemente la atención de salud integral para jóvenes con especialistas y personal capacitado.

De esta forma, la posibilidad de reversión del actual cuadro relacionado a conductas sexuales alarmantes en nuestro país que ubica al Ecuador como el país de las niñas madre; deben partir de un esfuerzo comunitario en donde intervengan desde las altas esferas del Estado hasta los proveedores de salud, educación donde una preocupación real y afectiva en términos de salud afronte problemas que observamos cotidianamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

¹ Moya C. La salud sexual y reproductiva de los jóvenes en América Latina y el Caribe. Abril 2002 [Serie en internet]; [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fssaludsexual.pdf>. Consultado Octubre 12, 2006.

² II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población. La demografía latinoamericana del siglo XXI. Guadalajara, México. 2006. ALAP. [16 pantallas]. Disponible en: <http://cst.mexicocity.unfpa.org/docs/GRISELLRODRIGUEZ.pdf>

³ OMS/Fondo de Población de Naciones Unidas. Las prioridades de salud sexual y reproductiva reciben un espaldarazo al más alto nivel. Comunicado de prensa conjunto OMS/FNUAP. 2006. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr34/es/index.html>

⁴ Embarazos en Adolescentes crece en América Latina. Disponible en: http://www.lostiempos.com/diario/actualidad/vida-y-futuro/20100122/embarazos-de-adolescentes-crece-en-america-latina_54632_96954.html

⁵ Ecuador lidera la lista de embarazo adolescente. Diario el Comercio. Disponible en: http://www.elcomercio.com/sociedad/Ecuador-lidera-lista-embarazo-adolescente_0_650935027.html.

⁶ Al Ecuador le hace falta hablar sobre Sexualidad. Periódico del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Disponible en: http://www.msp.gob.ec/misalud/index.php?option=com_content&view=article&id=346:al-ecuador-le-hace-falta-hablar-sobre-sexualidad&catid=51:nacionales&Itemid=242

⁷ Los niños y niñas en el Ecuador. Disponible en: <http://www.unicef.org/ecuador/children.html>



⁸ Psicólogos en línea gratis: <http://psicologosenlinea.net/604-psicologia-adolescencia-concepto-de-adolescencia-desarrollo-de-la-personalidad-y-cambios-psicologicos-en-el-adolescente.html#ixzz1wVgJUQV2>

⁹ Concepto de pubertad. Disponible en: <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/pubertad>

¹⁰ Pubertad temprana y tardía. Etiología y clínica. Disponible en: http://www.dfarmacia.com/farma/ctl_servlet?_f=13&idContenido=13145356&idCategoria=4

¹¹ Desarrollo Psicosexual y Psicosocial en la adolescencia. María Elena Gumucio Psicóloga y terapeuta familiar. Departamento de Psiquiatría. Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en:

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/Lecciones/Leccion02/M1L2Leccion.html>

¹² Embarazo en la Adolescencia. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

¹³ La Pubertad. Disponible en: <http://www.enplenitud.com/la-pubertad.html#ixzz25GCXm0e2>

¹⁴ Pubertad y adolescencia – Overview. Disponible en: http://www.umm.edu/esp_ency/article/001950.htm#ixzz1wVjJ2hjc

¹⁵ Pubertad: Adolescencia Masculina. Disponible en: <http://www.uchicagokidshospital.org/online-library/content=S04739>

¹⁶ La Adolescencia. Disponible en: <http://www.misrespuestas.com/que-es-la-adolescencia.html>

¹⁷ Lic. Carola Diamondstein - Dr. Alberto Cirulnik Disponible en: <http://www.enplenitud.com/la-pubertad.html#ixzz25GDcRups>.



