

UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR.

“DETERMINACION DE LOS CONOCIMIENTOS
ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE SEXUALIDAD DE
LOS ADOLESCENTES DEL CICLO BASICO DEL
COLEGIO GUILLERMO MENSI.
DESDE LA MIRADA DE MEDICINA FAMILIAR”

TRABAJO DE INVESTIGACION.

AUTORA: Dra. Diana López S.

DIRECTOR. Dr. José Sola.

Cuenca, mayo 2009

DEDICATORIA

A mi querido Alejandro y a mis hijos por ser el mejor regalo que mi Dios me ha dado, por compartir los días hermosos y también los tristes, por ser el impulso para ser cada día mejor.

A mis padres por ser quienes colocaron la primera piedra en la construcción de mi vida, y por siempre acompañarme.

Diana.

AGRADECIMIENTO:

A Alejandro por ser el mejor compañero, amigo y amante, por ser mi confidente.

A mis hijos por tener que perdonar mis constantes ausencias, por compartir conmigo la luz que llevan dentro.

A mis padres por ser incondicionales e irremplazables.

A mis suegros por estar siempre allí.

A mis hermanos por apoyarme.

A mis profesores y a mis compañeros, por los lindos momentos juntos, porque aprendimos a ser mejores personas, más humano.

¡Gracias!

RESPONSABILIDAD

Todos los criterios y opiniones vertidos en este trabajo son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Diana López S.

INDICE	PAGINA
<u>DEDICATORIA</u>	<u>2</u>
<u>AGRADECIMIENTO:</u>	<u>3</u>
<u>RESPONSABILIDAD</u>	<u>4</u>
<u>INDICE</u>	<u>5</u>
<u>RESUMEN</u>	<u>6</u>
<u>INTRODUCCION</u>	<u>10</u>
<u>1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:</u>	<u>11</u>
<u>2 JUSTIFICACIÓN:</u>	<u>13</u>
<u>3 HIPOTESIS</u>	<u>14</u>
<u>3.1 OBJETIVO GENERAL</u>	<u>14</u>
<u>3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS</u>	<u>14</u>
<u>4 MARCO TEORICO</u>	<u>15</u>
<u>5 DISEÑO METODOLOGICO</u>	<u>50</u>
<u>5.1 METODOLOGIA</u>	<u>50</u>
<u>5.1.1 TIPO DE ESTUDIO</u>	<u>50</u>
<u>5.1.2 ÁREA DE ESTUDIO.</u>	<u>50</u>
<u>5.1.3 FUENTE DE DATOS</u>	<u>55</u>
<u>5.1.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</u>	<u>55</u>
<u>5.1.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.</u>	<u>56</u>
<u>6.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS</u>	<u>56</u>
<u>6.2 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS</u>	<u>56</u>
<u>6.3 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS</u>	<u>56</u>
<u>7 CONCLUSIONES</u>	<u>65</u>
<u>8 RECOMENDACIONES</u>	<u>67</u>
<u>9 BIBLIOGRAFIA</u>	<u>69</u>
<u>10 ANEXOS</u>	<u>74</u>

RESUMEN

La adolescencia es considerada el periodo de transición entre la niñez y la etapa adulta, matizada por múltiples e intensos cambios no solo físicos, sino psicológicos, sociales y espirituales, es una etapa decisiva en la maduración del joven, aquí conseguimos la capacidad de reproducir, el cuerpo toma vital importancia, aparece la necesidad de independencia, de tomar decisiones propias, se construye nuevos estilos de vida y se desarrolla nuestros proyectos de pareja, de familia, de vocación y profesión, a pesar de ello suelen quedar "en terreno de nadie"; no se sienten cómodos con ninguna especialidad médica; y rehúyen de la atención en servicios pediátricos o de adultos por tener que compartir lugares en común con niños o gente mayor, es por ello que los médicos de familia cuya labor se centra en dar atención primaria de salud cuyo eje central es el enfoque integral de la persona, dentro de una familia, comunidad y el contexto social en el que se desarrolla, hemos observado que parte fundamental de esta familia y sociedad la constituyen los adolescentes por lo cual deben ser atendidos. Se coloca aquí unos cuantos resultados 2 o tres los más importantes.

El **Objetivo** de este proyecto es trabajar con los adolescentes que acuden al ciclo básico del Colegio Guillermo Mensi de la Parroquia el Valle para determinar el grado de conocimientos actitudes y prácticas frente a la sexualidad, para conocer edad de inicio de vida sexual activa, conocimiento de los métodos anticonceptivos, como prevenir un embarazo, técnicas de autoexploración, que opinan de la masturbación. Etc.

Se trata de un estudio descriptivo en el que se trabajará con todos los estudiantes que acuden a octavo noveno y décimo de básica de este colegio, pues ellos constituyen el universo de estudio y son la población en riesgo, las características del grupo de estudio son las siguientes: 598 adolescentes de los cuales el 80,1% son del sexo masculino y 19,9% del sexo femenino, cuyas edades están entre los 11 y 17 años, la edad promedio de los hombres fue 13,6 años y de las mujeres 14 años.

Metodología: se aplicó una encuesta previamente validada en otro colegio con las mismas características, este instrumento nos sirvió para conocer cuáles son los conocimientos actitudes y prácticas que tienen los adolescentes, y determinar una línea de base de los mismos, pues en nuestro medio no tenemos datos a partir de los cuales realizar intervenciones futuras.

“Las variables a medir se relacionan con los siguientes ámbitos: grado de conocimiento sobre sexualidad, edad de inicio de vida sexual activa, prevalencia de masturbación, prevalencia de uso de anticonceptivos,

Los datos serán procesados con estadística descriptiva, y los resultados se presentarán en cuadros con su respectivo análisis.

Conclusiones: luego del análisis de los datos podemos demostrar que la edad de inicio de las relaciones sexuales de estos adolescentes esta entre los 12 y 14 años, con una edad promedio para los hombres de 13, 6 años y para las mujeres de 14 años, la persona con la que tuvieron su primera relación sexual fue la amiga/o, novio/a

La motivación para la primera relación sexual es la curiosidad, el amor, la excitación sexual, la mujer lo inicia motivada por el amor, mientras que en los hombres prima la curiosidad, seguida del amor y la excitación sexual, observándose que el (61,3) de los adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos presentando mayor riesgo las mujeres pues el 91,7% de ellas no utiliza ninguna protección, el método anticonceptivo más empleado por los hombres es el preservativo y de la una mujer que si se protegió prefirió utilizar píldoras. En cuanto a practicas de masturbación el 90,6% no se masturban y del 9,4% que si lo hacen la gran mayoría son del sexo masculino, la edad promedio en la que ejecutan estas prácticas sexuales es entre los 13 y 16 años, la mayoría de los encuestados piensan que la masturbación es malo, pecado, siendo más evidente este dato en las mujeres.

Referente a los conocimientos sobre enfermedades de trasmisión sexual y sexo seguro presentan serias deficiencias que deberían ser mejoradas con la intervención conjunta de profesores padres y equipo de salud.

PALABRAS CLAVES

Medicina de Familia

Adolescencia

Actitudes, practicas

SUMMARY

The adolescence is considered the period of transition between the childhood and the stage adult, characterized by multiple and intense changes not only physical, but psychological, social and spiritual, is a decisive stage in the maturation of the young, here achieve the capacity to reproduce, the body takes vital importance. Appears the need of independence, to take proper decisions, builds new styles of life and develops our projects of couple, of family, of vocation and profession, in spite of this remain "in terrain of anybody"; they do not feel comfortable with any medical specialty; And they avoid of the attention in services pediatrics or of adults to have to share places in common with boys or main people, is thus that the doctors of family your labor center in giving primary attention of health central axis is the integral approach of the person, inside a family, Community and the social context in which develop, have observed that splits fundamental of this family and society constitute it the teenagers by the which have to be attended. Place here a few results 2 or three the most important.

The Aim of this project is to work with the teenagers that to go the basic cycle of the School Guillermo Mensi of the Baroque the Valley to determine the degree of knowledge's attitudes and practical front to the sexuality, to know age of start of active sexual life, knowledge of the methods contraceptives, As they avoid a pregnancy, technical of auto exploration, that think of the masturbation. Etc. Treat of a study descriptive in which will work with all the students that acumen to eighth ninth and tenth of basic of this school, then They constitute the universe of study and are the population in risk, the characteristics of the group of study are the following: 598 teenagers of which 80,1% are of the masculine sex and 19,9% of the feminine sex, your ages are between the 11 and 17 years, the age average of the men was 13,6 years and of the women 14 years.

Methodology: it applied a previously validated survey in another school with the same characteristics, this instrument served us to know which are the knowledge's attitudes and practical that have the teenagers, and determine a line of base of the same, then in ours Means do not have data from which realize future interventions. "The variables to measure relate with the following fields: degree of knowledge on sexuality, age of start of active sexual life, prevalence of masturbation, prevalence of use of contraceptives. The data will be processed with statistical descriptive, and the results will present in pictures with his respective analysis. Conclusions: afterwards of

the analysis of the data can show that the age of start of the sexual relations of these teenagers this between the 12 and 14 years, with an age average for the men of 13, 6 year And for the women of 14 years, the person with which had his first sexual relation was the friend/or, bridegroom/to The motivation for the first sexual relation is the curiosity, the love, the sexual excitation, the woman initiates it motivated by the love, whereas in the men prevails the curiosity, followed of the love and the sexual excitation, Observing that the (61,3) of the teenagers do not use methods contraceptives presenting main risk the women then 91,7% of them does not use any protection, the method contraceptives more employed by the men is the condom and of the one woman that if it protected preferred to use pills. Regarding practice of masturbation 90,6% no to masturbate and of 9,4% than if they do it, the big majority are of the masculine sex, the age average in which execute these sexual practices is between the 13 and 16 years, most of the polled think that the masturbation is bad, sin, being more evident this data in the women. Concerning the knowledge's on illnesses of sexual transmission and sure sex present serious deficiencias that would have to be improved with the conjoint intervention of teachers, parents and team of health.

KEY WORDS: Medicine of Family, Adolescent.

“DETERMINACION DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES DEL CICLO BASICO DEL COLEGIO GUILLERMO MENSI. DESDE LA MIRADA DE MEDICINA FAMILIAR”

INTRODUCCION

La adolescencia es la etapa de transición entre la niñez y la adultez caracterizada por una serie de cambios tanto biológicos, psicológicos y sociales profundos.

Se la define cronológicamente dentro de la etapa del ciclo vital humano como el periodo que va desde los 10 a los 19 años, y en el contexto del ciclo vital familiar, se hallan en la etapa de extensión, esta etapa se acompaña de un proceso de cambios progresivos que permiten finalmente al niño o a la niña alcanzar su identidad.

Esta etapa del desarrollo individual está sujeta a muchas influencias como la familiar y social que van modificando sus necesidades, conocimientos, actitudes y prácticas tanto personales, familiares, sociales como sexuales, y a medida que los adolescentes se convierten en adultos, toman en consideración las relaciones sexuales, el matrimonio y la paternidad como señales de madurez, buscan información y claves relativas a la vida sexual de diferentes fuentes: como padres, compañeros, profesores, etc.

El adolescente en el entorno familiar forma parte del subsistema fraterno, cumple su rol, y está sujeto a las normas, reglas y límites familiares, además gracias a sus redes de apoyo pueden demostrar su capacidad de resiliencia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La conducta sexual de los adolescentes ha cambiado en forma significativa a lo largo de este último siglo, actualmente los adolescentes adquieren la maduración física antes y la psicológica más tarde, la edad promedio de la menarquia se ha adelantado desde 14,8 años en 1890 a 12,6 años en 1990, además, el intervalo entre la menarquia y la edad promedio de matrimonio ha aumentado desde 7,2 años en 1890 a 11,8 años en 1990, esto determina un largo período de tiempo en el que los adolescentes ya han adquirido capacidad reproductiva pero sin lograr una independencia afectiva y económica de su familia de origen. (Zubarew)

Durante este período los adolescentes están biológicamente preparados y culturalmente motivados para iniciar una vida sexual activa, pero son incapaces de analizar las consecuencias de su conducta sexual y tomar decisiones en forma responsable, ya que no han logrado el nivel de desarrollo cognitivo y emocional necesario para establecer una conducta sexual responsable. (Zubarew)

Lo anterior explica el aumento observado a nivel nacional e internacional de la conducta sexual precoz y desprotegida en adolescentes y sus consecuencias como el embarazo no deseado, las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA.

Conducta sexual de la población adolescente

La edad a la cual la mujer inicia las relaciones sexuales (dentro o fuera de la unión marital) usualmente marca el comienzo del período de exposición al riesgo de procreación (embarazo). Para 1995, en América Latina, entre el 18% y el 30% de las mujeres de 15-19 años había tenido relaciones sexuales. Sin embargo, la comparación entre cohortes de edad de la proporción de mujeres que han iniciado relaciones sexuales antes de los 18 años, indica patrones diferenciales entre países. En unos, como Bolivia y Perú, dicha proporción ha disminuido; en otros, como Brasil, ha permanecido constante, y en otros, como Colombia, ha aumentado significativamente pues tanto en la zona urbana como rural, se han dado cambios hacia un inicio más pronto de las relaciones sexuales: el 33% de las mujeres de 40-44 años había iniciado relaciones sexuales antes de los 18 años, mientras que tal proporción aumentó a 41% entre las mujeres de 20-24 años (Flórez & Núñez 2002).

El inicio de la actividad sexual en los jóvenes chilenos es a los 12 años para los hombres y 14 años para las mujeres. Los estudios han demostrado que existe una tendencia a iniciar cada vez más temprano la actividad sexual. Estudios efectuados en Chile entre los años 1992 y 1995, mostraron que más de un tercio de los jóvenes inicia su actividad sexual antes del matrimonio y que la edad de inicio de la actividad sexual, entendida ésta como la primera relación sexual, era en promedio, entre los 14,4 y 16 años en los hombres y entre los 14,8 y 17,9 años en las mujeres. Trabajos más recientes indican un inicio más precoz de la actividad sexual siendo de 12 años para los hombres y 12,8 años para las mujeres (Vigil *et al* 2005a).

La información existente en los adolescentes de enseñanza media acerca del uso de métodos anticonceptivos muestra que 90% de los jóvenes conoce los diferentes métodos existentes para prevención de embarazo⁷. Sin embargo, su uso a esta edad es entre 27 y 45%, siendo mayor en las mujeres que en los hombres. Además, existe información de que durante 1999, 20,8% del total de nacidos vivos era de madres menores de 20 años⁹. Anualmente, en Chile, más de 50 mil adolescentes se convierten en madres. Estos datos no consideran los abortos ilegales, ni los embarazos que se inician a los 19 y terminan a los 20 años (Vigil *et al* 2005b)

Conducta sexual de la población adolescente en Ecuador

El Ecuador registra la segunda tasa de embarazos en adolescentes en América Latina. La edad promedio en la que los adolescentes inician su vida sexual es de 16.6 años. Los abortos en menores de 15 años llegan al 17.15%. El SIDA está presente entre los 15 y 50 años de edad y un 13.2% se encuentra entre los 15 y 24 años. Los infectados aumentan cada año; además, el 57% de adolescentes tienen nociones erradas sobre el SIDA. (Departamento de estadística Hospital Regional 2007)

Los indicadores en el medio local son para reflexionarlos: de un estudio realizado los últimos cuatro meses del año 2007 en el hospital "Vicente Corral Moscoso", del 100% de embarazos el 28% correspondió a adolescentes; la edad media de iniciación sexual es de 15 años, y en hombres está por debajo de esta; en las mujeres el inicio se da antes de los 20 años. La primera relación sexual, por lo general es sin protección.

Entre los factores investigados se encontró que la migración, que en el austro del País siempre ha sido notoria, está asociada al comportamiento señalado; este factor ha conllevado a un cambios roles en los y las adolescentes quienes, ante la falta de sus padres, se han hecho cargo de sus hermanos, cambiando también su estilo de vida. (Departamento de estadística Hospital Regional 2007)

JUSTIFICACION

La adolescencia es una época de profundos cambios nos solo físicos, sino también psicológicos y sociales, en la que el adolescente se siente aturdido, incómodo, torpe, extraño en su propio cuerpo, con variaciones en su pensamiento y en la forma de relacionarse, con una limitada contribución de sus padres y personas mayores, por lo que prefiere estar fuera de casa encontrando la información entre sus pares, considerando a la sexualidad como el simple acto sexual, limitando las interacciones diarias de esta esfera del vivir humano que contribuyen a la definición de la identidad de la persona, y en la construcción de su autoestima.

Considero que una parte fundamental de la familia y la sociedad está constituida por los/las adolescentes, mismos/as que han sido relegados en los programas de salud pública, constituyéndose en un grupo de riesgo.

La adolescencia sigue siendo una etapa de la vida que presenta un sinnúmero de interrogantes que varían de un sector geográfico a otro, de un estrato a otro, de hombre a mujer, por lo que, las investigaciones e intervenciones que tiendan a dar nuevos conocimientos y alternativas para mejorar la calidad de vida, siempre serán justificables, más aún si lo que se pretende es una ubicación adecuada de esta población en los contextos sociales, además de limitar los riesgos a los que se halla expuesta.

Por ello, la inclinación por trabajar con ellos/ellas en un tema tan controversial y difícil, en el afán de resolver sus dudas, falta de conocimientos sobre el tema, desarrollando además los principios de la medicina de familia.

Por lo que luego de tener una visión general de cómo se encuentra la conducta sexual de los adolescentes es conveniente plantearse la siguiente pregunta:

HIPOTESIS

Los conocimientos que sobre sexualidad poseen los estudiantes del ciclo básico del Colegio Guillermo Mensi son limitados e insuficientes.

