

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA



TESIS DE GRADO

Previo a la obtención del título de:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

TEMA

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SALUD SEXUAL EN ESTUDIANTES DE 15 a 19 AÑOS DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA” DEL CANTÓN JUNÍN – MANABÍ, DICIEMBRE 2006 a JUNIO 2007”

AUTORA:

MARÍA GORETTI MOREIRA SÁNCHEZ

DIRECTOR: DR. NELSON CAMPOVERDE.

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR

2006 – 2007



CERTIFICACIÓN

Certifico:

Que la tesis titulada **“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SALUD SEXUAL EN ESTUDIANTES DE 15 a 19 AÑOS DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA” DEL CANTÓN JUNÍN – MANABÍ, DICIEMBRE 2006 a JUNIO 2007”**, que es un trabajo original de su autora, Egresada María Goretti Moreira Sánchez, la cual ha sido desarrollada y concluida de acuerdo a los requerimientos establecidos bajo mi dirección, con vigilancia periódica en su ejecución.

Dr. Nelson Campoverde Mejía

Director de Tesis



CERTIFICACIÓN

Certifico:

Que la tesis titulada **“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SALUD SEXUAL EN ESTUDIANTES DE 15 a 19 AÑOS DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA” DEL CANTÓN JUNÍN – MANABÍ, DICIEMBRE 2006 a JUNIO 2007”**, que es un trabajo original de su autora, Egresada Egresada María Goretti Moreira Sánchez, la cual ha sido desarrollada y concluida de acuerdo a los requerimientos establecidos, con vigilancia periódica en su ejecución.

Lcda. Aracely Romero de Zambrano

Presidente del Tribunal

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TESIS DE GRADO



“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SALUD SEXUAL EN ESTUDIANTES DE 15 a 19 AÑOS DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA” DEL CANTÓN JUNÍN – MANABÍ, DICIEMBRE 2006 a JUNIO 2007”

Sometido a consideración del Tribunal de Revisión y Evaluación, legalizado por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

APROBADA POR:

Dr. Nelson Campoverde
de Z.
DIRECTOR

Lcda. Aracely Romero
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dr. Iván Haro Alvarado
Pinargote
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lcda. Auria
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Luis Seni.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Bosco Barberán Mera
DECANO

Ab. Jhandry Sabando García
ASESOR JURÍDICO

*El contenido teórico, reflexiones y análisis,
del presente trabajo de investigación son
de mi exclusiva autoría.*

Ma. Goretti Moreira S..

Dedicatoria

“La fortaleza del medico radica en la capacidad de brindar apoyo a quien lo necesite en cualquier eventualidad de la vida”.

El presente proyecto esta dedicado a cada una de las personas que confiaron en él.

Pero ante todo a Dios por ser junto a sus ángeles la fuente de luz y protección en todo suceso presentado.

A mi abuelo de corazón: El padre John Mervar que a falta de abuelos genéticos se convirtió en ese ser especial que me ha brindado todo su apoyo y a la vez se convirtió en el guía de cada una de las etapas de mi vida, sobre todo a lo largo de mi carrera universitaria.

A mis padres: Ramón y Carmen que con su esfuerzo han sido pilares fundamentales en todo momento, mas aun, nunca dudaron de mi capacidad de llegar a ser Médico.

A mis hermanos: Julissa, Josué, Terelucy, que siempre se han mantenido pendientes de cada paso que doy.

A mis amigas y hermanas de corazón: Estela, Anita, Eliana, Samantha que durante los años universitarios siempre han estado allí, riendo y sufriendo de los embates e imprevistos que esta carrera y la vida personal nos ha dado. No puedo dejar de nombrar a Ronald, amigo en todo acontecimiento, y que juntos nos hemos convertido en un grupo fuerte y solido que a pesar de toda controversia se ha mantenido unido.

A la Dra. Anita Molina quien se ha convertido en mi madre de corazón, siendo la amiga y consejera desde el momento en que la conocí.

A la Familia Mantilla Cepeda por ser como mi segundo hogar, acogiéndome como una mas de sus miembros brindándome su hospitalidad durante toda la realización de este proyecto

Y por ultimo a todos aquellos que de una u otra manera siempre han estado junto a mí dándome su entero voto de confianza.

María Goretti Moreira S.

Agradecimiento

“La recompensa mas grande para el medico es poder ver una sonrisa reflejada en cada persona a quien sirve y en cada niño que ayude a nacer”.

Mi agradecimiento esta dirigido a las siguientes instituciones y personas:

A la Universidad Técnica de Manabí por haber sido el pilar fundamental para continuar con mis estudios superiores. Abriendo sus puertas a cada joven que desee formar parte de esta importante institución.

A ti Facultad de Ciencias de la Salud, junto a la Carrera de Medicina que fueron luz y guía para cumplir este hermoso sueño de servicio a las personas.

Como no agradecer a cada una de las personas que formaron parte del tribunal de Tesis, al Director Dr. Nelson Campoverde, la Presidenta Lcda. Aracely Romero y los Vocales Lcda. Auria Pinargote, Dr. Iván Haro, Dr. Luís Seni, quienes fueron guía para la realización y culminación del este proyecto..

Al Sr. Rector del Colegio Nacional Mixto “Carlos García” del cantón Junín junto a todos sus docentes y estudiantes, que me abrieron sus puertas para poder llevar a cabo este trabajo de investigación.

A Dios, que nunca ha dejado de estar junto a mí. Así como a mi familia y amigos por su confianza y paciencia, pero lo más bello, su apoyo incondicional desplegado durante estos años de vida universitaria.

Mil gracias a todos por estar ahí siempre junto a mí.

María Goretti Moreira S.

RESUMEN

En esta investigación sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Salud Sexual en los estudiantes de 15 a 19 años del Colegio Nacional Mixto “Carlos García” del Cantón Junín, se hizo un estudio de tipo prospectivo, longitudinal y descriptivo; cuyo universo lo conforman el total de estudiantes antes mencionado en número de 400 y la muestra representada por el 30% del universo con 120 estudiantes.

Para la toma de datos se empleó la técnica del cuestionario, y para la selección de la muestra (muestreo no probabilístico por conveniencia), determinándose que el mayor grupo de edad estudiantil está entre 16 y 17 años. El estado civil que predomina es soltero. La mayor población educándose proviene del área urbana y se ubica en situación económica regular.

Además los estudiantes tienen porcentajes altos en niveles de conocimientos inadecuados y desconocimiento de otros, sin importar sexo, edad, estado civil, religión, estrato social y situación demográfica. De estos la mayoría de estudiantes son del sexo masculino.

Muestran también actitudes positivas ante el tema de Salud Sexual, aunque conocimientos inadecuados, las cuales parecen provenir de una deficiente orientación en el hogar y en el colegio, demostrando incongruencias por el nivel de conocimiento antes expresado, por lo que se denota la mayor influencia de los medios de comunicación y amigos en las actitudes de los adolescentes frente a su sexualidad.

SUMMARY

In this investigation about Knowles, Attitude and Practices on Sexual Health in the students of 15 and 19 years of the high school “Carlos García” from the Cantón Junín, did prospective, longitudinal and descriptive type; Whose universe conform it the total of above-mentioned students in number of 433 and the sign represented by the 30 % of the universe with 130 students.

The technique of the questionnaire was used for the take of data, and for the selection of sample (non probabilistic sampling by convenience), determining that the bigger student age bracket is between 16 and 17 years. The marital status the fact that he predominates is single. The bigger population getting an education comes from area urban and it finds its place in regular economic situation.

Besides the students have high percentages in levels of inadequate knowledge and ignorance of others, without importing sex, age, marital status, religion, social stratum and demographic situation. They are student's majority of these of masculine sex.

They evidence also positive attitudes in front of Sexual Health theme, although inadequate knowledge, which as they seem to come of misguidance at the home and the high school, demonstrating incongruence for the level of knowledge before expressed, for what is denoted the principal influences of means of communication and friends in the attitudes of the teens in front of their sexuality.

ÍNDICE

	Pág.
CAPÍTULO I	
I Introducción.....	1
II Justificación.....	4
III Problematización.....	6
IV Planteamiento del problema.....	9
V Objetivos.....	10
CAPÍTULO II	
VI Marco Referencial.....	12
VII Marco Teórico.....	
A. Adolescencia	
I. Definición..... 13	
1. Teorías de la Adolescencia...	
a. Teoría Psicoanalítica de Freud	14
b. Teoría de la Adolescencia de Erikson.....	14
c. Visión Psicosociológica.....	14
d. Teoría Focal de Coleman.....	15
2. Duración de la Adolescencia.....	15
II. Fases	
1. Maduración y funciones de los órganos sexuales..... 15	
a. En el hombre.....	15
b. En la mujer.....	16
c. Cambios físicos del Adolescente.	17
d. Pubertad.....	18
e. El momento de la Pubertad.....	18
f. El comienzo de la Pubertad.....	19
III. Aspectos Psicosexuales de la Adolescencia 20	
1. Fantasías Sexuales.....	20
2. Independencia.....	21
3. Reacciones Paternas.....	22

IV. Pautas de la Conducta Sexual	
1. La masturbación.....	23
2. Las caricias (petting).....	23
3. El coíto.....	24
4. Experiencia Homosexual.....	25
B. Sexualidad	
I. Definición.....	26
1. La sexualidad como función procreadora	28
II. Aspectos psíquicos.....	29
III. Aspectos Sociales.....	31
1. La Sexualidad y la necesidad de búsqueda de Placer.....	32
2. La Sexualidad como apetencia o necesidad Fisiológica.....	32
3. La Sexualidad como comunicación y encuentro	33
IV. Conductas Sexuales.....	35
1. Homosexualidad.....	35
2. Prostitución.....	36
3. Autoerotismo.....	38
4. Otras conductas menos frecuentes...	39
V. Métodos Anticonceptivos e ITS.....	39
Tipos de Métodos Anticonceptivos.....	39
Infecciones de Transmisión Sexual.....	42
VI. Derechos Sexuales y Reproductivos.....	44
CAPÍTULO III	
VIII. Operacionalización de las Variables....	49
IX. Diseño Metodológico.....	62
1. Tipo de Investigación.....	62
2. Área de estudio.....	62
3. Población Universo.....	62
4. Muestra.....	63
5. Criterios de Inclusión.....	63
6. Criterios de Exclusión.....	63
7. Tipo de Muestreo.....	63
8. Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos	64
a. Técnica.....	64
b. Instrumentos.....	64
c. Procedimiento.....	66
d. Plan de Tabulación y Análisis...	66

e. Recursos.....	66
CAPÍTULO IV	
X. Presentación y Análisis de Datos.....	70
CAPÍTULO V	
XI. Conclusiones.....	124
XII. Recomendaciones.....	129
Glosario.....	131
Bibliografía.....	135
Anexos.....	138



CAPITULO I

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa importante del desarrollo del hombre que determina la forma en que los y las adolescentes vivirán su vida como adultos, no solo en el área de la reproducción, sino también en el ámbito social y económico. La salud de los adolescentes (15 – 19 años) es factor importante para el progreso del país. Sin embargo, muy a menudo las necesidades y derechos de los adolescentes no están presentes en las políticas públicas, ni en las agendas del sector salud, excepto cuando los adolescentes presentan un comportamiento que la sociedad califica de negativo o problemático. Un factor que contribuye a esto es que, si se comparan con los niños y los adultos mayores, los adolescentes enfrentan muy pocas condiciones que amenacen su vida. No obstante, muchos de los hábitos perjudiciales para la salud que provocan morbilidad o mortalidad en la edad adulta son hábitos que se han adquirido durante la adolescencia. Por lo tanto un enfoque centrado en promover la salud y la prevención es crucial para una adolescencia y vida adulta sana.

Desde la década de los años 70 el tema de la educación de la sexualidad estuvo latente en el ámbito académico y profesional. La labor de las ONG's y de las universidades en este campo constituyen un valioso aporte en el desarrollo de esta temática desde la investigación, la formación de recursos humanos y otras acciones educativas.

Ecuador en el año 2001 contaba con 12'156.608 habitantes. De esta población 2'713.035 eran adolescentes entre 10 a 19 años de edad (21,45 %). La sexualidad del

adolescente no se debe ver como un problema, sino que se debe abordar desde una perspectiva de promoción y protección de la Salud.¹

El limitado acceso al sistema educativo y de Salud, los bajos recursos socioeconómicos de los hogares, la escasa información sobre salud sexual y reproductiva están asociadas a: embarazos de adolescentes, violencia sexual, riesgo de contraer ITS y VIH/SIDA, y a una vivencia distorsionada de la sexualidad.

La maduración sexual es más temprana, en tanto que la unión estable o del matrimonio tiende a retrasarse. Estos factores junto a la iniciación temprana de las relaciones sexuales y a la falta de información y de educación en sexualidad, provoca que un porcentaje cercano al 19 % de adolescentes se embarace y que la mayoría de ellas interrumpa sus estudios y cambie drásticamente sus proyectos de vida, según datos de la maternidad Isidro Ayora de Quito que atiende a más del 50 % de mujeres gestantes de Quito y de sus alrededores, en tanto que en los datos estadísticos del Hospital Ginecobstétrico “Enrique Sotomayor” de Guayaquil, demuestran que el total de partos atendidos (37.579), 60,12 % de cesáreas correspondieron a adolescentes, de 23.907 partos vaginales el 28,31 % correspondió a adolescentes y de 3.392 abortos, el 56,76 % fue de adolescentes. Por lo que los indicadores de fecundidad en los adolescentes reflejan que un promedio de 16,3 % del grupo de 15 a 19 años ha tenido su primera experiencia sexual antes del matrimonio, o de una unión estable de pareja, y que antes de los 20 años un 31 % de las mujeres ya ha tenido un hijo/a.²

¹ www.inec.gov.ec/censopoblacionalydevivienda/.2001//htm

² UNFPA. Plan Nacional para la Educación de la Sexualidad y el Amor/2000, pag.32,39,41

La Encuesta Nacional de Juventud realizada en Chile en el año 2002, y que incorpora sujetos desde los 15 años, muestra que un 42.1% de la población adolescente comprendida entre los 15 y 19 años se encuentra sexualmente activa. Comparando estudios realizados en los años de 1994, 1997 y 2002, indican un aumento general del número de adolescentes que ha tenido relaciones sexuales³.

El periodo adolescente es un momento oportuno para abordar la salud sexual y las inquietudes sobre la sexualidad con el fin de mejorar la salud general de los jóvenes. Todo este conjunto de elementos va a influir en la calidad de vida de la gran mayoría de individuos objeto de estudio. Por ello la necesidad de mejorar la educación de la sexualidad y este proyecto responde a ese requerimiento social.⁴

³ Equidad, Género y Reformas de las políticas de salud en América Latina y el Caribe. Contribución de OPS/división de Salud y desarrollo humano/Programa regional mujer, salud y desarrollo a la octava sesión de la conferencia regional sobre la mujer en América Latina y el Caribe. CEPAL, 2000 pág. 3.

⁴ UNFPA. Plan Nacional para la Educación de la Sexualidad y el Amor/2000, pág. 27.

II. JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es una etapa en la que se experimentan nuevas sensaciones sexuales, y los intereses y motivaciones relacionados con el sexo van a tomar una enorme importancia.

La situación de los adolescentes, en la actualidad, acerca de sus conocimientos, actitudes y prácticas sexuales adolece de muchas presunciones y nos lleva a la necesidad de un estudio que nos permita desarrollar la formación de una conciencia activa que forme al adolescente con bases sólidas para tomar decisiones en materia de prácticas sexuales.

Durante la adolescencia, frecuentemente aparece un importante cúmulo de nuevos sentimientos y emociones, ligados al fenómeno del enamoramiento. Es importante que los adolescentes estén abiertos a esta vivencia emocional y sepan afrontar los aspectos positivos, así como las posibles frustraciones.

A todas las características citadas del adolescente, se le unen los siguientes aspectos:

-La información que tienen sobre la sexualidad es inadecuada.

-Sus fuentes de información no son las apropiadas: amigos, revistas, cintas de video pornográficas...

-Son una población de riesgo de embarazo no deseado y de ITS.

No debemos olvidar que la Sexualidad y la Salud están estrechamente vinculadas a la calidad de vida y demandan la necesidad de la Educación Sexual.

Consideramos que es importante favorecer la aceptación positiva de la propia Identidad Sexual, y aprender los conocimientos que permitan vivir las diferentes posibilidades de la sexualidad, así como a ser respetuosos y tolerantes con las diferentes creencias e ideas presentes en la sociedad.

En la actualidad, aún el tema del desarrollo de la sexualidad es confuso, plagado de mitos y tabúes; y las condiciones de riesgo son cotidianas. En este contexto el presente estudio, trata de llenar algunos vacíos, de explorar más aspectos referidos al tema y de dar una imagen del cantón sobre la situación de los adolescentes con respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas de la Salud Sexual, con el cual se espera que se tome una mayor conciencia del riesgo a que se exponen al tomar decisiones no informadas con relación a su práctica sexual y de aspectos de vulnerabilidad que puedan servir como base para el diseño de estrategias educativas preventivas.

III. PROBLEMATIZACIÓN

La adolescencia a menudo se caracteriza como un periodo de oportunidad y de riesgos, y el comportamiento de asumir riesgos se extiende a la sexualidad. La sexualidad tiene que ver con nuestro comportamiento o comportamiento en general como hombre o como mujer en una determinada sociedad; es una dimensión fundamental del hecho de ser humano basada en el sexo, incluye el género, identidades de sexo, orientación sexual, erotismo, vínculo emocional, amor y reproducción, se experimenta o se expresa en forma de pensamiento, fantasía, deseos, creencias, valores, actitudes, actividades, prácticas, factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, éticos, religiosos o espirituales.

Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos no es necesario que se experimenten o se expresen todos.

Existen un sin número de proyectos y estudios realizados a nivel latinoamericano referentes a la determinación del nivel de conocimientos sobre la sexualidad y prácticas sexuales. Así, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en conjunto con otras organizaciones, en la publicación titulada “Salud Sexual y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en las América”: Implicaciones en Programas y Políticas, en Estadísticas Importantes sobre la Sexualidad de los Jóvenes, ofrece un panorama sobre la situación de los jóvenes en lo que refiere a salud sexual y reproductiva, los jóvenes son sexualmente activos a una edad temprana.

Aproximadamente un 50% de los adolescentes menores de 17 años de Latinoamérica son sexualmente activos⁵.

Entre 53% y 71% de las mujeres en Latinoamérica tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años⁶. El promedio de edad del primer coito es de aproximadamente 15-16 años para las jóvenes en muchos países de América Latina y El Caribe; para los varones es de aproximadamente 14-15 años⁷. Los jóvenes en ciertos países del Caribe inician la vida sexual a una edad tan temprana como los 10 y 12 años⁸. Un número significativo de adolescentes mujeres están casadas o en unión. Entre el 18% (Perú), 38% (El Salvador) y 34% (Trinidad y Tobago) de las adolescentes están casadas a los 18 años. La mayoría de las relaciones sexuales entre las mujeres jóvenes se producen dentro del matrimonio⁹. Así también demuestran que los niveles de conocimiento son altos pero todavía existen brechas. En general, los niveles de conocimiento sobre anticoncepción y la concientización del riesgo de VIH son altos, pero los adolescentes saben menos sobre otras ITS y sobre las formas de transmisión del VIH¹⁰. Entre una cuarta parte y la mitad de las adolescentes entre 15 y 19 años de edad en Guatemala, Perú, Haití y Brasil no saben que una persona con SIDA puede parecer saludable¹¹. La conducta sigue sin cambiar: solamente el 30% de los jóvenes en el Caribe se preocupan del embarazo, el 26% utiliza anticonceptivos de forma constante¹². Las encuestas en El Caribe sugieren que el 40% de las adolescentes y el 50% de los adolescentes varones no tienen acceso a anticonceptivos

⁵ FNUAP, 1997

⁶ Basado en Encuestas EDA, 1990-1999

⁷ Camacho-Hubner, 2000

⁸ UNICEF, 1998; OMS/OPS, 2000

⁹ Singh, S. y cols., 2000

¹⁰ FNUAP, 1997

¹¹ UNICEF, 2000

¹² OMS/OPS, 2000

durante su primera relación sexual¹³. Entre el 35% y el 52% de los embarazos adolescentes en Latinoamérica no fueron planificados¹⁴. Como promedio, el 38% de las mujeres se quedan embarazadas antes de los 20 años¹⁵. En la mayoría de los países de América Latina, entre el 15 y el 25% de todos los recién nacidos eran hijos de adolescentes¹⁶.

Todos estos datos estadísticos nos demuestran que los adolescentes no están debidamente informados acerca de sexualidad y practicas sexuales, y mucho menos en que momento y condiciones desarrollan su vida sexual.

¹³ UNICEF, 1997

¹⁴ FNUAP, 1997

¹⁵ FNUAP, 1997

¹⁶ UNICEF, 1997

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hoy en día la mayoría de los adolescentes ha tenido experiencias sexuales y muchos de ellos tienen una actividad sexual habitual, pero son pocos los que están plenamente informados de los riesgos que corren y de cómo pueden protegerse de las enfermedades de transmisión sexual.

Además, y según señalan diferentes investigaciones, los jóvenes se sienten poco preocupados por su salud y presentan poco interés por las informaciones negativas y amenazantes, sintiéndose invulnerables a cualquier tipo de vivencia de riesgo, al que, por otro lado, valoran positivamente.

A su vez la información sobre sexualidad que reciben los jóvenes suele ser desvirtuada y parcial, acabando siendo rutinaria o estereotipada y no ofreciendo la mayoría de las veces información sobre situaciones, matices o preocupaciones individuales.

Dado que en nuestro país y muy en particular en nuestra provincia hay pocos estudios descriptivos sobre sexualidad pensamos que sería interesante averiguar lo que saben y opinan los adolescentes de nuestra zona, planteando la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Salud Sexual en los estudiantes de 15 a 19 años de edad del Colegio Nacional Mixto “Carlos García” del Cantón Junín – Manabí, de Diciembre del 2006 a Junio del 2007?

V. OBJETIVOS

a. OBJETIVO GENERAL

Determinar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Salud Sexual en los estudiantes de 15 a 19 años de edad del Colegio Nacional Mixto “Carlos García” del Cantón Junín – Manabí, de Diciembre del 2006 a Junio del 2007.

b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer el nivel de conocimiento sobre sexualidad en los adolescentes.
- Identificar la actitud de los adolescentes frente a la sexualidad.
- Determinar las prácticas de sexualidad en los adolescentes.
- Elaborar una propuesta sobre educación sexual con el Colegio motivo de estudio.

CAPITULO II



VI. MARCO REFERENCIAL

MARCO REFERENCIAL

JUNÍN

Junín esta situada en el centro occidental de la provincia de Manabí (Anexo N° 1). Tiene una superficie de 247.3 Km² .Limita al Norte, con los cantones de Tosagua y Bolívar, al Sur con Portoviejo, al Este con el cantón Bolívar y al Oeste con el cantón Rocafuerte.

La geografía de Junín esta dividida en 1 parroquia urbana que es Junín y 64 Comunidades Rurales ubicadas en los recintos: Los casados, Soledad, Agua Fría, La Reformada, Dos Bocas, Guayabales, Cañales Arriba y Río Frío.

La población del Cantón Junín, según el Censo del 2005 realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), representa el 1.6 % del total de la provincia de Manabí; a crecido en el ultimo periodo intercensal, a un ritmo del 0.3 % promedio anual (Anexo N° 2). El 76.6 % de su población reside en el área rural; se caracteriza por ser una población joven, ya que el 46.0 % son menores de 20 años.