¹⁸ Características del desarrollo Psicológico de los Adolescentes. Disponible en:

http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_28/JUANA_MARIA_ALVAREZ_JIMENEZ_01.pdf

¹⁹ Modulo II. Desarrollo Psicología y Psicosexual del adolescente. Disponible en:

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/Lecciones/Leccion02/M1L2Leccion.html>

²⁰ La Sexualidad y los Adolescentes. Riesgos. Disponible en: <http://adolescentes.euroresidentes.com/2007/11/la-sexualidad-y-los-adolescentes.html>

²¹Prácticas Sexuales y Riesgos Asociados en la Población Adolescente-Joven. Rafaela Martín Pérez. Disponible en:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPr%C2%A0cticas+sexuales+y+riesgos+asociados+en+la+poblaci%C2%A2n+a+dolescente-joven.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220433868242&ssbinary=true>

²² Ecuador lidera la lista de embarazo adolescente Diario EL COMERCIO. Disponible en: http://www.elcomercio.com/sociedad/Ecuador-lidera-lista-embarazo-adolescente_0_650935027.html.

²³ Embarazo en adolescentes, problema de hoy. Disponible en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/embarazo/articulos/embarazo-en-adolescentes-problema-de-hoy.html>

²⁴Influencia de los Medios de Comunicación en las representaciones actuales acerca de la Sexualidad. Por NANCY DEL VALLE GARCÍA



Egresada del Curso de Formación en Sexualidad de AASES. Disponible en:
www.educaciónsexual.com.ar.

²⁵ Educación Sexual. Disponible en: www.educaciónsexual.com.ar.

²⁶ Guía de Educación Sexual. Disponible en:
<http://www.msal.gov.ar/index.php/mapa-del-sitio/52-programa-nacional-de-salud-integral-en-la-adolescencia>

BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ, R.: Salud pública. Medicina preventiva, Editorial Manual Moderno, México, 1991.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, COMMITTEE ON ADOLESCENCE: “Adolescent Pregnancy”, Pediatrics, 83, 32-3, 1998.
- BALDERAS, L.: Administración de los servicios de enfermería, 2a. ed., Interamericana, México, 1998.
- CÁCERES, J. y ESCUDERO, V.: Relación de pareja en jóvenes y embarazos no deseados, Pirámide, Madrid, 1994.
- CASTILLO, C.; LÓPEZ, C.; MUÑOZ, C. y RIVERA, J.: “Una aproximación a la conflictiva de la adolescente soltera embarazada”, 1992.
- DELGADO, Oliva A. Sexualidad y educación afectivo-sexual durante la adolescencia. Conferencia impartida en la Iª Jornada de Educación afectivo-sexual, Huelva, Marzo de 2001.
- DÍAZ Gómez N.M. et al. Sexualidad en la adolescencia. Factores que influyen en la conducta sexual de los adolescentes. Libro de ponencias y comunicaciones de las 5ª Jornadas Europeas de investigación en pediatría extrahospitalaria. Girona, 1993.
- ESCOBAR y MUÑOZ: “Estudio cualitativo de la experiencia de los padres adolescentes”, 1995.
- ERICKSON, E.: Identidad, juventud y crisis, Trillas, México, 1998.
- ESPINOSA, A. y MEJÍA, G.: “Adolescencia”, en ABREU, Martín (ed.): Compendio de medicina general, L. Méndez Editores S.A. de C.V., México, 2005, pp. 26-31.
- GERVILLA Castillo, E. (2000), Un modelo axiológico de educación integral.



- GONCALVES Cámara, S.; Castellá Sarriera, J.; Calotto, M.S. Predoctorales de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. Revista Interamericas de Psicología. 2007; 41 (2): 161-166.
- MARTÍN, Rafaela, Prácticas Sexuales y Riesgos Asociados en la Población Adolescente-Joven.
- MOLINA, R.; LUENGO, X. y TOLEDO, V.: Adolescencia: tiempo de decisiones, Hermanas Santa Ana, Canadá, 2001.
- OCHAÍTA Alderete, E.; Espinosa Bayal M.A. Las prácticas sexuales de los adolescentes y jóvenes españoles. Estudios de juventud nº 63/03.
- OPS/OMS. La Salud Neonatal en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. 2006
- PEÑA, I.; QUIROZ, M.; MUÑOZ, W.; MOLINA, M.; GUERRERO, M. y MASARDO, A.: “Embarazo precoz”, Revista de Trabajo Social, 59, 1991, pp. 21-28.
- REEDER, S.: Enfermería materno-infantil, 15a. ed., Editorial Mexicana, México, 2006.
- Sociedad española de contracepción. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Anticoncepción postcoital (capítulo 25).
- TENORIO, Rodrigo, La cultura Sexual en los adolescentes, Quito, 1995
- TORICES R., I y Ávila G., G (2007). Orientación Sexual
- VILLEGAS, M.: “Atención integral de salud del adolescente”, MSAS/ OMS/OPS, 2007.