OBJETIVO GENERAL

IDENTIFICAR los conocimientos actitudes y prácticas sobre sexualidad que tiene los adolescentes que acuden al ciclo básico del Colegio Guillermo Mensi de la Parroquia el Valle.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer el nivel de conocimientos de los estudiantes sobre sexualidad, la jerga que utilizan así como los mitos existentes.
- Identificar las actitudes que adoptan los y las estudiantes frente a situaciones relacionadas con la sexualidad.
- Caracterizar las prácticas que sobre sexualidad tienen los y las adolescentes.

MARCO TEORICO:

La segunda década de la vida, llamada “adolescencia” es un período de intensos cambios físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Aquí el ser humano consigue la talla final, la capacidad de reproducirse; el cuerpo toma vital importancia, aparece la necesidad de independencia, de tomar decisiones propias, se construye nuevos estilos de vida y se desarrollan los proyectos de pareja, de familia, de vocación y profesión (Naranjo J 2006). Es una etapa de grandes transformaciones que necesita de apoyo para que ocurran en las mejores condiciones, considerando que siempre existe la posibilidad de cambiar bien o mal.

La palabra adolescencia deriva del latín “adolesco - adolescere”, que significa adolecer, crecer a pesar de todo, con dificultades pero crecer al fin. La OMS delimita la edad adolescente entre los 10 y los 19 años y considera que la salud de los adolescentes y jóvenes reviste una importancia decisiva para la sociedad, por lo que las condiciones en las que viven y su modo de vida, los marcará para siempre.

ADOLESCENTE EN EL CONTEXTO FAMILIAR.

La OMS define seis etapas en el ciclo vital familiar, así la etapa de EXTENSION evidencia la presencia de niños y adolescentes en la familia.

Hay varias definiciones de familia, en esta ocasión describiremos desde la perspectiva de las ciencias sociales en la cual se considera a la familia como “la unidad social básica formada alrededor de dos o más adultos que viven juntos en la misma casa y cooperan en actividades económicas, sociales y protectoras en el cuidado de los hijos propios o adoptados” este concepto no exige a la pareja lazos legales ni religiosos pues probablemente el nexo entre un hombre y mujer que decidan vivir juntos sea el amor. (Armas & Díaz 2007a)

Al igual que las variaciones en definición de familia también hay variaciones en los tipos de familia, pues inicialmente se la describía como nuclear, pero debido a muchos factores como la migración, la desestructuración familiar y la globalización, hoy en día encontramos familias monoparentales, nuclear ampliada, transgeneracionales, reconstituidas, transnacionales, etc.

La familia está formada por varios sistemas, los adolescentes están inmersos en el subsistema fraterno u Holon fraterno, este es el primer laboratorio social en el que los niños y adolescentes pueden experimentar relaciones con sus iguales, aprenden a jugar, negociar y compartir, a lograr amistades y aliados, así como a lograr reconocimiento por sus habilidades. La significación del subsistema fraterno se observa con mayor claridad en caso de ausencia de hermanos, pues el niño y adolescente puede desarrollar pautas precoces de acomodación al mundo adulto y a la vez dificultades en su autonomía, capacidad de compartir, cooperar y competir con otros. (Solórzano *et al.* 2001a)

ROL DEL ADOLESCENTE.

Los adolescentes a menudo actúan como profesores para sus hermanos menores, cuando no hay mucha diferencia de edad a menudo tienen intereses similares, les gustan las mismas cosas y parecen entenderse mutuamente, aunque a veces plantean puntos de vista diferentes y pelean por ellos, el más importante está relegado al cuidado de sus hermanos y a ayudar a sus padres, está sujeto a las normas y límites familiares pero con un poco más de libertad.

TAREAS A LOGRAR COMO FAMILIA Y RIESGOS A SUPERAR.

Cambios en la relación padre adolescente para flexibilizar límites y renegociar reglas, respetar la privacidad, equilibrar libertad con responsabilidad, apoyar la búsqueda de su identidad, conocer a grupos de amigos del adolescente, identificar conductas de riesgo, apoyar sus decisiones.

Los riesgos que deben superar los adolescentes son: familias con límites y reglas muy rígidas o inexistentes, descalificación permanente del adolescente y su grupo de amigos, tener excesiva libertad, no prever conductas de riesgo, sistema fraterno inexistente. (Solórzano *et al* 2001b)

Tanto los padres como los propios adolescentes deben conocer las etapas que van a vivir desde los 10 a los 19 años así:

-Suspendido en el aire, caracterizada por los cambios físicos los cuales el adolescente debe ir aceptando y despidiéndose de su cuerpo de niño/a.

-Comparación contraposición - rebeldía, el adolescente no confía únicamente en sus capacidades busca el apoyo de sus pares y con el afán de ser aceptado por el grupo puede asumir conductas perjudiciales y de riesgo como tabaco, alcohol, droga.

-Toma de contacto interno, en la cual comienza a asumirse como un ser independiente, cuestiona las ideas y costumbres de la familia, por lo que en la familia hay que negociar los nuevos límites, las reglas deben ser más flexibles pero deben existir.

-Etapa de ensayos y errores, aquí el adolescente cambia constantemente de gustos, afinidades personales, noviazgo, hay mucha inconstancia.

-Etapa de estabilización, define su identidad en oposición a la confusión de roles que estaba experimentando así; identidad sexual, vocacional, socio cultural, política, espiritual. (Armas & Díaz 2007b)

SIGNOS DE ALERTA EN LOS ADOLESCENTES.

Los padres y profesionales de la salud deben estar alerta a los problemas emocionales conductuales que podría presentar el adolescente así:

-Tristeza, retraimiento, irritabilidad y falta de energía, insomnio o demasiado sueño durante el día, estos podrían ser signos de trastornos como la depresión.

-Uso de alcohol o drogas que los adolescentes podrían considerar como normal, si hay carga genética el riesgo de consumo es mayor.

-Preocupación por el peso o la dieta, hay que pensar en trastornos de la alimentación.

-Delincuencia como conducta encaminada a impresionar a los compañeros y a ser como ellos y de experimentación social.

-Maltrato puede ser emocional, con insultos cotidianos y falta de respeto a la autoestima, desaprobación de él o ella como persona, también puede ser físico, sexual.

-Pandillerismo sobre todo cuando vive en la pobreza siente que no tendrá éxito y ningún esfuerzo le traerá bienestar en el futuro. (Sauceda & Maldonado 2003)

CRISIS DEL ADOLESCENTE.

Las crisis que atraviesan las familias con adolescentes son las crisis de la edad media dentro del ciclo vital familiar, en la cual los adolescentes presentan crisis normativas y para normativas como un embarazo no deseado, pérdidas de años

escolares, pérdida de relaciones amorosas, violencia intrafamiliar, crisis por abuso de alcohol y sustancias, etc.

RESILIENCIA Y REDES DE APOYO.

La diferencia entre la actitud de un adolescente y otro frente a los problemas cotidianos que presentan en su diario vivir está dada por la resiliencia y las redes de apoyo con las que cuentan cada uno de ellos. Así pues la resiliencia proporciona una expectativa de esperanza frente a las condiciones adversas de los tiempos actuales, permite tolerar manejar y aliviar las consecuencias psicológicas, fisiológicas conductuales y sociales que provienen de experiencias traumáticas y salir de ellas esto gracias a un encuentro constructivo con un personaje significativo desde el punto de vista afectivo, sexual o cultural que cumple el rol de tutor de resiliencia, debe tenerse en cuenta que la resiliencia se teje día a día fomentando actitudes en el adolescente como autoestima consistente, capacidad de relacionarse, creatividad, iniciativa, independencia, humor, moralidad, introspección y capacidad de pensamiento crítico. (Muniz *et al* 2007)

La capacidad de los adolescentes para salir triunfante de sus múltiples problemas que los aquejan depende de sus redes de apoyo, gracias a la red el adolescente mantiene su identidad social, recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios, información y adquiere nuevos contactos sociales, las redes son variadas y Gallar (1998) las ha clasificado en: redes de apoyo natural (familia, amigos, vecinos, compañeros de escuela, grupos religiosos etc.) y redes de apoyo social organizado que comprende (seguridad social, servicios médicos y sanitarios, servicios comunitarios, asociaciones vecinales, organizaciones de voluntariado entre otras). (Solórzano *et al* 2001c)

ASPECTOS GENERALES

La adolescencia considerada como una etapa del desarrollo, además, es un fenómeno cultural, condiciona el paso de la persona a la autonomía personal de la que hará uso para incorporarse al mundo laboral, a sus relaciones sociales y al desenvolvimiento que, en general, tendrá el ser humano. Magaña M. (no hay fecha)

Es por ello que en los últimos años se ha avanzado mucho sobre la puericultura del adolescente que consiste en el acompañamiento orientado a propiciar y fortalecer el desarrollo de una estructura de auto cuidado, cuya finalidad es la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y el desarrollo integral; incluye además la educación orientadora, clara, abierta, sobre los múltiples cambios que atraviesa el adolescente.

La labor educativa y el acompañamiento del puericultor hacen posible que la ansiedad y los temores propios de la edad no se vean aumentados por fantasías o información distorsionada (Restrepo & Ruiz 2005a)

La adolescencia no es un proceso regular, de allí que se la haya dividido en periodos.

Adolescencia Temprana: de 10 a 14 años, etapa en la cual se presentan múltiples cambios en la estructura y funcionamiento del cuerpo; el/la adolescente desplaza su interés a los ambientes extra familiares, presenta cambios en la estructura del pensamiento que es operacional concreto, y se enfoca en el presente.

Adolescencia Intermedia: de 15 a 16 años. Las mujeres se sienten más cómodas en tanto que los varones extraños; se hacen muchas preguntas por su identidad, es una época de mayor alejamiento de la familia; tienen pensamiento con comprensión de la realidad, realizan abstracciones y deducciones, tienen muchas ideas.

Adolescencia Final: de 17 a 20 años; las relaciones familiares se redefinen pero adquiere independencia real; se consolida el sentimiento de identidad personal, de valores; tiene esbozado un proyecto básico que rige la propia vida; su pensamiento alcanza plenamente el nivel de desarrollo propio del pensamiento abstracto, hipotético deductivo, haciéndose un pensamiento operacional formal; piensa en el futuro (Aliño *et al* 2006).

Para un accionar adecuado en lo que a atención se refiere, es necesario conocer cuáles son éstos.

Cambios Biológicos

Son internos y externos. El primer signo confiable de pubertad en el niño aparece entre los 9 y 13,5 años de edad, expresado por el aumento del tamaño testicular, aparición del vello púbico junto con el crecimiento del pene. El cambio completo de adolescente a adulto toma alrededor de 3 años con límite de 1,8 a 5 años. (Sociedad Argentina de Pediatría 2001)

En la niña, los signos iniciales de la pubertad son los cambios del himen ocasionado por los estrógenos, el ensanchamiento de las caderas e inicio del brote de crecimiento ponderal, se suma a la aparición del bello púbico y el desarrollo mamario; la aparición de estos cambios a los 7 años puede ser considerada como normal sobre todo en niñas de piel oscura que desarrollan los caracteres sexuales secundarios tempranamente. (Szilagyi 2005)

Por lo tanto, en los cambios corporales destacan la estatura, el peso, la masa corporal, las características de la piel, el tono de voz y la aparición de características sexuales secundarias. Estos cambios no son armónicos difiriendo entre uno y otro adolescente, por lo que su asimilación representa una tarea psicológica compleja e intensa para el adolescente que se ve exigido a reconocer su cuerpo y a reconocerse a sí mismo en dicho cuerpo, presentando a veces sentimientos de inconformidad (baja autoestima). Estos múltiples cambios pueden producir un desorden en sus hábitos alimenticios, de sueño y de aseo, sin que sean un impedimento para que el adulto estimule estilos de vida saludable. (Restrepo & Ruiz 2005 b).

En cuanto al crecimiento corporal, se caracteriza por una subetapa del segundo brote, siendo los elementos mas sobresalientes el estirón puberal, el crecimiento genital (caracteres sexuales primarios y secundarios), crecimiento de los vellos, telarquia y menarquía en mujeres, pero además variaciones en cuanto a peso, talla, perímetro cefálico, frecuencia respiratoria y cardiaca, presión arterial, senos paranasales, dentición. (Comité Nacional de Crecimiento y desarrollo 2001)

En esta etapa además, se construye la autonomía e identidad sexual y ocupacional, por lo que el desarrollo se centra en cuatro esferas: psicomotor, cognoscitivo, psicosexual y psicosocial. (Acevedo *et al.* 2005)

Cambios Psicológicos

Varios autores indican que la adolescencia representa una postergación de la adultez, un recurso psicológico de seguridad entendida como una moratoria (periodo de gracia) que se concede al adolescente porque no está en condiciones de cumplir con una obligación, pues tiene que evolucionar de una moral aprendida en la niñez hacia la ética de la adultez, en esta debe superar tres pérdidas fundamentales como son: pérdida del cuerpo infantil, pérdida del rol, de la identidad infantil, y pérdida de los padres de la infancia, pero a la vez tiene que lograr un nivel de autonomía e independencia en relación con sus padres y formar una identidad clara que integre en armonía los diferentes elementos de la personalidad (autoestima) y la sexualidad. (Maldonado & Saucedo 2003)

Sobre los cambios psicológicos existen dos posiciones:

Quienes consideran que éstos se dan en un tiempo establecido que es propio de cada individuo; los varones que maduran rápido son equilibrados, calmados, amables, populares entre sus compañeros, presentan tendencias de liderazgo y son menos impulsivos que quienes maduran tarde; a los muchachos les agrada madurar pronto y quienes lo hacen parecen beneficiarse en su autoestima, sin embargo la maduración temprana tiene complicaciones porque exige que los muchachos actúen con la madurez que aparentan. (Ministerio infantil). Por otro lado se manifiesta que a las niñas no les gusta madurar pronto; por lo general son más felices sin no maduran rápido ni después que sus compañeras, las niñas que maduran pronto tienden a ser menos sociables, expresivas y equilibradas, son más introvertidas, tímidas y tienen una expresión negativa acerca de la menarquia. En general los efectos de la maduración temprana o tardía tienen mejor probabilidad de ser negativos cuando los adolescentes son muy diferentes de sus compañeros bien sea porque están mucho o menos desarrollados que las otras. (Ministerio infantil)

La otra posición establece que en quienes la maduración se produce de manera paulatina, acorde al paso de años, disfrutan más de la adolescencia aunque pueden

ser vistos/as como irresponsables, descuidados, inmaduros. Cabe señalar, que no existen estudios prospectivos sobre el comportamiento futuro que puedan adoptar las personas en el uno u otro caso.

Cambios Sociales

El/la adolescente cambian la percepción hacia sus padres, los miran de forma distinta, más realista; empiezan a ubicarse a sí mismo como fuente básica de su propia seguridad asumiendo una actitud de autosuficiencia; siente la necesidad de traspasar los límites a los cuales estaba habituado durante la niñez lo que genera en los padres la sensación de reafirmar su autoridad con actitudes rígidas para no perder el control alejándolo aún más, por lo cual busca apoyo y compañía en sus pares. El cambio que experimenta el/la adolescente en la forma de ver a sus padres es doloroso, pudiendo llevarles a cerrarse en una determinada posición y a responder de una manera ofensiva en determinados momentos. Octavio Ortega (no hay fecha)

Uno de los aspectos más importantes en los cambios sociales es la evolución a las relaciones sociales por fases, entre ellas tenemos:

Fase Temprana: desplazan sus intereses y afecto hacia un amigo generalmente del mismo sexo; la amistad se basa más en las posibles actividades compartidas y poco hacia el intercambio de sentimientos; elige un amigo íntimo quien se convierte en confidente.

Fase Media: la tensión entre el adolescente y su familia alcanza su máxima intensidad, hay gran influencia de los grupos de pares, inicia la atracción por el sexo opuesto, el interés vocacional y económico.

Fase Tardía: el proceso de comparación social cambia; los jóvenes subrayan y valoran las diferencias interpersonales que los distinguen pero mantienen los amigos cercanos; la amistad se vuelve menos emocional; se elige la carrera a seguir y la incursión al medio laboral (Shaffer 2000).

En resumen, el objetivo final del crecimiento y desarrollo en la adolescencia es la adquisición de las siguientes capacidades: Identidad (saber quién soy, construir un proyecto de vida y encontrar un sentido coherente a su existencia); Intimidad (desarrollar el pudor y la capacidad para las relaciones maduras); Integridad (desarrollo moral, adquirir un sentido claro de lo que está bien y lo que está mal); Autonomía (adquirir la capacidad para tomar las decisiones por sí mismo, sin depender de los demás, asumiendo el rol de persona adulta); Independencia (adquirir la capacidad de vivir solo, movilizarse por su cuenta, ganarse la vida y ser independiente de la familia). (Naranjo 2006b)

En esta primera parte es muy importante hacer un breve recuento de los principales problemas de salud, teniendo muy en cuenta que los/as adolescentes tienen unas peculiaridades específicas de enfermar como son:

- Su patología puede ser real o imaginaria.
- Las enfermedades visibles son mucho más difíciles de ser aceptadas (acné, ginecomastia), que las más graves pero no visibles.
- Dan gran importancia a su desarrollo corporal e imagen.
- No les preocupa prevenir enfermedades de cara al futuro.
- Viven el presente, no dan importancia al riesgo. Magaña (no hay fecha b.)