Según se puede analizar en la pirámide de población por edades y sexo (Anexo N° 3).

VII. MARCO TEÓRICO

A. ADOLESCENCIA

1. DEFINICIÓN

La Adolescencia (del latín *adolescere*: desarrollarse), no sólo es una fase en el desarrollo psíquico del individuo, hacia una supuesta madurez, sino también una transformación en algo nuevo que conserva en sí lo antiguo: nunca desaparece la infancia, como nunca se accede a una madurez absoluta.

La adolescencia consiste más en un proceso, en una etapa de transición que en un estadio con límites temporales fijos. Los cambios que ocurren en este momento son tan significativos que resulta útil hablar de la adolescencia como un periodo diferenciado del ciclo vital humano.

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

En sociedades diferentes a la nuestra y también en la misma sociedad occidental, en otros tiempos, la adolescencia puede, o podía, darse por terminada con el matrimonio y la entrada en el mundo laboral. En la actualidad, y dentro del contexto occidental, la generalizada demora del momento del matrimonio, la situación de prolongación de los estudios y, sobre todo, de desempleo juvenil, ha hecho difícil la delimitación final

de la edad adolescente; en definitiva la sociedad occidental ha contribuido a alargar la adolescencia mucho más de lo habitual en otras sociedades.

Los cambios biológicos marcan el inicio de la adolescencia, pero esta no se reduce a ellos, sino que se caracteriza además por significativas transformaciones psicológicas y sociales.

2. PRINCIPALES TEORÍAS SOBRE LA ADOLESCENCIA:

a. Teoría psicoanalítica de FREUD: Según esta teoría la adolescencia es un estadio del desarrollo en el que brotan los impulsos sexuales y se produce una primacía del erotismo genital. Supone, por un lado, revivir conflictos edípicos infantiles y la necesidad de resolverlos con mayor independencia de los progenitores y, por otro lado, un cambio en los lazos afectivos hacia nuevos objetos amorosos.

b. Teoría de la adolescencia de ERIKSON: Para ERIKSON, la adolescencia es una crisis normativa, es decir, una fase normal de incremento de conflictos, donde la tarea más importante es construir una identidad coherente y evitar la confusión de papeles.

c. Visión psicosociológica: Esta visión subraya la influencia de los factores externos. La adolescencia es la experiencia de pasar una fase que enlaza la niñez con la vida adulta, y que se caracteriza por el aprendizaje de nuevos papeles sociales: no es un niño, pero tampoco es un adulto, es decir, su status.

d. Teoría focal de COLEMAN: Este autor toma a la adolescencia como crisis, si bien los conflictos se dan en una secuencia, de tal forma que el adolescente puede hacerlos frente y resolver tantos conflictos sin saturarse.

3. DURACIÓN DE LA ADOLESCENCIA

Este período comprende entre el final de la infancia y el principio de la edad adulta.

Suele comenzar a los 12 y 14 años en la mujer y en el hombre respectivamente y termina a los 21. En esta etapa se experimenta cambios que se dan a escalas sociales, sexuales, físicas y psicológicas que desarrollaremos mas adelante.

II. FASES

1. Maduración y Funciones de los Órganos Sexuales.

a. En el hombre:

Los principales órganos sexuales masculinos son: el pene, escroto, testículos, próstata, vesículas seminales, epidídimo, glándulas de Cooper, uretra y conductos deferentes. Durante la adolescencia ocurren cambios importantes en estos órganos.

Los testículos y el escroto comienzan a crecer con rapidez aproximadamente a la edad de 11 años y medio. Dicho crecimiento se vuelve bastante más rápido después

de la edad de 13 años para luego hacerse más lento. Durante este periodo, los testículos aumentan dos veces su tamaño y aproximadamente ocho veces su peso. El pene dobla su tamaño y su diámetro durante la adolescencia, con el crecimiento más rápido entre los 14 y 18 años. Tanto la próstata como las vesículas seminales maduran y empiezan a secretar semen. En este tiempo maduran las glándulas de Cooper y empiezan a secretar el fluido alcalino que neutraliza la acidez de la uretra y la lubrica para permitir el paso seguro y fácil del esperma. Este fluido aparece en la apertura de la uretra durante la excitación sexual y antes de la eyaculación.

El cambio más importante dentro de los testículos es el desarrollo de las células espermáticas maduras.

Los muchachos adolescentes pueden preocuparse por poluciones nocturnas, conocidas como sueños húmedos, dichas experiencias son normales, no ocasionan daño alguno y pueden ser aceptadas como parte de su sexualidad.

b. En la mujer:

Los principales órganos sexuales internos femeninos son: la vagina, las trompas de Falopio, el útero y los ovarios. Los órganos sexuales femeninos externos son la vulva, el clítoris, los labios mayores, los labios menores, el Monte de Venus y el vestíbulo, podemos mencionar también el himen que es el pliegue de tejido que cierra parcialmente la vagina de la mujer virgen.

En la pubertad, aumenta la longitud de la vagina, su cubierta mucosa se hace más gruesa y elástica, cambiando a un color más intenso. Las paredes internas de la vagina cambian su secreción a ácida en la adolescencia, mientras las glándulas de Bartolini empiezan a secretar sus fluidos.

Los labios mayores, prácticamente inexistentes en la niñez, se agrandan considerablemente durante la adolescencia al igual que los labios menores y el clítoris. El Monte de Venus se hace más prominente por el desarrollo de una almohadilla de grasa. El útero duplica su tamaño, mostrando un incremento lineal durante el período que va de los 10 a los 18 años. Los ovarios incrementan notoriamente su tamaño y peso, muestran un crecimiento bastante estable desde el nacimiento hasta los 8 años, cierta aceleración desde los 8 años hasta el momento de la ovulación (12 a 13 años) y un incremento muy rápido después de alcanzar la madurez sexual. Indudablemente este es el resultado de la maduración de los folículos, cada niña nace con aproximadamente 400.000 folículos en cada ovario.

Para el momento en que alcanza la pubertad, este número ha disminuido a cerca de 80.000 en cada ovario. Por lo general, un folículo produce un óvulo maduro aproximadamente cada 28 días por un periodo de 38 años, lo que significa que maduran menos de 500 óvulos durante los años reproductivos de la mujer.

c. Cambios físicos del adolescente

Los cambios biológicos que señalan el fin de la niñez incluyen el crecimiento repentino del adolescente, inicio de la menstruación en las mujeres, la presencia de semen en la orina de los varones, la maduración de los órganos sexuales primarios

(los que se relacionan directamente con la reproducción) y el desarrollo de las características sexuales secundarias (señales fisiológicas de la madurez sexual que no involucran en forma directa a los órganos reproductores).

d. Pubertad:

Es el proceso que lleva a la madurez sexual, cuando una persona es capaz de reproducirse; algunas personas utilizan el término pubertad para indicar el fin de la maduración sexual y el de pubescencia para referirse al proceso.

e. El momento de la Pubertad:

La pubertad tarda casi 4 años y comienza alrededor de 2 años antes en las niñas que en los niños. En promedio, las niñas comienzan a mostrar el cambio de este período hacia los 9 ó 10 años de edad y llegan a la madurez sexual hacia los 13 ó 14.

Sin embargo, las niñas normales pueden presentar las primeras señales a los 7 años o después de los 14, llegando a la madurez sexual a los 9 ó 16. La edad promedio para que los chicos entren en la pubertad es a los 12, alcanzando su madurez sexual a los 14, sin embargo los niños normales pueden comenzar a manifestar sus cambios a los 9 años ó a los 16 y llegan a la madurez a los 11 ó 18.

Los cambios físicos del adolescente siguen una secuencia que es mucho más consistente, que su aparición real, aunque este orden varíe en cierta forma de una persona a otra.

f. El comienzo de la Pubertad:

La pubertad inicia cuando, en algún comienzo determinado biológicamente, la glándula pituitaria de una persona joven envía un mensaje a las glándulas sexuales, las cuales empiezan a segregar hormonas. Este momento preciso está regulado aparentemente por la interacción de los genes, la salud del individuo y el ambiente; también puede relacionarse con un nivel de peso crítico. La pubertad entonces, se representa como respuesta a los cambios en el sistema hormonal del cuerpo, los cuales se activan ante una señal psicológica. Su respuesta en una niña es que en los ovarios empiezan a producir una gran cantidad de hormonas femeninas llamadas estrógenos, y en el muchacho los testículos comienzan la producción de andrógenos.

Hacia los 7 años de edad los niveles de estas hormonas sexuales comienzan a aumentar, poniendo en movimiento los eventos que identifican la pubertad. El estrógeno estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos, mientras que el andrógeno estimula el crecimiento de los genitales masculinos y el vello corporal.

Las hormonas están estrechamente relacionadas con las emociones, en especial con la agresión en los muchachos y la agresión y depresión en las niñas. Algunos investigadores atribuyen la creciente emocionalidad y cambio en el estado de ánimo de la adolescencia temprana a las hormonas, pero es necesario acordar que en los seres humanos la influencia social se combina con las hormonas y puede predominar.

Aunque existe una relación bien establecida entre la producción de las hormonas testosterona y la sexualidad, los adolescentes comienzan la actividad sexual más de

acuerdo con lo que sus amigos hacen, que los que sus glándulas producen. A estos parámetros del comienzo de la pubertad, le podemos agregar la influencia que tienen el estrés en el desarrollo físico, cognoscitivo y de la propia personalidad del adolescente.

Las niñas que discuten más con sus madres maduran más rápido físicamente que las que tienen relación más tranquila; es posible que un vínculo afectivo muy estrecho pueda ser estresante y que ese estrés pueda afectar las secreciones hormonales que rigen la pubertad.

III. ASPECTOS PSICOSEXUALES DE LA ADOLESCENCIA

1. Fantasías sexuales

Los sueños y las fantasías sexuales se tornan más frecuentes y explícitos en la adolescencia, muchas veces como elemento auxiliar de la masturbación. Parece ser que la fantasía, en el marco de la adolescencia, cumple varios cometidos: realza por lo general el placer de la actividad sexual; puede sustituir a una experiencia real (pero inasequible); origina excitación o provoca el orgasmo; constituye una especie de plataforma de ensayo mental de cara a ulteriores situaciones sexuales (aumentando la tranquilidad y anticipándose a posibles problemas, igual que ocurre con el ensayo de cualquier otra actividad) y, en fin, supone un medio de experimentación sexual sin riesgos, controlable y nada conmocionante. La

experiencia del adolescente, en cuanto a la exploración del alcance y aplicabilidad de las fantasías, repercute decididamente en su actividad sexual y en la propia seguridad a la hora de desempeñarse sexualmente en fases posteriores.

2. Independencia

A medida que el adolescente pugna por consolidar un sentido de identidad e independencia personal con respecto a sus padres y a otras figuras autoritarias, adquieren gran importancia las relaciones recíprocas con los compañeros y compañeras de la misma edad. Así, por ejemplo, la necesidad de libertad que experimenta el adolescente se acompaña normalmente del imperativo de “ser como sus amigos”, por más que en ocasiones ambas exigencias sean contrapuestas o antagónicas.

Las presiones del grupo de edad a que pertenece el adolescente varían según las colectividades sociales.

En su ansia por liberarse de la supervisión de los padres y de los adultos, algunos adolescentes ven en el sexo un medio de demostrar su actitud para tomar decisiones propias y de presentar cara a la escala de valores de la otra generación. Pero la conquista de esa libertad no es tarea fácil, ya que los adolescentes adquieren de un modo u otro un considerable legado sexual de sus mayores y de la generación correspondiente en el que se incluyen pautas discriminatorias hacia el sexo femenino y un intenso sentimiento de culpabilidad sexual. Han cambiado las actitudes antes que la conducta, puesto que hoy está muy extendida la idea de igualdad entre ambos sexos. No obstante, perdura en ciertos aspectos el criterio de la superioridad del

varón. Aún se espera que sea éste el que tome la iniciativa sexual, y si es la mujer la que lo hace, lo más probable es que se la tache de "atrevida" o "calentorra". Los adolescentes no se han desembarazado de todo vestigio de problemas sexuales, mala información y desconcierto en materia de sexualidad; más bien parece que hayan sustituido determinados problemas por otro contingente de dificultades.

3. Reacciones Paternas

Muchos adultos dan la impresión de sentirse amenazados por las pautas del adolescente en esta materia y tratan de regularlas de manera ilógica, como lo demuestra el hecho de que se pretenda a veces suprimir la Educación Sexual en las escuelas ("les llenaría la cabeza de malas ideas"), restringir la información sobre Métodos Anticonceptivos ("que sigan teniendo miedo a quedar embarazadas"), censurar libros y películas o, sencillamente, fingir que la sexualidad del adolescente no existe en absoluto. Por fortuna, no todos los padres adoptan una visión tan negativa de la sexualidad juvenil y en algunos casos asumen posturas más liberales.

También es importante constatar que la conducta sexual del adolescente puede crear inquietud en los progenitores. A muchos padres les preocupa que sus hijos adolescentes se vean atrapados en un embarazo involuntario, conscientes de que, aun cuando él o ella dispongan de medios anticonceptivos, quizá no los sepan utilizar eficazmente en el momento preciso. Los padres también se inquietan, y no sin motivo, de que sus hijos adolescentes puedan contraer una enfermedad venérea.

IV. PAUTAS DE CONDUCTA SEXUAL

1. La Masturbación

Kinsey y colaboradores (1953) detectaron una marcada diferencia en cuanto a la incidencia de la masturbación en los varones y en las mujeres. No obstante, la tendencia actual indica un aumento de la masturbación en las muchachas adolescentes.

La masturbación cumple en los adolescentes varias funciones de importancia, como son el alivio de la tensión sexual, el constituir una forma inocua de experimentación sexual, la mejora de la autoconfianza en el desempeño sexual, el dominio de los impulsos sexuales, la mitigación de la soledad y una válvula de escape de la tensión y el estrés generales.

2. Las Caricias (petting)

Kinsey y colaboradores lo definen como el contacto físico entre varones y mujeres con miras a lograr la excitación erótica sin realizar el coito. Recientemente, un estudio basado en entrevistas con estudiantes de ambos sexos de primer año de universidad, a los que se preguntó sobre sus experiencias sexuales en el instituto de secundaria, puso de manifiesto que el 82 % tuvo estimulación genital con su pareja, y que el 40% de las muchachas y el 50% de los chicos habían tenido orgasmos durante el petting (Kolodny, 1980).

El petting debe contemplarse a la luz de los cambios de actitud que hoy se observan en la conducta sexual del adolescente. Además de practicar buen número de

actividades sexuales a edad más temprana que otras generaciones, muchos de los adolescentes de nuestros días han prescindido de la costumbre de "salir" o darse cita con compañeros o compañeras y de "entablar un noviazgo" formal, y se atienen a pautas de interacción social menos estructuradas.

3. El Coito

La primera experiencia coital puede constituir un episodio de dicha, goce, intimidad y satisfacción o, por el contrario, originar inquietud, desengaño y culpa. Es un error deducir que los chicos y chicas que tienen su primera relación coital a edad más temprana son por ello mismo promiscuos, ya que muchos adolescentes jóvenes se limitan a realizar la experiencia con una misma compañera en cada ocasión. También debe tenerse en cuenta que pocos adolescentes no vírgenes realizan el acto sexual con escasa frecuencia. En el caso de algunos muchachos, sobre todo los que "probaron" efectuar la cópula por el afán de experimentar, desvelado el misterio hallan menos intrigante y apetecible la relación sexual y pasan largos periodos sin hacer el amor o copulando de tarde en tarde, impulsados a veces por el deseo de encontrar "la persona adecuada". Los adolescentes que mantienen una relación amorosa que permanece desde hace tiempo, suelen realizar el coito con bastante regularidad.

En los últimos años se ha puesto de manifiesto que entre los adolescentes con experiencia sexual está emergiendo un contingente que se muestra desengañado, insatisfecho o turbado en lo que atañe a su vida sexual. En ocasiones se trata de muchachos o muchachas que esperaban tanto de esa primera experiencia que luego se sienten poco menos que frustrados o estafados si la situación no resulta

conmocionante. Otros padecen trastornos sexuales que les han impedido gozar del contacto íntimo. Un tercer contingente está constituido por adolescentes que en un principio gozan con la experiencia sexual, pero que pierden interés por ella cuando se dan cuenta de que la relación con el compañero o compañera tiene tan sólo una motivación sexual, o cuando se rompe el vínculo y una parte se siente utilizada o manipulada. Buena parte de esos optan por la continencia para salir del paso, en la confianza de que cuando sean mayores- o cuando den con la pareja adecuada- las cosas serán de otro modo. Por último están los que, siendo sexualmente activos, hallan escaso o nulo el placer en las relaciones íntimas.

4. Experiencia Homosexual

Los estudios de Kinsey pusieron de manifiesto que muy frecuentemente los adolescentes varones habían tenido al menos una experiencia homosexual, en tanto que el porcentaje de experiencias lésbicas entre muchachas era muy inferior.

Conviene tener presente que un encuentro aislado entre dos adolescentes del mismo sexo o una pauta efímera de actividad homosexual no basta para afirmar que el individuo tenga una inclinación de este tipo. La mayor parte de los adolescentes que han tenido experiencias homosexuales no se ven como tales y, ya adultos, su conducta es heterosexual. Aún así, hay adolescentes que albergan sentimientos de culpa y se muestran ambivalentes respecto a su orientación sexual como consecuencia de un solo episodio de ese género, lo que les turba emocionalmente.

El adolescente que se inquieta ante la idea de ser homosexual reacciona de muy diversas formas. Hay quienes evitan toda relación con individuos del mismo sexo a

la vez que tratan de reforzar su identidad heterosexual saliendo con chicas y entregándose a contactos amorosos heterosexuales. Otros optan por evitar todo tipo de situaciones sexuales. Además, están los que se tienen por bisexuales, los que estiman que la excitación homosexual es una etapa transitoria que dejarán atrás, y, en fin, los adolescentes que recaban la ayuda de un profesional para salir de apuros.

Algunos adolescentes "sienten" de manera intuitiva que son homosexuales, o bien superan el desconcierto inicial acerca de su identidad sexual y asumen de forma positiva la homosexualidad. Estos últimos suelen consultar libros sobre el tema, buscan la compañía de otros homosexuales y aspiran a introducirse socialmente en la subcultura homosexual. Estas personas se enfrentan con algunas dificultades en virtud del concepto hoy vigente sobre la homosexualidad y no confiesan sus preferencias sexuales a la familia o a los amigos (lo que se conoce como coming out, es decir, "salir a la superficie") hasta más tarde, y eso suponiendo que decidan hacerlo.

B. SEXUALIDAD

I. DEFINICIÓN

La Sexualidad representa una formación continua en esta etapa de la adolescencia, ya que se manifiestan un sin número de cambios, en los aspectos fisiológicos, que determinarán en mucho la identidad de joven y sobre todo su propia personalidad, la cual será determinante para la siguiente etapa de la vida.

En relación con el impulso sexual, se producen en la adolescencia un conjunto de cambios que conviene reseñar. Al comienzo de este periodo, se registra un aumento cuantitativo de los impulsos. En esta época se reactivan los instintos que componían la sexualidad infantil, reafirmando una serie de conductas sexuales agresivas, propias de los primeros años de vida del niño.

Desde el punto de vista biológico, la sexualidad es descrita como un mero hecho evolutivo, que va siendo más complejo a medida que se asciende en la escala zoológica.

Hay que diferenciar entre el comportamiento reproductivo entre los seres unicelulares y los seres pluricelulares. Los primeros, se reproducen entre ellos a través de la transmisión de material genético y se crea un individuo igual a sus progenitores. En cambio, los seres pluricelulares se crean a partir de diferentes organismos que da como consecuencia un ser diferente a sus progenitores, es la reproducción conocida como sexuada.

La sexualidad evoluciona así: En la escala inferior se encuentran los seres pluricelulares controlados solo por los genes, mas adelante se encuentran los seres vertebrados e invertebrados que al control genético se le une el hormonal y en los mamíferos se superpone un tercer control que introduce la libertad de elección. La cual se ve perfeccionada en el hombre por la distancia que introduce su mundo imaginario y simbólico con respecto a la sexualidad.

Una de las diferencias existentes entre los humanos y los animales, está en el control hormonal y genético que poseemos. En la fecundación humana, cada una de las células reproductoras masculina y femenina, contienen 23 cromosomas, de los cuales sólo uno va a determinar el sexo del futuro ser, compuesto de 46 cromosomas (23+23). El óvulo, solo puede contener el cromosoma x, mientras que el espermatozoide puede contener el cromosoma x o y, por lo tanto, va a ser esta célula la que determine el sexo del individuo (xy macho, xx hembra)

a. La sexualidad como función procreadora

Desde este punto, los seres vivos perpetúan la especie por medio de la función reproductora. El hombre realiza también una función reproductora, es decir, posee para realizar tal función unos órganos sexuales diferenciados, anatómica y fisiológicamente bastante complejos.

De acuerdo con esto, el fin perseguido por la sexualidad es la función procreadora.

De forma que el impulso sexual se definiría como el resultado, por estímulos externos, de una serie de necesidades relacionadas con la reproducción.

De esta forma se solucionaban todos los problemas en torno a la sexualidad en el hombre, ya que era considerada como un instinto sucio, animal, aquello se veía como una obligación.

También biológicamente, en el hombre la relación de sus órganos genitales con el resto de su sistema anatómico, su función, trasciende a la reproducción física, o ha las sensaciones que provocan los órganos genitales en el hombre.

Resulta pues, que incluso biológicamente, la sexualidad, es una consecuencia de ésta, pero puede convertirse en un propósito de la relación sexual al sexo del individuo.

2. ASPECTOS PSÍQUICOS

La Sexualidad Humana, además del aspecto biológico que le capacita para su reproducción, viene regida por regiones de la corteza cerebral, está comprobado que las hormonas sexuales aparte de poner en funcionamiento los respectivos aparatos reproductores de cada individuo actúan sobre el cerebro.

Durante el desarrollo del cerebro, las secreciones hormonales, pueden influir en éste y hacer que en la edad adulta se manifiesten de forma peculiar en su conducta sexual.

Se ha llegado a la conclusión que la gran glándula sexual es el cerebro y no en los testículos u ovarios y que los problemas sexuales son psicológicos y no fisiológicos.

La Sexualidad Humana es un proceso psíquico, que se manifiesta de una forma plena en la pubertad, y que no permanece aletargada hasta ese momento, sino que la sexualidad del individuo sufre distintas etapas históricas, que se manifiesta desde la más temprana edad. Este hecho fue estudiado por S.Freud y distinguió distintas etapas en el desarrollo sexual de una persona.

Durante los primeros meses, la pulsión sexual del niño, va ligada a su evolución afectiva, y al entorno (ambiente donde vive, sus padres) siendo especialmente su madre el elemento primordial.

A partir de los 6 meses el niño empieza a distinguir su cuerpo del ambiente que lo rodea. Las experiencias placenteras se centran en los labios y en la succión, la boca pasa a ser la zona erógena del niño, ésta es la conocida como fase oral del niño.

Alrededor de los dos años, las zonas erógenas del niño se extienden al ano y parcialmente a los genitales, el niño siente placer defecando o reteniendo las heces, es la “Fase Anal” del niño.

Sobre los 4 años aparece lo que Freud denomina la “Fase Fálica”, en la cual el niño se interesa por sus genitales y los usa para obtener placer, los genitales van adquiriendo la principal zona erógena. El niño pasa a proyectar su sexualidad sobre otros individuos, se identifica con su progenitor de sexo contrario, lo que tendrá que superar para descubrir su propio sexo.