ANEXOS
ANEXO 2
OFICIO DE AUTORIZACIÓN

Mgs.

Laura Serrano

RECTORA DEL COLEGIO BENIGNO MALO

En su despacho.

De mis consideraciones:

El presente oficio tiene como finalidad expresar un cordial saludo a nombre de Hilda Acero Lojano y Elizabeth Jara Quito, egresadas de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estatal de Cuenca. Nuestro objetivo es mejorar la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes, así como también brindar calidad y calidez en los servicios de salud destinados para la atención de éste importante grupo de personas.

Para conseguir el objetivo de investigación necesitamos conocer las necesidades y opiniones sobre Sexualidad de los/las adolescentes que pertenecen a su prestigioso Colegio.

Por lo que muy comedidamente solicitamos autorice la realización del trabajo de investigación sobre: **ESTRATEGIA EDUCATIVA E INFORMACION Y COMUNICACIÓN SOBRE SEXUALIDAD EN LOS ADOLESCENTES DEL NOVENO AÑO DE EDUCACION BASICA DEL COLEGIO BENIGNO MALO**, que Ud. tan acertadamente dirige.

Esta investigación busca intervenir mediante una estrategia educativa para capacitar sobre salud y sexualidad en adolescentes escolarizados.

Antes de la intervención, se aplicarán unas encuestas previo consentimiento informado por escrito de los padres de los adolescentes y el asentimiento informado por escrito de ellos mismos, con el fin de mantener la concordancia con las normativas nacionales en materia de bioética. Cabe mencionar que las encuestas a ser aplicadas no implican ningún riesgo ni daño para la integridad de los/las adolescentes y no tienen costo alguno.

La información obtenida servirá para direccionar de manera adecuada a los/las adolescentes sobre salud sexual. Los resultados de la investigación serán entregados a los Directivos del Colegio con el análisis correspondiente.

En espera de que esta solicitud sea aceptada, le anticipamos desde ya nuestros sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Hilda Acero Lojano
0301686176

Elizabeth Jara Quito
0105514954



ANEXO 2

Consentimiento informado para los padres de familia

Buenas tardes, Nosotras somos Hilda Acero Lojano y Elizabeth Jara Quito, egresadas de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Estamos visitando el colegio de su hijo/a para aplicar una encuesta sobre el estado de salud de los y las adolescentes. Las respuestas serán de gran ayuda para nuestro estudio el cual busca maneras para mejorar la salud de los y las adolescentes en Ecuador.

El objetivo de esta investigación es mejorar la calidad y calidez de los servicios de los centros de salud para los/las adolescentes. El tema central de investigación es conocer la Estrategia Educativa e Información y Comunicación de los/las adolescentes sobre Sexualidad.

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

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

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

NOMBRE DEL REPRESENTANTE.....

CÉDULA DE IDENTIDAD NÚMERO.....

PADRE MADRE

AUTORIZO QUE MI REPRESENTADO CONTESTE LA ENCUESTA DE ESTA INVESTIGACIÓN.

FIRMA.....

FECHA DÍA..... MES..... AÑO.....

Una vez llenado sírvase enviar el presente con su hijo/a.



ANEXO 3

Asentimiento Informado

Buenas tardes, nosotras Hilda Acero Lojano y Elizabeth Jara Quito, egresadas de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Estamos visitando tu colegio para aplicar una encuesta sobre el estado de salud de los y las adolescentes. Tus respuestas serán de gran ayuda para nuestro estudio el cual busca maneras para mejorar la salud de los y las adolescentes en Ecuador.

El objetivo de esta investigación es mejorar la calidad y calidez de los servicios de los centros de salud para los/las adolescentes. El tema centrales conocer la Estrategia Educativa e Información y Comunicación de los estudiantes. Queremos asegurar que los servicios de salud responden a las necesidades de los/las adolescentes.