Dentro de las principales causas de morbilidad están:

- Trastornos alimenticios
- Trastornos endócrinos
- Trastornos menstruales
- Trastornos dermatológicos

Trastornos alimenticios

ANOREXIA NERVIOSA: afectan entre el 0,5 y 3% del grupo de adolescentes y mujeres jóvenes. Estas cifras aumentan al doble cuando se incluyen adolescentes "sanas" con conductas alimentarias anormales o con una preocupación anormal sobre el peso corporal; la edad promedio de presentación es 13 años, con un rango de edad entre los 10 y 25 años. Manifestaciones clínicas. Es posible establecer con

bastante precisión la fecha de inicio: cuando la paciente decide adelgazar, a veces desencadenada por algún suceso, presencia de amenorrea, en los hombres disminuye el interés sexual., actividad física aumentada, vómitos y uso de laxantes, además dolor abdominal, estreñimiento, intolerancia al frío, atrofia de las mamas y un color amarillento de la piel, lanugo, manos y pies fríos, uñas quebradizas y a veces caída del cabello. (Guías trastornos alimenticios 2007)

BULIMIA NERVIOSA con una prevalencia del 1-3%, generalmente se inicia al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta, el 90% son mujeres, se presenta con episodios recurrentes de atracones, asociados a una sensación de pérdida del control sobre la ingesta de alimentos y sentimientos de baja autoestima o depresión, pueden referir dolor faríngeo, diarrea o constipación e irregularidades menstruales, bradicardia e hipotensión ortostática, lesiones en el dorso de la mano, hipertrofia de las glándulas salivares. El diagnóstico está basado en: episodios recurrentes de atracones, sensación de pérdida de control sobre la ingesta, conductas inapropiadas para prevenir la ganancia de peso (Urrejola 2006)

OBESIDAD Es un trastorno o enfermedad caracterizada por exceso de grasa corporal que altera la salud del individuo y que en muchas oportunidades lo pone en riesgo de desarrollar una enfermedad crónica., la Organización Mundial de la Salud recomienda el uso del Índice de Masa Corporal (IMC) para la edad y la estimación del grosor de los pliegues subcutáneos (tricipital y subescapular) para definir sobrepeso y obesidad en la adolescencia. Los criterios sugeridos para definir obesidad en adolescentes son: IMC mayor al percentil 85. (Guía de alimentación y salud)

Trastornos endocrinos

GINECOMASTIA PUBERAL. Definida como un aumento transitorio del tejido mamario glandular en varones en edad puberal. Se observa en las etapas iniciales de la pubertad en aproximadamente un 70% de los adolescentes. Su etiología no está clara, pero se cree que existe un desequilibrio entre estrógenos y andrógenos o una mayor sensibilidad a los estrógenos circulantes, el crecimiento mamario puede ser uni o bilateral y generalmente tiene un diámetro menor a 4 cm; su incidencia

máxima ocurre alrededor de los 13 a 14 años de edad, desapareciendo 2 años más tarde, pero puede ser también secundaria a varios procesos como la enfermedad hepática, desnutrición, falla renal, tumor productor de HCG, esto en menores de 10 años. (Mancilla 2006)

Trastornos menstruales.

El ciclo menstrual normal se caracteriza por ser cíclico, regular y espontáneo: La ciclicidad se refiere a la repetición de eventos hormonales y endometriales característicos con una periodicidad determinada, la regularidad se refiere a la semejanza en la duración de ciclos sucesivos, que, en general, no deben variar más de 3 días entre ellos, las alteraciones de estas características dan lugar a los Trastornos de la regularidad menstrual (polimenorrea, oligomenorrea, amenorrea), Trastornos de la cantidad de flujo (hipermenorrea, hipomenorrea, metrorragia) (Villaseca 2006 a)

Trastornos dermatológicos

ACNE: El acné es una enfermedad que puede presentar lesiones inflamatorias y no inflamatorias, y cada una de ellas puede variar a su vez en tamaño, densidad, severidad y período de evolución, además puede existir variación en el grado de compromiso de distintas partes del cuerpo, variación en la evolución en el tiempo de un mismo individuo y, finalmente, variación en la respuesta a la terapia, las áreas más afectadas son la cara, parte superior del pecho y la espalda, se presentan inicialmente como comedones cerrados, luego abiertos, y lesiones inflamatorias, nódulos, pústulas y finalmente lesiones cicatrizales. (Silva)

Al ser la adolescencia una etapa de interacción intensa en especial con sus pares en la cual se inicia el interés sexual, los diferentes problemas señalados pueden convertirse en serios obstáculos para la vivencia plena de su sexualidad conforme corresponde a su edad, pudiendo generarse complejos y otros problemas de tipo psicológico que al no ser abordados de manera adecuada pueden desencadenar alteraciones que marquen toda su vida.

Un manejo integral del/la adolescente no debe descuidar la influencia de enfermedades que afectan principalmente su imagen, más aún si lo que se pretende

es intervenir para mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas en su esfera sexual.

SEXUALIDAD EN EL/LA ADOLESCENTE

A partir de ahora vamos a desarrollar los aspectos relacionados con su sexualidad, como lo menciona (Monroy A 2002), la sexualidad está presente en el hombre desde el nacimiento pero es hasta la adolescencia cuando se termina de definir y consolidar el impulso de la orientación sexual, se alcanza la madurez biológica lo que se refleja con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, cambio en los genitales, aparición de la menstruación en la mujer y la primera eyaculación en el hombre alcanzando la capacidad de procrear, en esta etapa la sexualidad se organiza básicamente en torno a la genitalidad y la dimensión erótica; esta genitalización se alcanza paulatinamente al pasar del autoerotismo a la heterosexualidad, aparece la masturbación como forma de conocer y explorar nuevas sensaciones pero también como una forma de descargar el impulso sexual.

Las caricias y los besos son formas comunes de expresión en la búsqueda de saber que se siente, es este el momento en el que se inician las primeras relaciones sexuales (homosexuales o heterosexuales) al principio motivadas por la curiosidad y por una fuerte necesidad de afirmarse como hombre o como mujer; también hay quienes deciden abstenerse hasta que estén mejor preparados y esperar hasta cuando crezcan un poco más; otros continúan teniendo sexo aún cuando no les produzca placer sexual alguno, un incidente aislado no hace a la persona homosexual, sin embargo, el adolescente confundido tiende a evitar contactos homosexuales para reafirmar su identidad heterosexual o evitan los contactos sexuales en su totalidad. (Berrocal 2005a)

Otros/as adolescentes se perciben bisexuales, sienten la condición de homosexualidad como algo pasajero o buscan ayuda profesional para aclarar sus dudas. Al final de la adolescencia se alcanza una mayor capacidad de tener intimidad en la que se incluye al otro como diferente y como parte activa en la relación, ligando la genitalidad con el impulso erótico y la ternura, la masturbación empieza ocupar un lugar diferente en la vida sexual siendo más importante la satisfacción sexual con otras personas. (Berrocal 2005b)

La sexualidad en el adolescente atraviesa las siguientes fases:

- Fantasía Sexual. El joven imagina situaciones sexuales y románticas con personas reales o imaginarias.
- Preocupación Sexual. El adolescente aumenta su curiosidad por el sexo que se manifiesta en su gusto por ciertos vestidos, bailes, música, citas románticas, y la atracción por libros revistas que plantean el tema, la masturbación puede ser más frecuente.
- Relación Sexual Superficial. Los chicos y chicas permanecen juntos por más tiempo, se dan miradas, besos, caricias, abrazos y eventualmente relaciones sexuales completas, conociendo su propio cuerpo y el de su pareja, esto influido por varios factores como la personalidad, moral, costumbres sociales. (Solórzano 2001c)

Anatómica y fisiológicamente, la maduración sexual se establece a partir de la identificación de los caracteres sexuales primarios y secundarios.

Primarios. Son todos aquellos en los cuales está la presencia de los órganos necesarios para la reproducción, como son, en mujeres, ovarios, trompas de Falopio, útero, vagina; en hombres son: testículos, pene, escroto, vesículas seminales, próstata.

Secundarios. Son signos fisiológicos de la madurez sexual, y en mujeres son: crecimiento de los senos, aparición del vello púbico, vello axilar, cambios en la piel, ensanchamiento y aumento de la profundidad de la pelvis, el principal signo es la menstruación. En hombres se da la aparición del vello púbico, vello axilar, vello facial, cambios en la voz, cambios en la piel, ensanchamiento de los hombros; el principal es la presencia del semen, (Tu salud)

La maduración de los caracteres sexuales primarios y la aparición de los secundarios se deben a cambios endocrinológicos, consistentes en la activación del eje hipotálamo-hipófisis- gónadas y son determinadas por el programa genético de cada individuo; de los 6 a 8 años se produce la adrenarquia (aumento de estrógenos

suprarrenales), dos años después inicia la pubertad proceso mediado por la secreción en el hipotálamo de hormona liberadora de gonadotropinas que estimula la hipófisis para que se liberen sustancias hormonales (gonadotropinas hipofisarias y hormona del crecimiento); las hormonas hipofisarias (FSH, LH) estimulan las gónadas para la producción de andrógenos y estrógenos. (Tu salud)

La adolescencia es la etapa de la vida en la que juega un papel muy importante el aporte hormonal, pues todos los cambios que se presentan en el adolescente son por acción de las hormonas, así en el hombre la LH estimula las células de Leydig para la producción de testosterona, la FSH produce proliferación de los túmulos seminíferos dando crecimiento testicular, producción de testosterona para la producción de espermatozoides; la testosterona es responsable de la maduración de los caracteres sexuales primarios y secundarios.

En la mujer, la FSH estimula el crecimiento y la maduración de los ovarios y la producción de estrógenos y la LH es responsable de la ovulación y la producción de progesterona. Los estrógenos y la progesterona son responsables de la maduración de los caracteres sexuales primarios y secundarios. (Red Escolar Nacional 2005)

Es importante saber reconocer la maduración sexual del adolescente desde el punto de vista somático y poder establecer en que etapa de maduración se encuentra; para esto, las escalas de Tanner están validadas y oficializadas tanto en el Ecuador como por la OPS-OMS. Esta escala relaciona la edad cronológica y sexual.

Existe una secuencia en la aparición de los cambios en los caracteres sexuales primarios y secundarios con tiempos muy variables, los mismos que se han agrupado en estadios o fases de maduración. La calificación de la secuencia de las etapas se la hace con la Escala de Tanner que contempla cinco ítems los cuales valoran las variaciones del vello púbico y de las mamas en la mujer, y del vello púbico y los genitales en el hombre. (Maduración del adolescente).

Los cuadros que a continuación se presentan y que corresponden a la Escala de Tanner proceden de la OPS- FUNUAP N° 2

ESTADÍOS DE TANNER EN HOMBRES

TANNER EN MUJERES				
Desarrollo de mamas y vello púbico.			Edad promedio de alcanzar estadio (95% percentil)	
Estadio	mamas	Vello púbico	Edad cronológica	Edad ósea
I	Ninguna	Preadolescente, sin vello púbico.	10.9 (8.5-13.3)	10.5 (8.5-13.2)
II	Botón mamario < que el diámetro de areola con elevación de mama y pezón.	Crecimiento escaso de pelo largo, poco pigmentado, suave, lacio, poco rizado en labios	12.2 (9.8-14.6)	12.0 10.2-14.0)
III	Botón mamario > que el diámetro de areola, crecimiento de mama sin separación de contornos.	Pelo mas oscuro grueso y rizado que se disemina sobre la sínfisis del pubis	13.2 11.4-15.0	13.5 11.5-15.09
IV	Areola sobresale del plano de la mama	Pelo grueso rizado cubriendo toda el área, pero menos que la mujer adulta,	14.0 11.6-16.4)	15.0 12.5-16.0)
V	mama adulta	Pelo en cantidad y calidad del adulto, se extiende cara interna muslos.		12.5 10.0-14.5)
Velocidad pico de crecimiento			12.2 10.2-14.2)	
Menarquia				12.7 10.5-15.5) 12.0-16.0)
Primera polución				

Adaptado de Sizonenko PC: Maduración sexual normal. Pediatrician, 14; 191-201, 1987.

Rutina para la evaluación de la maduración sexual		
Caracteres sexuales secundarios de acuerdo con estadios de Tanner	Diagnóstico	Conducta
Brote del botón mamario y vellos del pubis entre los 8 y 13 años de edad en la mujer	Adolescente con pubertad normal	Acompañar semestralmente
Aumento del volumen testicular (≥ 3 ml) y vellos del pubis, entre los 9 y 14 años del varón	Adolescente con pubertad normal	Acompañar semestralmente
Ausencia de caracteres sexuales secundarios: En mujeres > de 13 años En varones > de 14 años	Pubertad tardía	Consultar con servicio especializado
Presencia de caracteres sexuales secundarios: En mujeres < de 8 años En varones < de 9 años	Pubertad precoz	Consultar con servicio especializado inmediatamente

Succi E: Pubertad. Rio de Janeiro 1998 (mimeo).

La escala antes mencionada es importante para poder determinar si el adolescente está dentro del desarrollo normal o se encuentra en una pubertad precoz o tardía, esto es importante por las repercusiones psicológicas que podría presentar como se vio anteriormente.

Conocimientos y actitudes de sexualidad de los adolescentes

El desarrollo de la comunicación no ha conllevado únicamente progresos; los medios en más de una oportunidad han sido cuestionados por la cantidad de información que proveen en muchos casos, sin fórmula de inventario, alterando las culturas, generando expectativas en base a estereotipos propios de un proceso de globalización alienante.

(Balboa *et al.* 2002) obtuvo los siguientes resultados: los/as adolescentes piensan que ser virgen (15.8%) o no llegar al orgasmo (19.3%) puede proteger del embarazo; el uso de preservativo evita ETS (90.0%); la “marcha atrás” es un método eficaz de evitar embarazos (27,1%); ponerse preservativo inmediatamente antes de “correrse” es seguro (23,1%); determinadas posturas protegen del contagio de ETS (9.6%); la sola penetración bucal no transmite el SIDA (30.2%). En cuanto a las actitudes de los padres, la investigación mostró que éstos se enfadarían si los pillaran con preservativos –mujeres (42.3%), hombres (10.0%)- Fisher <0.05; lo más importante es la penetración –mujeres (15,4%), hombres (45.2%)- $p < 0.05$, Fisher <0.05; el sexo sin penetración es igual de placentero (79.5%); el uso de preservativo permite relaciones seguras y placenteras (68.7%), pero usarlo es un “rollo” (18.1%). Los resultados obtenidos no revelaron diferencias significativas por el hecho de tener o no pareja, tampoco revelan diferencias significativas en relación con la edad de los encuestados.

En Cuba, en un trabajo con 399 adolescentes de 9no grado de ambos sexos, de 4 escuelas secundarias del municipio "Plaza de la Revolución", se constató que el 72,5 % de los adolescentes varones y el 90,3 % de las adolescentes mujeres consideran que el momento ideal para iniciar las relaciones sexuales es cuando ambos miembros de la pareja lo desean y se conocen bien. El 67,7 % de los chicos y el 78,1 % de las chicas advierten riesgos para la salud de la muchacha ante un embarazo en la adolescencia; el 63,3 % de los varones y el 78,1 % de las mujeres percibieron el aborto como riesgoso para la salud. Se puede concluir que existen diferencias significativas entre las percepciones de los y las adolescentes sobre el momento ideal para comenzar las relaciones sexuales, los riesgos de un embarazo

temprano y del aborto; la familia ha sido la principal responsable de brindar una "educación" y comunicación diferenciada por género (Calero 2001)

En Santa Martha Colombia se trabajó con una muestra de 298 estudiantes de secundaria, con una edad promedio de 11.5 (DE 0.65), de tres colegios privados escogidos por conveniencia, los autores aplicaron en forma anónima una encuesta sobre comportamiento sexual. Mediante un modelo de regresión logística, con el ajuste por posibles variables de confusión, se establecieron los factores protectores para no haber tenido relaciones sexuales. Los resultados fueron los siguientes; la prevalencia de relaciones sexuales fue 7.7% (IC95% 4.7-10.7). Se identificaron como factores protectores significativos no haber fumado (OR 0.12, IC95% 0.04-0.41), no haber consumido alcohol (OR 0.06, IC95% 0.01-0.48) y ser de género femenino (OR 0.22, IC95% 0.07-0.76). Por lo que se llegó a la conclusión de que 1 de cada 13 estudiantes de bachillerato entre 10 y 12 años informó haber tenido relaciones sexuales y la prevalencia es menor en quienes nunca han fumado o consumido alcohol y en el grupo femenino. (Ceballos & Campo 2006)

(Hernández 2007) manifiesta que, a pesar de conocer y reconocer el condón, los/as adolescentes acuden a su relación sexual inicial sin emplear este método tan inocuo, por lo que se plantea la baja percepción de riesgo que incide en su auto cuidado frente a la presencia del SIDA, de las infecciones de transmisión sexual, y del embarazo precoz. Un embarazo indeseado o una primera relación frustrante no significó para la adolescente "aprender la lección", por lo que el autor concluye que, la adolescencia es un período de incertidumbre, en el que la proyección o entendimiento de lo futuro es aún incipiente, lo que impide la posibilidad de anticipar consecuencias.

Cabe señalar que, idealmente las relaciones sexuales deben ocurrir en el contexto de una relación de pareja estable, con capacidad de intimar y emocionalmente madura. Esta situación no se adquiere antes del final de la adolescencia (18-21 años) ó más tarde aún.

En cuanto a la prevalencia del uso del condón en la primera relación sexual luego de aplicar una encuesta sobre comportamiento sexual y otras conductas riesgosas

para la salud a 223 estudiantes entre 13 y 17 años se obtuvieron los siguientes resultados: 46 mujeres y 177 hombres informaron haber tenido relaciones sexuales y la prevalencia del uso de condón en la primera relación sexual fue del 38,6% (IC 95% 35,3-4) sin diferencias a favor de los hombres (RP 0.75, IC95% 0.47) en los varones el uso de condón en la primera relación se asocia con más años cumplidos al momento de la relación, y estudiar en colegio privado, en tanto que en las mujeres ninguna variable se relaciona con el uso. (Cevallos & Campo 2005)

Factores que determinan el inicio de la actividad sexual.