Hacia los 7 años, en el niño aparece una etapa de tranquilidad hasta la adolescencia.

Con la pubertad, se alcanza el desarrollo completo de los órganos genitales. Estos hechos van seguidos de la formación de los caracteres secundarios, en la que el individuo queda totalmente formado y apto para la sexualidad.

Ante esto, el individuo adopta una actitud de repliegue sexual, lo que normalmente le conduce a la masturbación como expansión fisiológica y psíquica satisfactoria de su soledad sexual.

La salida a este repliegue sexual le suele conducir a relaciones sexuales con individuos de su mismo sexo con los que suelen mantener una amistad apasionada.

Estas acciones servirán al individuo para conocer su papel sexual y así poder iniciarse en la sexualidad adulta.

Este inicio en la sexualidad adulta se comienza por medio de la atracción hacia el otro sexo al que más tarde se pasa a considerar como objeto sexual, lo que puede llevar a relaciones de flirteo, de ligue incluso de prostitución.

Una vez llegado a la madurez sexual se establece un equilibrio afectivo en las relaciones amorosas. Una vez pasado la edad de los 45 años, la mujer pierde la capacidad reproductora (menopausia) y en el varón a partir de los 50 disminuye la espermatogenesis que es la disminución de espermatozoides en cada eyaculación, aunque estos dos casos no impiden al individuo tener relaciones sexuales, solo las limita. Por tanto, el envejecimiento sexual es más de tipo psicológico que biológico.

3. ASPECTOS SOCIALES

La actitud social ante la sexualidad se ha vuelto más libre y tolerante. Esto es un importante progreso en la sociedad, pero esta tolerancia no está todavía extensa de lacras como la pornografía y otras formas de comercialización del sexo.

La liberación de costumbres debe producir un hombre más libre y responsable, pero no se logra si las normas hostiles al sexo se hacen conforme a las nuevas exigencias de un sistema económico, el cual no necesita al hombre ascético, enemigo del placer, ahorrativo, que vive en una vida de disciplina... etc.

Los intereses socioeconómicos han suprimido algunas normas sexuales tradicionales, por que cuentan con medios suficientes para mantener y seguir aprovechando las necesidades sexuales. Es necesario tomar conciencia de todos estos hechos si queremos orientarnos hacia el aspecto ético de la sexualidad y a la conducta sexual del individuo.

a. La Sexualidad y la necesidad de búsqueda de placer

Lo que persigue esta necesidad pulsional es satisfacerse, obtener placer, lo cual durante mucho tiempo, por ser un instinto que compartimos con el animal, se ha considerado como algo impuro y sucio, de forma que incluso la procreación debía hacerse procurando el mínimo de placer sexual para no caer en el pecado de la lujuria. No hay razones para negar la búsqueda de placer, sino que además no debe ser reprimida, el placer es un bien para el individuo, para la pareja y para la sociedad.

La Sexualidad es, pues, fuente de placer y como tal de salud, de bienestar y de comunicación. Fomentando las posibilidades de la sexualidad, el individuo puede verse ayudado en su búsqueda de sentimiento a la vida, a superar sus sufrimientos y su soledad.

El placer que acompaña a la sexualidad es necesario y beneficioso, la satisfacción del instinto sexual es un bien en si mismo.

b. La Sexualidad como apetencia o necesidad fisiológica

La Sexualidad es una función vital, como el comer o el respirar, no afecta a la supervivencia del propio individuo. Una vez que los órganos genitales han

evolucionado, se vivencia como una tensión corporal que busca la descarga a través de sensaciones corporales placenteras autoeróticas o heteroeróticas. Si la sexualidad es negada, se vive como una tensión, como una necesidad de contacto, de afecto.

A nivel psicológico dicha tensión puede percibirse como sexual y no según la personalidad del individuo. En relación con estas buscará la liberación de esta tensión.

Pues bien, hay quienes niegan el impulso sexual, es decir, no admiten ningún tipo de implicaciones al mismo sexo, por ello definen el impulso sexual como la conducta que implica la estimulación y excitación de los órganos genitales que conduce a la vasocongestión y al aumento de la tensión muscular hasta que ambas son liberadas mediante el orgasmo. El sexo es una función fisiológica más, con sus órganos apropiados y una serie de actos para su satisfacción.

Esta teoría esta en la base de los conductas que viven la sexualidad como apetencia corporal, como descarga de una tensión. Para la satisfacción del placer sexual, cualquier compañero resulta adecuado, al igual que con un alimento, cuanto más apetitoso sea, mucho mejor. El cuerpo es así interpretado como objeto de obtención de placer como relación entre objetos.

c. La Sexualidad como comunicación y encuentro

La Sexualidad Humana no está solamente limitada a la función procreadora. Como lo demuestra el hecho de que muchas parejas tienen relaciones sexuales sin el mentor deseo de tener hijos. Es decir, hay momentos en que se desea la relación sexual y sin embargo no son momentos de fecundidad.

Con todo esto tampoco puede definirse el impulso sexual como la conducta que implica la estimulación y excitación de los órganos genitales, porque en el género humano la satisfacción de los impulsos sexuales es aprendida, es decir, vienen suscitados como una capacidad de aprendizaje que convierte el impulso sexual humano en algo imposible de equiparar a las demás necesidades.

El hombre nace con unas posibilidades que va desarrollando a lo largo de su vida, pero a la vez va aprendiendo nuevas conductas que originan respuestas a las que se podrían considerar como instintivas o heredadas. Se ha comprobado científicamente que a medida que evolucionamos es más compleja la gama de estímulos sexuales. Incluso las diversas pautas sexuales pueden observarse en las distintas culturas que constituyen una enorme variedad que caracteriza a la conducta sexual. Otras culturas han puesto determinadas actividades o normas a los miembros de una sociedad que pueden resultar incomprensibles para otras sociedades.

El impulso sexual, vendría provocado por estímulos externos, ciertamente las hormonas preparan al organismo para la actividad sexual, pero no la determinan.

En consecuencia, habría que definir el impulso sexual como una combinación de factores orgánicos, hormonales y del sistema nervioso central, capaces de provocar respuestas relacionadas con cualquier otro tipo de maniobra para la obtención del orgasmo.

A pesar de todo, podemos afirmar, que la sexualidad es un fenómeno que queda integrado en el mundo del individuo y que por medio de los estímulos que necesita para su satisfacción está abierto a la relación con otras personas.

Como conclusión, la sexualidad debe ser vivida como un medio de relación personal, como un tipo de comunicación y de encuentro entre personas, que entran fenómenos complejos y valiosos para el hombre. Fenómenos que no podemos precisar por el subjetivismo que conllevan.

4. CONDUCTAS SEXUALES

a. Homosexualidad:

La homosexualidad se define como la práctica de relaciones sexuales entre sujetos del mismo sexo. Entre las mujeres recibe el nombre de Lesbianismo.

Puede ser constante u ocasional y la mayoría de las culturas humanas la han conocido. Por ejemplo, en las culturas clásicas griega y romana la contemplaban con tolerancia cuando no era constante, se ha conocido que gente tan famosa como Platón, Sócrates, Julio César, Miguel Ángel e incluso Leonardo da Vinci fueron homosexuales.

El Cristianismo y la Cultura Occidental la desaprobaban a final del XVIII, pero sin embargo en los últimos años se asiste a un nuevo intento de comprensión como una expresión de la bisexualidad oculta en todo ser humano.

Para la Medicina en nuestros días, la homosexualidad ya no es sinónimo de enfermedad y muchos de sus derivaciones patológicas vienen determinadas por la discriminación social al continuar sin ser admitida como una variante normal del comportamiento sexual.

No existen pruebas ciertas de que la homosexualidad se deba a trastornos genéticos a nivel cromosómico, ni otra razón biológica que pueda causarla, ni tampoco puede afirmarse que la homosexualidad parta de alteraciones psicopatológicas en la edad adulta. El psicoanálisis interpreta la homosexualidad como expresión del fracaso del individuo en el esfuerzo por identificarse con la orientación heterosexual de su progenitor en etapas como la infancia y la pre-adolescencia.

La opinión científica dice que las influencias educacionales postnatales son la causa de muchos casos de homosexualidad. Pero lo más importante es saber que estas influencias no alteran todas las demás cualidades del individuo.

Algunos médicos como Masters y Johansson han detectado en la interpretación de la vida erótico-afectiva de las parejas homosexuales algunas peculiaridades como el gran valor que da a lo afectivo, por encima de lo puramente sexual, y su concepción de la sexualidad como un juego placentero con finalidad en si mismo y no como un deber o como una obsesión.

b. Prostitución

Suele definirse como prostituta a la mujer que ejerce el oficio de la prostitución y a la mujer que comercia sexualmente por dinero y no por placer. La prostitución viene a suplir las deficiencias de los modelos de relación sexual no mercantil. La prostitución suele venir motivada por factores socioeconómicos, por intereses comerciales muy refinados en nuestra sociedad actual. La prostitución es el oficio más antiguo de la tierra, los pueblos primitivos le dieron un carácter sagrado al ser ligada con el culto a

la Diosa madre y ser practicada por algunas mujeres ligadas al culto como vínculo entre el mundo mortal y la divinidad.

Cuando pasó este culto, la prostitución irrumpió en la historia con las primeras civilizaciones urbanas. Los Griegos y los Romanos vieron en ella un elemento de apoyo a la estabilidad familiar, por lo que aceptaron una actitud permisiva. Formaba parte de la lógica que el varón como único dueño dispusiese de esposas que le dieran hijos y cuidaran del hogar, de concubinas para el servicio cotidiano y de prostitutas para el placer.

El Cristianismo condenó tajantemente a la mujer capaz de entregare públicamente por dinero. Sin embargo, explicó la prostitución como un mal necesario que servía como remedio para los hombres mas necesitados. Por eso los poderes públicos tendieron a proteger la prostitución y adquirió una gran importancia durante la Edad Media y el Renacimiento.

Pero la prostitución alcanzo su mayor resonancia tras la revolución industrial por la continuidad de las represiones sociales con respecto a la sexualidad y por las duras condiciones laborales que impuso, que irían cambiando a medida que aumentaba el nivel de vida.

Hoy en día el movimiento de emancipación sexual de la mujer y las medidas legales represivas han desplazado la prostitución de los burdeles clásicos a otro tipo de locales como saunas, clubes de encuentro o salón de masajes.

En conclusión el fenómeno de la prostitución es generalmente degradante para la misma sexualidad y para el hombre ya que se reduce a una mera transacción

mercantil y supone una afirmación de poder de una persona sobre otra y se manifiesta una serie de vicios sociales y humanos.

c. Autoerotismo

Serie de fenómenos sexuales espontáneos de carácter solitario. Se suelen incluir el sueño erótico o excitación genital durante el sueño, las fantasías eróticas, el narcisismo o placer sexual contemplando el propio cuerpo y la masturbación.

Los sueños eróticos son un fenómeno normal, aparecen en la pubertad y se presentan hasta que el individuo inicia sus relaciones sexuales.

Las fantasías eróticas son también una forma muy común de autoerotismo y suelen preceder a la masturbación. Consisten en la elaboración imaginaria de un tema sexual que provoca placer, se dan en ambos sexos, suelen ser mas frecuentes en las mujeres que en los varones.

La masturbación, supone la estimulación de los órganos genitales para obtener placer erótico por medios distintos. Suele ir acompañada de la evocación de imágenes o fantasías que potencian las estimulaciones físicas. Constituye una forma de expresión sexual, la cual es rechazada por el cristianismo por considerarla como un placer sexual cuyo objeto no es la procreación y por suponer un acto innatural.

Antiguamente la medicina lo consideraba el derroche de semen como causa de debilidades físicas o psíquicas pero actualmente es considerada como saludable y que no conduce a ningún problema de tipo físico o psicológico como se creía antiguamente.

d. Otras conductas menos frecuentes.

Estas conductas han sido consideradas a lo largo de la historia como desviaciones o perversiones y que son conductas que necesitan determinadas situaciones específicas o la presencia de objetos sexuales para la obtención del placer. Estos sujetos son considerados como enfermos patológicos necesitados de ciertas atenciones. Las conductas de las que hablamos son las siguientes: Fetichismo, Exhibicionismo, Sadismo, Masoquismo, Bestialismo, Necrofilia y Pederastia.

5. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS E ITS

Con los métodos anticonceptivos se trata de evitar que un coito conduzca a un embarazo no deseado. No existe ningún método perfecto para impedirlo, así que la mejor opción es la que responda a las necesidades del momento (edad, salud, frecuencia de relaciones...)

Tipos de métodos anticonceptivos

Primeramente consideramos como *No* del todo anticonceptivos los métodos:

- *Coito Vulvar*: En este caso el semen del hombre se deposita sobre la vulva de la mujer, aunque con este método es muy posible que se produzca el embarazo ya que parte del semen puede penetrar en la vagina.

- Lavado vaginal: Consiste en que inmediatamente después del coito se realice un completo lavado de la vagina, aunque muchos espermatozoides ya han llegado al útero.

Los métodos anticonceptivos considerados como *poco* seguros son:

- Método Ogino-Knauss. Consiste en evitar las relaciones los días fértiles de la mujer, así que debe tenerse en cuenta los días de ovulación y los tiempos de vida del óvulo y del espermatozoide. Tiene un riesgo de embarazo del 25%.
- Método de la temperatura basal: Consiste en medir la temperatura vaginal todos los días a 1ª hora de la mañana con el fin de detectar la subida de ésta, que sigue a la ovulación y así evitar el coito en estos días. El riesgo de embarazo es de 22%. Se consideran fértiles los días: después de la ovulación y 3 y 4 días antes y después.
- Coitus interruptus: Consiste en retirar el pene de la vagina momentos antes de la ovulación aunque tiene varios inconvenientes como: Las secreciones de las glándulas de Cooper son expulsadas durante la erección y contienen espermatozoides, y el no extraer el pene en el momento debido, que es más frecuente en los jóvenes por las condiciones de cansancio, excitación. Además la retención de la eyaculación dado el grado de excitación física y prácticamente psicológica es dañina para el hombre.
- Espermicidas: Son compuestos químicos que se introducen en la vagina por medio de una especie de aplicador que inactivan los espermatozoides en la vagina, pueden ser cremas, supositorios, espumas, geles... Son poco eficaces

y habitualmente se usan en conjunto con otros para disminuir el riesgo de embarazo.

Entre los métodos *muy* seguros encontramos:

- *Píldora clásica*: Es un fármaco compuesto por dos hormonas sintéticas (estrógenos y progesterona) que bloquean la ovulación aunque la menstruación continua. El tratamiento es la ingestión de una píldora diaria. Es un método muy seguro con un 99% de resultados, aunque sin embargo altera el equilibrio hormonal del cuerpo. Ésta píldora puede darse como una inyección que produce los mismos efectos pero se administra mensualmente.
- *Píldora postcoital o del día después*: Este fármaco ha de tomarse durante las 48h siguientes al coito para impedir el embarazo aunque ya se haya producido la fecundación (por eso es considerado a veces como un método abortivo) Si la fecundación prosiguiera (posibilidad de 1 al 4%) el feto poseería un elevado riesgo de malformaciones.
- *Espiral o DIU (dispositivo intrauterino)*: Es un dispositivo de plástico, o plástico y metal que se coloca en el útero para impedir la fijación del óvulo fecundado (también considerado abortivo). Su colocación, control y extracción debe ser realizado por un médico especialista. Aunque sus componentes tóxico pueden producir inflamación uterina.
- *Diafragma*: Es una caperuza de forma muy fina y flexible que se coloca en el fondo de la vagina cubriendo el cuello de útero e impide que los

espermatozoides se encuentre con el óvulo y se puede impregnar por ambas caras con espermicidas, para asegurar mas la anticoncepción.

- Preservativo o Condón: Funda de goma que se ajusta al pene cuando éste se encuentra en el máximo de su erección. Impide que el semen penetre en la vagina y es necesario que después de la eyaculación, antes de que el pene cese de estar erecto, se retire. (eficacia del 100%) Además al impedir el contacto directo, elimina el riesgo de las infecciones de transmisión sexual.
- Salpingectomía: Se cortan o se ligan las trompas de Falopio y se impide que el óvulo llegue al útero desde el ovario. Las funciones de ovulación y menstruación no se ven alteradas.
- Vasectomía: Se cortan los conductos deferentes, impidiendo que los espermatozoides lleguen al exterior cuando se produce la eyaculación. No tiene consecuencias en la actividad sexual ni hormonal. La eyaculación y erección se produce, únicamente evita la presencia de espermatozoides en el semen.

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Son aquellas enfermedades infecciosas que se transmiten mediante las relaciones sexuales.

Aunque cada año existen tratamientos más eficaces, cada vez existen más personas que las padecen, debido a que los hábitos han cambiado, sobre todo entre los jóvenes y en conductas de riesgo como puede ser la prostitución. A veces, la falta de

información hace que se desconozcan los síntomas o que éstos se quieran ocultar, de modo que contribuye a su transmisión.

Podemos prevenir estas enfermedades con una buena información sobre ellas y un buen uso de los métodos anticonceptivos.

Dichas enfermedades pueden ser curadas si se diagnostican y se tratan en la fase inicial, así que es importante, que a la menor sospecha se acuda a un médico especialista. También es importante que cuando se diagnostica una ITS se comunique a las personas o persona con las que se haya tenido relación para averiguar si se ha producido un posible contagio.

Las enfermedades pueden ser:

- Gonorrea: Los síntomas son: secreción anormal de los órganos genitales o escozor al orinar. Puede llegar a causar esterilidad y problemas si se tiene hijos.
- Sífilis: Síntomas: llagas o úlceras en los órganos sexuales, periné y ano. Si no se trata puede haber lesiones en el sistema circulatorio, malformaciones o muertes del feto.
- Uretritis y Vulvovaginitis: Secreción uretral semitransparente (en la mujer puede pasar desapercibido). Efectos: Artritis o infecciones en ojos, piel y boca.
- Herpes genital: Ampollas o llagas en el glande o en los labios mayores y menores, posible contagio al feto y cáncer del cuello del útero.

- Hepatitis B: Fiebre, pérdida del apetito, náuseas, dolores articulares, urticarias, inflamación del hígado, graves trastornos hepáticos que pueden causar la muerte.
- Sida: Alteración y pérdida del sistema inmunitario, neumonía, herpes, pérdida de peso, fiebre, diarrea, fatiga. Se transmite al feto. No hay tratamiento específico, lleva a la muerte.
- Candidiasis: Escozor y enrojecimiento genital, puede ocasionarse por la falta de higiene genital. Si no se trata se incrementan sus síntomas.

6. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

I. Derecho a la libertad sexual

II. A la autonomía, integridad y seguridad del cuerpo sexual

III. Privacidad sexual

IV. A la equidad sexual

V. Placer sexual

VI. La expresión de las emociones sexuales

VII. Libre asociación sexual

VIII. Tomar opciones para la reproducción en forma libre y responsable

IX. La información basada en el conocimiento científica

X. Educación sexual comprensiva

XI. Cuidados de la salud sexual.

Los derechos del cuerpo están arraigados en los principios más básicos de los derechos humanos. En términos generales, los derechos del cuerpo en la sexualidad y la reproducción abarcan dos principios básicos: el derecho a la atención a la salud sexual y reproductiva, y el derecho a la autodeterminación sexual y reproductiva.

El término “*Derechos Reproductivos*” aparece en el siglo pasado para designar al conjunto de derechos humanos que tienen que ver con la salud reproductiva y más ampliamente con todos los derechos humanos que inciden sobre la reproducción humana así como aquellos que afectan el binomio población- desarrollo sostenible.

Si bien estos derechos no están explicitados como tales en ningún instrumento legal internacional de derechos humanos, están dispersos en todos. Es por ello que se puede afirmar que los derechos reproductivos sí están reconocidos internacionalmente y sí son jurídicamente vinculantes.

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres bajo el derecho internacional de los derechos humanos son entonces el resultado de una combinación de una serie de derechos civiles, políticos, sociales, culturales y económicos: el derecho a la salud, a la salud sexual y a la salud reproductiva, el derecho a la planificación familiar; el derecho a decidir el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos; el derecho a casarse y a constituir una familia; el derecho a la vida, a la libertad, integridad y a la seguridad; el derecho a no ser discriminado por cuestiones de género; el derecho a no ser agredido ni explotado sexualmente; el derecho a no ser sometido a tortura ni a otro tipo de castigos o de tratamientos crueles, inhumanos o degradantes; el derecho a modificar las costumbres discriminatorias contra la mujer;

el derecho a la privacidad; el derecho a la intimidad; el derecho a disfrutar del progreso científico y a dar consentimiento para ser objeto de experimentación.

Varios tratados de derechos humanos y varios documentos aprobados por consenso internacional consagran estos derechos de aplicación universal. El Programa de Acción de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (Programa de Acción de El Cairo) de 1994, fue la primera conferencia internacional que definió el término "*Derechos Reproductivos*", no así el de "*Derechos Sexuales*".

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en 1994, además se definió la Salud Reproductiva como "un estado general de bienestar físico, mental, social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos". En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y acceso a los métodos de planificación familiar de su elección seguros, efectivos, accesibles y aceptables, así como a otros métodos legales para la regulación de la fecundidad, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos".

En la Conferencia de Beijing en 1995, y en la revisión de los Cinco Años de Cairo, y Beijing, los derechos sexuales y reproductivos fueron objetivo de ataque por parte de los fundamentalistas musulmanes y católicos. Estados conservadores y sus ONGs aliadas buscaron debilitar las negociaciones, principalmente bloqueando los

consensos en temas tales como el aborto inseguro, la inclusión de derechos sexuales y reproductivos, y la discriminación con base en la orientación sexual. Los debates Norte-Sur sobre asistencia para el desarrollo, alivio para la deuda y globalización también complicaron las negociaciones.

Todos los fundamentalismos pretenden dominar, sujetar violentamente los cuerpos, las sexualidades, las subjetividades, las vidas de las mujeres y sus derechos al placer, a ejercer libremente su sexualidad, a decidir por un aborto, o a ocupar un espacio de poder. Los fundamentalismos siempre son políticos, sean estos religiosos, económicos, científicos o culturales y prosperan en sociedades que niegan a la humanidad en su diversidad, legitiman mecanismos violentos de sujeción de un grupo sobre otro, de una persona sobre otra y contribuyen a la violación de los derechos humanos de las mujeres en forma desproporcional y orientada al control de sus cuerpos y sexualidades.