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

La información que nos proporcionas será estrictamente confidencial y solamente será utilizada para fines del presente estudio. Haremos preguntas sobre tu edad, condiciones de vida, características personales, tus conocimientos, experiencias y comunicación sobre el tema de sexualidad y los servicios de salud que utilizas.

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

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

Para cualquier pregunta o comentario te puedes dirigir a mí o a mis colegas.

El tiempo de llenado del cuestionario es aproximadamente 30 minutos. Te gustaría participar? Por favor marca con una 'X' tu respuesta.

Si

No



ANEXO 4
FORMULARIO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA

PREGUNTAS

POSIBLES RESPUESTAS

1.-¿Cuál es tu sexo?

Masculino

Femenino

2.-¿Tu fecha de nacimiento?

.....

3.-¿En la actualidad trabajas?

Si

No

BUSQUEDA DE INFORMACION SOBRE SEXUALIDAD

PREGUNTAS

POSIBLES RESPUESTAS

1.-¿Crees que manejas
Información suficiente en
El tema de sexualidad?

Si

No

No se



2.- En el último año 1 vez
¿encuántas ocasiones has 2 veces
buscado información sobre el 3 veces
tema de sexualidad.? Más de 3 veces
 No se

3.- ¿En qué parte buscas información Folletos
Sobre el tema la sexualidad? Libros
 Internet
 Otros indica
 En ninguna parte

4.-¿Conoces una clínica , indica
O centro de salud donde puedes No
consultar sobre tu sexualidad.

6.-En este ultimo año Si, indica.....
¿has visitado alguna No,
Clínica o centro de No sé dónde queda el centro de salud
Salud para consultar El centro de salud queda lejos
Tu sexualidad. No tengo dinero para acudir al centro de
 Salud.
 El horario de atención no es apropiado
 No me gusta esperar un minuto



- 7.-Según tu opinión
¿Cuáles son las razones por las cuales no visitas un centro de salud?
- El centro de salud no es amigables para para los jóvenes.
- No tengo confianza en el personal de salud.
- En el centro de salud falta privacidad.
- Mi familia no me deja consultar en estos centros.
- Otro, indica.....
- 8.-¿ Conoces algún Proveedor de salud donde puedes pedir información sobre tu sexualidad?
- No
- Si un medico
- Si, una enfermera
- Si, un/a farmacéutico/a
- Si, una partera
- Si, otro indica
- 9.- En el último año ¿has visitado algún proveedor de salud para pedir información sobre tu sexualidad?
- Si
- No

COMUNICACIÓN SOBRE SEXUALIDAD

PREGUNTAS

POSIBLES RESPUESTAS

- 1.- ¿En general como te sientes cuando se toca el tema de sexualidad? con personas especificas .
- No tengo problemas para hablar sobre sexualidad.
- Solamente me gusta hablarlo
- Prefiero no hablarlo



2.-En la actualidad¿ hablas con Si
 con tus padres sobre tu No
 sexualidad.? No se

3.- En la actualidad¿hablas con No tengo pareja/novio/novia
 tu pareja/novio/novia sobre tu Si
 sexualidad. No
 A veces

5.-A parte de tus padres, No
 pareja novio/novia Si, con un hermano/a mayor
 ¿has hablado ya con otra Si, con otro miembro
 familiar Persona sobre sexualidad. Si, con un líder religioso
 Si, otro indica.....

PRACTICAS SOBRE SEXUALIDAD

PREGUNTAS

RESPUESTAS

1.-Tu opinión¿Qué lleva a los El chico toma la iniciativa
 adolescentes a tener relaciones La chica toma la iniciativa
 sexuales? Ambos toman la iniciativa
 Sucede en el momento
 Tienen curiosidad
 Otro, indica-----
 No se