Diferentes autores han manifestado que para darse el inicio de la actividad sexual, los/as adolescentes se ven influenciados por la presión de pares, curiosidad, sentirse bien, sentirse atractivo/a, sentirse querido/a, tener una relación cercana, estar enamorado/a de su pareja, querer tener un hijo, falta de control de la situación, sentirse mayor, con mayor independencia y autonomía. Jessor en un estudio prospectivo con 900 adolescentes observados por 4 años identificó como motivadores del inicio de la actividad sexual los siguientes: menores expectativas de logros futuros, mayor tolerancia a las diferencias entre ellos y otros, menos religiosidad, mayor frecuencia de pares cuyos valores y conductas diferentes de de su grupo familiar, mayor influencia ejercida por pares, padres más rígidos, mayor abuso de alcohol y drogas; en su análisis manifiesta que son adolescentes que tienen menores expectativas académicas, menor comunicación con sus padres, mayor influencia de su grupo de pares y con frecuencia, tienen otras conductas de riesgo.

Otro factor es la mayor apertura, tolerancia y aceptación de los cambios socioculturales, aunque hay que tomar en cuenta la heterogeneidad juvenil, pues "Hay tantas identidades juveniles como tipos de jóvenes." (Burgos 2003a) Los otros factores de influencia creciente son los niveles de escolaridad y de ingresos: a medida que crecen es mayor la tolerancia y la apertura. El factor que perdió definitivamente su impacto es el religioso, pues a pesar de que entre 85 y 90 por ciento de los jóvenes se definen católicos, no se apegan a los comportamientos morales que les dicta su religión, porque ésta no responde a las circunstancias cotidianas ni a los avances del conocimiento

La primera relación sexual también sirve de antecedente para que algunas adolescentes comiencen a utilizar este recurso como alternativa para resolver conflictos con su pareja, seducir a alguien o lograr lo que se proponen. Otras adolescentes, aunque no disfrutaban de las relaciones sexuales, las siguen teniendo sin desearlo, para satisfacer a su pareja y, de esta manera, preservar la relación. Este comportamiento puede estar relacionado con la adhesión a roles de género tradicionales los cuales consideran que las relaciones sexuales son importantes para el hombre, por lo tanto, la mujer “tiene el deber” de cumplir con el compromiso de satisfacer sus deseos si quiere que él le sea fiel.

(Flores 2005) trabajando con 1100 adolescentes de dos estratos sociales diferentes (Ciudad de Cali y Santa Fe de Colombia) llegó a la conclusión que los patrones de actividad sexual, unión y maternidad difieren considerablemente entre estratos en las dos ciudades, así las adolescentes de estrato bajo inician las relaciones sexuales, se unen a compañeros y son madres con mucha mayor antelación e intensidad que las de estratos más altos, según la autora, el principal factor determinante del comportamiento reproductivo es el conjunto de influencias contextuales y socioeconómicas del hogar, principalmente del contexto familiar, y el clima educativo; concluye que hay un escaso impacto de la educación sexual que se imparte en las escuelas desde 1993 sobre el comportamiento sexual de los adolescentes.

un estudio analítico comparativo con una muestra conformada por 558 escolares de Tercero, Cuarto y Quinto Año de Secundaria de Colegios mixtos de los distritos de Moche y Laredo (Rural), Simbal (Urbano-Rural) y El Porvenir (Urbano), al analizar los factores individuales se encontró que el 12.5% de escolares de la zona rural, el 18.92% de la zona urbana rural y el 20% de escolares de la zona urbana ya se han iniciado sexualmente, siendo mayor el porcentaje en los varones que en las mujeres; se observó además que los factores que influían eran la educación de la madre, la presencia de violencia familiar, la actitud de los padres frente al diálogo con los hijos e hijas sobre temas de sexualidad, antecedente de pares con relaciones coitales. (Sánchez 2002)

Influencia de los pares en la Educación sexual

En un estudio realizado en Lima se demostró que la educación sexual impartida por pares fue mejor aceptada por los adolescentes que la impartida por profesionales, mejorando así el conocimiento percepción y conducta sexual de riesgo (Crosby *et al.* 2003) citando a Peláez y colaboradores señala que este investigador encontró que la mayoría de los conocimientos sobre anticonceptivos en el adolescente varón, en especial acerca del condón, fueron obtenidos de sus pares. Se ha observado que los adolescentes que ven que sus pares practican sexo seguro tienen mayor probabilidad de hacer lo mismo.

Jemmontt encontró que la educación de pares mejora el conocimiento y reduce las conductas de riesgo disminuyendo el sexo no protegido, la frecuencia de relaciones sexuales y el número de compañeros sexuales. Algunos estudios han encontrado que la educación por pares fue más efectiva que la brindada por enfermeras o adultos en lo que respecta al uso de contraceptivos. El éxito de la estrategia de pares se basa en la receptividad de las actividades informativas que realizan los pares en un clima de confianza, empatía y abordando estrategias específicas de acuerdo a las necesidades de información que incluye el uso de sus códigos y lenguaje propio. (Sixto Sánchez C *et al.* 2003)

Grupo de iguales e iniciación sexual adolescente: diferencias de género

Navarro *et al.* (2006) realizó una investigación transversal descriptiva en la que entrevistó a 505 adolescentes de ambos sexos de la ciudad de Elche (España) acerca de su nivel de experiencia sexual y otras variables relativas a su vida con el grupo de amigos. La muestra fue clasificada en cinco estadios desde no iniciadas hasta personas con relaciones coitales. Los resultados confirman parcialmente la hipótesis de la confluencia de género en el papel de grupo de iguales en la iniciación sexual. Los resultados revelan que en los varones de esta muestra la mayor experiencia sexual se acompaña de una mayor vida en grupo, mayor número de amigos y mayor liderazgo dentro del grupo no así en las chicas. Por lo que para los varones la iniciación sexual es un elemento de socialización con el grupo de iguales, positivamente connotado, mientras que para las mujeres la iniciación sexual es un elemento más de la experiencia amorosa.

Influencia de la familia en la educación sexual

La familia tiene un significado especial en la educación sexual, en lo referente a la estructura psicológica de la sexualidad, incide decisivamente en la educación de roles sexuales, de la identidad de género y en la orientación sexo erótica; esta función se desarrolla a través de las actividades sexuales de la pareja y los intercambios amorosos entre sus miembros, en el dar y recibir afecto, mediante caricias, donde está presente el contacto físico, directo, cuerpo a cuerpo entre sus miembros. Aunque la familia todo educa, aún no existe un análisis sistematizado de la relación entre las funciones familiares y su incidencia en la educación de la sexualidad. (Castro)

Actitudes de los padres sobre sexualidad en sus hijos, valores y medidas preventivas de sida

Ramírez *et al.* (2006) Luego de la aplicación de una encuesta a 1,584 padres de familia con hijos adolescentes en 97 diferentes escuelas secundarias del Área Metropolitana de Monterrey, (México) de Marzo a Junio del 2002. Se obtuvieron los siguientes resultados: la mayoría de los padres (96.2%) está de acuerdo en la necesidad de educación sexual para sus hijos, la mitad o menos de los padres hablan con ellos de tópicos como el contenido sexual en la televisión (50.2%), contenido sexual en la Internet (32.6%), infecciones de transmisión sexual (46.8%), SIDA (54.7%) el condón (37.3%) y su uso (37%). La mayoría de los padres (75.3%) opina que el hablar del uso del condón con sus hijos, los predispone a tener relaciones sexuales. Los padres se comunican más fácilmente con los hijos sobre temas como la familia (91.6%), amor (79.4%), noviazgo (66.4%), matrimonio (62.1%), honestidad (91.7%), responsabilidad (92.2%) y fidelidad de pareja (65.4%). En cuanto a medidas preventivas, sólo un bajo porcentaje de padres estuvo de acuerdo con la abstinencia (19.4%), y monogamia (5.2%). A los padres se le dificulta hablar de sexualidad con sus hijos, debido a: falta de conocimiento o eficacia (33.3%), pena o vergüenza (28.9%), edad inapropiada (10.4%) o hijo del sexo opuesto (5.9%). A pesar de que los padres reconocen estos obstáculos, casi la mitad de ellos no ha buscado información acerca de sexualidad.

Comunicación sobre sexualidad en la familia

La comunicación en la familia tiene un mayor reforzamiento hacia las adolescentes que para los adolescentes, es decir brindan una atención más "especializada" a las chicas, principalmente, porque son ellas las que corren más riesgos en lo referente a las consecuencias de un inicio temprano de actividad sexual como los embarazos y partos tempranos, que a su vez implican la crianza del niño y, por consiguiente, limitaciones en su desarrollo psicosocial, el aborto, las ETS y otras problemáticas. Además, los prejuicios sexistas de la sociedad tienen un mayor impacto sobre ellas, no ocurriendo así con los chicos, a los cuales, la sociedad -en general- y la familia -en particular- les han transmitido valores estereotipados sobre su masculinidad. (Santana 2001)

Una función importante de los padres es hablarles a los niños acerca del amor, la intimidad y el sexo. Pues son ellos los encargados de crear la base con la que sus hijos posteriormente iniciarán su vida sexual. La responsabilidad no debe relegarse a los colegios, ellos constituyen solo un apoyo que, aunque es fundamental, no es suficiente y sólo puede servir de complemento a la información que los padres brindan en el hogar. Es importante que aprendan, por medio de la educación sexual en familia, las consecuencias de su sexualidad; el embarazo precoz, las enfermedades venéreas y también el valor que tiene su dignidad y el respeto por su cuerpo y el de los demás. Está comprobado, que los niños y adolescentes que han recibido una correcta educación sexual producto de conversaciones abiertas y directas con sus padres, retrasan de manera considerable la edad para comenzar su vida sexual, instados a ello por la capacidad de entender que no deben saltarse etapas y así vivir su vida de manera más saludable.

Influencia de la educación en la salud sexual del adolescente.

En un estudio antes-después de una intervención educativa (basada en charlas y entrega de documentación) sin grupo control. Se pasó un cuestionario antes y después de la intervención para valorar cambios en conocimientos y actitudes a los alumnos de 4º Enseñanza Secundaria Obligatoria de cinco centros educativos de Toledo. (España) En el cual contestaron 238 alumnos (de un total de 268). La edad media fue de 15,59. El 54,66% eran mujeres. El 24,03% ya habían mantenido

alguna relación sexual. El método anticonceptivo más utilizado fue el preservativo (98,24%). Las chicas rechazan una relación sin protección con más frecuencia que los chicos (76,5% vs 48,6%; $p < 0,001$) y tienen más facilidad para compartir clase con un enfermo de sida (80,47% vs 60,38%; $p < 0,001$). A los seis meses del inicio de la intervención respondieron al segundo cuestionario 197 alumnos. El uso correcto del preservativo pasó del 62,13% al 73,46%. Se llegó a las siguientes conclusiones: Tras la intervención se aprecia una mejora en el nivel de conocimientos sobre anticonceptivos y sobre transmisión del sida y una actitud más positiva frente al VIH. (Callejas *et al.* 2005)

(Vigil *et al.* 2005c) realizaron un estudio con 934 estudiantes de enseñanza básica y media de 10 establecimientos educacionales de Chile, de diferente nivel socioeconómico y localización (Santiago y regiones), laicos y religiosos, de hombres, mujeres y mixtos. Participaron adolescentes, padres y educadores. Para validar el programa TeenSTAR este es un programa interactivo de educación holística en sexualidad humana, que se basa en la dignidad de la persona y en el uso de la libertad personal para la toma de decisiones. Permite integrar la capacidad biológica de ser padre o madre en todos los aspectos de la vida: social, emocional, intelectual, espiritual y físico, con la finalidad de llevar al joven a efectuar sus propios descubrimientos, obtener conclusiones y tomar decisiones propias respecto de su comportamiento sexual.

El programa TeenSTAR demostró ser efectivo en retrasar la edad de iniciación sexual y también mostró resultados positivos en relación a la discontinuación de la actividad sexual y al número de razones que tienen los jóvenes para mantener la abstinencia sexual. Estos resultados se obtuvieron en todos los grupos estudiados, independiente de las variables demográficas expuestas previamente en este trabajo y de la disminución del tamaño muestral por la exclusión de cuestionarios considerados como no válidos.

Alcohol y drogas en jóvenes inducen prácticas sexuales de riesgo.

Un estudio reciente desarrollado por la Red Europea para la Investigación y Prevención de problemas en los jóvenes nos revela la asociación entre consumo de drogas y alcohol con una sexualidad no segura y temprana antes de los 16 años, en

este estudio participaron más de 1.300 jóvenes entre los 16 y los 35 años pertenecientes a nueve países europeos, incluida España, estos jóvenes reconocían que el consumo de alcohol y determinadas drogas les conducían a alterar sus decisiones y mantener relaciones sexuales de las cuales posteriormente se arrepentían, y que los consumidores habituales de cocaína tienen cinco veces más probabilidades de tener cinco o más parejas sexuales en el último año. (Medicina TV 2008)

Además drogas y alcohol se asocian a una sexualidad a edades tempranas, así el consumir alcohol, cannabis, cocaína o éxtasis antes de cumplir los 16 años va íntimamente unido a tener relaciones sexuales antes de esa edad; el uso y abuso de este tipo de sustancias provoca alteraciones de la voluntad empujándolos/as a modificar su conducta y distorsionando su capacidad de razonar, si a este cóctel le añadimos juventud, etapa en la cual se está madurando y formando la personalidad con múltiples inseguridades, el riesgo se magnifica. (Cocca 2008)

Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por Vih/Sida.

Vinaccia *et al.* (2007) trabajaron con 300 participantes 150 hombres y 150 mujeres, con edades que oscilaron entre los 12 y 16 años, seleccionados por medio de muestreo no aleatorio de 6 diferentes colegios públicos y privados y de estratos socioeconómicos bajo, medio y alto de la ciudad de Medellín, Colombia, a los cuales aplicaron el cuestionario de Prevención del SIDA de Ballester, Gil, Guirado & Bravo (2004), los resultados muestran una situación preocupante en los y las adolescentes colombianos en lo que respecta a la prevención del VIH/SIDA. A pesar de que muchos estudiantes han recibido en alguna ocasión información sobre el VIH/SIDA, se mantienen vacíos conceptuales o de información importante en lo que se refiere al sexo oral, al período ventana y a la diferencia entre seropositividad y SIDA, poco uso de preservativo como método de protección, baja percepción de riesgo de contraer el virus.

Resultados similares se pueden evidenciar en un estudio desarrollado por (Navarro & Vargas 2004) con adolescentes escolarizados de la ciudad de Barranquilla, Colombia, donde se encontró en una muestra de 412 adolescentes que el 9% no conoce adecuadamente las formas de prevención y transmisión de VIH/SIDA ni su

manejo, a diferencia de un 15% que conoce excelentemente estos parámetros; el 98% asume una actitud positiva frente a la enfermedad; el 33% ya ha tenido relaciones sexuales, y de éstos un gran porcentaje presenta prácticas de riesgo, como consumir alcohol (15%), sexo con desconocidos (22%) y no usar siempre el condón (82,5%); el 47% considera que su riesgo de contagio es nulo o muy bajo; el 92% afirmó que recibe información sobre sexualidad de manera frecuente, y el medio favorito es la escuela (28,6%), seguido por la familia (23,4%).

Conocimiento sobre algunos aspectos de la sexualidad en adolescentes.

Los resultados obtenidos tras la realización de un estudio con jóvenes, estos/as indicaron que un grupo significativo tuvo relaciones sexuales entre los 9 y 12 años, lo cual se corresponde con lo planteado en diversas literaturas, que cada año un 10% de los adolescentes disminuyen su edad de comienzo de su primera relación sexual y más del 50% de nuestro universo ya tenían actividad sexual; un bajo porcentaje de jóvenes no se interesaban por los temas sexuales. (Santana 2006)

Esta encuesta demuestra además que existe un mayor porcentaje de varones con tenencia de relaciones sexuales, lo que lleva a pensar, que aún persisten las concepciones ético, morales alimentadas por el entorno que valora positivamente la precocidad en la relación sexual en el género masculino.

En cuanto a la percepción de riesgo de embarazo nos muestra que todavía hay que informar a estos jóvenes sobre toda la problemática de índole social, económica, familiar y de salud que puede desencadenar un embarazo en la adolescencia. No excluir a los varones sino todo lo contrario, hacerlos responsables también de esta situación. (Cortes *et al.* 2007)

Relación de la moral y las prácticas sexuales

La moral está ahora en retirada, la prueba más fehaciente es la crisis de credibilidad de la principal institución que la sustenta: la Iglesia católica, sobre todo entre los jóvenes. Así lo consigna luego en la revisión de las encuestas sobre valores: "Donde existe un distanciamiento enorme es entre la normatividad moral a la que obliga la Iglesia y las actitudes de la mayoría de los jóvenes. El rector de la Universidad Latina de América, señala la tendencia de la juventud a alejarse de la tutela de la

Iglesia, relativizando creencias, retirándose de algunas de sus exigencias rituales y rechazando la obligatoriedad o prohibición de ciertas conductas, sobre todo las sexuales. En la sociedad de masas, afirma Monsiváis, es imposible controlar la conducta ajena. La mayoría de los jóvenes, ni siquiera discute su derecho a ejercer su sexualidad." (Brito 2000)

La iglesia católica y la sexualidad.