CAPITULO III



VIII. OPERACIONALIZACIÓN VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicadores	Escala
<p style="text-align: center;">Salud Sexual de los estudiantes de 15 a 19 años</p>	<p>Proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. Se evidencia en las personas libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. Para conseguirla y mantenerla hay que reconocer y defender los Derechos Sexuales de todas las Personas</p>	<p>Características Generales</p>	<p>Sexo</p> <p>Edad</p> <p>Año de estudio</p> <p>Estado civil</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masculino ▪ Femenino 15 – 16 años 16 – 17 años 17 – 18 años 18 – 19 años 4ª 5ª 6ª ▪ Casado ▪ Soltero ▪ Unión libre

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicadores	Escala
			Situación socio económica Procedencia Religión	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Buena ▪ Regular ▪ Mala ▪ Urbana ▪ Rural ▪ Urbano-marginal ▪ Católica ▪ Evangélica ▪ Testigo de Jehová ▪ Otros

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicadores	Escala
			Medios de Transmisión de ITS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relaciones coitales ▪ Servicios higiénicos ▪ Compartir toallas. ▪ Sangre ▪ Líquidos corporales ▪ Sexo oral ▪ Sexo anal
			Sintomatología de las ITS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secreción genital ▪ Picazón/comezón en genitales ▪ Úlceras/llagas genitales ▪ Dolor en bajo vientre
Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicadores	Escala

<p style="text-align: center;">Variable</p>	<p style="text-align: center;">Definición Conceptual</p>	<p style="text-align: center;">Dimensión</p>	<p>Utilización de los Anticonceptivos y Profilácticos</p> <p style="text-align: center;">Indicadores</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizando condón cada vez que tengan relaciones sexuales. ▪ Al tener una pareja sexual estable que no esté infectada. ▪ Dejando de tener relaciones sexuales. ▪ Usando la píldora del día después. ▪ Coitus interruptus <p style="text-align: center;">Escala</p>
--	---	---	---	---

			Comportamiento en las Relaciones Sexuales o de Pareja	<ul style="list-style-type: none">▪ Pareja estable▪ Persona conocida▪ Persona desconocida▪ Sin pareja▪ No contesta
--	--	--	---	--

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicadores	Escala
			Métodos Anticonceptivos	<u>Métodos De Barrera</u> a Condón b Espermicidas <u>Métodos Hormonales</u> c Anticonceptivos orales d Anticonceptivos inyectables e Norplant f Parche g Píldora del “día después” <u>Método Intrauterino</u> h DIU <u>Métodos Naturales</u> i Coitus interruptus j Ritmo k Moco cervical

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicadores	Escala
		Prácticas sobre Salud Sexual	Orientación Sexual Prácticas sexuales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Heterosexual ▪ Homosexual ▪ Bisexual ▪ Animales/Objeto ▪ Sexo oral ▪ Penetración vaginal ▪ Penetración anal ▪ Sexo manual : <ul style="list-style-type: none"> - Masturbación - Caricias

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicadores	Escala
			Prevención de las ITS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relaciones sin penetración. ▪ Usar condón ▪ No tener muchas parejas sexuales ▪ Evitar relaciones con prostitutas. ▪ Evitar sexo oral. ▪ Evitar sexo anal

IX. DISEÑO METODOLÓGICO

1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El proyecto estuvo basado en un tipo de estudio Prospectivo, Longitudinal y Descriptivo.

Prospectivo: La información se obtuvo desde una fecha determinada hacia adelante.

Longitudinal: Porque se estudiaron las variables simultáneamente en determinado momento.

Descriptivo: Porque está dirigido a determinar cómo es y cómo está la situación de las variables que deben estudiarse en la población estudiantil.

2. ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en la zona urbana del Cantón Junín, en el Colegio Nacional Mixto “Carlos García”.

3. POBLACIÓN UNIVERSO

El Universo lo conformaron los estudiantes de primer a tercer año de bachillerato del Colegio Nacional Mixto “Carlos García” que correspondían a un total de 400.

4. MUESTRA

Se trabajó con el 30 % del total de la población que correspondían a 120 estudiantes.

5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes entre los 15 años-0 meses a 19 años-11 meses de edad.
- De ambos sexos.
- Cursaban estudios secundarios de IV a VI año
- Asistían a colegios mixtos
- Aceptaron participar voluntariamente en el estudio

6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Sujetos menores de 14 años – 11 meses y mayores de 19 años -11 meses.
- Que no cursaban estudios secundarios de IV a VI año
- Sujetos que no aceptaron participar voluntariamente del estudio.

7. TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo que se usó fue el no probabilístico por conveniencia.

No probabilístico: Porque se desconoce la probabilidad que cada elemento de la población forme parte de la muestra.

8. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a. TÉCNICA:

- Encuesta aplicada al estudiante.
- El tipo de muestreo que se usó fue el no probabilístico por conveniencia

b. INSTRUMENTOS:

- *Formulario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Salud Sexual*
(Anexo N° 4 y N° 5)
 - a. Datos Generales.- Preguntas: 1 a 7.
 - b. Conocimientos.- Preguntas: 8 a 17.
 - c. Actitudes.- Preguntas: 18 a 23.
 - d. Practicas.- Preguntas: 24 a 29.
- *Hoja Evaluatoria del cuestionario* (Anexo N° 6).

El instrumento para la valoración del cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Salud Sexual en estudiantes de 15 a 19 años, se formularon preguntas de reflexión, objetivas de una o varias respuestas, así como gráficos.

1. Criterios empleados para el rango de valoración del cuestionario de Conocimientos sobre Sexualidad.

Para examinar el cuestionario de Conocimientos sobre sexualidad en la pregunta N° 8 que está representada por un gráfico, se lo ponderó en las categorías Excelente, Bueno, Regular y Deficiente.

Para fines prácticos de la investigación en las preguntas N° 9, 10, 11 y 12, cuyas respuestas dadas por los estudiantes fueron de reflexión, se procedió a valorar bajo el parámetro de Bueno y Deficiente, tomando en cuenta el significado correcto de cada término.

Se debe recalcar que las demás preguntas sobre Conocimientos fueron evaluadas cualitativamente sin atribuirle ninguna calificación.

2. Valoración de las preguntas de Actitudes y Prácticas sobre Salud Sexual.

Dentro de este marco de preguntas sobre Actitudes y Prácticas se evaluaron cualitativamente sin atribuirle ninguna calificación; bajo el criterio de positivas o negativas dependiendo de las respuestas, destacándose que las preguntas eran objetivas de una o varias respuestas, lo que se puede observar en los cuadros correspondientes.

c. PROCEDIMIENTO

En el Colegio de tema de estudio se procedió a determinar el número de estudiantes comprendido en las edades de 15 a 19 años, luego se aplicó una encuesta anónima a

los estudiantes sobre datos de Conocimientos, Actitud y Práctica sobre Salud Sexual.

d. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

El análisis estadístico se realizó utilizando una descripción de frecuencia simple, cruce de variables y pruebas de significancia estadística.

Los datos técnicos fueron ingresados al programa Microsoft Word, y el análisis estadístico se hará en el programa Microsoft Excel.

e. RECURSOS

- **Institución:**

Colegio Nacional Mixto “Carlos García”.

Dirección Provincial de Educación

INEC.

Municipio de Junín.

Biblioteca de la UTM.

Biblioteca de la Dirección de Salud de Manabí.

Biblioteca Universidad Central del Ecuador – Quito.

Biblioteca Universidad Católica de Quito.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

UNFPA.

- **Humanos:**

Rector del Colegio del tema en estudio.

Director de tesis.

Investigador.

Encuestados.

- **Materiales:**

Computador.

Papelería.

Movilización.

Encuestas.

Cámara fotográfica.

Videocámara.

- **Técnicos:**

Técnicas Estadísticas para elaborar tablas y gráficos.

Técnicas Bibliográficas para la revisión de la literatura.

- **Económicos:**

(Anexo N° 7).



CAPITULO IV

X. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE ENCUESTAS

Tabla N° 1

**EDAD Y SEXO EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO
"CARLOS GARCÍA"**

n= 120 Estudiantes

Edad y sexo en estudiantes del Colegio Nacional "Carlos Garcia"

EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%
15-16	18	29.51	27	45.76	45	37.50
16-17	36	59.02	30	50.85	66	55.00
17-18	5	8.20	2	3.39	7	5.83
18-19	2	3.28	0	0.00	2	1.67
TOTALES	61	100.0	59	100.00	120	100.00

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional "Carlos García"*.

Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Gráfico N° 1

**EDAD Y SEXO EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO
"CARLOS GARCÍA"**

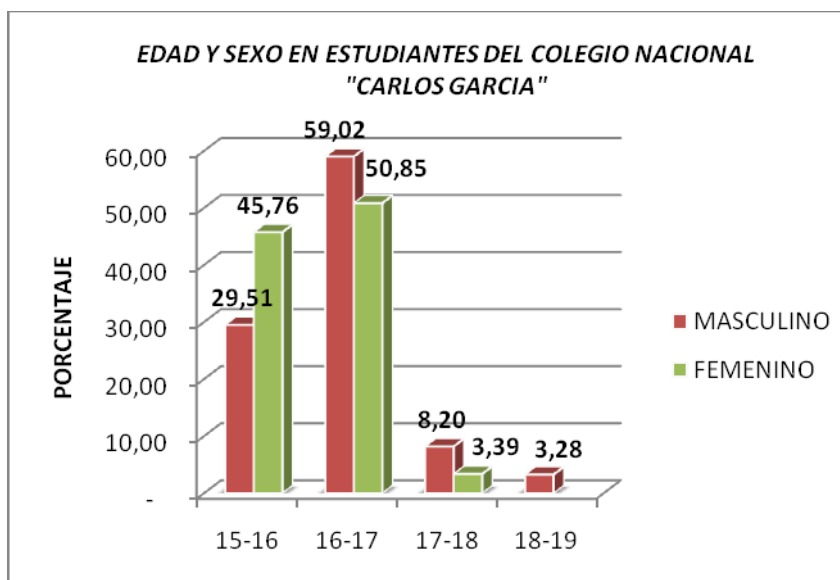


Tabla y Gráfico N° 1

El grupo etario del presente estudio, estuvo constituido entre las edades de 15 a 19 años, de los cuales el rango de 16 a 17 años corresponde al 59,02 % de los varones vs. 50,85% de las mujeres. El rango de 15 a 16 años corresponde al 45,76% para el sexo femenino y 29,51% para el sexo masculino. De 17 a 18 años corresponde el 8,20% a los varones vs. 3,39% a las mujeres, y; 3,28 % corresponde a los varones comprendidos entre edades de 18 a 19 años. En relación al sexo, el 50,83% correspondió al sexo masculino y el 49,16% al sexo femenino, y de estos, el 59,02% de los varones y el 50,85% de las mujeres corresponde al grupo etario mayoritario de entre 16 y 17 años.

Tabla N° 2

AÑOS DE ESTUDIOS CURSADOS EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

<i>Años de estudios cursados en estudiantes del Colegio Nacional Mixto “Carlos García”.</i>		
AÑOS DE ESTUDIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IV Curso	10	8.33
V Curso	69	57.50
VI Curso	41	34.17
TOTALES	120	100.00

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional “Carlos García”.*
Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Gráfico N° 2

AÑOS DE ESTUDIOS CURSADOS EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

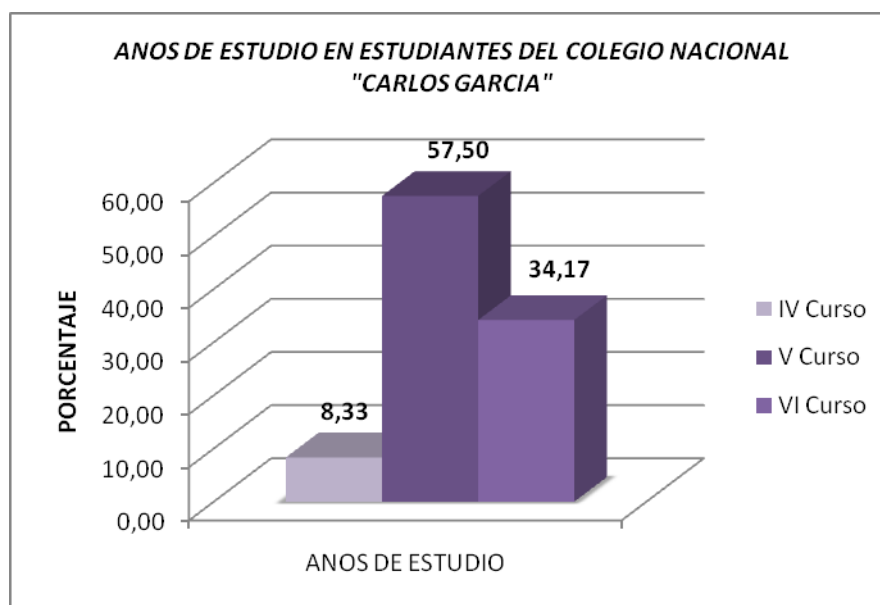


Tabla y Gráfico N° 2

En cuanto al año de estudio de los encuestados, el 57,50% de adolescentes cursa el quinto año, mientras que el 34,17% cursa sexto año de bachillerato y el 8,33% cuarto año.

Tabla N° 3

**ESTADO CIVIL EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO
"CARLOS GARCÍA".**

<i>Estado Civil en estudiantes del Colegio Nacional Mixto "Carlos García".</i>		
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Solteros	115	95.83
Unión Libre	2	1.67
Casados	3	2.50
TOTALES	120	100.00

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional "Carlos García".*
Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Gráfico N° 3

**ESTADO CIVIL EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO
"CARLOS GARCÍA"**

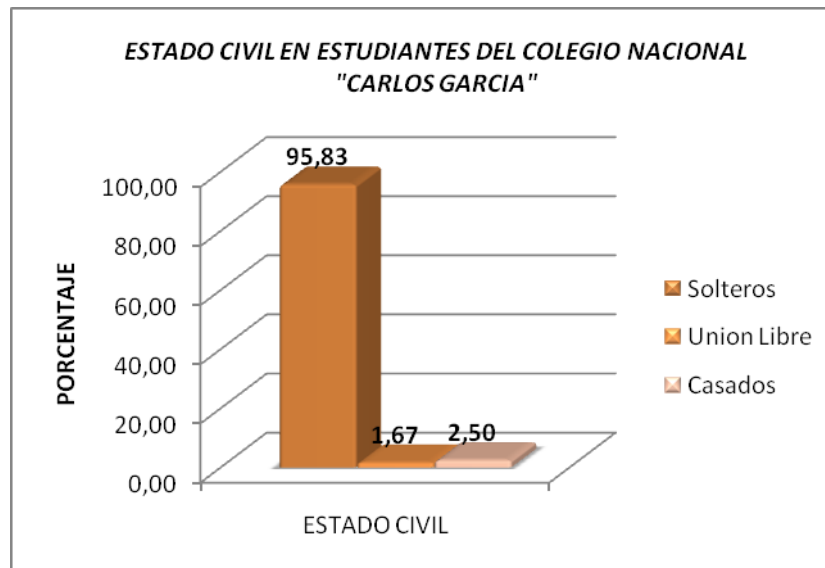


Tabla y Gráfico N° 3

Demuestran que el 95,83% de adolescentes encuestados son solteros, el 2,50% pertenece al estado civil casado y 1,67% pertenece al grupo unión libre.

Tabla N° 4

SITUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”

n= 120 Estudiantes

<i>Situación Socio-Económica en estudiantes del colegio Nacional "Carlos García"</i>						
<i>Situación Socio-Económica</i>	<i>MASCULINO</i>		<i>FEMENINO</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>F°</i>	<i>%</i>	<i>F°</i>	<i>%</i>	<i>F°</i>	<i>%</i>
Buena	15	24.59	23	38.98	38	31.67
Regular	43	70.49	36	61.02	79	65.83
Mala	3	4.92	0	0.00	3	2.50
<i>TOTALES</i>	61	100.0	59	100.00	120	100.00

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional “Carlos García”*
Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Gráfico N° 4

SITUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”

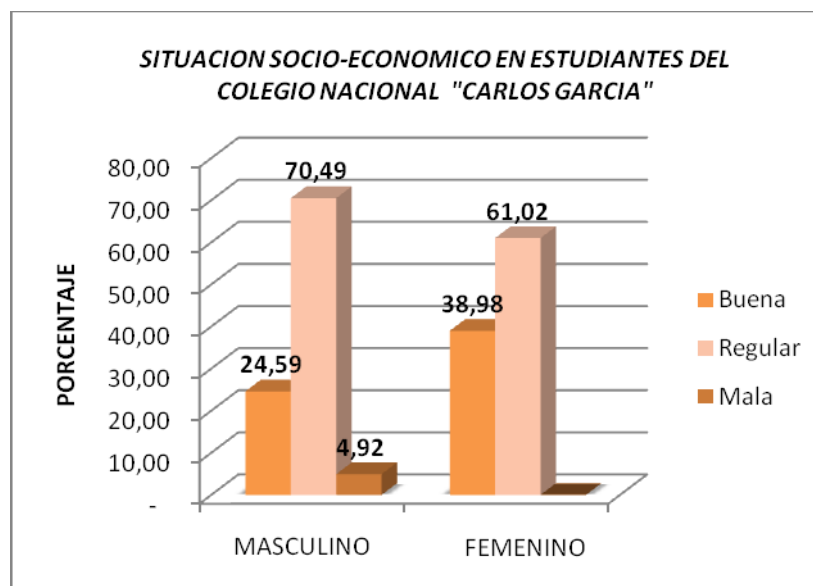


Tabla y Gráfico N° 4

En relación a la situación económica, se calificaron como situación socioeconómica “Regular” al sexo masculino representado por el 70,49% y las mujeres el 61,02%. En la calificación “Buena” la población femenina obtuvo una calificación de 38,98% vs. 24,59% en los varones. El parámetro calificado como “Mala” estuvo representado por el 4,92% en los varones.

Tabla N° 5

**PROCEDENCIA EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO
“CARLOS GARCÍA”**

n= 120 Estudiantes

<i>Procedencia en estudiantes del Colegio Nacional "Carlos García"</i>						
<i>Procedencia</i>	<i>MASCULINO</i>		<i>FEMENINO</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>F°</i>	<i>%</i>	<i>F°</i>	<i>%</i>	<i>F°</i>	<i>%</i>
Urbano	30	49.18	28	47.46	58	48.33
Rural	19	31.15	27	45.76	46	38.33
Urbano-Marginal	4	6.56	0	0.00	4	3.33
Dato no Recogido	8	13.11	4	6.78	12	10.00
<i>TOTALES</i>	61	100.0	59	100.00	120	100.00

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional "Carlos García"*

Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Gráfico N° 5

**PROCEDENCIA EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO
“CARLOS GARCÍA”**

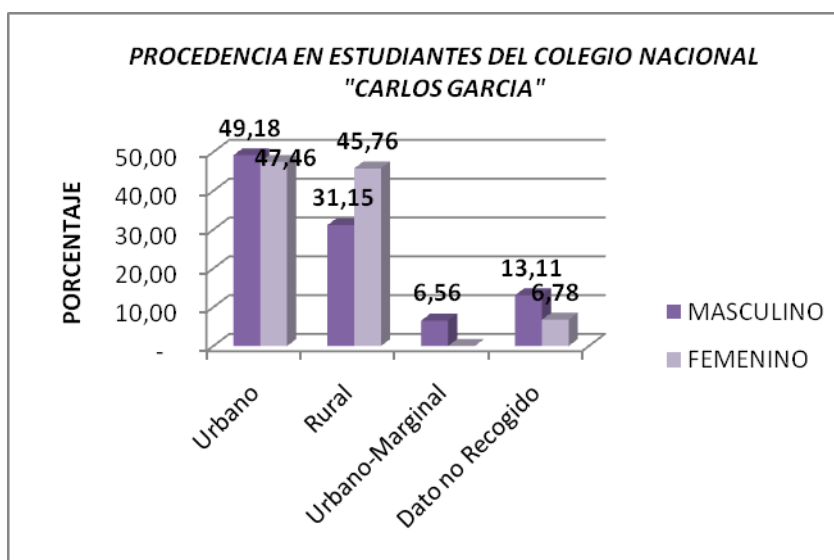


Tabla y Gráfico N° 5

En cuanto a la procedencia y sexo, se determina lo siguiente: En zona urbana, el sexo masculino representa el 49,18% vs. El sexo femenino 47,46%. En la zona Rural, el sexo femenino tiene un 45,76% y en los varones 31,15%. En tanto que, la zona Urbano marginal estuvo representada por el sexo masculino 6,56%. Finalmente hay que señalar que un 13,11% de los varones vs 6,78% de las mujeres eligieron la opción de no contestar señalada como dato no recogido.

Tabla N° 6

RELIGIONES QUE PROFESAN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”

<i>Religiones que profesan los estudiantes del Colegio Nacional Mixto “Carlos García”</i>		
RELIGIONES QUE PROFESAN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Católica	90	75.00
Evangélica	10	8.33
Test. De Jehová	20	16.67
Otras	0	0.00
DNR	0	0.00
TOTALES	120	100.00

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional “Carlos García”*

Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Gráfico N° 6

RELIGIONES QUE PROFESAN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”

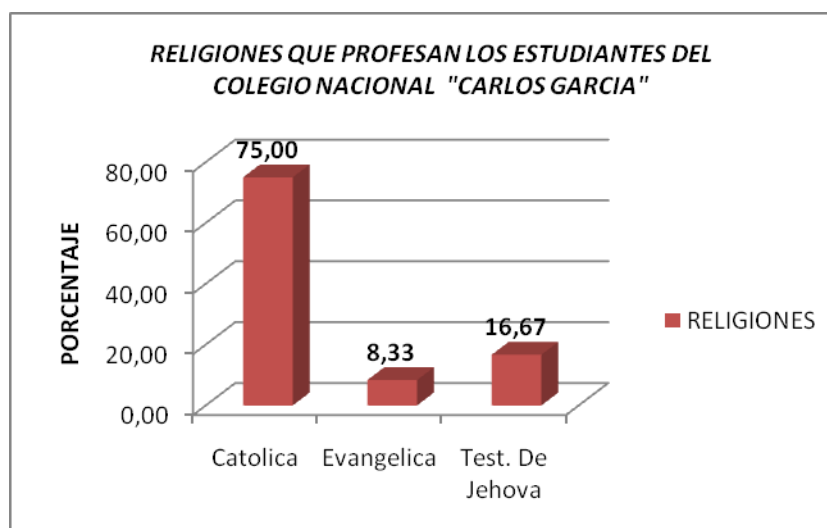


Tabla y Gráfico N° 6

En relación a la religión, el grupo mayoritario estuvo representado por los Católicos con 75%, seguido del 16,67% por los Testigos de Jehová y un 8,33% por Evangélicos.

Tabla N° 7

FUENTES DE INFORMACIÓN DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS SOBRE SEXUALIDAD EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”

n= 120 Estudiantes

<i>Fuentes de Información de conocimientos adquiridos sobre sexualidad en estudiantes del Colegio Nacional "Carlos García"</i>						
FUENTES DE INFORMACIÓN	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Tv y Radio	29	47.54	17	28.81	46	38.33
Internet	12	19.67	5	8.47	17	14.17
Revista – Periódicos	19	31.15	22	37.29	41	34.17
Madre y Padre	13	21.31	24	40.68	37	30.83
Hermanos	2	3.28	4	6.78	6	5.00
Amigos	19	31.15	21	35.59	40	33.33
Inst. del Estado	11	18.03	15	25.42	26	21.67
No contesta	2	3.28	1	1.69	3	2.50

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional “Carlos García”.*

Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Gráfico N° 7

FUENTES DE INFORMACIÓN DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS SOBRE SEXUALIDAD EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

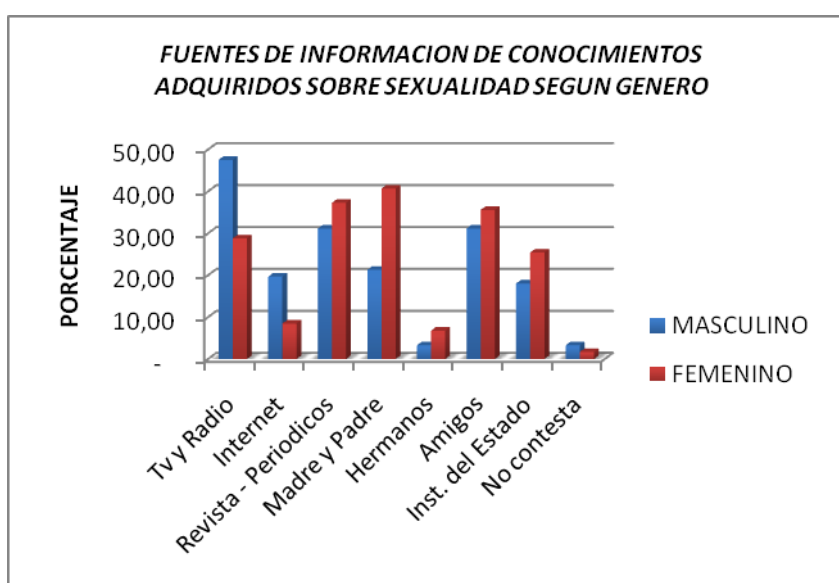


Tabla y Gráfico N° 7

En relación a la fuente de información sobre sexualidad, tanto el sexo masculino como femenino, la obtenían por medio de la radio y la Tv con un 47,54% en los varones y 28,81% en mujeres, Seguido de la información obtenida por los padres, representado por 40,68% en las mujeres y 21,31% en los hombres, y otro porcentaje obtenían información de revistas y periódicos representado por el 37,29% en las mujeres vs. El 31,15% en los varones. En porcentajes minoritarios se encuentran los amigos, las instituciones del estado, internet y los hermanos respectivamente.