2.-¿Ya tuviste relaciones Si
 sexuales(penetración.) No



- 3.- ¿Estuviste presionada para
Tener relaciones sexuales?
- Si
- No
- No se
- 5.- ¿ Tendrías relaciones sexuales
Sin estar enamorada/o
- Si
- No
- No se
- 6.-¿Piensas que las relaciones
sexuales son necesarias para
mantener la relación entre pareja
novio/a?
- Si
- No
- No se
- 7.- ¿Con quién piensas que podrías
hablar si tuvieras tu primera
experiencia sexual (puede anotar
mas de una opción.?)
- con ninguna persona
- Con mi mama
- Con mi papa
- Con un/a profesor/a
- Con un personal de salud
- Con mi hermano/a
- Con mis amigas/os
- 8.- ¿Qué tan difícil es resistir
Tener relaciones sexuales?
- Muy difícil
- Difícil
- No fácil, no difícil
- Fácil
- Muy fácil

ANEXO 5**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

| Variables | Definición | Dimensión | Indicador | Escala |
|------------------|--|---|---|---------------------------|
| GENERO | Diferencias biológicas entre los sexos distingue los aspectos atribuidos a hombres y mujeres desde un punto de vista social de los determinados biológicamente pueden cambiar con el tiempo, incluso si ciertos aspectos de estos roles derivan de las diferencias biológicas entre los sexos. | Diferencia fenotípica que caracteriza a la especie | Lo que exprese el entrevistado | Masculino Femenino |
| EDAD | Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista. | Edad en años cumplidos | Año de nacimiento expresado por el entrevistado | Numérica |
| TRABAJO | Esfuerzo realizado por los seres humanos con la finalidad de producir riqueza. | Actividad que origina un pago en dinero o cualquier otra forma de retribución | Respuesta del entrevistado | Si No |



| | | | | |
|--|--|---|----------------------------|--|
| RELACIÓN FAMILIAR | Convivencia con sus progenitores: padre, madre | Madre | Respuesta del entrevistado | <ul style="list-style-type: none">• No viví con mi mamá• Viví 1 año o menos con mi mamá• Viví entre 1 y 3 años con mi mamá• Viví los 3 años con mi mamá |
| | | Padre | Respuesta del entrevistado | <ul style="list-style-type: none">• No viví con mi papá• Viví 1 año o menos con mi papá• Viví entre 1 y 3 años con mi papá• Viví los 3 años con mi papá |
| Relación afectiva con su pareja | Persona que mantiene con otra una relación amorosa. | Con novio o novia en este momento | Respuesta del entrevistado | <ul style="list-style-type: none">• Si• No• Desde hace cuando |
| SEXUALIDAD | Es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan el comportamiento sexual de cada | Opinión de que si el entrevistado maneja la información suficiente en el tema de sexualidad | Respuesta del entrevistado | <ul style="list-style-type: none">• Sí• No• No sé |

| | | | | |
|--------------------------------|---|---|----------------------------|--|
| | individuo. La sexualidad y sus dimensiones están en el centro de la vida humana y por consiguiente, en el centro de la cultura. | | | |
| ESTRATEGIA EDUCATIVA | Planteamiento conjunto de una serie de pautas que determinan las actuaciones concretas a seguir, en cada fase de un proceso educativo.. | Opinión del entrevistado si está conforme con la educación que recibe hasta ahora. | Respuesta del entrevistado | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No se |
| BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN | Necesidad por conseguir un conocimiento que satisfaga sus inquietudes. | Opinión de que si durante el último año, ha buscado información sobre el tema de sexualidad en folletos, libros de colegio, diccionarios, enciclopedias, internet y libros. | Respuesta del entrevistado | <ul style="list-style-type: none"> • 1 vez • 2 veces • 3 veces • Más de 3 veces • No sé |
| | | Opinión a cerca de que dónde busca información sobre el tema de sexualidad | Respuesta del entrevistado | <ul style="list-style-type: none"> • Folletos • Libros de colegio • Diccionario • Enciclopedia • Internet |