Sin lugar a dudas, la ética relacionada con la reproducción y la sexualidad, y la posición de las mujeres han sido las principales áreas de controversia en la era post Vaticano II de la Iglesia. En más de 20 años del pontificado anterior, la oposición a la anticoncepción, al uso de condones para prevenir la transmisión del VIH/sida, a la educación sexual y a la despenalización del aborto, han dominado la agenda de la jerarquía de la Iglesia hasta límites no conocidos anteriormente en su historia. En la medida en que se acerca el nuevo milenio y las disidencias de las enseñanzas de la Iglesia en sexualidad y reproducción aumentan; la cruzada de la jerarquía para restaurar lo que considera el orden moral tradicional, se ha intensificado, y al momento actual se caracteriza por serios intentos por controlar al pueblo católico y regular su conducta en asuntos relacionados con la sexualidad, la reproducción y las relaciones entre los géneros. (Mejía 2000)

CAUSAS, CONSECUENCIAS INMEDIATAS Y FUTURAS DEL INICIO SEXUAL PRECOZ

Fernández (2000) Actualmente, la sociedad vive profundos cambios en sus códigos morales y sociales. Esto se puede ver reflejado en la temprana práctica sexual en adolescentes y la visión o reacción de la sociedad frente a este fenómeno, ya que dichas conductas han tomado rumbos muy distintos, comparado a generaciones anteriores.

Entendemos la sexualidad precoz como "la prematura conducta sexual sin estar mentalmente preparado, esto es un desajuste mente-cuerpo que lleva a una exagerada conducta pseudos adulta sexual".

Causas de Sexualidad precoz.

Comunicación familiar deficiente: Sucede cuando los adultos evitan referirse al tema de la sexualidad o también cuando evitan referirse a partes del cuerpo relacionadas con la sexualidad, lo que hace que el niño pierda la confianza en sus padres y que cuando tenga alguna duda éste busque información sobre la sexualidad y el desarrollo de su cuerpo en amigos o medios de comunicación masivos como la televisión e Internet, el problema sucede en que muchas veces esta información recibida es errónea y provoca conflictos en el joven. Información deformada de los medios masivos de comunicación: “Actualmente es muy frecuente la utilización del sexo con fines comerciales, lo que induce a la práctica sexual y transmite una imagen alterada de la conducta sexual, basada en la violencia, el sexo como mero divertimento y el sexo sin culpabilidad” (Congreso Pediatría AEP 2000a)

Cambios en la sociedad: En comparación con décadas pasadas donde había un ambiente moral muy rígido dominado por la iglesia, lo que hizo surgir movimientos revolucionarios que proclamaban la libertad sexual (Ej.: Movimiento Hippie), se produce el comercio de los primeros anticonceptivos orales y comienza la lucha feminista por la igualdad y liberación sexual de la mujer. Todo esto produjo cambios en la familia actual que se volvió más permisiva y liberal. Actualmente los jóvenes han modificado su comportamiento sexual esto en su mayoría se ve reflejado en la “disminución de la edad mínima de iniciación sexual”. (Congreso Pediatría AEP 2000b)

Precoz desarrollo físico y psicológico: El índice de la edad de la menarquia se ha ido adelantando con el tiempo, al igual que el crecimiento del bello púbico en los hombres y mujeres, y el desarrollo del busto, entre otros; algunos consideran que esto se debe al tipo de nutrición que tengan los niños o la carga genética que tenga de sus padres. El precoz desarrollo psicológico está relacionado con los tipos de influencia que el joven ha recibido anteriormente.

Precaria educación sexual: cuando los jóvenes no reciben este tipo de educación es sus casas al menos deberían recibirla de sus colegios, pero en muchos de estos no se ha implementado aun la educación sexual en sus programas de estudio, esto lleva a la incertidumbres los jóvenes, y a la vez genera la creación de mitos, provocando que a veces los jóvenes inicien una vida sexual de forma irresponsable.

Sexualización temprana: está directamente relacionado, con el precoz desarrollo físico y psicológico de los jóvenes, lo que los lleva a tener actitudes o comportamientos de índole sexual que no están relacionados con su edad. (Congreso Pediatría AEP 2000c)

(Arava) el despertar temprano hacia la sexualidad trae consecuencias inmediatas y futuras como un embarazo precoz no deseado y el contagio de enfermedades de transmisión sexual que pueden provocar las tempranas conductas sexuales que experimenta la población escolar; pero también este fenómeno en alza puede influir a futuro, afectando la sexualidad adulta, siendo la causa de problemas como anorgasmia, alteración del apetito sexual y eyaculación precoz que podrían ser disfunciones sexuales a largo plazo asociadas al temprano despertar sexual de los adolescentes.

Las consecuencias de la conducta sexual precoz y de los embarazos tempranos depende de la edad de inicio de la vida sexual, es más probable que tenga consecuencias negativas a mayor número de parejas, mayor probabilidad de enfermedades de transmisión sexual y mayor posibilidad de embarazo no deseado; consecuencias ligadas a la crianza del niño como deserción escolar, menores posibilidades laborales, matrimonios menos estables, menores ingresos, mayor frecuencia de problemas emocionales, afectando la salud integral de la adolescente. (Burgos 2003b).

Una de las consecuencias inmediatas del inicio temprano de la actividad sexual es sin duda un embarazo precoz, es por ello que en un estudio transversal y descriptivo realizado en 345 adolescentes que acudieron para el parto al servicio de gineco obstetricia del Hospital San Isidro de la ciudad de Quito luego de la aplicación de una encuesta para establecer las causas y consecuencia de su embarazo se llegaron a los siguientes resultados: el 69% de las adolescentes tiene una relación estable con su pareja, quienes son mayores a ellas, el 68% de las parejas consumen alcohol y el 48% fuman por lo cual ellas son consideradas fumadoras pasivas, además las adolescentes presentan un grado de escolaridad bajo (9+- 2 años aprobados) el 77% abandonó sus estudios y un 44% lo hizo por el embarazo, 40,6%

recibieron información sobre sexualidad de sus profesores, el 63,8% conocen sobre los métodos anticonceptivos pero solo el 18,8% los usa, en el 60,8% de los hogares de estas adolescentes los dos padres trabajan más de 8 horas diarias fuera del hogar constituyéndose en un importante factor de riesgo. (Cevallos *et al.* 2007)

QUE DEBE CONOCER EL ADOLESCENTE SOBRE SEXUALIDAD.

Luego de hacer una revisión de cómo están los conocimientos, las actitudes y las practicas sobre sexualidad en los adolescentes, creo pertinente abordar ciertos tópicos que deberían formar parte de la atención integral del adolescente, estos temas deberían pues ser ejecutados en las instituciones educativas y de salud que los brindan atención.

Conocimientos generales sobre sexualidad.

Los/as adolescentes tienen derecho a disponer de información clara y actualizada que le ayude a comprender su desarrollo y a tomar decisiones para su salud, los temas a tratarse son los siguientes: afectividad y sexualidad humana responsable y placentera, roles sexuales, equidad en las relaciones de género, respeto por la diversidad, anatomía y fisiología de los aparatos genitales del varón y la mujer, ciclo menstrual de la mujer, días de ovulación, autoerotismo, fisiología de la respuesta sexual humana en varones y mujeres, higiene del aparato genital, auto examen de mamas en las mujeres y de los genitales masculinos, prevención de la violencia y abuso sexual, opciones anticonceptivas: uso efectivo, embarazo en la adolescencia, factores de riesgo, control prenatal, parto y postparto, infecciones de transmisión sexual e infección por VIH/SIDA. (Derechos Sexuales y Reproductivos 2007)

Mitos y creencias sobre cuidados de la sexualidad y afectividad: Higiene y ejercicio durante la menstruación, capacidad reproductiva en la primera relación sexual, coitos interrumpidos, efectos de la masturbación, efectos de los anticonceptivos

Consejería sobre sexualidad y afectividad.

Es necesario realizar consejería a todo adolescente, mas aun a quienes están en riesgo como los trabajadores sexuales varones y mujeres, adolescentes

homosexuales y travestis que viven marginación social, adolescentes en condiciones de aislamiento social o violencia doméstica, etc.

La consejería debe estar enfocada a aclarar inquietudes sobre el amor, la pareja, formas de relacionarse, formas de diálogo y mecanismos para establecer una relación respetuosa e igualitaria, pautas culturales que implican diferencias en la construcción de roles masculinos y femeninos, valores y experiencias, cómo negociar las expresiones de afecto y sexualidad que se está dispuesto a aceptar y prodigar en una relación de noviazgo, toma de decisiones sobre la iniciación sexual y habilidades para enfrentar las presiones sociales que reciben los/as adolescentes de pares y familiares, decisión del inicio sexual y opciones anticonceptivas existentes, diversidad de la respuesta sexual humana y goce sexual en varones y mujeres adolescentes, orientación sexual homosexual en varones y mujeres, maneras de establecer relaciones de respeto y aceptación. (Canessa 1997a).

Además ayudar al adolescente a encontrar formas de resolución de problemas con familiares y grupos de pares, como reaccionar ante un embarazo no deseado, habilidades para asumirlo con la pareja y la familia, reelaboración de los proyectos a partir del embarazo, aborto, cómo enfrentar el abuso sexual y/o la violencia sexual en varones y mujeres adolescentes, habilidades para manejar los celos y la violencia verbal y física entre novios, especialmente si hay relaciones sexuales, cómo diferenciar las caricias saludables de las que producen daño, problemas de la función sexual: falta de erección, eyaculación precoz, anorgasmia, dolor en las relaciones sexuales entre otros. (Canessa 1997b).

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Debemos abordar este tema debido a su alta frecuencia, estas infecciones producen una alta morbilidad entre los/as adolescentes y jóvenes, las más frecuentes son las vaginitis, cervicitis, enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), uretritis, epididimitis, orquitis, proctitis y perihepatitis.

Claro está que el principal objetivo es la prevención primaria, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno que pueden evitar las complicaciones tales como: (enfermedad inflamatoria pélvica sepsis, infertilidad, embarazos ectópicos, infecciones y malformaciones congénitas del recién nacido si existe un embarazo

concomitante) que llegan a poner en peligro la vida de los/as adolescentes y su futuro reproductivo. (Manual de normas y procedimientos para la atención integral de los adolescentes)

Conserjería sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH Sida.

Los resultados obtenidos tras la aplicación de una encuesta a jóvenes sobre las enfermedades que pueden adquirirse mediante las relaciones sexuales, demostraron que el 96.5% conocen y reconocen al SIDA como una afección adquirida por relaciones sexuales, seguido de la gonorrea y la sífilis, sin embargo pocos conocen sobre la Clamidia, Trichomona y hepatitis, el condiloma también es poco reconocido por estos jóvenes.

El nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual creemos que es bueno, pues conocen de ellas, sobre todo las más frecuentes, teniendo la hegemonía el SIDA. Existen estudios donde se aprecia que las materias que más interesaron a las adolescentes en todos los grados de escolaridad fue el de las infecciones de transmisión sexual (ITS) (Hernández *et al.* 2005)

Consejería sobre planificación familiar.

La anticoncepción en la adolescencia debe reunir una serie de requisitos por las circunstancias y características especiales de la vida, en general, mas a esta edad es evidente que los medios de difusión como la TV ha jugado un gran rol informativo, además la escuela también lo ha hecho aunque su indicador no llega al 50%, por otro lado, los padres han tomado conciencia sobre la necesidad de tocar estos temas en el hogar, lo que no sucedía hace 5 o 10 años anteriores, pero consideramos que aun hay pobre comunicación, debido a que no se reflexiona sobre lo expuesto en la TV en la familia. Otros estudios arrojan la escuela y el hogar como fuente de información muy deficiente siendo personal de salud quien lleva la primacía (Monterrosa 2006)

La fecundidad adolescente ha venido aumentando desde la década de los noventa, lo cual está relacionado con un inicio más temprano y más rápido de la actividad sexual, mientras que se ha retardado el inicio de las uniones estables, la tendencia en el inicio de la actividad sexual ha llevado a que se observe un aumento en la

maternidad entre adolescentes solteras, con grandes diferenciales entre regiones, los patrones de actividad sexual, unión, maternidad son diferenciales por estrato, así las adolescentes del estrato bajo inician relaciones sexuales, se unen y son madres mucho más temprano y más rápido que las del estrato alto. Aunque la planificación familiar juega un papel importante, su uso empieza después de que han iniciado relaciones sexuales. (Flores *et al.* 2002)

Relación fecundidad y adolescencia

No solo la tasa de fecundidad entre las adolescentes muestra una tendencia creciente sino también se observa, en los países Latinoamericanos, un aumento en la proporción de mujeres que ha tenido un hijo durante la adolescencia. Comparando este último indicador entre mujeres jóvenes y adultas, se evidencia una tendencia hacia una mayor proporción de mujeres que son madres antes de los 18 años, aumentando la incidencia de la fecundidad entre las jóvenes de menor edad (15 a 17 años) que son las que han tendido mayor probabilidad de maternidad. En los países desarrollados hay una fuerte relación entre unión estable y fecundidad. (Rodríguez 2003).

Medidas anticonceptivas en adolescentes que han iniciado con relaciones sexuales:

Para iniciar con anticoncepción hay que tomar en cuenta la frecuencia de las relaciones, número de parejas sexuales, historia de infecciones genitales, capacidad para el uso constante del método sea este hormonal, mecánico de barrera, anticoncepción de emergencia, DIU.

Sobre el uso de anticonceptivos en las primeras relaciones sexuales queremos destacar que a pesar de conocer y reconocer el condón, acuden a su relación sexual inicial sin emplear este método inocuo. Podemos plantear la baja percepción de riesgo de los adolescentes que incide en su auto cuidado conociendo también la presencia del SIDA como una de las infecciones de transmisión sexual. Es utópico pensar que la adolescente que ha experimentado un embarazo indeseado o una primera relación frustrante ha aprendido la lección. (Canaval *et al.* 2006)

Adolescentes sin inicio de actividad sexual

Son consideradas adolescentes de bajo riesgo, pero no por ello debemos dejar de valorar y reforzar la abstinencia, orientar y ofrecer información para lograr una mayor seguridad en ella misma. Deben saber que no son los únicos que hay muchos/as adolescentes que aún no se ha iniciado en las relaciones sexuales.

Orientar sobre la decisión o no de iniciar relaciones sexuales, cómo lo percibe y qué piensan los padres; al mismo tiempo, orientar a considerar lo que significa sexo sin riesgos, y cómo disminuir esos riesgos. (Family Health International 1995).

En base a todo lo anterior, como responsable del presente trabajo, puedo manifestar que la sexualidad es una parte muy importante del desarrollo de todo ser humano más aun en la adolescencia, en la que se consolida la identidad sexual, la personalidad y se sientan las bases para un buen futuro; todo llega a su tiempo por lo que debemos aprender a vivir con mesura sin apresuramiento, disfrutando de la juventud, haciendo valer nuestros derechos, respetando y haciendo respetar nuestro cuerpo, nuestro ser, nuestra interioridad.

El/la adolescente que decide iniciar tempranamente su actividad sexual está en todo el derecho de hacerlo, quienes nos desempeñamos como trabajadores de la salud, a más de brindar una atención de calidad, el acompañamiento siempre será adecuado para facilitar toda la información para que ellos tomen la mejor decisión.

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO:

En este proyecto se utilizó el estudio descriptivo que permite valorar el grado de conocimientos actitudes y prácticas que poseen estos adolescentes sobre la sexualidad y sus formas de expresión

UNIVERSO:

Adolescentes que acuden al ciclo básico del Colegio Guillermo Mensi de la Parroquia el Valle.

CARACTERISTICAS DE LA PARROQUIA EL VALLE.

Ubicación Geográfica.

La parroquia de El Valle se encuentra ubicada al sur de la ciudad de Cuenca, en la provincia del Azuay a una distancia de 8 Km. del centro de Cuenca, Tiene una extensión de 90 Km²; cuyos límites son:

Al norte con las parroquias San Blas y Paccha, al sur con las parroquias El Carmen de Tarqui y Quingueo, al este con la parroquia Santa Ana y al oeste con las parroquias Turi y Huayna-Cápac.

La parroquia está dividida en comunidades y barrios, siendo los más importantes los siguientes: Maluay, Gualalcay, PucaCruz, La Paz de Curiquingue, Castilla Cruz, Cochabamba, Guncay Monay, El Despacho, Chilca pamba, Conchan del Carmen, Conchan de los Milagros, Tierras Coloradas, Las cuatro esquinas, Baguanchi, San Pedro de Baguanchi, La Victoria, El Salado, etc. En ella se encuentran, 37 centros de cuidado del niño entre guarderías y CNHs (creciendo con nuestros niños).

Clima, Flora y Fauna.

La temperatura es agradable y fluctúa entre los 12 y 22°C, la época de invierno corresponde a los meses de Octubre a Mayo, la época de verano va desde Junio a Septiembre.

La parroquia se caracteriza por la riqueza de su suelo. Se cultiva principalmente: papas, maíz, fréjol, habas, col lechuga, etc.

La flora es propia de la sierra, con árboles de eucalipto, pino, ciprés, nogal, laurel, etc. Aunque en pequeñas cantidades; entre los árboles frutales tenemos: capulí, higos, durazno, moras.

La fauna representada por ganado vacuno, porcino, aves de corral, cuyes. Llama la atención la gran cantidad de perros y gatos que se les tiene como mascotas; además, en las zonas boscosas alejadas existen animales en estado salvaje como venados y liebres, que son cazados por los moradores del lugar.

Orografía el terreno de la parroquia es accidentado irregular con pequeñas elevaciones que sobresalen y quebradas no muy profundas; la altitud promedio es de 2800 m sobre el nivel del mar.

Hidrografía, la parroquia cuenta con dos ríos principales de poco caudal, riachuelos y quebradas y tres lagunas de poca extensión.

Vivienda: la gran mayoría de los habitantes de la parroquia cuentan con vivienda propia. Llama la atención el contraste entre las casa humildes, hechas de adobe, techo de teja, con las grandes “mansiones” hechas de hormigón, ladrillo y bloque que demuestra a las claras la alta migración al exterior de las personas, la mayoría de estas casas están desabitadas o muy poco ocupadas. El hacinamiento es de aproximadamente el 25%.