Tabla N° 8

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE ESTRUCTURAS ANATÓMICAS EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

n= 120 Estudiantes

<i>Nivel de conocimientos de estructuras anatómicas en estudiantes del Colegio "Carlos García"</i>						
NIVEL DE CONOCIMIENTO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%
Excelente	0	-	0	0.00	0	0.00
Bueno	0	-	3	5.08	3	2.50
Regular	8	13.11	15	25.42	23	19.17
Deficiente	53	86.89	41	69.49	94	78.33
TOTALES	61	100.0	59	100.00	120	100.00

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional “Carlos García”*
 Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Gráfico N° 8

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE ESTRUCTURAS ANATÓMICAS EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

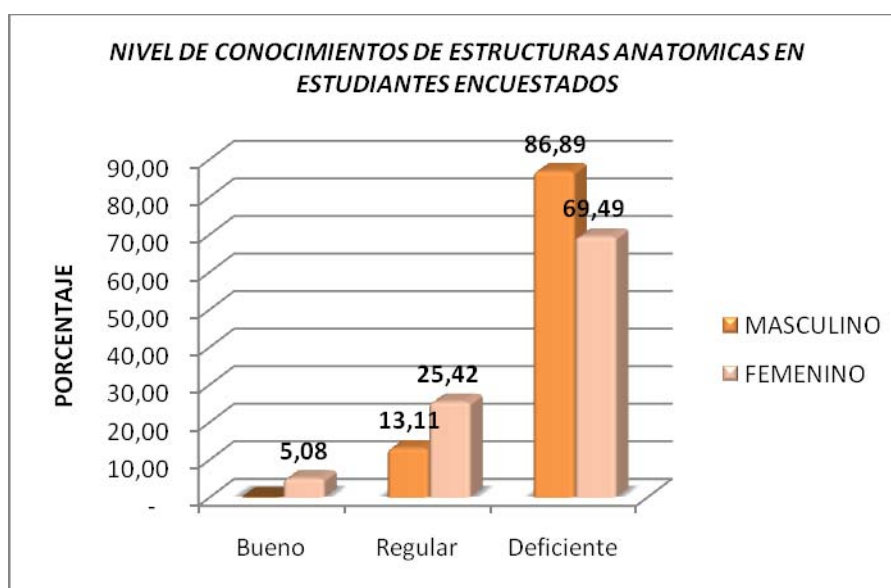


Tabla y Gráfico N° 8

En cuanto a conocimientos de estructuras anatómicas en las y los estudiantes encuestados, fue categorizado en 4 parámetros: Excelente, Bueno, Regular y Deficiente, determinados de la siguiente manera: El mayor porcentaje tiene conocimiento deficiente – 86,89% en varones y 69,49% en mujeres – seguido de conocimiento regular – 25,42% en mujeres y 13,11% en varones - ; un mínimo porcentaje tiene conocimiento bueno – 5,08% en mujeres-. Ninguno de los encuestados obtuvo puntaje en el parámetro excelente.

Tabla N° 9

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL TERMINO MENARQUIA EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

n= 120 Estudiantes

<i>Nivel de conocimientos del término Menarquia en estudiantes del Colegio Nacional "Carlos García"</i>						
NIVEL DE CONOCIMIENTO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%
Bueno	0	-	1	1.69	1	0.83
Deficiente	0	-	1	1.69	1	0.83
Desconoce	61	100.0	57	96.61	118	98.33
TOTALES	61	100.0	59	100.00	120	100.00

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional “Carlos García”*
 Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Gráfico N° 9

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL TERMINO MENARQUIA EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

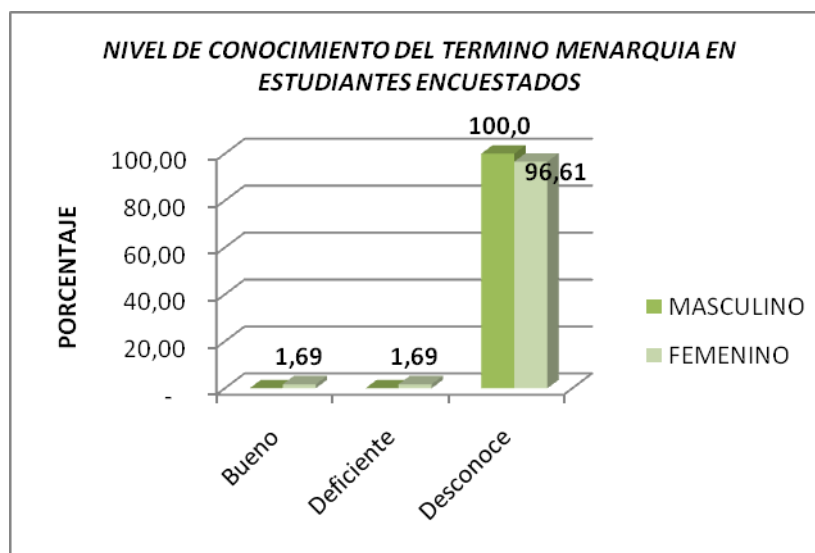


Tabla y Gráfico N° 9

El nivel de conocimiento sobre el término Menarquia es desconocido en el 100% de los varones y en el 96,61% de las mujeres. Hay que señalar que el 1,69% de las mujeres encuestadas tienen un conocimiento deficiente y bueno respectivamente.

Tabla N° 10

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL TERMINO POLUCIÓN NOCTURNA EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO "CARLOS GARCÍA".

n= 120 Estudiantes

<i>Nivel de conocimientos del término Polución Nocturna en estudiantes del Colegio Nacional "Carlos García"</i>						
NIVEL DE CONOCIMIENTO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Bueno	2	3.28	0	0.00	2	1.67
Deficiente	2	3.28	1	1.69	3	2.50
Desconoce	57	93.44	58	98.31	115	95.83
TOTALES	61	100.0	59	100.00	120	100.00

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional "Carlos García"*.
Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Gráfico N° 10

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL TERMINO POLUCIÓN NOCTURNA EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO "CARLOS GARCÍA".

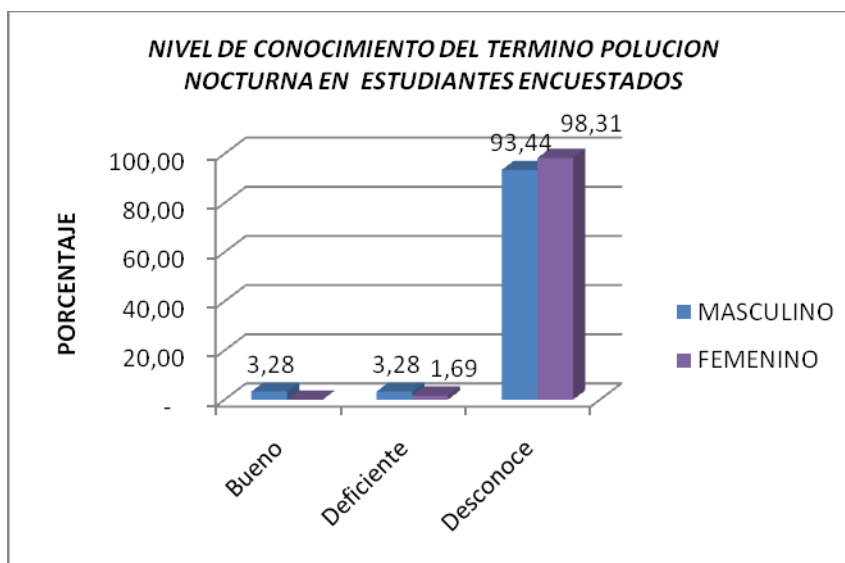


Tabla y Gráfico N° 10

El nivel de conocimiento sobre el término Polución Nocturna es desconocido en el 98,31% de las mujeres y en el 93,44% de los varones. Hay que señalar que el 3,28% de los varones encuestados tienen un conocimiento deficiente vs el 1,69% de las mujeres y un mínimo porcentaje tiene conocimiento bueno – 3,28% en varones -.

Tabla N° 11

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL TERMINO MASTURBACIÓN EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

n= 120 Estudiantes

<i>Nivel de conocimientos del término Masturbación en estudiantes del Colegio Nacional "Carlos García"</i>						
NIVEL DE CONOCIMIENTO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%
Bueno	8	13.11	10	16.95	18	15.00
Deficiente	12	19.67	10	16.95	22	18.33
Desconoce	41	67.21	39	66.10	80	66.67
TOTALES	61	100.0	59	100.00	120	100.00

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional “Carlos García”.*

Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Gráfico N° 11

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL TERMINO MASTURBACIÓN EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

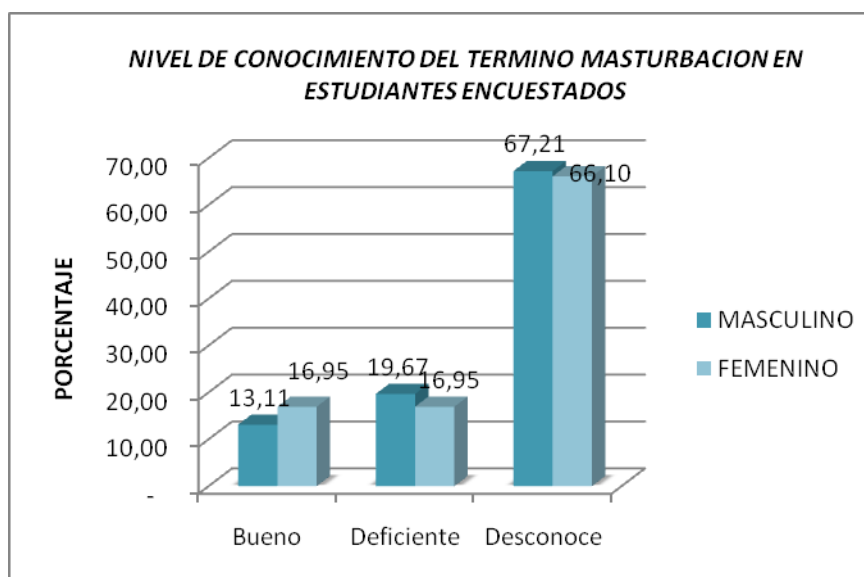


Tabla y Gráfico N° 11

El nivel de conocimiento sobre el término Masturbación es desconocido en ambos sexos y está representado por el 67,21% en varones y 66,10% en mujeres. Hay que señalar que un 19,67% de los varones y 16,95% de mujeres tiene un conocimiento deficiente. Un mínimo porcentaje tiene conocimiento bueno – 16,95% en mujeres y 13,11% en varones.

Tabla N° 12

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL TERMINO COITO EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

n= 120 Estudiantes

<i>Nivel de conocimientos del término Coito en estudiantes del Colegio Nacional "Carlos García"</i>						
NIVEL DE CONOCIMIENTO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%
Bueno	1	1.64	4	6.78	5	4.17
Deficiente	4	6.56	4	6.78	8	6.67
Desconoce	56	91.80	51	86.44	107	89.17
TOTALES	61	100.0	59	100.00	120	100.00

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional “Carlos García”.*

Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Gráfico N° 12

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL TERMINO COITO EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

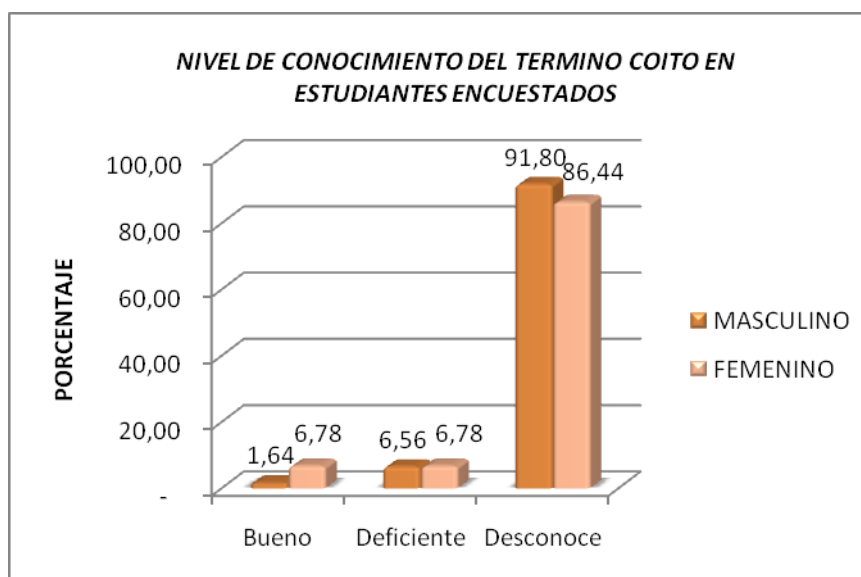


Tabla y Gráfico N° 12

Acerca del nivel de conocimiento sobre el término Coito, hay que señalar que un 91,80% de los varones y 86,44% de mujeres desconoce el término. Es deficiente en 6,78% de las mujeres vs. 6,56% en varones. La opción de conocimiento bueno está representada por el 6,78% en mujeres y 1,64% en varones.

Tabla N° 13

CONOCIMIENTOS DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL MAS FRECUENTES EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

n= 120 Estudiantes

<i>Conocimientos de las Infecciones de Transmisión Sexual más frecuentes en estudiantes del Colegio Nacional "Carlos García"</i>							
NIVEL DE CONOCIMIENTO		MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
		F°	%	F°	%	F°	%
SÍFILIS	SI	17	27.87	13	22.03	30	25.00
	NO	26	42.62	3	5.08	29	24.17
	S/R	18	29.51	43	72.88	61	50.83
	TOTAL	61	100.0	59	100.00	120	100.00
GONORREA	SI	44	72.13	39	66.10	83	69.17
	NO	14	22.95	15	25.42	29	24.17
	S/R	3	4.92	5	8.47	8	6.67
	TOTAL	61	100.0	59	100.00	120	100.00
HERPES	SI	21	34.43	15	25.42	36	30.00
	NO	10	16.39	31	52.54	41	34.17
	S/R	30	49.18	13	22.03	43	35.83
	TOTAL	61	100.0	59	100.00	120	100.00
VIH	SI	61	100.0	59	100.00	120	100.00
	NO	0	-	0	0.00	0	0.00
	S/R	0	-	0	0.00	0	0.00
	TOTAL	61	100.0	59	100.00	120	100.00
TRICOMONIASIS	SI	0	-	0	0.00	0	0.00
	NO	2	3.28	1	1.69	3	2.50
	S/R	59	96.72	58	98.31	117	97.50
	TOTAL	61	100.0	59	100.00	120	100.00
CANDIDIASIS	SI	2	3.28	4	6.78	6	5.00
	NO	1	1.64	33	55.93	34	28.33
	S/R	58	95.08	22	37.29	80	66.67
	TOTAL	61	100.00	59	100.00	120	100.00

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional “Carlos García”.*

Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Gráfico N° 13

CONOCIMIENTOS DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL MAS FRECUENTES EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

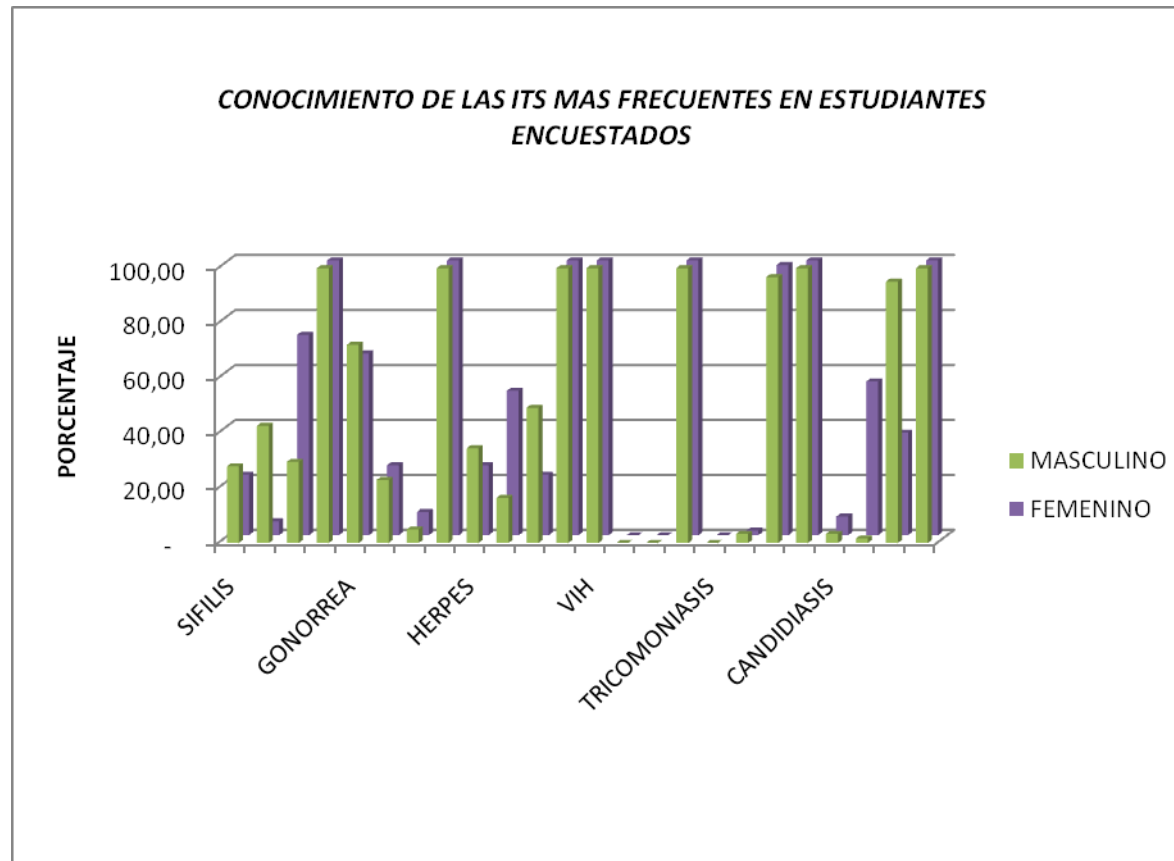


Tabla y Gráfico N° 13

En relación al conocimiento sobre Infecciones de Transmisión Sexual, se determinó que el sexo femenino posee mayor conocimiento, a excepción de enfermedades como Tricomoniasis y Candidiasis que son desconocidas por ambos sexos.

Tabla N° 14

**CONOCIMIENTOS ACERCA DE LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN DE ITS
EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO**

“CARLOS GARCÍA”.

Población Masculina

n= 61 Estudiantes

<i>Conocimientos acerca de las formas de transmisión de ITS en estudiantes del Colegio Nacional “Carlos García”/Pobl: Masculina</i>				
FORMAS DE TRANSMISIÓN	SI		NO	
	Fº	%	Fº	%
Relaciones coitales	46	75.41	15	24.59
Servicios Higiénicos	32	52.46	29	47.54
Compartir toallas	22	36.07	39	63.93
Sangre	45	73.77	16	26.23
Líquidos corporales	11	18.03	50	81.97
Sexo oral	21	34.43	40	65.57
Sexo Anal	31	50.82	30	49.18

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional” Carlos García”.*

Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Gráfico N° 14

**CONOCIMIENTOS ACERCA DE LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN DE ITS
EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL “CARLOS GARCÍA”.**

Población Masculina

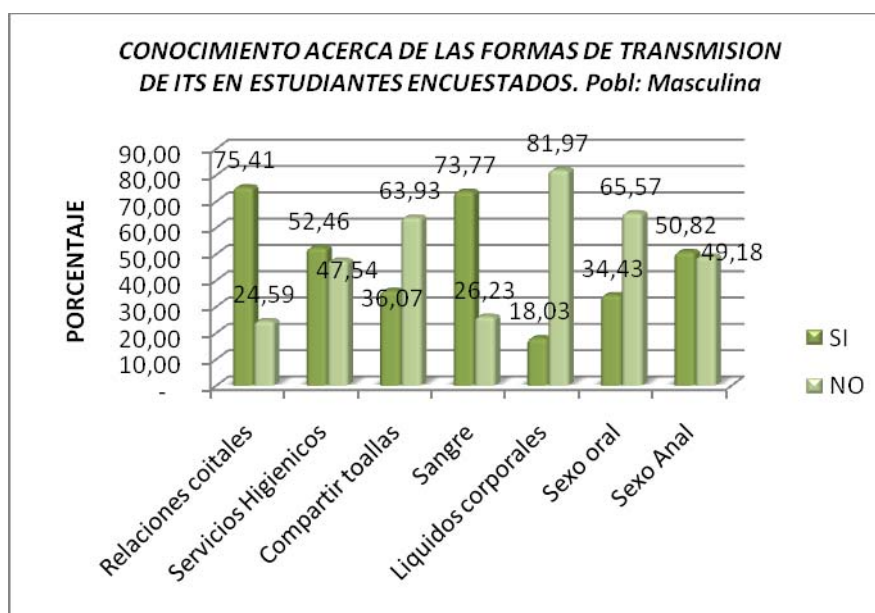


Tabla N° 15

**CONOCIMIENTOS ACERCA DE LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN DE ITS
EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO
“CARLOS GARCÍA”.
Población Femenina
n= 59 Estudiantes**

<i>Conocimientos acerca de las formas de transmisión de ITS en estudiantes del Colegio Nacional “Carlos García”/Pobl: Femenina</i>				
FORMAS DE TRANSMISIÓN	SI		NO	
	F°	%	F°	%
Relaciones coitales	57	96.61	2	3.39
Servicios Higiénicos	31	52.54	28	47.46
Compartir toallas	17	28.81	42	71.19
Sangre	43	72.88	16	27.12
Líquidos corporales	7	11.86	52	88.14
Sexo oral	23	38.98	36	61.02
Sexo Anal	24	40.68	35	59.32

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional” Carlos García”*.
Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Gráfico N° 15

**CONOCIMIENTOS ACERCA DE LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN DE ITS
EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL “CARLOS GARCÍA”
Población Femenina**

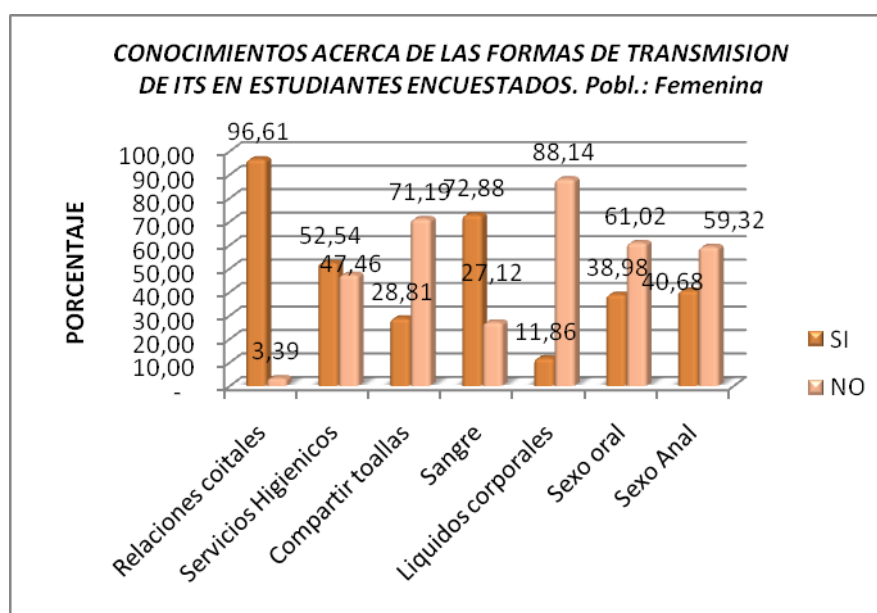


Tabla y Gráfico N° 14 y 15

Podemos observar en esta tabla acerca de formas de transmisión de ITS que la opción “Relaciones Coitales” alcanza un notable porcentaje en los estudiantes de ambos sexos, con un 96,61% en mujeres y 75,41% en varones respectivamente. A esta opción le sigue la transmisión por vía sanguínea con un 73,77% en los varones vs 72,88% en las mujeres. La opción “Servicios Higiénicos” representa el 52,54% en mujeres y el 52,46% en varones: mientras que “Sexo Anal” corresponde al 50,82% en varones y el 40,68% en mujeres. Para la transmisión a través de “Sexo Oral” el sexo femenino responde con un 38,98% sobre 34,43% en los masculinos. Para la transmisión por “Compartir Toallas” el 36,07% de varones sostiene que si vs. el 28,81% de mujeres. Se debe observar además, que la opción “Líquidos corporales” establece una minoría de respuestas afirmativas.