| | | | | |
|---------------------|---|---|----------------------------|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none">• Libros• Otro• En ninguna parte |
| | | Opinión sobre qué temas relacionados con sexualidad le gustaría recibir más información | Respuesta del entrevistado | Cualitativa |
| | | Opinión a cerca de cómo se siente el entrevistado cuando se toca el tema de sexualidad. | Respuesta del entrevistado | <ul style="list-style-type: none">• No tengo problemas para hablar sobre sexualidad• Solamente me gusta hablarlo con algunas personas específicas.• Prefiero no hablarlo |
| COMUNICACIÓN | Proceso mediante el cual dos agentes que comparten un mismo repertorio y tienen unas reglas semióticas comunes. | Opinión de cómo se siente el entrevistado, cuando habla con sus padres sobre su sexualidad. | Respuesta del entrevistado | <ul style="list-style-type: none">• Sí• No• A veces |



| | | | | |
|--|--|--|----------------------------|--|
| | | Opinión de cómo se siente el entrevistado, cuando habla con su pareja / novio / novia sobre su sexualidad. | Respuesta del entrevistado | <ul style="list-style-type: none">• No tengo pareja/novio/novia• Sí• No• A veces |
| | | Opinión de cómo se siente el entrevistado, cuando habla con sus amigos/amigas sobre su sexualidad. | Respuesta del entrevistado | <ul style="list-style-type: none">• Sí• No• A veces |
| | | Opinión de cómo se siente el entrevistado, cuando habla con otra persona sobre su sexualidad. | Respuesta del entrevistado | <ul style="list-style-type: none">• No• Sí, con un hermano/a mayor• Sí, con otro miembro de mi familia• Sí, con un líder religioso• Sí, con un proveedor de salud• Sí, otro |

| | | | | |
|---------------------------|--|---|----------------------------|---|
| | | Opinión del entrevistado sobre con quién le gustaría comunicarse más sobre su sexualidad. | Respuesta del entrevistado | <ul style="list-style-type: none"> • Mi mamá • Mi papá • Un/a profesor/a • Personal de salud • Mi pareja/novio/novia • Mi mejor amigo/a • Amigas/amigos • Un líder religioso • Otro • Nadie |
| SERVICIOS DE SALUD | Los términos centro de salud (CS) o centro de atención primaria (CAP) se refieren al lugar donde se atiende a la población en un primer nivel asistencial sanitario. | Opinión del entrevistado sobre si conoce una clínica o centro de salud donde puede consultar sobre su sexualidad. | Respuesta del entrevistado | <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No |
| | | Opinión del entrevistado sobre si durante el último año ha visitado alguna clínica o | Respuesta del entrevistado | <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No |

| | | | | |
|--|--|---|----------------------------|---|
| | | centro de salud para consultar sobre su sexualidad. | | |
| | | Opinión del entrevistado sobre, las tres razones por las cuales no visita un centro de salud. | Respuesta del entrevistado | <ul style="list-style-type: none">• No sé donde es el centro de salud• No tengo dinero para acudir al centro de salud• El horario de atención no es apropiado• No me gusta esperar mucho• El centro de salud no es amigables para los jóvenes• No tengo confianza en el personal de salud• En el centro de salud falta privacidad |



| | | | | |
|--|--|---|----------------------------|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none">• No me parece necesario de consultar sobre salud sexual• Mi familia no me deja consultar en estos centros• Otro |
| | | Opinión del entrevistado sobre si conoce algún proveedor de salud donde puede pedir información sobre su sexualidad. | Respuesta del entrevistado | <ul style="list-style-type: none">• Sí, un médico• Sí, una enfermera• Sí, un/a farmacéutico/a• Sí, una partera• Si, otro |
| | | Opinión del entrevistado sobre si durante el último año ha visitado algún proveedor de salud para pedir información sobre su sexualidad | Respuesta del entrevistado | <ul style="list-style-type: none">• Sí• No |



| | | | | |
|----------------------------|---|---|----------------------------|---|
| RELACIONES SEXUALES | La relación sexual, es el conjunto de comportamientos afectivos, eróticos que realizan dos o más personas y que en algunos casos suele incluir uno o varios coitos. | Opinión del entrevistado sobre si ya tuvo relaciones sexuales (penetración) | Respuesta del entrevistado | <ul style="list-style-type: none">• Sí• No |
|----------------------------|---|---|----------------------------|---|

ANEXO 6

FOTOGRAFÍAS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA A LOS ALUMNOS DEL COLEGIO BENIGNO MALO