Vías y medios de comunicación

La carretera Cuenca El Valle tiene una extensión de 5 Km es asfaltada y en buen estado, las vías que unen las diferentes comunidades y el centro de la parroquia son lastradas y en mal estado la mayor parte de ellas.

Existe servicio de buses de la empresa Cuencana S.A. que comunica a Cuenca con El Valle, con una frecuencia de cada 5 minutos, el servicio como en toda la ciudad es deficiente, algunas frecuencias llegan a las comunidades más importantes con turnos de entre tres y cinco veces al día.

Economía

La falta de fuentes de trabajo en la parroquia hace que sus habitantes migren, a la ciudad de Cuenca en donde desempeñan sus labores la mayor parte o que salgan a otras regiones del país o al exterior.

Las principales fuentes de trabajo existentes en la parroquia son: la agricultura, la ganadería, la minería (yeso), la ebanistería, las artesanías (tejido de sombreros de paja toquilla, bordados, etc.), actividades de sastrería, mecánica albañilería, etc.

Demografía

La población de El Valle es de 18692 habitantes, según el Censo de Población y Vivienda del INEC del año 2001, distribuidos así:

Tabla No 1

Distribución de la población por edad y sexo de la parroquia El Valle, 2002

EDAD EN AÑOS	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 A 4 AÑOS	1144	13,7	1075	10,8	2219	11,8
5 A 9	1096	12,6	1061	10	2157	11,5
10 A 19	2135	24,5	2230	22,6	4365	23,4
20 A 39	2299	26,4	2961	29,6	5260	28,3
40 A 59	1198	13,6	1593	15,9	2791	14,9
60 A 79	631	7,2	833	8,5	1464	7,8
80 Y MAS	181	2	255	2,6	436	2,3
TOTAL	8684	100	10008	100	18692	100

Fuente SIISE

Estadísticas vitales

Servicios

Prácticamente todos los habitantes de la parroquia cuentan con energía eléctrica y en el centro parroquial con alumbrado público.

Con agua potable suministrada por ETAPA cuenta el centro parroquial y algunas comunidades aledañas, las demás se proveen de agua tratada suministrada por el Proyecto Nero y unas pocas, las más alejadas consumen agua insegura proveniente de vertientes y pozos.

El alcantarillado existe en el centro parroquial y algunas pocas comunidades como Baguanchi, El despacho, actualmente está en ejecución proyectos de alcantarillado en Gualalcay y el Carmen de Baguanchi. En otras comunidades existen letrinas con pozos sépticos, en las comunidades más alejadas del centro depositan las excretas al aire libre.

Las emisoras de radio y televisión así como los periódicos de la ciudad de Cuenca son la principal fuente de información.

El servicio de recolección pública de basura se lo hace 3 días a la semana, utilizado por la mayoría de la población, unos pocos entierran la basura o la arrojan en ríos y quebradas o la queman

Infraestructura social

Educación

El Valle cuenta con 12 escuelas de educación primaria, distribuidas así:

3 en el centro parroquial y una en cada una de las siguientes comunidades: Maluay, Gualacay, Quillopungo, El Salado, Baguanchi, San Miguel, Monay, Chilcapamba y San Antonio de Papal.

Los colegios de educación secundaria son 3 ubicados en el centro parroquial, el de mayor alumnado es el colegio "Guillermo Mensi"

Religión

La mayor parte de los pobladores profesan la religión católica, existen varios templos en casi todas las comunidades, cuentan con 2 sacerdotes y un convento regentado por las Madres de La Consolación.

Esparcimiento

Festividades en El Valle, sobresalen las festividades religiosas, las más importantes son las de la Virgen del Rosario y la de San Judas Tadeo que se realizan el 28 de Octubre de cada año y duran entre tres y cuatro días. Otra fiesta importante es la de la parroquialización de El Valle el 26 de Marzo de cada año, es organizada por la Junta Parroquial y los diferentes comités pro mejoras de las comunidades de la parroquia.

No existen lugares de esparcimiento, por su cercanía a Cuenca sus habitantes prefieren salir a la ciudad a divertirse.

Servicios comunitarios

El valle cuenta con las siguientes instituciones de servicio comunitario:

Junta Parroquial, Tenencia Política, Registro Civil, Reten Policial de El Valle, Iglesias, convento, casa comunal, Subcentro de salud, Biblioteca Municipal, consultorios médicos y laboratorios boticas privados, grupos organizados como: clubes sociales y deportivos, brigadas barriales contra la delincuencia comité pro mejoras en las comunidades.

Servicios de salud

El Subcentro de Salud viene funcionando desde Marzo de 1979, pertenece al Área de Salud No 3 Tome bamba de la Jefatura de Salud del Azuay. Funciona en local propio construido por la Junta Parroquial, en junio del 2006, brinda atención de lunes a sábado desde las 08 horas a 20 horas y los domingos desde las 08 h hasta las

16h, cuenta con los siguientes servicios: consulta externa de medicina general, pediatría, ginecología y medicina interna, odontología, Laboratorio clínico básico, Farmacia popular

En la parroquia además existen 6 consultorios médicos privados, tres consultorios odontológicos, dos laboratorios clínicos, varias farmacias.

CAUSAS DE MORBILIDAD
Infecciones respiratorias agudas
Enfermedad diarreica aguda
Parasitismo intestinal
Desnutrición leve a moderada
Problemas crónicos

FUENTE DATOS:

Los datos fueron obtenidos a través de la aplicación de una encuesta misma que fue validada en otro colegio de similares características. (Anexo encuesta)

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES DE ESTUDIO

Variable.

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido del adolescente desde el nacimiento hasta la fecha	Cronológico Adolescencia temprana (10-14) Intermedia (15-16) Final (17-20)	Años cumplidos, referidos por el adolescente	Intervalos
Sexo	Características externas que permiten identificar a una persona como hombre o mujer.	Hombre Mujer	Fenotipo Características externas observadas por el encuestador.	Nominal
Inicio vida sexual	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la primera relación sexual	Cronológico	Años cumplidos	Intervalos
Conocimientos sobre sexualidad				

CRITERIOS DE INCLUSION:

Adolescentes que acuden al ciclo básico del Colegio Guillermo Mensi, en el año escolar 2008 – 2009.

Loa adolescentes que deseen participar en el proyecto.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Adolescentes que no sean alumnos del colegio Guillermo Mensi.

Adolescentes que no deseen participar en el proyecto.

CONSIDERACIONES ETICAS.

Se trabajó con población de riesgo y cautiva, con permiso previo del Rector del Colegio, se convocó a una reunión a los padres de familia de los estudiantes para socializar el proyecto, mismo que fue aceptado con mucha expectativa.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.

Este proyecto se presentó a las autoridades del colegio quienes brindaron toda su colaboración, fue realizado con fondos propios, el cronograma de trabajo se realizó en conjunto con el inspector del colegio ya que las encuestas fueron aplicadas en las horas de asociación de clases para no interferir con la labor educativa.

ANALISIS DE DATOS.

DATOS GENERALES:

CARACTERISTICAS DEL UNIVERSO.

Los participantes que respondieron la encuesta sobre sexualidad fueron 598 adolescentes, el porcentaje de hombres correspondió al 80,1% y el de las mujeres 19,9% cuyas edades estaban entre los 11 y 17 años, el 59,6% se encontraba en el rango de edad de 13 a 14 años, seguidos del 20,1% correspondiente a los de 11 a 12 años, 15,9% a las edades de 15 y 16 años, y el 4,4 entre 17 y 19 años. La edad promedio de los hombres fue 13,6 años y de las mujeres 14 años.

En cuanto a la conformidad con su sexo, el 98,7% refiere estar conforme 0,83% no está conforme y el 0,50% no responde. (Anexo 2)

Influencia de la religión en la sexualidad.

Como observamos en el siguiente cuadro en los adolescentes tanto hombres como mujeres hay poca influencia de la religión en su sexualidad, sin embargo las mas influenciadas son las mujeres, aunque como lo menciona María Consuelo Mejía, esto seguirá disminuyendo por la posición cerrada de la iglesia que liga la sexualidad a la reproducción negando el derecho al placer.

Tabla N° 1

Adolescentes del colegio Guillermo Mensi, influencia de la religión en la sexualidad y sexo. Cuenca Abril 2009.

SEXO						
GRADO DE INFLUENCIA DE LA RELIGION EN LA SEXUALIDAD	HOMBRE	%	MUJER	%	TOTAL	%
0 A 2	193	40.3	37	31.1	230	38.5
4 A 6	119	24.8	23	19.3	142	23.8
8 A 10	146	30.5	59	49.6	205	34.2
NO RESPONDE	21	4.4	0	0	21	3.5
TOTAL	479	100	119	100	598	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORADO POR: Diana López

CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD.

Enfermedades de transmisión sexual.

En los resultados de la encuesta aplicada a los adolescentes sobre si conocen las enfermedades de transmisión sexual, se observa que la enfermedad mas conocida es el sida, sida y sífilis, seguida de sífilis, es importante mencionar además que un porcentaje del 10% desconoce del tema, lo que se contrapone con estudios como de Hernández en el que el 96,5% conocen y reconocen el sida como una afectación adquirida por relaciones sexuales.

Cabe indicar que los que más conocen del tema son los adolescentes de 13 y 14 años de edad, y la enfermedad mas prevalente sigue siendo el Sida, y sífilis, además hay un 8,8% de los adolescentes que no conocen del tema, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla N° 2

Adolescentes del Colegio Guillermo Mensi, según conocimientos de las enfermedades de transmisión sexual y edad. Cuenca Abril 2009

ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL	11 a 12		13 a 14		15 a 16		17 a 19		TOTAL	
		%		%		%		%		%
HERPES	1	0.8	16	4.6	4	3.9	0	0	21	3,6
SIFILIS	5	4.3	8	2.3	1	0.9	0	0	14	2,4
SIDA	48	41.1	218	60.9	59	54.5	13	65	338	56,5
SIFILIS Y SIDA	45	38.4	89	25.5	31	30.3	7	35	172	28,7
NO SABE	18	15,4	24	6,7	11	10,4	0	0	53	8,8
TOTAL	117	100	355	100	106	100	20	100	598	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORADO POR: Diana López

Sexo seguro.

Otro conocimiento que fue valorado en el grupo de estudio fue el significado de sexo seguro, en el que tanto hombres como mujeres coinciden en el uso de preservativo, seguido del uso de anticonceptivos, como una forma de protección, cabe mencionar que un buen porcentaje 40,4% desconoce sobre el tema, principalmente las adolescentes del sexo femenino, estos resultados son similares a los obtenidos por Liliana Arias al aplicar la encuesta integral a los adolescentes en cuanto al uso de preservativo, pero difieren a la respuesta de (evitar sexo con prostitutas, tener múltiples parejas sexuales) que en nuestro estudio los adolescentes no las han mencionado.

El grupo atareo que mas conoce sobre el significado de sexo seguro son los adolescentes entre 15 y 16 años y ratifican el uso del preservativo como forma de protección, por otro lado los que mas desconocen sobre el tema son los adolescentes de 11 a 12 años, poniendo de manifiesto posiblemente una comunicación familiar deficiente sobre temas sexuales y el poco abordaje de la sexualidad en la enseñanza básica como lo manifiesta Santana.

La siguiente tabla resume la significación de sexo seguro por edades.

Tabla N° 3

Adolescentes del Colegio Guillermo Mensi, según significado de sexo seguro y edad. Cuenca Abril 2009.

QUE SIGNIFICA SEXO SEGURO	11 A 12	%	13 A 14	%	15 A 16	%	17 A 19	%	TOTAL	%
ABSTENERSE	5	4,2	10	2,8	3	2,9	0	0	18	3
FIDELIDAD	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0,1
USAR ANTICONCEPTIVOS	8	6,6	49	13,8	10	9,9	2	10	69	11,5
USAR PRESERVATIVOS	40	33,2	153	42,8	63	62,4	13	65	269	44,9
NO SABE	67	56	145	40,6	24	23,8	5	25	241	40,3
TOTAL	120	100	357	100	101	100	20	100	598	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORADO POR: Diana López

Jerga utilizada para nombrar al acto sexual.

Uno de los objetivos del proyecto fue determinar cual es la terminología empleada por los adolescentes para referirse a la relación sexual, los resultados se exponen en la siguiente tabla, vale la pena mencionar que las mujeres utilizan términos mas suaves que los hombres, y un buen porcentaje no responde o refiere no saber posiblemente por recelo de utilizar palabras muy grotescas.

Tabla N° 4

Adolescentes del Colegio Guillermo Mensi, según como le dicen a la relación sexual y sexo. Cuenca Abril 2009.

COMO LE DICEN A LA RELACION SEXUL	HOMBRE	%	MUJER	%	TOTAL	%
CUCHICUCHI	11	2,3	3	2,6	14	2,4
“CULIAR”	18	3,8	2	1,6	20	3,3
HACER EL AMOR	94	19,7	29	24,3	123	20,5
“TIRAR”	67	14,2	6	5,2	73	12,4
TENER SEXO	96	20,3	23	19,5	119	19,8
NO RESPONDE	85	16,9	27	27,4	112	18,7
NO SABE	108	22,8	29	18,8	137	22,9
TOTAL	479	100	119	100	598	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORADO POR: Diana López

ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD

Relaciones sexuales antes del matrimonio:

En la encuesta se formularon dos tipos de preguntas para conocer cual es la percepción que tiene los hombres y mujeres con respecto a las relaciones sexuales antes del matrimonio, observándose que la mayoría de ellos están en desacuerdo con que las mujeres tengan relaciones sexuales, siendo mas marcada esta decisión en la misma mujer, lo que demuestra como en otros estudios la influencia social y cultural.

Con respecto al hombre los adolescentes responden también en desacuerdo 30,4% seguido con aquellos que están de acuerdo principalmente los hombres con un 20,8%.

Con quien hablan los adolescentes sobre sexualidad.

Se indago sobre las fuentes de información que los jóvenes tienen para diferentes temas de la salud sexual y reproductiva, en términos generales las fuentes de información son padres, profesores, amigos, el personal de salud no es una fuente importante de información para ellos.

Las mujeres reciben mas información de sus padres en comparación a los varones posiblemente porque son ellas quienes corren mas riesgo en lo referente a las consecuencias de un inicio temprano de la sexualidad, además los prejuicios sexistas de la sociedad tiene un mayor impacto sobre ellas, no ocurriendo así con los chicos a los cuales la sociedad en general y la familia en particular les han transmitido valores estereotipados sobre su sexualidad.

En tanto que los profesores hablan indistintamente con los dos sexos.

PRACTICAS SEXUALES.

Relaciones sexuales:

Un factor que coloca a los jóvenes en riesgo es el inicio temprano de las relaciones sexuales, como se corrobora en el presente estudio, en el cual del total de hombres encuestados el 16,9% refiere haber tenido relaciones sexuales, siendo mayor que en las mujeres quienes se han iniciado en un 10%, esta diferencia entre hombres y mujeres es consistente en diferentes estudios en América Latina como en Colombia, Chile, etc. Vale la pena considerar la posible tendencia que señalan algunos autores, de los hombres a exagerar sus prácticas sexuales y de las mujeres a minimizarlas.

En la siguiente tabla se expresa el total de adolescentes que han tenido relaciones sexuales y su distribución por sexo.

Tabla N° 5

Adolescentes del colegio Guillermo Mensi, según presencia de relación sexual y sexo. Cuenca Abril 2009.

Adolescentes con Relación Sexual	Hombres	%	Mujeres	%	TOTAL	%
N o	398	83	107	89,9	505	84,5
S i	81	16,9	12	10	93	15,5
Total	479	100	119	100	598	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORADO POR: Diana López

La edad en la primera relación sexual fluctuó entre los 6 años y los 17 años, el pico de edad se observa entre los 12 y 14 años, no hay mayor diferencia entre la edad promedio de inicio de hombres y mujeres, así los hombres tienen su primera relación sexual a los 13,6 años y las mujeres a los 14 años, se considera que entre más joven sea el adolescente menor es el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones sobre el uso de protectores, la negociación con la pareja entre otros.

Como se observa la edad de inicio de los adolescentes es concordante con otros estudios realizados en Chile y Colombia sobre todo la edad de inicio de las mujeres que es a los 14 años, difiriendo un poco con los hombres ya que en nuestro estudio se inician más tarde a los 13,6 años, y en los estudios anteriores mencionados por (Vigil et al.) a los 12 años.

El rango de edad de inicio de actividad sexual lo encontrará en el (anexo)

En cuanto a quien fue la persona con la cual tuvieron la primera relación sexual, la mayoría de los estudiantes hombres y mujeres refiere con el amigo/a (49,4%) siendo esta tendencia mayor en los hombres pues las mujeres prefieren iniciar con el novio (66,7%). (anexo)

La motivación para la primera relación sexual es la curiosidad, el amor, la excitación sexual, como se aprecia en la siguiente tabla hay una tendencia en las mujeres a iniciar sus relaciones sexuales motivadas por el amor, mientras que en los hombres prima la curiosidad, seguida del amor y la excitación sexual. Según otros estudios la necesidad de afecto y el hecho de estar involucrada en noviazgo puede ser motivo suficiente para que la adolescente mujer tenga relaciones sexuales.

Tabla N° 6

Adolescentes del colegio Guillermo Mensi, según causa de la primera relación sexual y sexo.
Cuenca Abril 2009.