Tabla N° 16

**CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ITS EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.
Población Masculina**

n= 61 Estudiantes

<i>Conocimientos acerca de los Signos y Síntomas de ITS en estudiantes del Colegio Nacional “Carlos García”/Pobl: Masculina</i>						
SIGNOS Y SÍNTOMAS	SI		NO		S/R	
	F°	%	F°	%	F°	%
Secreción genital	28	45.90	25	40.98	8	13.115
Comezón de Genitales	32	52.46	21	34.43	8	13.115
Ulceras Genitales	21	34.43	30	49.18	10	16.393
Dolor en bajo vientre	22	31.88	30	49.18	9	14.754

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional “Carlos García”.*

Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Gráfico N° 16

**CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ITS EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.
Población Masculina**

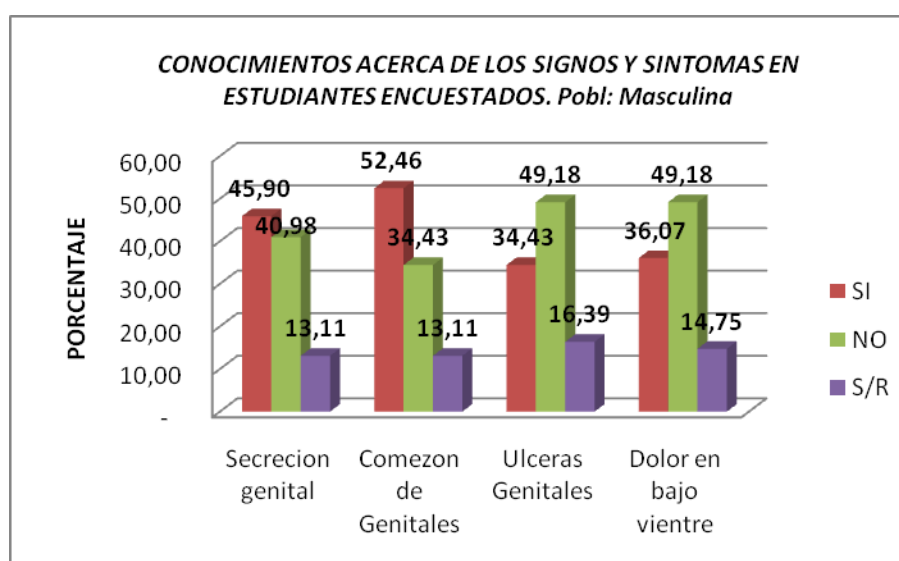


Tabla N° 17

CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ITS EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”. Población Femenina

n= 59 Estudiantes

<i>Conocimientos acerca de las Signos y Síntomas de ITS en estudiantes del Colegio Nacional “Carlos García”/Pobl: Femenina</i>						
<i>SIGNOS Y SÍNTOMAS</i>	<i>SI</i>		<i>NO</i>		<i>S/R</i>	
	<i>Fº</i>	<i>%</i>	<i>Fº</i>	<i>%</i>	<i>Fº</i>	<i>%</i>
Secreción genital	32	54.24	16	27.12	11	18.64
Comezón de Genitales	34	57.63	19	32.20	6	10.17
Ulceras Genitales	26	44.07	25	42.37	8	13.56
Dolor en bajo vientre	27	45.76	24	40.68	8	13.56

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional” Carlos García”.*

Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Gráfico N° 17

CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ITS EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”. Población Femenina

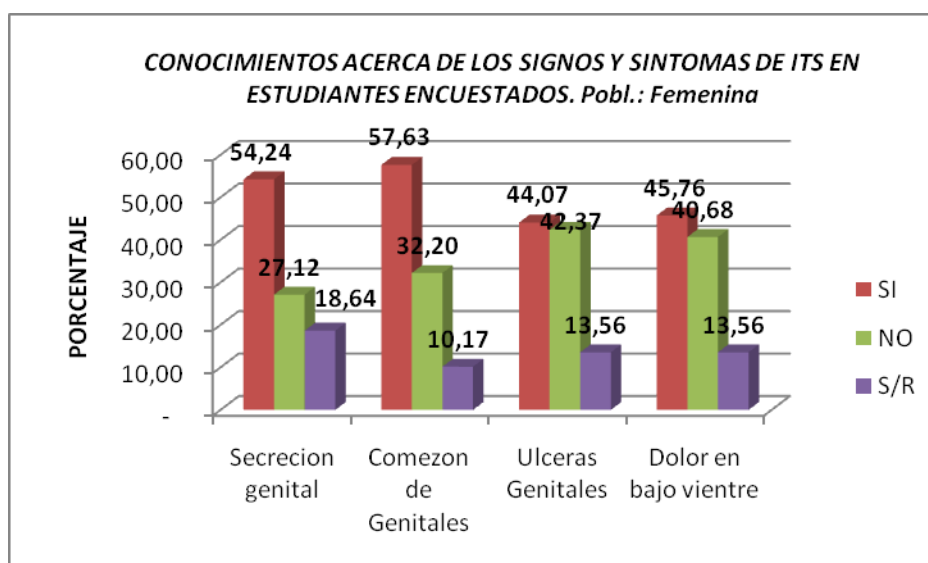


Tabla y Gráfico N° 16 y 17

En cuanto a los conocimientos acerca de los signos y síntomas de Infecciones de Transmisión Sexual en los y las estudiantes se obtuvieron los siguientes resultados: En la población Femenina la opción “Prurito genital” ocupa el porcentaje más representativo con un SI en el 57,63%, seguida de “Secreción Genital” con un 54,24 % y “Dolor en bajo vientre” con 45,76%, con menor porcentaje y en último lugar “Ulceras Genitales” con 44,07%. Mientras que en la población masculina el primer lugar lo ocupó la opción “Prurito genital” con un 52,46%, seguida de “Secreción genital” con un 45,90%, y “Dolor en bajo vientre” con un 31,88% y finalmente cabe recalcar la opción “Ulceras genitales” con un 34,43%. Referente a la opción sin respuesta en mujeres ocupó el primer lugar en frecuencia de porcentaje el ítem “Secreción Genital” (18,64%) y en los varones “Ulceras Genitales” (16,39%).

Tabla N° 18

CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS MÉTODOS PROFILÁCTICOS PARA PREVENCIÓN DE ITS EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”

n= 120 Estudiantes

<i>Conocimientos acerca de los métodos profilácticos en estudiantes del Colegio Nacional "Carlos García"</i>												
MÉTODO PROFILÁCTICO	MASCULINO				FEMENINO				TOTAL			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
Uso de condón en cada relación sexual	54	88.52	7	11.48	56	94.92	3	5.08	110	91.67	10	8.33
Pareja sexual estable no infectada	37	60.66	24	39.34	41	69.49	18	30.51	78	65.00	42	35.00
Abstinencia sexual	15	24.59	46	75.41	11	18.64	48	81.36	26	21.67	94	78.33
Uso de la píldora del día después	9	14.75	52	85.25	7	11.86	52	88.14	16	13.33	104	86.67
Coitus Interruptus	4	6.56	57	93.44	1	1.69	58	98.31	5	4.17	115	95.83

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional “Carlos García”.*

Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Tabla N° 18

La tabla N° 18 se trata acerca de Métodos Profilácticos para prevenir Infecciones de Transmisión Sexual, refiriéndonos a los resultados en ambos sexos llama la atención que la elección escogida más segura es “uso de condón en cada relación sexual” (94,92% en mujeres y 88,52% en varones) comparado a los que no optarían por utilizar este método (11,48% en varones vs 5,08% en mujeres). El segundo lugar lo ocupa la opción “pareja sexual estable no infectada” (69,49% en mujeres y 60,66% en varones) mientras que un grupo (39,34% varones vs 30,51% mujeres) no utilizaría este método. En tercer lugar el 24,59 % de los encuestados masculinos y el 18,64% de las femeninas señala como opción “abstinencia sexual”, en relación al 81,36% de las mujeres y el 75,41% de los varones que no han optado por este método. Como opciones minoritarias, en cuarto y quinto lugar fueron escogidas, el uso de la píldora del día después (14,75% y 11,86% varones y mujeres respectivamente), y el Coitus Interruptus (6,56% y 1,69 varones y mujeres respectivamente) versus - 88,14% mujeres y 85,25% varones - y - 98,31% mujeres y 93,44% varones - respectivamente de investigados que no tomarían estas variables como método profiláctico para ITS.

Tabla N° 19

ACTITUDES ACERCA DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

n= 120 Estudiantes

<i>Actitudes acerca de la actividad sexual en estudiantes del Colegio Nacional "Carlos Garcia"</i>						
ALTERNATIVAS	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Con pareja estable	21	34.43	9	15.25	30	25.00
Distintas personas conocidas	17	27.87	6	10.17	23	19.17
Personas desconocidas	8	13.11	7	11.86	15	12.50
No contesta	15	24.59	37	62.71	52	43.33
TOTALES	61	100.0	59	100.00	120	100.00

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional “Carlos García”.*
Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Gráfico N° 19

ACTITUDES ACERCA DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

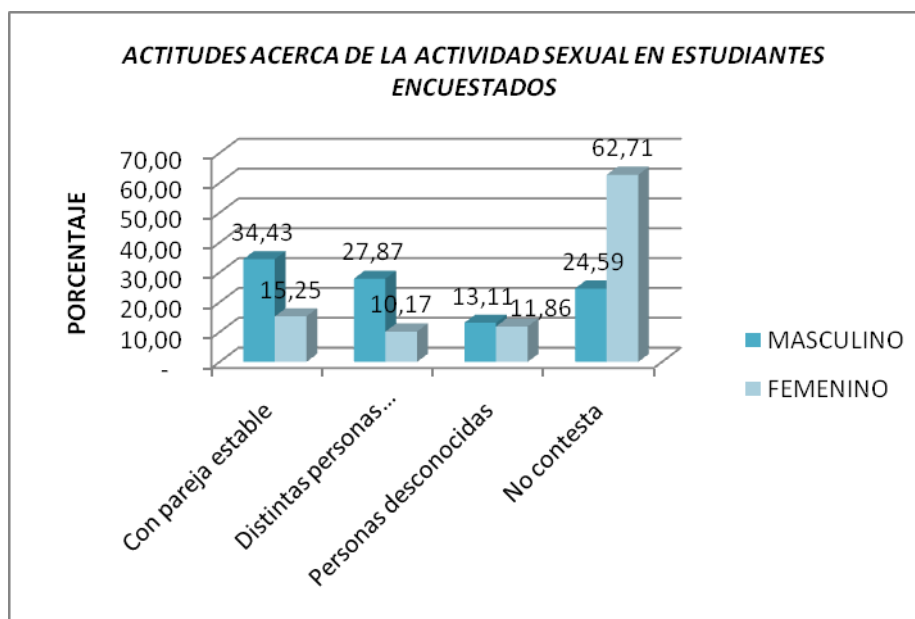


Tabla y Gráfico N° 19

En cuanto a las actitudes de la actividad sexual, confrontamos a ambos sexos, masculino y femenino, si mantenían al momento relaciones sexuales y si lo hacían con pareja estable, obteniéndose como resultados que los adolescentes masculinos investigados al momento mantienen relaciones sexuales con “pareja sexual estable” en el 34,43% de los casos y en las mujeres el 15,25%. Seguido de la opción con “distintas personas conocidas” 27,87% en los varones y las mujeres el 10,17%. En relación al sexo con “personas desconocidas” el 13,11% de los varones responden que si lo realizan, en comparación al 11,86% de las mujeres. Finalmente el 62,71% de las mujeres y el 24,59% de los varones optaron por no responder a esta pregunta.

Tabla N° 20

EDAD DE INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

n= 120 Estudiantes

<i>Edad de inicio de la actividad sexual en estudiantes del Colegio Nacional "Carlos García"</i>						
EDADES	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%
12 a 14 Años	13	21.31	2	3.39	15	12.50
14 a 16 Años	20	32.79	4	6.78	24	20.00
16 a 18 Años	5	8.20	2	3.39	7	5.83
> 18 Años	1	1.64	0	0.00	1	0.83
Dato No Recogido	22	36.07	51	86.44	73	60.83
TOTALES	61	100.0	59	100.00	120	100.00

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional “Carlos García”.*

Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Gráfico N° 20

EDAD DE INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

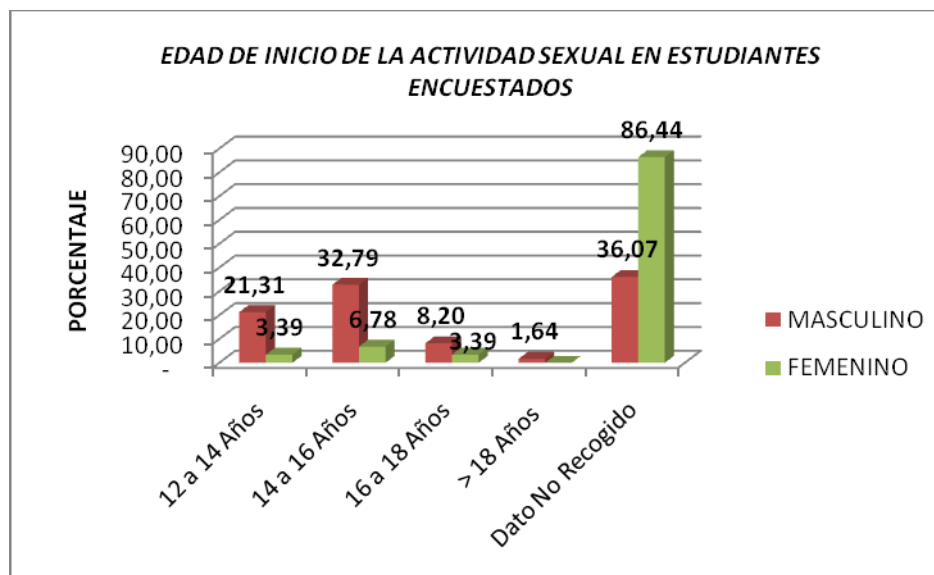


Tabla y Gráfico N° 20

En relación a la edad de inicio de la primera relación sexual los resultados fueron los siguientes: De 14 a 16 años los hombres el 32,79% y las mujeres el 6,78%. De 12 a 14 años el 21,31% corresponde al inicio de las relaciones sexuales en los varones y apenas el 3,39% a las mujeres en esta edad. Un grupo de encuestados representados por el 8,20% de los varones y 3,39% de las mujeres inició su vida sexual entre los 16 y 18 años. Mientras que 1,64% de los varones mayores de 18 años inicio su vida sexual a esta edad. Finalmente hay que señalar que un 86,44% de las mujeres y un 36,07% de los varones eligieron la opción dato no recogido como respuesta. Debemos expresar que los varones siguen manteniendo su precocidad en iniciar su actividad sexual, pero sin olvidar el porcentaje que se obtuvo en las mujeres, lo que indica que ellas también están optando por iniciarse sexualmente a una temprana edad.

Tabla N° 21

FORMA DE INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

n= 120 Estudiantes

<i>Forma de inicio de la actividad sexual en estudiantes del Colegio Nacional "Carlos García"</i>						
FORMA	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%
Deseo propio	42	68.85	11	18.64	53	44.17
Pareja la/lo convenció	3	4.92	1	1.69	4	3.33
Fue obligado u obligada	0	-	0	0.00	0	0.00
No contesta	16	26.23	47	79.66	63	52.50
TOTALES	61	100.0	59	100.00	120	100.00

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional “Carlos García”.*

Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Gráfico N° 21

FORMA DE INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”

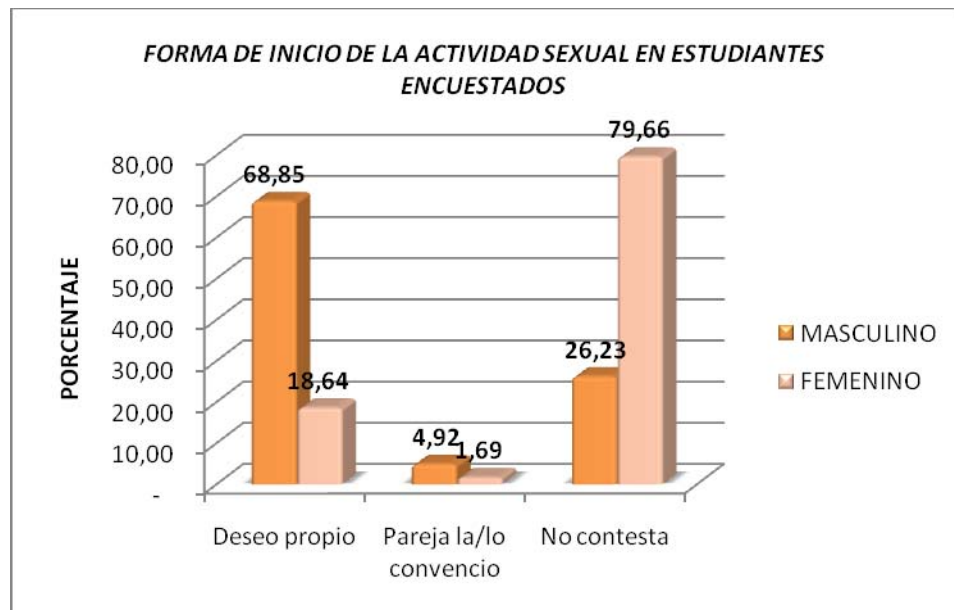


Tabla y Gráfico N° 21

En relación a la circunstancia en que se practicó la primera relación sexual, los resultados encontrados son: Inicio *de relaciones sexuales por deseo propio* 68,85% de varones y 18,64% de mujeres; seguido de *convencimiento de la pareja* con 4,92% en varones vs. 1,69% en mujeres. Finalmente hay que señalar que un 79,66% de las mujeres y 26,23% de los varones no contestaron.

Tabla N° 22

PERSONA DE INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

n= 120 Estudiantes

<i>Persona de inicio de la actividad sexual en estudiantes del Colegio Nacional "Carlos García"</i>						
ALTERNATIVAS	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%
Enamorado/a	11	18.03	5	8.47	16	13.33
Amigo/a	6	9.84	5	8.47	11	9.17
Familiar	0	-	0	0.00	0	0.00
Trabajadora sexual	27	44.26	0	0.00	27	22.50
Otros	2	3.28	0	0.00	2	1.67
No contesta	15	24.59	49	83.05	64	53.33
TOTALES	61	100.0	59	100.00	120	100.00

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional “Carlos García”.*

Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Gráfico N° 22

PERSONA DE INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

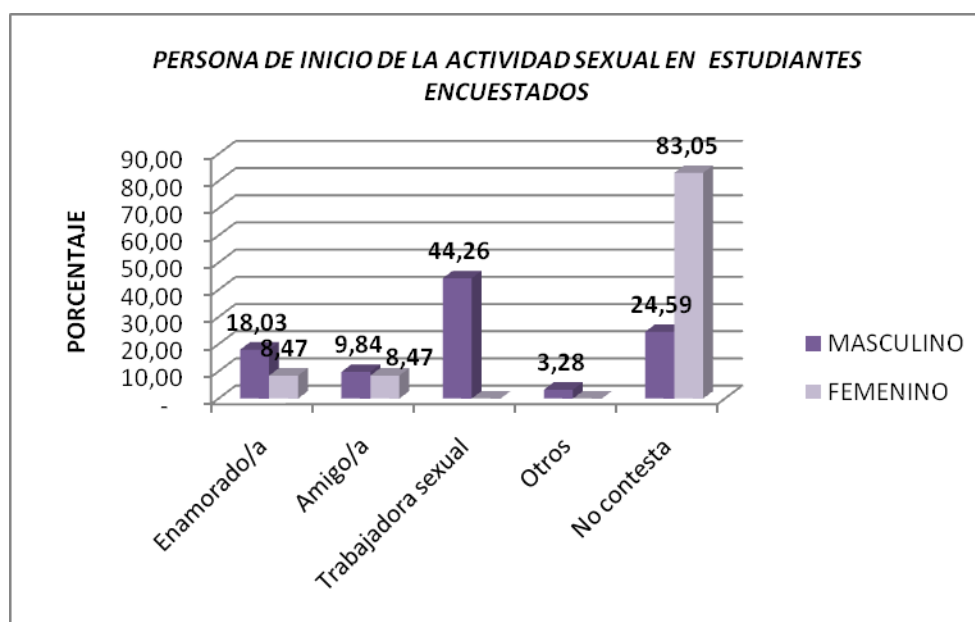


Tabla y Gráfico N° 22

En cuanto a la persona con quien nuestros investigados iniciaron sus relaciones sexuales, el mayor porcentaje se dio en los varones con trabajadora sexual con 44,26%, seguida de la opción con “Enamorado/a” el 18,03% de los varones vs. 8,47% en las mujeres. El 9,84% de los varones ha iniciado actividad sexual con un amigo/a vs 8,47% de las mujeres. Mientras que el 3,28% de los varones ha debutado sexualmente con otros (objetos o animales). Finalmente el 83,05% de mujeres y el 24,59% de los varones eligieron la opción de no contestar.