SEXO						
MOTIVACION PRIMERA RELACION SEXUAL	HOMBRE	%	MUJER	%	TOTAL	%
AMOR	20	24.7	9	75	29	31.1
CURIOSIDAD	35	43.2	2	16.7	37	39.8
LAS AMISTADES LO HACIAN	7	8.7	1	8.3	8	8.7
EXCITACIÓN SEXUAL	17	20.8	0	0	17	18.2
NECESIDAD DE DINERO	2	2.4	0	0	2	2.1
TOTAL	81	100	12	100	93	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORADO POR: Diana López

Una vez identificado los adolescentes que tienen relaciones sexuales es inminente a la luz de los problemas que los aquejan averiguar si están o no utilizando métodos anticonceptivos y de protección, por lo que en este estudio encontramos que la mayoría de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales no utiliza ningún método anticonceptivo (61,3) presentando mayor riesgo las mujeres pues el 91,7% de ellas no utiliza ninguna protección (Anexo)

Del 37,6% que si ha utilizado método anticonceptivo el más empleado por los hombres es el preservativo y de la una mujer que si se protegió prefirió utilizar

píldoras, mas por el miedo al embarazo que a una enfermedad de trasmisión sexual, estos resultados son concordantes con los realizados por Cevallos en los que se observa la baja prevalencia de métodos anticonceptivos siendo de ellos el más usado el preservativo, como se observa en la siguiente tabla.

Tabla N° 7

Adolescentes del colegio Guillermo Mensi, según tipo de método anticonceptivo utilizado en relación sexual y sexo. Cuenca Abril 2009.

SEXO						
METODO UTILIZADO EN RELACION SEXUAL	HOMBRE	%	MUJER	%	TOTAL	%
PRESERVATIVO	29	85,3	0	0	29	82,9
TERMINAR FUERA VAGINA	5	14,7	0	0	5	14,2
ANTICONCEPTIVOS	0	0	1	100	1	2,9
TOTAL	34	100	1	100	35	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORADO POR: Diana López

Al hablar de prácticas sexuales hay que referirse a la presencia o no de masturbación, en este grupo de estudio se observó que el 90,6% no se masturban y del 9,4% que si lo hacen, la gran mayoría son del sexo masculino, la edad promedio en la que ejecutan estas prácticas sexuales es entre los 13 y 16 años, correlacionándose con la edad en que biológicamente hay una elevación de las hormonas sexuales.

En cuanto a que piensan sobre la masturbación como se observa en el siguiente cuadro, la mayoría de los adolescentes piensan que es pecado, es malo, siendo más evidente este dato en las mujeres, quizá por la influencia religiosa y la crianza de estos adolescentes, aunque como lo menciona Brito en un estudio en el que manifiesta que la moral está en retirada y que no ejerce mayor influencia en los jóvenes, se pondría en duda este supuesto.

Tabla N° 8

Adolescentes del colegio Guillermo Mensi, según pensamiento sobre masturbación y sexo.

Cuenca Abril 2009.

SEXO						
QUE PIENSAN DE LA MASTURBACION	HOMBRE	%	MUJER	%	TOTAL	%
ES MALO	138	28,8	33	27,7	171	28,5
ES PECADO	188	39,2	48	40,3	236	39,5
ES PLACENTERO	79	16,5	8	6,8	87	14,5
ES NORMAL	60	12,5	20	16,8	80	13,4
NO RESPONDE	14	2,9	10	8,4	24	4,1
TOTAL	479	100	119	100	598	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORADO POR: Diana López

CONCLUSIONES:

Luego del análisis de los datos podemos demostrar que como se formuló en la hipótesis, los conocimientos que poseen sobre sexualidad los adolescentes del grupo de estudio si son bajos en cuanto alas enfermedades de trasmisión sexual y al significado de sexo seguro.

En el presente trabajo se cumplió el objetivo general, y los específicos pues se identificó cuales son los conocimientos, actitudes y prácticas que sobre sexualidad tienen estos adolescentes así: La enfermedad mas conocida es el sida, sida y sífilis, y sífilis, los que mas conocen son los adolescentes de 13 y 14 años, es importante mencionar además que un porcentaje del 10% desconoce del tema. En cuanto al significado de sexo seguro, hombres como mujeres coinciden en el uso de preservativo, seguido del uso de anticonceptivos, como una forma de protección, los que mas conocen están entre los 15 y 16 años, cabe mencionar que un buen

porcentaje 40,4% desconoce sobre el tema, principalmente las adolescentes del sexo femenino.

La edad de inicio de las relaciones sexuales esta entre los 12 y 14 años, con una edad promedio para los hombres de 13, 6 años y para las mujeres de 14 años, la persona con la que tuvieron su primera relación sexual fue la amiga/o, novio/a, la motivación para la primera relación sexual es la curiosidad, el amor, la excitación sexual, la mujer lo inicia motivada por el amor, mientras que en los hombres prima la curiosidad, seguida del amor y la excitación sexual, observándose que el (61,3) de los adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos presentando mayor riesgo las mujeres pues el 91,7% de ellas no utiliza ninguna protección, el método anticonceptivo más empleado por los hombres es el preservativo y de la una mujer que si se protegió prefirió utilizar píldoras.

En cuanto a practicas de masturbación el 90,6% no se masturban y del 9,4% que si lo hacen la gran mayoría son del sexo masculino, la edad promedio en la que ejecutan estas prácticas sexuales es entre los 13 y 16 años, la mayoría de los encuestados piensan que la masturbación es malo, pecado, siendo más evidente este dato en las mujeres.

Uno de los objetivos del proyecto fue determinar cual es la terminología empleada por los adolescentes para referirse a la relación sexual, las mujeres utilizan términos más suaves que los hombres, y un buen porcentaje no responde o refiere no saber posiblemente por recelo de utilizar palabras muy grotescas.

En canto alas actitudes sexuales se conoció cual es la percepción que tiene los hombres y mujeres con respecto a las relaciones sexuales antes del matrimonio, observándose que la mayoría de ellos están en desacuerdo con que tanto las mujeres como los hombres tengan relaciones sexuales, siendo mas marcada esta decisión en la mujer.

Se indago sobre las fuentes de información que los jóvenes tienen para diferentes temas de la salud sexual y reproductiva, en términos generales las fuentes de información son padres, profesores, amigos, el personal de salud no es una fuente importante de información para ellos.

Las mujeres reciben mas información de sus padres en comparación a los varones posiblemente porque son ellas quienes corren mas riesgo en lo referente a las consecuencias de un inicio temprano de la sexualidad, además los prejuicios

sexistas de la sociedad tiene un mayor impacto sobre ellas, no ocurriendo así con los chicos a los cuales la sociedad en general y la familia en particular les han transmitido valores estereotipados sobre su sexualidad.

RECOMENDACIONES:

Para el Colegio

Considerando que los adolescentes pasan la mayor parte de su tiempo como población cautiva en este centro de estudios, y luego de las numerosas revisiones sobre aplicación de programas sobre sexualidad en grupos similares y frente a la evidencia de los buenos resultados sería oportuno aplicar uno de ellos como el Programa TeenSTAR este es un programa interactivo de educación holística en sexualidad humana, que se basa en la dignidad de la persona y en el uso de la libertad personal para la toma de decisiones. Permite integrar la capacidad biológica de ser padre o madre en todos los aspectos de la vida: social, emocional, intelectual, espiritual y físico, con la finalidad de llevar al joven a efectuar sus propios descubrimientos, obtener conclusiones y tomar decisiones propias respecto de su comportamiento sexual. Además demostró ser efectivo en retrasar la edad de iniciación sexual y también mostró resultados positivos en relación a la discontinuación de la actividad sexual y al número de razones que tienen los jóvenes para mantener la abstinencia sexual.

Sumado a este programa se debería capacitar a estudiantes del propio colegio para que sean ellos quienes brinden educación sexual a sus compañeros, pues como lo demuestra la evidencia científica hay mejores resultados cuando la educación es entre pares.

Para los estudiantes

Vivir a plenitud su juventud siendo responsables, conocer los riesgos del inicio temprano de la sexualidad, enfermedades a las que están expuestos, formas de evitarlas, propender a la abstinencia o retardar lo más posible el inicio de su actividad sexual.

Para los padres.

La familia cumple un rol muy importante en la sociedad, es el nido donde se forjan los sueños, ideales, principios, valores, además se fortalecen las capacidades innatas de cada individuo, por lo que una de las funciones importantes de los padres es la comunicación, siendo el hogar el ambiente preciso para hablar de amor, la intimidad y el sexo, pues son ellos los encargados de crear la base con la que sus hijos posteriormente iniciarán su vida sexual. Los padres deben ser la guía para sus hijos, es muy importante que se empiece con la educación sexual desde tempranas edades, “la educación empieza por casa” por lo que es recomendable que los padres también sean capacitados en ciertos aspectos sexuales formando parte del equipo de acompañamiento al adolescente.

Para los servicios de salud.

Capacitarse en el manejo y atención integral del adolescente, trabajando conjuntamente con el colegio y con los padres para ser portadores de conocimiento, información y reforzar los programas que sobre sexualidad imparten en los colegios como parte del pensum de estudios, además ser facilitadores en el camino de la búsqueda de su identidad.

BIBLIOGRAFIA

Acevedo M, Díaz A. & Gómez H. (2005) Crecimiento y desarrollo del adolescente. en *El Niño Sano*: 3era. Edición (Editorial Médica Panamericana) Bogotá, pp. 168-172

Aliño M (2006) Adolescencia. Aspectos generales y atención a la salud *Rev Cubana Med Gen Integr* **2**, 22

Arava P (s/f) Consecuencias sexualidad precoz. Universidad Católica [en línea] Disponible: (<<http://www.maternidaduc.cl/novedades.php?id=24>>) [20 noviembre 2008]

Armas N & Díaz L (2007a) *Las familias por dentro*. Ediciones América. Quito.

Armas N & Díaz L (2007b) *Las familias por dentro*. Ediciones América. Quito.

Balboa J *et al.* (2002) Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno

Berrocal L (2005a) Relaciones sociales [en línea] disponible (<http://www.prensa.com/Actualidad/Psicologia_sexual/2005/10/28/index.htm> [11 octubre 2008]

Brito A (2000) Prácticas de la sexualidad.Htm.

Burgos C (2003a). Influencia de la Experiencia indirecta y directa con las Relaciones Románticas y de algunas Dimensiones de la Identidad en las expectativas que tienen los Jóvenes acerca de la Pareja Romántica.

Burgos C (2003b). Influencia de la Experiencia indirecta y directa con las Relaciones Románticas y de algunas Dimensiones de la Identidad en las expectativas que tienen los Jóvenes acerca de la Pareja Romántica.

Calero J (2001) Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto *Rev Cubana Salud Pública* .27, 1 *Ciudad de La Habana ene.-jun.*

Callejas S *et al* (2005) Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. *Revista Española de Salud Pública*. [en línea] disponible: (<http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272005000500008&script=sci_arttext>) [6 febrero 2009]

Canaval G, Cerquera G, Hurtado N & Lozano J (2006) Salud de los adolescentes y regulación de la fecundidad. *Inves Educ Enferm*. **24**(1):26-35.

Castro G (s/f) La familia en la educación de la sexualidad [en línea] Disponible: (<[www. Monografias.com](http://www.Monografias.com)>) [6 octubre 2008]

Ceballos G & Campo A. (2006a) Prevalencia de relaciones sexuales en estudiantes de secundaria entre 10 y 12 años Santa Marta Colombia. [en línea] disponible: (<<http://www.revmed.unal.edu.co/revistafm/v54n1/v54n1a1.html>>) [14 de marzo del 2009]

Cevallos G & Campo A (2005) Prevalencia de uso de condón en la primera relación sexual en adolescentes de Santa Marta, Colombia: diferencias por género. [en línea] disponible: (<http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/REVISTAMEDUNAB/NUMEROS_ANTERIORES/REVISTA82/R82_AO>) [14 de marzo del 2009]

Cevallos M. *et al.* (2007) Causas y Consecuencias del Embarazo en adolescentes. Revista Ecuatoriana de Pediatría. Quito [en línea] disponible: (<http://www.pediatria.org.ec/bvs/2007/8.2.2007_14a19.pdf>) [14 de diciembre del 2008]

Cocca E (2008) Alcohol y drogas en jóvenes inducen prácticas sexuales de riesgo. julio 31

Comité Nacional de crecimiento y desarrollo. Buenos Aires (2001a) Sociedad Argentina de Pediatría. Guías para la evaluación del crecimiento 2da. Edición.

Comité Nacional de crecimiento y desarrollo. Buenos Aires (2001b) Sociedad Argentina de Pediatría. Guías para la evaluación del crecimiento 2da. Edición

Congreso Pediatría AEP (2000) [en línea] disponible: (<http://www.comtf.es/pediatria/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/N_Marta_DÃ-az.htm>) [20 febrero 2009]

Cortes O, Marleidis Y & García R (2007) Características sociodemográficas y comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes y jóvenes. Medicina General Integral, V22 N1 ene-mar

Crosby R, Diclemente R, Wingood G, Salazar L, Harrington K, Davies S, et al. (2003) Identification of strategies for promoting condom use: a prospective analysis of high-risk African American female teens. *Prev Sci*; 4(4):263-70.

Derechos Sexuales y Reproductivos (2007) [en línea], Disponible: (<http://www.innfa.org/innfa/index.php?option=com_content&task=view&id=837&Itemid=0&lang=es>) [14 de diciembre del 2007]

Family Health Internacional. Consejería en planificación familiar. Un prototipo del currículo, manual del participante. AVSC International, New York. En Internet: <<http://www.fhi.org>> [14 diciembre del 2007]

Fernández O (2000) Sexualidad precoz. [en línea] disponible: (<www.macroaldea.com.ar/portfolio/Psicoanalisisabierto/articulos/perturbaciones_de_la_se.rtf>) [20 febrero 2009]

Flores C *et al.* (2004) Fecundidad adolescente en Colombia: Incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida Documento CEDE

Flores C (2005) [en línea] Disponible:

Flórez & Núñez, (2002). Teenage childbearing in Latin American countries. Guía de alimentación y salud [en línea] <<http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-l/guia/adolescencia/obesidad.htm>> [10 de octubre 2008]

Guías trastornos alimenticios (no hay fecha)

<http://www.uag360.com/Courses/Seventh_Semester/Nutricion/Act1/guias-estudio/OLD/trastornos-alimenticios.pdf> [20 septiembre 2008]

Flores C (2005) [en línea] disponible:

(<http://journal.paho.org/?a_ID=215&catID>) [14 de noviembre del 2008]

Hernández C, Quesada Y, Isla M, Valdés A (2007) Anticoncepción en la adolescencia *Rev. Cubana Endocrinología* 18

Hernández J & Pérez O (2005) Temas sobre sexualidad que interesan a un grupo de adolescentes en el área de salud Iguará. *Rev. Cubana Enfermer* 21(2)

IADB, Research Network Working paper. August, R-434.

Maduración del adolescente (s/f) [en línea] disponible

(<http://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=lang_es&id=6PIELKj5Q4C&oi=fnd&pg=PA69&dq=maduran+temprana+o+tard%C3%ADa+en+los+adolescentes+varones&ots=_qCSqeoepw&sig=hCovhgELLvhYtAbG7oHabbUSVY#PPA78,M1>) [14 de mayo del 2008]

Magaña M (no hay fecha b) La Adolescencia Hoy. [en línea]

(http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pident_articulo=13048410&pident_usuario=0&pident_revista=37&fichero=37v58nSupl.2a13048410pdf001.pdf&ty=84&accion=L&origen=doyma&web=www.doyma.es&lan=es) [26 noviembre del 2007]

Magaña M. (no hay fecha) La Adolescencia Hoy. [en línea]

(http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pident_articulo=13048410&pident_usuario=0&pident_revista=37&fichero=37v58nSupl.2a13048410pdf001.pdf&ty=84&accion=L&origen=doyma&web=www.doyma.es&lan=es) [26 noviembre del 2007] Anónimo

Maldonado J & Saucedo J (2003) La adolescencia, oportunidades retos y la familia. En La familia su dinámica y tratamiento (Organización Panamericana de la Salud) México, pp 107-109

Mancilla E (2006) Trastornos Endócrinos. Curso Salud y desarrollo del Adolescente [en línea] Disponible:

Medicina TV (2008) F:\Blog MedicinaTV » Blog Archive » Alcohol y Drogas en Jóvenes Inducen Prácticas Sexuales de Riesgo.htm Julio 31

Mejía M (2000) La Iglesia católica y la sexualidad México, DF, mayo

Ministerio de Salud Pública Ecuador (2008) Manual de normas y procedimientos para la atención integral de los y las adolescentes. Ministerio de Salud Pública, Quito.

Ministerio infantil (no hay fecha) [en línea] (<http://ministerioinfantil.com/desarrollo-infantil/adolescencia.pdf>) [2 octubre 2008]

Ministerio infantil (no hay fecha) [en línea] (<http://ministerioinfantil.com/desarrollo-infantil/adolescencia.pdf>) [4 octubre 2008]

Monroy A (2002) *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud*. Guía práctica para padres y educadores.

Monterrosa A (2006). Anticoncepción de emergencia: ¿cómo, cuándo y por qué? *Rev Med UNAB*. **9**

Munist M, Suarez E, Krauskopf & Silber T (2007) *Adolescencia y Resiliencia*. Buenos Aires.

Naranjo J (2006a) Aspectos prácticos en la atención de salud del adolescente [en línea] disponible: <http://www.pediatria.org.ec/bvs/2006/7.1.2006_full.pdf> [30 noviembre 2007]

Naranjo J (2006b) Aspectos prácticos en la atención de salud del adolescente [en línea] disponible: <http://www.pediatria.org.ec/bvs/2006/7.1.2006_full.pdf> [30 noviembre 2007]

Navarro E & Vargas R (2004). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados. *Salud Uninorte*, **19**, 14-24.

Navarro E *et al* (2006) grupo de iguales e iniciación sexual adolescente [en línea] disponible: (<http://mago.easp.es/formajoven/doc_cifras_datos/20071114141839972.pdf>) [6 enero 2009]

Octavio Ortega (no hay fecha) Cambios psicológicos y sociales en la adolescencia [en línea] Disponible:(<http://www.educasexo.com/adolescentes/cambios-psicologicos-y-sociales-en-la-adolescencia.html>) [2 octubre 2008]

Pilar Vigil *et al* (2005) TeenSTAR: una opción de madurez y libertad. Programa de educación integral de la sexualidad, orientado a adolescentes *Revista. médica. Chile* .133 ,10 Santiago oct. 2005

Ramírez J *et al* (2006) Actitudes de los padres sobre sexualidad en sus hijos, valores y medidas preventivas de sida. [en línea] disponible: (<<http://www.respyn.uanl.mx/vii/1/articulos/actitudes.htm>>) [6 enero 2009]

Red Escolar Nacional (2005) Adolescencia y Desarrollo. [en línea] disponible. (<<http://www.rena.edu.ve/cuartaEtapa/psicologia/Tema6.html>>) [13 de diciembre del 2007]

Restrepo A & Ruíz A (2005a) Puericultura del Adolescente. en *El Niño Sano*: 3era. Edición. (Editorial Médica Panamericana) Bogotá, pp. 241-242

Restrepo A. & Ruíz A. (2005b) Puericultura del Adolescente. en *El Niño Sano*: 3era. Edición. (Editorial Médica Panamericana) Bogotá, pp. 237-240

Rodríguez J (2003). La fecundidad alta en América Latina y el Caribe: un riesgo en transición. Documento presentado en el Seminario sobre Transición de la Fecundidad en América Latina y el Caribe, CEPAL, Santiago, Chile, Junio de

Sánchez A (2002) Factores que influyen en escolares para el inicio de la actividad sexual - Trujillo 2002 [en línea] Disponible: (<http://www.cybertesis.edu.pe/sdx/sisbib/fiche.xsp?base=documents&id=sisbib.2004.rodriguez_sa-principal>) [20 de octubre del 2008]

Sánchez S (2003) Comparación de la educación por pares y por profesionales de la salud para mejorar el conocimiento, percepción y la conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica* 20, 4 Lima oct./dic. 2003

Santana F & Verdeja O (2006) Asociación entre algunos factores psicosociales y el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes. *Rev. Cubana Med.Gen.Integr.*, v22 n1 ene.

Santana F (2001) Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto *Rev Cubana Salud Pública* .27, 1 Ciudad de La Habana ene.-jun.

Sauceda J & Maldonado J (2003) *La Familia su dinámica y tratamiento*. Organización Panamericana de la salud.

Shaffer D (2000) *Psicología del desarrollo infancia y adolescencia*. Editores Cengage Learning.

Silva S (s/f) Acné en el adolescente [en línea] disponible: (<<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion08/M3L8Leccion.html>> [11 diciembre del 2007]

Silva S (s/f) Acné en el Adolescente. [en línea] Disponible: <<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion11/M3L11Leccion.html>> [12 diciembre del 2007]

Solórzano M & Brand C (2001) Sexualidad en la adolescencia e identidad. en *Estudio integral del ser humano y su familia*. Caracas, pp 128

Solórzano M, Brandi C & Flores O (2001a) *Estudio Integral del ser humano y su familia*. Graficas La Bodoniana, Caracas.

Solórzano M, Brandi C & Flores O (2001b) *Estudio Integral del ser humano y su familia*. Graficas La Bodoniana, Caracas.

Szilagyi P. (2005) *Valoración pediátrica de la lactancia a la adolescencia*. En pp.706-714
Tu salud (s/f) <http://www.tusalud.com.mx/120012.htm>

Urrejola P (2006) Trastornos nutricionales [en línea] Disponible:
<<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion09/M3L9Leccion.html>> [10 de noviembre del 2007]

Vigit *et al.* (2005) TeenSTAR: una opción de madurez y libertad. Programa de educación integral de la sexualidad, orientado a adolescentes *Revista. médica. Chile* .133 ,10 Santiago oct.

Villaseca P (2006a) Trastornos Menstruales. [en línea] Disponible:
<<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion10/M3L10Leccion.html>> [11 diciembre 2007]

Vinaccia E *et al* (2007) Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH /SIDA en adolescentes colombianos *Terapias Psicológicas*. V. 25 Santiago [en línea] disponible: (<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082007000100003&script=sci_arttext>) [16 febrero 2009]

Zubarew T (no hay fecha) . Sexualidad del Adolescente. [en línea], Disponible:
<<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion15/M3L15Leccion.html>> [10 de diciembre del 2007]

ANEXO 1

GUIA ANTICIPADA ATENCION DEL ADOLESCENTE

INMUNIZACIONES

Hepatitis B	3 dosis
DT	11- 16 años
SRP	1. Dosis
Varicela	2 dosis

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Valoración médica	Una vez en cada periodo
talla, peso, IMC, examen físico completo, exploración de riesgos	10 a 13 años
T. A. > percentil 90 realizar seguimiento	14 a 16 años
	17 a 21 años
Citología cervical	con vida sexual activa 1 por año
	2 normales continuar cada 3 años

LABORATORIO

Hemoglobina, hematocrito	1 vez a mujeres entre 10 y 13 años
Hiperlipemia	>170mg/dl repetir el examen
VDRL - VIH	Si tiene vida sexual activa

CONSEJERIA

para prevención de accidentes de tránsito y otros traumas

para prevención de violencia juvenil

para prevenir el tabaquismo

para prevenir el uso de alcohol, y drogas

para prevención de depresión y suicidios

para prevención de abuso físico, sexual y emocional

consejería en sexualidad responsable(abstinencia, condones, ETS, VIH)

para evitar los embarazos no deseados

sobre métodos anticonceptivos

de actividad física regular

UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

PROYECTO: DETERMINACION DE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS
SOBRE SEXUALIDAD JUVENIL

La presente encuesta es anónima y confidencial, si te sientes incomodo y no deseas Contestar no lo hagas.

1. edad 10- 11 ----- 12-13----- 14-15----
16-17 -----

2. sexo Hombre ----- Mujer-----

3. Estas conforme con tu sexo
Si - No ----

4. Crees que tu religión influye en tu comportamiento sexual. Marca con una X
0 ----- 2-----
4 ----- 6-----
8 ----- 10-----

5. En tus relaciones con personas del otro sexo. A qué grado de intimidad has llegado Como máximo.

He hecho manitas, algún beso sin llegar a más -----

Caricias íntimas sin llegar a la penetración-----

No he tenido ningún tipo de contacto -----

He llegado al acto sexual completo-----

5. Has tenido relaciones sexuales con alguien de tu mismo sexo

Si – No-

6. Si has llegado al acto sexual ¿A qué edad tuviste tu primera experiencia?

1. edad 10- 11 --- 12-13----- 14-15----
16-17 ----- No he llegado al acto sexual...

8. Quien era tu pareja la primera vez que tuviste relaciones sexuales

Novio ----- amiga/o ----- profesor -----

primo --- -Otro pariente -----persona recién conocida -----

prostitutas -----

9. Porque decidiste tener relaciones sexuales la primera vez:

Excitación sexual ----- curiosidad ----- amor-----
Necesidad de dinero----- las amistades lo hacían----- a la fuerza

10. Contesta únicamente si has tenido relaciones sexuales.

Has utilizado algún método anticonceptivo

Si ----- Cuales No-----

Preservativo -----

Píldoras -----

Anticonceptivos inyectables -----

Píldora del día después.-----

Terminar fuera de la vagina -----

12. Actualmente tienes contactos sexuales con:

Un hombre ----- Más de un hombre-----

Hombre y mujer ----- Una mujer -----

Más de una mujer-----

13. Has sentido atracción sexual por alguien de tu mismo sexo

Nunca ----- alguna vez----- a veces -----

Casi siempre -----

14. Has tenido antes una relación amorosa

Si - No ----

15. Tienes actualmente una relación amorosa

Si ----- No ----

16. Hablas con tu pareja acerca de:

Posponer el sexo-----

Cosas que te gustan o disgustan en el sexo-----

Fidelidad-----

Formas de evitar el embarazo-----

Uso de preservativo para evitar el Sida y enfermedades de transmisión sexual-----

17. Que significa sexo seguro para ti.

-- fidelidad en la pareja

--- utilizar condón

-- utilizar píldoras

-- no sabe

-- no responde

18. Te has masturbado (estimularte sexualmente tu mismo)

Si ---- No -----

19. Qué piensas de la masturbación.

20. Que tan a menudo has leído libros, o has visto películas o imágenes eróticas (es decir que describan o muestren actividades sexuales, órganos sexuales)

Frecuentemente ----- Ocasionalmente -----
Rara vez ----- Nunca -----

21. Los jóvenes conversan de los distintos problemas que enfrentan con varias personas, señala de que hablas tu y con quien.

Cambios del cuerpo durante la pubertad -----
Se puede divertir en una relación sin tener sexo -----
Impulsos sexuales -----
Como evitar el embarazo -----
Relaciones con el sexo opuesto -----
Relaciones con el mismo sexo -----
Tener o no tener relaciones -----
Embarazos no deseados -----
Abortos -----
Enfermedades de transmisión sexual y Sida -----
Donde obtener preservativos y como usarlos -----
Abuso sexual. -----

22. Una mujer joven debería tener relaciones sexuales antes de casarse

Fuertemente de acuerdo ----- De acuerdo-----
Indeciso o no seguro de la respuesta ---- En desacuerdo--
Fuertemente en desacuerdo----

23. Un hombre joven debería tener relaciones sexuales antes de casarse

Fuertemente de acuerdo -- De acuerdo -----
Indeciso o no seguro de la respuesta ----- En desacuerdo -----
Fuertemente en desacuerdo -----

24. Como le dicen en tu grupo a la relación sexual

25. Que enfermedades de transmisión sexual conoces.

26. Que significa para ti los siguientes términos:

Amigo-----	No se
Amigovio-----	No se
Amigo con derecho-----	No se
Novio--- -----	No se
Joda-----	No se
Aplique-----	No se
Agarre-----	No se

ANEXO 3

Cuadro N° 1

Adolescentes del colegio Guillermo Mensi, según edad. Cuenca Abril 2009.

Edad	N°	%
11	1	0,2
12	119	19,9
13	168	28,1
14	189	31,5
15	68	11,4
16	33	5,5
17	19	3,2
19	1	0,2
Total	598	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos
ELABORADO POR: Diana López

Cuadro N° 2

Adolescentes del colegio Guillermo Mensi, según su sexo. Cuenca Abril 2009.

Sexo	N°	%
Masculino	479	80,1
Femenino	119	19,9
Total	598	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos
ELABORADO POR: Diana López

Cuadro N° 3

Adolescentes del colegio Guillermo Mensi, según conformidad con su sexo. Cuenca Abril 2009.

Adolescentes conformes con su sexo	N°	%
No	5	0.83
No Responde	3	0.50
Si	590	98.7
Total	598	100,0

FUENTE: Formulario de recolección de datos
ELABORADO POR: Diana López

Tabla N° 9

Adolescentes del Colegio Guillermo Mensi, según conocimientos de las enfermedades de transmisión sexual y sexo. Cuenca Abril 2009.

SEXO						
ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL	HOMBRE	%	MUJER	%	TOTAL	%
HERPES	19	4	2	1,7	21	3,5
SIFILIS	9	1,9	5	4,3	14	2,4
SIDA	264	54,6	66	55,8	330	55,1
SIDA Y SIFILIS	138	29,2	35	28,8	173	28,9
NO RESPONDE	28	5,9	6	5,1	34	5,7
NO SABE	21	4,4	5	4,3	26	4,4
TOTAL	479	100	119	100	598	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos
ELABORADO POR: Diana López

Tabla N° 10

Adolescentes del Colegio Guillermo Mensi, según significado de sexo seguro y sexo. Cuenca Abril 2009.

SEXO						
QUE SIGNIFICA SEXO SEGURO	HOMBRE	%	MUJER	%	TOTAL	%
ABSTENERSE	13	2,7	5	4,2	18	3
FIDELIDAD	1	0,2	0	0	1	0,1
USAR ANTICONCEPTIVOS	55	11,6	14	11,8	69	11,6
USAR PRESERVATIVO	219	45,7	50	42	269	44,9
NO SABE	191	39,8	50	42	241	40,4
TOTAL	479	100	119	100	598	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos
ELABORADO POR: Diana López

Tabla N° 11

Adolescentes del Colegio Guillermo Mensi, según mujer con relaciones sexuales antes de casarse y sexo. Cuenca Abril 2009.

SEXO						
MUJER Y RELACIONES SEXUALES ANTES DE CASARSE	HOMBRE	%	MUJER	%	TOTAL	%
FUERTEMENTE DE ACUERDO	47	9,8	9	7,5	56	9,3
DE ACUERDO	65	13,5	8	6,7	73	12,2
FUERTEMENTE DESACUERDO	48	10	11	9,24	59	9,8
EN DESACUERDO	158	32,9	51	42,8	209	34,9
INDECISO	109	22,7	20	16,8	129	21,5
NO RESPONDE	52	10,8	20	16,8	72	12
TOTAL	479	100	119	100	598	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos
ELABORADO POR: Diana López

Tabla N° 12

Adolescentes del Colegio Guillermo Mensi, según hombre con relaciones sexuales antes de casarse y sexo. Cuenca Abril 2009.

SEXO						
HOMBRE Y RELACIONES SEXUALES ANTES DE CASARSE	HOMBRE	%	MUJER	%	TOTAL	%
FUERTEMENTE DE ACUERDO	46	9,6	8	6,7	54	9
DE ACUERDO	100	20,8	12	10	112	18,7
FUERTEMENTE DESACUERDO	40	8,4	11	9,2	51	8,5
EN DESACUERDO	139	29	43	36	182	30,4
INDECISO	99	20,7	19	15,9	118	19,7
NO RESPONDE	55	11,5	26	21,8	81	13,5
TOTAL	479	100	119	100	598	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos
ELABORADO POR: Diana López

Tabla N° 13

Adolescentes del Colegio Guillermo Mensi, según con quien hablan sobre sexualidad y sexo. Cuenca Abril 2009.

SEXO						
CON QUIEN HABLA SOBRE SEXUALIDAD	HOMBRE	%	MUJER	%	TOTAL	%
AMIGOS	84	17.5	5	4.2	89	14.9
PADRES	130	27.1	62	52.1	192	32.1
PAREJA	7	1.5	3	2.3	10	1.7
PROFESORES	134	27.9	27	22.7	161	26.9
OTROS FAMILIARES	19	3.9	3	2.5	22	3.7
PAREJA Y AMIGOS	7	1.5	0	0	7	1.2
PADRES Y PROFESORES	36	7.5	7	5.9	43	7.1
PADRES Y AMIGOS	34	7.1	9	7.6	43	7.1
NO HABLA CON NADIE	22	4.6	1	0.8	23	3.8
NO RESPONDE	6	1.2	2	1.7	8	1.3
TOTAL	479	100	119	100	598	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos
ELABORADO POR: Diana López

Tabla N° 14

Adolescentes del Colegio Guillermo Mensi, según edad de inicio de relación sexual y sexo. Cuenca, Abril 2009

SEXO						
EDAD INICIO ACTO SEXUAL	HOMBRE	%	MUJER	%	TOTAL	%
6 a 8	5	6,2	0	0	5	5,4
9 a 11	17	21,0	1	8,3	18	19,4
12 a 14	40	49,4	10	83,3	50	53,8
15 a 17	19	23,5	1	8,3	20	21,5
TOTAL	81	100	12	99,99	93	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos
ELABORADO POR: Diana López

Tabla N° 15

Adolescentes del colegio Guillermo Mensi, con quien fue la primera relación sexual y sexo.
Cuenca Abril 2009.

SEXO						
CON QUIEN FUE LA PRIMERA RELACION SEXUAL	HOMBRE	%	MUJER	%	TOTAL	%
AMIGO/ A	45	55.5	1	8.3	46	49.4
NOVIO/	22	27.2	8	66.7	30	32.3
PRIMO/A	6	7.4	3	25	9	9.7
PROSTITUTA	3	3.7	0	0	3	3.2
PERSONA RECIEN CONOCIDA	5	6.2	0	0	5	5.4
TOTAL	81	100	12	100	93	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos
ELABORADO POR: Diana López

Tabla N° 16

Adolescentes del colegio Guillermo Mensi, según utilización de método anticonceptivo en relación sexual y sexo. Cuenca Abril 2009.

SEXO						
UTILIZACION METODO ANTICONCEPTIVO	HOMBRE	%	MUJER	%	TOTAL	%
No ha utilizado	46	56,8	11	91,7	57	61,3
Si ha utilizado	34	41,9	1	8,3	35	37,6
No responde	1	1,2	0	0	1	1,1
Total	81	100	12	100	93	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos
ELABORADO POR: Diana López

Tabla N° 17

Adolescentes del colegio Guillermo Mensi, según prácticas de masturbación y sexo. Cuenca
Abril 2009.

SEXO						
PRACTICAS DE MASTURBACION	HOMBRE	%	MUJER	%	TOTAL	%
SI	50	10,4	6	5	56	9,4
NO	429	89,6	113	95	542	90,6
TOTAL	479	100	119	100	598	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORADO POR: Diana López

Tabla N° 18

Adolescentes del colegio Guillermo Mensi, según prácticas de masturbación y edad.

PRACTICAS DE MASTURBACION	11 A 12	%	13 A 14	%	15 A 16	%	17 A 19	%	TOTAL	%
SI	6	5	29	8,1	16	15,8	6	30	56	9,4
NO	111	92,5	328	91,9	85	84,2	14	70	542	90,1
NO RESPONDE	3	2,5	0	0	0	0	0	0	3	0,5
TOTAL	120	100	357	100	101	100	20	100	598	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORADO POR: Diana López