Tabla N° 23

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

n= 120 Estudiantes

<i>Número de parejas sexuales en estudiantes del Colegio Nacional "Carlos García"</i>						
PAREJAS SEXUALES	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%
1 pareja	12	19.67	5	8.47	17	14.17
2 parejas	10	16.39	2	3.39	12	10.00
3 parejas	9	14.75	1	1.69	10	8.33
4 o mas	14	22.95	4	6.78	18	15.00
Sin Pareja	9	14.75	24	40.68	33	27.50
DNR	7	11.48	23	38.98	30	25.00
TOTALES	61	100.0	59	100.00	120	100.00

FUENTE: Estudiantes Col. Nacional “Carlos García”
Elaborado por: Goretti Moreira Sánchez

Gráfico N° 23

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

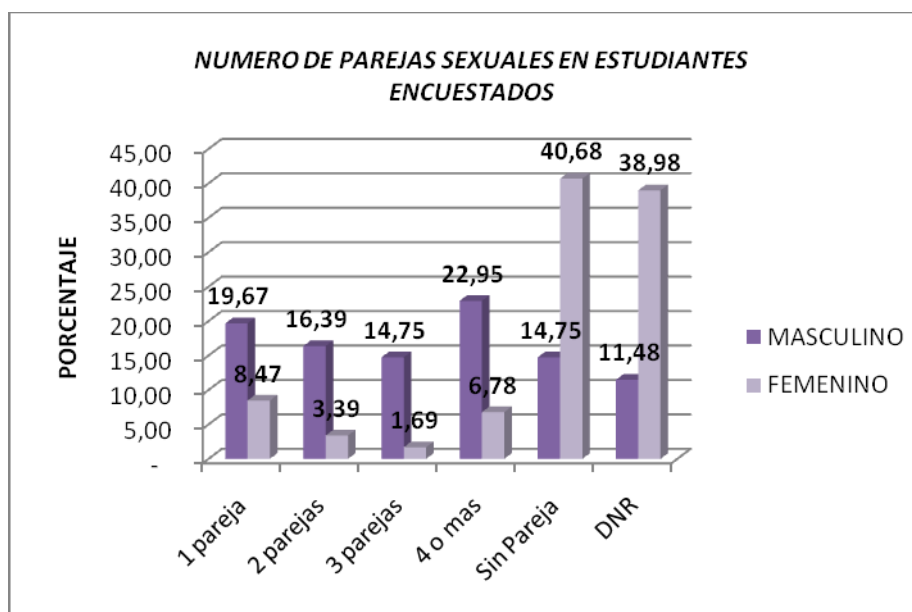


Tabla y Gráfico No. 23

En relación al número de parejas sexuales, se encontró que 40,68 % de mujeres y 14,75% de varones no han tenido pareja sexual en el último año, datos que contrastan a su vez con los investigados que tienen 4 o más parejas sexuales a la vez representados por 22,95% en los varones y 6,78% las mujeres. Seguido de aquellos que al momento tienen una sola pareja sexual – 19,67% en varones y 8,47% en mujeres – y de los investigados que tienen 2 parejas sexuales a la vez con un 16,39% en varones y 3,39% en mujeres. Los que tienen tres parejas sexuales – 14,75% en varones y 1,69% en mujeres-. Finalmente 38,98% de mujeres y 11,48% de varones optaron por no contestar reportado como dato no recogido.

Tabla N° 24

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS POR ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”

n= 120 Estudiantes

<i>Métodos anticonceptivos utilizados por estudiantes del Colegio Nacional "Carlos García"</i>												
MÉTODO ANTICONCEPTIVO	MASCULINO				FEMENINO				TOTAL			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
Condón	51	83.61	10	16.39	9	15.25	50	84.75	60	50.00	60	50.00
Espermicida	0	0.00	61	100	0	0.00	59	100.00	0	0.00	120	100.00
Ac. Oral	6	9.84	55	90.16	1	1.69	58	98.31	7	5.83	113	94.17
Ac. Inyectable	3	4.92	58	95.08	0	0.00	59	100.00	3	2.50	117	97.50
Norplant	0	0.00	61	100	0	0.00	59	100.00	0	0.00	120	100.00
Parche	1	1.64	60	98.36	1	1.69	58	98.31	2	1.67	118	98.33
Píldora del día después	2	3.28	59	96.72	0	0.00	59	100.00	2	1.67	118	98.33
DIU	1	1.64	60	98.36	0	0.00	59	100.00	1	0.83	119	99.17
Coitus interruptus	0	0.00	61	100	0	0.00	59	100.00	0	0.00	120	100.00
Ritmo	11	18.03	50	81.97	1	1.69	58	98.31	12	10.00	108	90.00
Moco Cervical	0	0.00	61	100	1	1.69	58	98.31	1	0.83	119	99.17

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional “Carlos García”*.

Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Tabla No. 24

Los resultados sobre métodos anticonceptivos utilizados durante sus relaciones sexuales por nuestros investigados, dieron los siguientes resultados: la opción escogida mayoritariamente es Condón – 83,61% en varones vs 15,25% en mujeres - comparado a los que no optarían por utilizar este método (84,75% en mujeres vs 16,39% en varones). El segundo lugar lo ocupa la opción “Ritmo” (18,03% en varones y 1,69% en mujeres) mientras que un grupo (98,31% mujeres vs 81,97% varones) no utilizaría este método. En tercer lugar el 9,84% de los encuestados masculinos y el 1,69% de las femeninas señalan como opción “Anticonceptivos Orales”, en relación al 98,31% mujeres y 90,16% de varones que no han optado por este método. Como opciones minoritarias, en cuarto, quinto y sexto lugar fueron escogidas, “Anticonceptivos Inyectables” (4,92% en varones), “Uso de Píldora del día después” (3,28% en varones) dando relevancia al conocimiento y uso de este producto recientemente incursionado en el mercado en comparación con los otros; y “Parche” – 1,69% mujeres y 1,64% en varones. Llama la atención el desconocimiento de otras alternativas anticonceptivas presentes en nuestro medio como son los espermicidas, DIU, Norplan, sin olvidar los métodos naturales como el moco cervical y el coitus interruptus que son elegidos minoritariamente o excluidos como respuestas.

Tabla N° 25

PREFERENCIAS SEXUALES EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

n= 120 Estudiantes

<i>Preferencias sexuales en estudiantes del Colegio Nacional "Carlos García"</i>						
PREFERENCIAS SEXUALES	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%
Personas de distinto sexo	44	72.13	5	8.47	49	40.83
Personas del mismo sexo	0	-	4	6.78	4	3.33
Indistintamente (animales, objetos, otros)	0	-	0	0.00	0	0.00
No contesta	17	27.87	50	84.75	67	55.83
TOTALES	61	100.0	59	100.00	120	100.00

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional “Carlos García”.*

Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Gráfico N° 25

PREFERENCIAS SEXUALES EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”

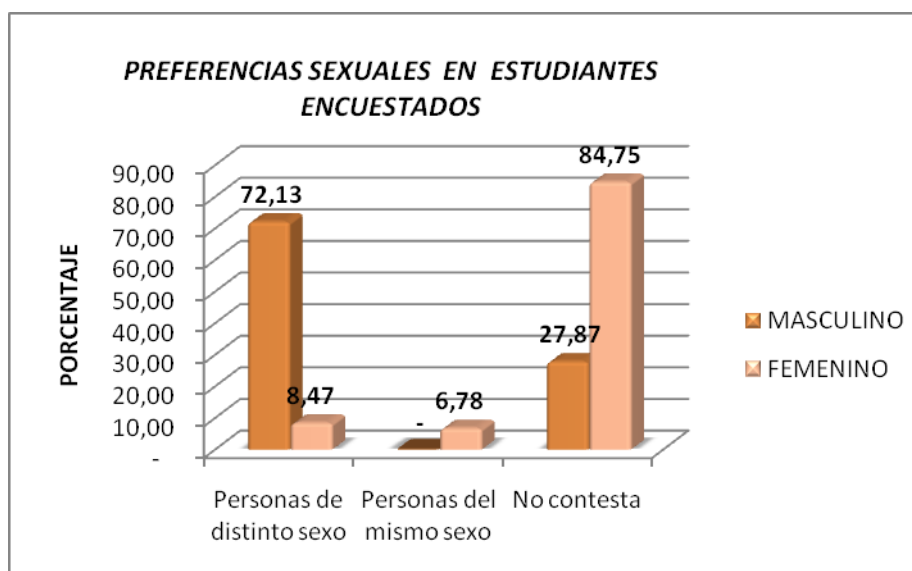


Tabla y Gráfico No. 25

Los resultados obtenidos en la pregunta sobre las preferencias sexuales, refiriéndonos a los datos en ambos sexos mostró lo siguiente: con “Personas de distinto sexo” los varones representaron el 72,13% y las mujeres 8,47%; seguida de la alternativa “Personas del mismo sexo” con un porcentaje en mujeres de 6,78%. La opción No contesta manifiesta porcentajes de 84,75% en mujeres y 27,87% en varones.

Tabla N° 26

TIPOS DE PRACTICAS SEXUALES EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

n= 120 Estudiantes

<i>Tipos de prácticas sexuales en estudiantes del Colegio Nacional "Carlos García"</i>						
PRACTICAS SEXUALES	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%
Sexo oral	17	27.87	2	3.39	19	15.83
Penetración vaginal	32	52.46	6	10.17	38	31.67
Penetración anal	11	18.03	0	0.00	11	9.17
Sexo Manual	28	45.90	12	20.34	40	33.33
No contesta	14	22.95	39	66.10	53	44.17

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional “Carlos García”*

Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Gráfico N° 26

TIPOS DE PRACTICAS SEXUALES EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

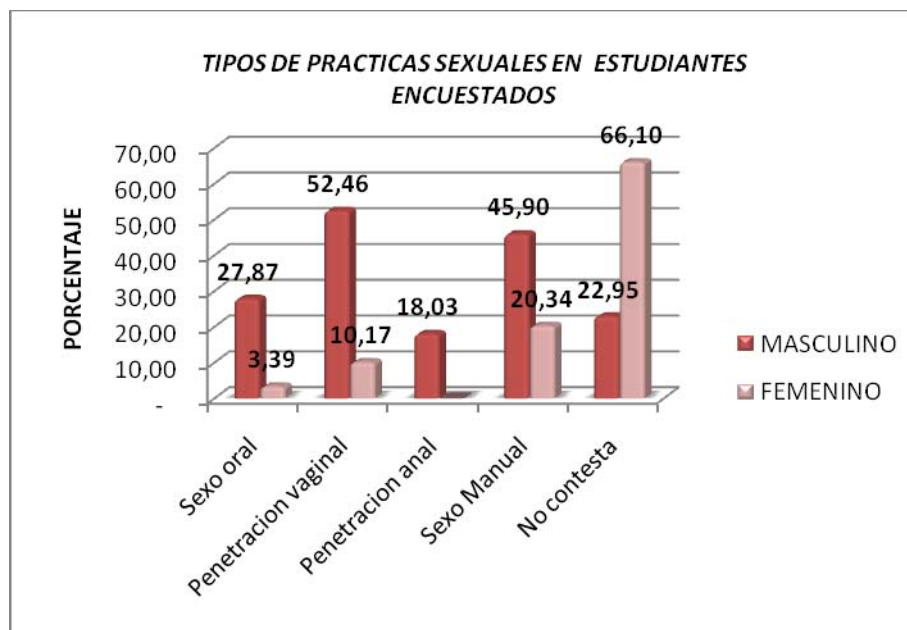


Tabla y Gráfico No. 26

Sobre los tipos de prácticas sexuales, los datos que se obtuvieron fueron los siguientes: Penetración vaginal con un 52,46% en población masculina y 10,17% en población femenina. La opción “Sexo manual” fue escogida por 45,90% de los varones en relación al 20,34% de las mujeres. “Sexo oral” fue la elección en 27,87% de los varones y 3,39% de las mujeres, seguido de “Penetración anal” con un 18,03% en varones. En esta pregunta hubo también la opción no contesta representada por el 66,10% en mujeres y 22,95% en varones.

Tabla N° 27

MÉTODOS PROFILÁCTICOS PARA EVITAR CONTRAER LAS ITS UTILIZADOS POR ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

n= 120 Estudiantes

<i>Métodos profilácticos para evitar contraer las its utilizados por estudiantes del Colegio Nacional "Carlos García"</i>												
MÉTODO PROFILÁCTICO	MASCULINO				FEMENINO				TOTAL			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
Relaciones sin penetración	5	8.20	56	91.8	0	0.00	59	100.00	5	4.17	115	95.83
Usar Condón	44	72.13	17	27.87	6	10.17	53	89.83	50	41.67	70	58.33
No tener muchas parejas sexuales	10	16.39	51	83.61	3	5.08	56	94.92	13	10.83	107	89.17
Evitar relaciones con trabajadoras sexuales	13	21.31	48	78.69	1	1.69	58	98.31	14	11.67	106	88.33
Evitar sexo oral	5	8.20	56	91.8	1	1.69	58	98.31	6	5.00	114	95.00
Evitar sexo anal	9	14.75	52	85.25	0	0.00	59	100.00	9	7.50	111	92.50

FUENTE: *Estudiantes Col. Nacional “Carlos García”.*

Elaborado por: *Goretti Moreira Sánchez*

Tabla No. 27

La tabla N° 27 se trata acerca de Métodos Profilácticos para evitar contraer Infecciones de Transmisión Sexual utilizados por nuestros investigados, refiriéndonos a los resultados en ambos sexos llama la atención que la elección escogida más segura es “usar condón” (72,13% en varones y 10,17% en mujeres) comparado a los que no optarían por utilizar este método (89,83% en mujeres vs 27,87% en varones). El segundo lugar lo ocupa la opción “Evitar relaciones con trabajadoras sexuales” con un porcentaje de 21,31% en varones y 1,69% en mujeres) mientras que un 98,31% de mujeres y 78,69% de varones no utilizaría este método. En tercer lugar el 16,39% de los encuestados masculinos y el 5,08% de las femeninas señala como opción “No tener muchas parejas sexuales”, en relación al 94,92% de las mujeres y el 83,61% de los varones que no han optado por este método. Como opciones minoritarias, en cuarto, quinto y sexto lugar fueron escogidas respectivamente, “Evitar Sexo Anal” (14,75% en varones) vs 100% de mujeres y 85,25% de varones que no optaría por este método; seguido de “Evitar Sexo Oral” representada por el 8,20% de los varones y 1,69% en mujeres, de ellos 98,31% de mujeres y 91,80% de varones no optarían por este ítem. Finalmente la opción “Relaciones sin penetración” representa el 8,20% de varones comparado al 100% mujeres y 91,80% varones que no tomarían esta variable como método profiláctico para ITS.

Tabla N° 28

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ITS PRESENTES EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”

n= 120 Estudiantes

<i>Signos y síntomas de its presentes en estudiantes del Colegio Nacional "Carlos Garcia"</i>												
SIGNO Y SÍNTOMAS	MASCULINO				FEMENINO				TOTAL			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
Secreción genital	5	8.20	56	91.80	7	11.86	52	88.14	12	10	108	90
Ulceras genitales	1	1.64	60	98.36	0	0.00	59	100.00	1	0.83	119	99.17

FUENTE: Estudiantes Col. Nacional “Carlos García”

Elaborado por: Goretti Moreira Sánchez

Gráfico N° 28

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ITS PRESENTES EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”

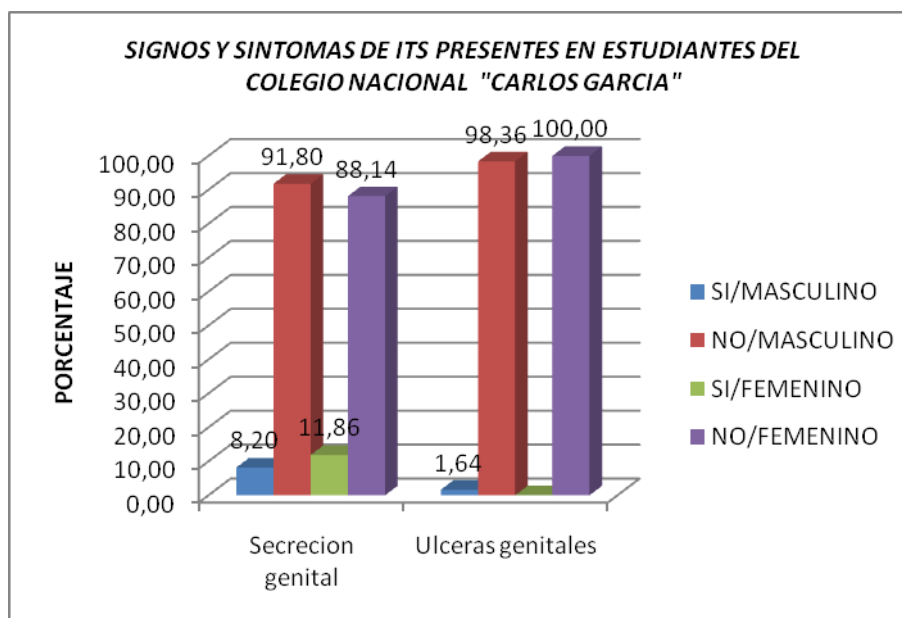


Tabla y Gráfico No. 28

Los resultados que se obtuvieron referentes a si los investigados han presentado signos y síntomas que denoten una Infección de Transmisión Sexual, el si frente al no, mostraron los siguientes resultados: El 11,86 de la población femenina y el 8,20% de la masculina ha presentado Secreción Genital durante su vida sexual, mientras 91,80% de los varones y 88,14% de mujeres no han presentado este signo.

La opción Ulceras Genitales está representada con el 1,64% de la población masculina que han presentado este signo clínico vs el 100 % de las femeninas y 98,36% de los masculinos que No ha presentado este signo clínico.

Tabla N° 29

ORIENTACIÓN DEL TRATAMIENTO DE ITS EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

n= 120 Estudiantes

<i>Orientación del tratamiento de its en estudiantes del Colegio Nacional "Carlos García"</i>						
ORIENTACIÓN DEL TRATAMIENTO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%
Medico	50	81.97	43	72.88	93	77.50
Amigos	2	3.28	2	3.39	4	3.33
Familiar	4	6.56	4	6.78	8	6.67
Farmacia	2	3.28	5	8.47	7	5.83
Profesor	3	4.92	5	8.47	8	6.67
TOTALES	61	100.0	59	100.00	120	100.00

FUENTE: Estudiantes Col. Nacional “Carlos García”.

Elaborado por: Goretti Moreira Sánchez

Gráfico N° 29

ORIENTACIÓN DEL TRATAMIENTO DE ITS EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO “CARLOS GARCÍA”.

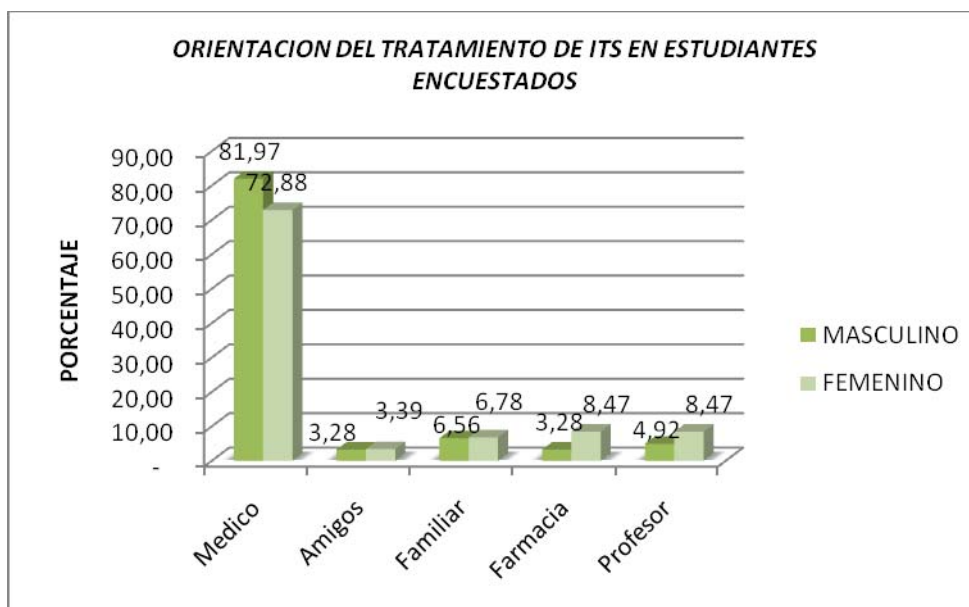


Tabla Y Gráfico No. 29

Los resultados obtenidos en base a la pregunta a quien acudiría para el tratamiento de las ITS, las cifras fueron las siguientes: “Medico” – 81,97% en varones vs. 72,88% en mujeres – seguido de la opción “Profesor” y “Farmacia con un 8,47% en mujeres frente a 4,92% y 3,28% de varones respectivamente. En tercer lugar tenemos la opción “Familiar” con 6,78% de las mujeres y 6,56% de varones. Y en último lugar la opción “Amigos” con 3,39% en el sexo femenino y 3,28% en el sexo masculino.



CAPITULO V

XI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES

Las encuestas sobre sexualidad en estudiantes de bachillerato generalmente se consideran fiables a pesar que algunos adolescentes de sexo masculino, tienden a sobre declarar su conducta sexual, al contrario que los de sexo femenino.

A pesar de esta limitación, mediante este trabajo de investigación se logro determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual que poseen los estudiantes de 15 a 19 años que cursan sus estudios superiores en el Colegio Nacional Mixto “Carlos García” del Cantón Junín.

Al término de la misma, hemos obtenido las siguientes conclusiones:

La edad promedio de los encuestados es de 16 y 17 años. La población tanto masculina como femenina se distribuye de forma igualitaria y los solteros representan casi el 100 por ciento de la población.

La procedencia demográfica predominante es la urbana con un amplio margen de diferencia respecto a la zona rural y urbano-marginal.

La salud sexual se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales, la familia influye en la conducta sexual de los adolescentes. Pese a ello los encuestados identifican a los medios de comunicación – tv y radio - como su influencia primaria cuando toman decisiones relacionadas con el sexo, seguido de

medios escritos – revistas periódicos – y los amigos , datos que contrastan con los obtenidos en estudios realizados en otros países por la Unidad de Salud y Desarrollo de Adolescentes de la OPS que identifican a los medios de comunicación y la tv, la escuela - los amigos y los padres como las principales fuentes de información sobre sexualidad que reciben los adolescentes.

Observamos además, que los niveles de conocimiento acerca de estructuras anatómicas que conforman el Aparato Genital Masculino y Femenino; junto con las definiciones de conceptos como Menarquia, Polución Nocturna, Masturbación y Coito son deficientes o desconocidos en la mayoría de encuestados. Estos hallazgos son muy importantes, dada la falta de educación sexual adecuada en los colegios que aún se encuentra influenciada por la religión y la política en muchos países, perpetuándose tabúes y mitos que rodean la sexualidad en el desarrollo de los adolescentes.

Las ITS más conocidas por los adolescentes de investigados, son Gonorrea, Herpes y Sífilis. En general el nivel de conocimiento y concientización del riesgo de VIH son altos pero los adolescentes saben menos sobre otras ITS de no reciente aparición como la Tricomoniasis y la Candidiasis, predisponiendo este desconocimiento, a que aumente su incidencia y sus secuelas repercutan en la salud sexual de esta población.

Al comparar los criterios dados en la interrogante sobre la sintomatología de las ITS, podemos darnos cuenta que ambos sexos, masculino y femenino, dieron resultados similares mayoritarios en los ítems sobre Secreción y Prurito Genitales, mientras que

las opciones sobre Úlcera Genital y Dolor en Bajo Vientre representaron un porcentaje minoritario.

Concluamos ahora sobre las actitudes que los chicos y chicas investigados hacían de los métodos profilácticos ante ITS. La mayor parte revelan que realizan o realizarían sus encuentros sexuales siempre con algún tipo de protección; el método más utilizado por los encuestados es el uso del condón, seguido del tener una pareja sexual estable. En general, creemos poder decir que se ha logrado en la actualidad que chicos y chicas, en su mayoría, tengan relaciones sexuales seguras, aunque se tenga que seguir trabajando por conseguir la generalización completa del uso de medidas para evitar infecciones de transmisión sexual.

Como un factor importante dentro de la Salud Sexual de los adolescentes, está la edad de inicio de las relaciones sexuales. Los chicos son sexualmente activos a una edad temprana según UNICEF; OMS/OPS 2002, quienes en estudios realizados determinaron que el promedio de edad del primer coito es de aproximadamente 15 a 16 años en muchos países de América Latina. En nuestro estudio corroboramos estos resultados y observamos que el inicio de vida sexual es más temprano en hombres que en mujeres, la mayoría en edades comprendidas entre 14 y 16 años pero no siendo despreciable los adolescentes que tienen su primera experiencia sexual de los 12 a 14 años, en su mayoría por deseo propio, con pareja estable que suele ser enamorado/a, aunque en el sexo masculino hay que resaltar el alto porcentaje de inicio con trabajadoras sexuales.

Nuestros encuestados también se muestran fundamentalmente heterosexuales. En su mayor parte tienen exclusivamente este tipo de relaciones. Sólo muy pocos afirman tenerlas homosexuales.

Las Prácticas Sexuales preferidas por el grupo de estudio son diferentes de acuerdo al género. Los hombres expresan libremente y sin tabúes que prácticas sexuales prefieren aunque estas en su mayoría conllevan riesgos muy altos, ya sea por posturas sexuales donde puede haber una mayor lesión por el área de contacto, sumado a esto, la falta de uso de métodos de protección lo que conlleva a aumentar el riesgo de contraer ITS. Las chicas son más tradicionales en sus prácticas sexuales, algunas prefieren no contestar y las que tienen contacto sexual lo hacen con protección.

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas cada año el 15% de los adolescentes entre 15 y 19 años de edad adquieren ITS, principal causa de infecciones del tracto reproductivo. En nuestro estudio, a pesar de que la mayoría opta por una respuesta negativa, un porcentaje menor revela la presencia de una ITS no tratada, y la mayoría en relación sobre a quién acudiría para recibir tratamiento en caso de contraer una ITS, se observa un gran porcentaje de chicas y chicos que mencionan visita a un especialista, sin olvidar la comunicación con los profesores o un familiar y en minoría, opciones como recurrir a una farmacia o a un amigo.

Finalmente se concluye que es prioritario dar información y aprovechar cualquier consulta en relación a salud sexual para difundir e informarlos. Más educación sexual

no significa necesariamente más sexo, pero sí puede conseguir una sexualidad más responsable y saludable.

2. RECOMENDACIONES

- Cabe mencionar que la Universidad Técnica de Manabí es la alternativa de los futuros bachilleres que fueron participantes de este estudio, por lo que sería recomendable que aliando esfuerzos entre Facultades, se concluya que durante el Semestre Básico Universitario (SBU), ya sea presencial o semi-presencial se proporcionen dos horas a la semana charlas educativas e interactivas sobre Sexualidad a los y las jóvenes, para así nivelar los vacíos que ellos y ellas llevan en cuanto a conocimiento, ya que el resultado obtenido mediante el instrumento de evaluación de este trabajo, ha dejado en claro que los y las estudiantes no cuentan con un nivel académico acorde para sus años de estudio, preocupando gravemente la calidad estudiantil de la que la universidad será partícipe.
- Como recomendación importante aunque no se haya mencionado antes, sería la de consolidar cada vez mas la labor en esta esfera, formulando políticas con respaldo legal que favorezcan la integración de la Educación de la Sexualidad en los sistemas educativos formales y en las actividades a nivel informal asegurando la sostenibilidad. Esta consolidación se lograría con la Socialización de la Ley para la Sexualidad y el Amor de PRONESA (Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y el Amor) específicamente el acuerdo 403 sobre la implantación de Educación para la Sexualidad en establecimientos Educativos. (Anexo N° 8)

- Es importante recalcar la apertura y confianza que debe haber entre padres e hijos, sobre el tema concerniente a Sexualidad y Salud Sexual. La familia juega un papel importante en comunicar de forma efectiva sus propios valores a sus hijos, dándoles no solo información, sino también estrategias que ayudarán a los adolescentes a tomar decisiones sanas cuando exploren su sexualidad. Esto se podría lograr con la participación de los mismos jóvenes en sus comunidades, impartiendo sus conocimientos a los padres de familia mediante el programa de Participación Estudiantil o tal vez tomada en cuenta como actividad extracurricular.

- Es necesario, capacitar a través de los medios de comunicación -radiales, televisivos y prensa escrita - informando en general a toda la población sobre aspectos sexuales. fortaleciendo el conocimiento de los grupos juveniles y desencadenando el análisis de todos los ítems referente a salud sexual.

GLOSARIO

Actividad Sexual: La actividad sexual es la expresión de una conducta de la sexualidad de un individuo donde el componente erótico de la sexualidad es mas evidente. La actividad sexual se caracteriza por conductas que buscan el erotismo y es sinónimo de conducta sexual. (OPS 2000)

Adolescencia: La adolescencia se puede conceptualizar dividiendo el proceso en tres fases de desarrollo psicosocial. Es importante reconocer que estas edades no son fijas y que pueden cambiar entre adolescentes diferentes. Además, pueden variar dependiendo de las culturas, estilos de vida rural o urbana y raza.

- Pre-adolescencia antes de los 10 años de edad
- Adolescencia temprana entre los 10 y 13 años de edad
- Adolescencia intermedia entre los 14 y 17 años de edad
- Adolescencia tardía entre los 17 y 21 años de edad.

Ascético: Dicho de una persona: Que se dedica particularmente a la práctica y ejercicio de la perfección espiritual.

Cópula: Atadura, ligamiento de algo con otra cosa. Acción de copular.

Copular: Unirse o juntarse sexualmente.

Conductas sexuales responsables: Se expresa en el ámbito individual, interpersonal y comunitario. Caracterizado por ser autónoma, mutua, honesta, respetuosa, consensual, protectora, que busca el placer y el bienestar. La persona que posee esta conducta evita hacer daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación. (OPS 2000)

Derechos Sexuales: Derechos de los individuos a tener información, educación, habilidades, apoyo y servicios que necesitan para tomar decisiones responsables acerca de su sexualidad de forma consistente con sus propios valores. Esto incluye su derecho a expresar lo propia orientación sexual sin violencia ni discriminación.

Erotismo: Capacidad humana de experimentar respuestas subjetivas que provocan fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y que generalmente se identifica con el placer sexual.

Fetichismo: Desviación sexual que consiste en fijar alguna parte del cuerpo humano o alguna prenda relacionada con él como objeto de la excitación y el deseo.

Género: Es la suma de valores culturales, actitudes, funciones, practicas y características basadas en el sexo. El género, según ha existido a lo largo de la historia, en las diferentes culturas y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetua relaciones de poder particulares entre el hombre y la mujer.

Identidad sexual: La identidad sexual es el conjunto de la auto identidad sexual que incluye la forma en que un individuo se identifica como hombre o mujer, masculino, femenina o una combinación de ambas, y la orientación sexual del individuo.

Necrofilia: Perversión sexual de quien trata de obtener el placer erótico con cadáveres.

Orientación sexual: Organización del erotismo y/o apego emocional de un individuo respecto al sexo y género de la pareja implicada en la actividad sexual. La orientación sexual se puede manifestar a través de o mediante una combinación de conducta sexual, pensamientos, fantasías o deseos.

Práctica sexual: Patrón de actividad sexual que exhibe un individuo o comunidad con suficiente consistencia como para que se considere como una conducta. (OPS 2000)

Pederastia: Abuso sexual cometido con niños.

Pulsión: Necesidad compulsiva básica. Pulsión primaria es algo innato relacionado con los procesos psicológicos. Pulsión secundaria es la que se desarrolla durante el periodo de crecimiento e incita y dirige la conducta.

Sadismo: Perversión sexual de quien provoca su propia excitación cometiendo actos de crueldad en otra persona.

Salud sexual: Proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. Se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar social y personal. Implica que la persona debe conocer y respetar los derechos sexuales de todos y todas.

Sexo: Suma de características biológicas que definen al ser humano como hombre o mujer. (OPS 2000)

Sexualidad: Condición esencial del ser humano que incluye el sexo, el género, la identidad sexual y de género, la orientación sexual, el erotismo, el apego emocional, el amor y la reproducción. Se experimenta o expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, funciones y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Aunque la sexualidad puede incluir todos estos factores, no es necesario experimentar ni expresar todas estas dimensiones. Sin embargo en definitiva, nuestra sexualidad se experimenta y expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos. (OPS 2000)

BIBLIOGRAFÍA

1. Salud Sexual y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Jessie Schutt-Aine, MPH y Matilde Maddaleno, MPH. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2003.
2. Violencia Intrafamiliar y de Género. Guía de Prevención y atención para proveedores/as de Salud. UNFPA. 2000
3. La Educación de la Sexualidad en países de América Latina y el Caribe. Beatriz Castellano Simona y Martha Falconier de Moyano. UNFPA. Quito. 2003
4. Las prácticas Sexuales de Adolescentes y Jóvenes Españoles. Esperanza Ochaita Alderete y María Angeles Espinosa Bayal. Estudios de Juventud N° 63. Madrid, España. 2003
5. Encuesta sobre Salud Sexual y Sida en Niños/as y Adolescentes. Olga Molina Achécar. Santo Domingo, República Dominicana. UNICEF. 2006
6. Foro por los Derechos Reproductivos, “Prevención y Promoción de Salud Sexual”. Programa Vigi+A. Argentina 2003

7. Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sexuales entre los Adolescentes escolares de El Salvador y su relación con las ITS-VIH/SIDA. El Salvador. Agosto 2000.
8. Género, Autoeficacia y Actitud hacia Conductas Sexuales de riesgo en población adolescente. Dra. Fuensanta López Rosales y cols. Universidad Autónoma de Nuevo León. México. Septiembre, 2001
9. Mitos, Conocimientos, Prácticas y Opiniones sobre Sexualidad Humana en Adolescentes Panameños. Haydee Flores y cols. Panamá. Mayo, 2005.
10. Conocimientos y Actitud sobre Sexualidad Adolescente en nuestro entorno. Barella Balboa. Úbeda, España. Diciembre, 2001
11. www.salud.com
12. www.wikipedia.org
13. www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_37271.html
14. www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/teenagepregnancy.html

15. [www.teenpregnancy.org/religion/Latino Fact Sheet Espanol.pdf](http://www.teenpregnancy.org/religion/Latino_Fact_Sheet_Espanol.pdf)
16. www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_infectious_sp/std.cfm
17. www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.
18. www.scielo.sld.cu/scielo.
19. www.bvs.sld.cu/revistas/mgi.
20. www.oas.org.
21. www.rincondelvago.com/sexualidad-en-la-adolescencia.
22. www.saludsexual.com.
23. www.monografias.com.

ANEXOS

ANEXO No. 1

Ubicación Geográfica del Cantón Junín



ANEXO No. 2

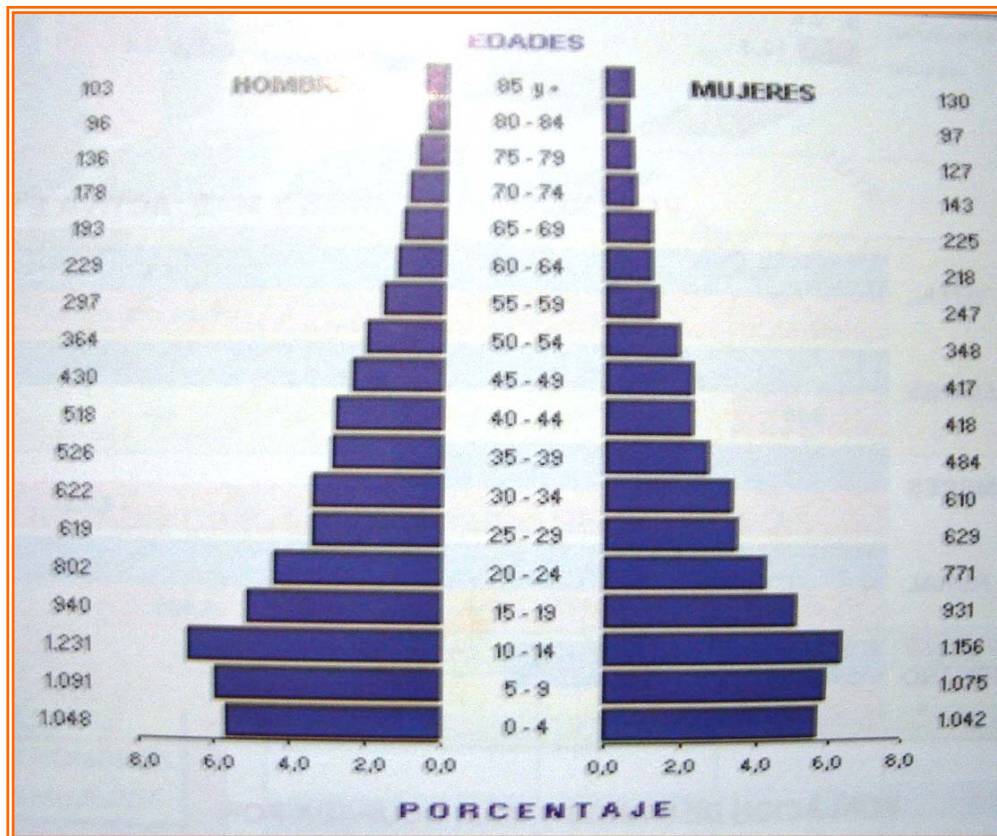
Distribución Poblacional del Cantón Junín



ANEXO No. 3

Pirámide de población por edades y sexo

Cantón Junín



ANEXO No. 4

Universidad Técnica de Manabí Facultad de Ciencias de la Salud Carrera de Medicina

Formulario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre salud sexual en los estudiantes de 15 a 19 años de edad que cursan el bachillerato

Este cuestionario forma parte de una investigación que pretende averiguar los conocimientos y actitudes de los adolescentes que cursan estudios de bachillerato de nuestro entorno respecto a la salud sexual.

El cuestionario es anónimo. Para contestarlo sólo tiene que marcar una “X” en el ítem que crea es su respuesta. Rogamos lea con atención las preguntas que le hacemos y las contestes con toda sinceridad.

Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, todas son válidas siempre que reflejen lo que usted considere.

A. DATOS GENERALES:

1. Sexo:

Femenino

Masculino

2. Edad:

3. Curso:

4. Estado civil:

Soltero

Casado

Unión libre

5. Situación Socioeconómica:

- Buena
- Mala
- Regular

6. Procedencia:

- Urbana
- Rural
- Urbano-marginal

7. Religión:

- Católico
- Evangelista
- Testigo de Jehová
- Otros

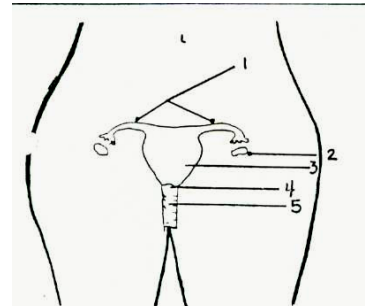
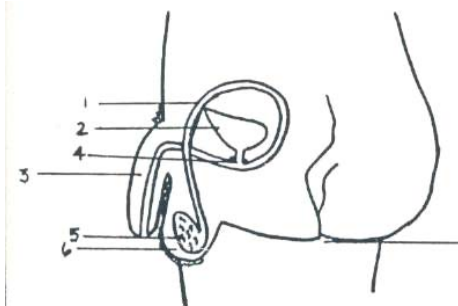
B. CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD

8. De quién ha aprendido la mayor parte de las cosas sobre sexualidad?

- a** Tv y radio
- b** Internet
- c** Revistas – periódicos
- d** Madre y padre
- e** Hermanos
- f** Amigos
- g** Instituciones del estado

9. Ponga nombre a los siguientes gráficos:

Aparatos Genitales Femenino y Masculino



10. ¿Qué es menarquia?

11. ¿Qué es polución nocturna?

12. ¿Qué es masturbación?

13. ¿Qué es coito?

14. ¿Cuál de estas enfermedades se transmiten por contacto sexual?

	SI	NO	No Conoce
a Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Gonorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Tricomoniasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f Candidiasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Puede una persona infectarse con ITS de las siguientes maneras:

	SI	NO	No Sabe
a Relaciones coitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Servicios higiénicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Compartir toallas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Líquidos corporales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f Sexo oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g Sexo anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. ¿Cuáles síntomas te llevarían a pensar que una persona tiene ITS?

	SI	NO	No Sabe
a Secreción genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Picazón – comezón de genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Úlceras – llagas de genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Dolor en bajo vientre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Pueden las personas protegerse a sí misma de una ITS de las siguientes maneras:

	SI	NO	No Sabe
a Utilizando condón cada vez que tengan relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Al tener una pareja sexual estable que no esté infectada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Dejando de tener relaciones sexuales (Abstinencia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Usando la píldora del día después	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Coitus interruptus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD

18. Vida sexual activa:

- a No mantengo ningún tipo de relación
- b Si con pareja estable
- c. Si con distintas personas conocidas
- d. Si con personas desconocidas
- e. No sabe/ No contesta

19. Edad de inicio de relaciones sexuales coitales:

.....

20. Su primera relación sexual fue por:

- a Deseo propio
- b Pareja lo/a convenció
- c Fue obligado/a

21. Con quién inició su vida sexual:

- a Enamorado/a
- b Amigo/a
- c Familiar
- d Trabajadora sexual
- e Otros (animales/objetos)

22. Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses:

- a 1 pareja
- b 2 parejas
- c 3 parejas
- d 4 ó más
- e Sin pareja

23. Qué métodos anticonceptivos utiliza durante sus relaciones sexuales?:

Métodos De Barrera

a Condón

b Espermicidas

Métodos Hormonales

c Anticonceptivos orales

d Anticonceptivos inyectables

e. Norplant

f. Parche

g. Píldora del “día después”

Método Intrauterino

g. DIU

Métodos Naturales

h. Coitus interruptus

i. Ritmo

j. Moco cervical

D. PRÁCTICAS SEXUALES

24. ¿Dentro de sus relaciones sexuales las ha tenido con:

a Personas de distinto sexo

b Personas del mismo sexo

c Indistintamente (animales, objetos, otros)

25. ¿Ha tenido prácticas sexuales de los siguientes tipos?

a Sexo oral

b Penetración vaginal

c Penetración anal

d Sexo manual:

1. Masturbación

2. Caricias

26. Qué has hecho para evitar contraer una ITS?:

- a** Relaciones sin penetración
- b** Usar condón
- c** No tener muchas parejas sexuales
- d** Evitar relaciones con trabajadoras sexuales
- e** Evitar sexo oral
- f** Evitar sexo anal

27. ¿Ha tenido secreción, flujo o goteo genital?

Si

No

28. ¿Ha tenido úlceras o llagas en tus genitales?

Si

No

29. ¿A quién acudiría para recibir tratamiento de las ITS?

- a** Médico
- b** Amigos
- c** Familiar
- d** Farmacia
- e** Profesor

Gracias por tu colaboración.

ANEXO Nº 5

Universidad Técnica de Manabí Facultad de Ciencias de la Salud Carrera de Medicina

Instructivo:

Instructivo para la ejecución del cuestionario a aplicarse en los estudiantes de 15 a 19 años del Colegio Nacional Mixto “Carlos García” del Cantón Junín.

El presente instructivo tiene la finalidad de explicar claramente los pasos para llenar el formulario el cual se aplicará a los estudiantes de cuarto, quinto y sexto curso de la institución educativa antes mencionada.

A. DATOS GENERALES

1. Marque con una **X** el sexo correspondiente.
2. Escriba en número su edad.
3. Escriba en número el curso al que corresponde.
4. Marque con una **X** en el casillero al estado civil que pertenece.
5. Marque con una **X** a que situación económica corresponde.
6. Señale el lugar de procedencia al que pertenece.
7. Marque con una **X** a que religión pertenece.

B. CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD

1. Marque con una **X** a su criterio en los casilleros correspondientes.
2. Escriba los nombres correspondientes a los gráficos presentados.
3. Responda con letra imprenta el significado del siguiente término.
4. Responda con letra imprenta el significado del siguiente término.
5. Responda con letra imprenta el significado del siguiente término.
6. Responda con letra imprenta el significado del siguiente término.
7. Marque con una **X** a su criterio en el casillero **SI, NO, NO CONOCE**.
8. Señale con una **X** a su criterio en los casilleros que son correctos.
9. Marque con una **X** a su criterio en los casilleros **SI, NO, NO SABE**.
10. Marque con una **X** a su criterio en los casilleros que son correctos.

C. ACTITUDES FRENTE A LA SEXUALIDAD

1. Marque con una **X** a su criterio en el casillero correspondiente.
2. Escriba en número la edad de inicio de su actividad sexual.
3. Marque con una **X** a su criterio en el casillero correspondiente.
4. Marque con una **X** a su criterio en el casillero correspondiente.
5. Marque con una **X** a su criterio en el casillero correspondiente.
6. Marque con una **X** a su criterio en los casilleros correspondientes.

D. PRACTICAS SEXUALES

1. Marque con una **X** a su criterio en el casillero correspondiente.
2. Marque con una **X** a su criterio en los casilleros correspondientes.
3. Marque con una **X** a su criterio en los casilleros correspondientes.
4. Marque con una **X** a su criterio en el casillero **SI o NO**.
5. Marque con una **X** a su criterio en el casillero **SI o NO**.
6. Marque con una **X** a su criterio en los casilleros correspondientes.

ANEXO N° 6

Universidad Técnica de Manabí
Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera de Medicina

B. Conocimientos sobre Sexualidad.

Pregunta 9

Calificación: 10 – 11	Excelente
Calificación: 07 – 09	Bueno
Calificación: 04 - 06	Regular
Calificación: 00 - 03	Deficiente

Pregunta 10 – 11 – 12 - 13

Bueno

Deficiente

Desconoce

ANEXO No 7
 UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
 FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
 CARRERA DE MEDICINA

1.- PROTOCOLO-TEISIS FINAL

No	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
8	Resmas de papel	\$4,00	\$32,00
12	Tintas Negra para impresión	\$10,00	\$120,00
6	Tintas Color para impresión	\$15,00	\$90,00
1	Tarjeta Prepago Internet	\$20	\$20,00
1	Caja Cd (10 Cds)	\$5	\$5,00
1500	Fotocopias de libros/Bibliografías	\$0,02	\$30,00
	Adquisición de material Bibliografico	\$50,00	\$50,00
	Consumo electrico	\$40,00	\$40,00
	Papeleria	\$200,00	\$200,00
	Costo de Instrumento de Evaluacion	\$20,00	\$20,00
	Movilizacion para recoleccion de datos (Alquiler de transporte)	\$100,00	\$100,00
	Imprevistos	\$200,00	\$200,00
7	Empastados de tesis	\$6,00	\$42,00
	SUBTOTAL		\$949,00

2.- TALLERES

No	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
	Material para talleres (Papeleria)	\$250,00	\$250,00
	Movilizacion para realizacion de talleres (alquiler de transporte)	\$160,000	\$160,000
	Imprevistos	\$300,00	\$300,00
	TOTAL		\$1.659,00

ANEXO N° 8

LEY PRONESA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

ANEXO N° 10

**VIDEO ACERCA DE LOS TALLERES REALIZADOS COMO
PARTE DE LOS OBJETIVOS DE LA TESIS**

