

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

UNIDAD CENTRAL

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



**“CONOCIMIENTO, PRACTICAS Y ACTITUDES
SOBRE SEXUALIDAD DE LA POBLACION ENTRE 10 A 19 AÑOS.”
CENTRO ESCOLAR ALBERTO BORGONOVO POHL MONCAGUA,
SAN MIGUEL, JUNIO -AGOSTO DE 2015.**

Informe Final Presentado Por:

Fátima Trinidad Monge Larios,
Sarvia Bitia Solórzano Hernández
Omar Alberto Vega Molina.

Para Optar al Título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dra. Celina Yolanda Díaz García.

SAN SALVADOR, 12 DE NOVIEMBRE DE 2015

INDICE

Contenido.	Número de página.
Agradecimientos	i
Resumen ejecutivo	ii
Introducción	iii
I. Antecedentes	1
II. Justificación	4
III. Planteamiento del problema	6
IV. Objetivos	7
1. Generales.....	7
2. Específicos.....	7
V. Marco Teórico	8
1. Generalidades.....	8
1.1 Salud sexual.....	10
1.2 Salud Reproductiva.....	11
1.3 Derechos sexuales y reproductivos.....	11
2. Bases teóricas.....	13
2.1 Menarquía.....	13
2.2 Reproducción.....	14

2.3	Embarazo.....	15
2.4	Métodos anticonceptivos.....	15
2.4.1	Métodos anticonceptivos folclóricos.....	16
2.4.2	Métodos naturales.....	16
2.4.3	Coito interrumpido.....	17
2.4.4	Método de calendario o ritmo.....	17
2.4.5	Método de la temperatura basal.....	17
2.4.6	Método del moco cervical.....	18
2.4.7	Métodos modernos o artificiales.....	18
2.4.8	Métodos temporales.....	19
2.4.9	Métodos hormonales.....	19
2.4.10	Métodos de barrera.....	20
2.4.11	Dispositivos.....	21
2.4.12	Definitivos.....	21
2.5	Enfermedades de transmisión sexual.....	22
2.5.1	infección por Clamidia.....	22
2.5.2	Gonorrea.....	23
2.5.3	SIDA.....	24
2.5.4	Herpes simple.....	24

2.5.5	Virus del Papiloma Humano.....	25
2.5.6	Sífilis.....	26
2.5.7	Tricomoniasis.....	27
3.	Perspectivas psicológicas de la sexualidad.....	27
3.1	Identidad sexual y de género.....	27
3.2	Definiciones alternativas.....	28
3.2.1	Definición de adolescencia.....	28
3.3	Definición de sexualidad.....	30
3.4	La sexualidad del adolescente.....	30
4.	Actitudes y valores.....	32
5.	Conducta sexual.....	32
6.	Conducta sexual del adolescente y factores de riesgo de la actividad sexual precoz.....	32
7.	Influencia de los factores de riesgo en el inicio de la actividad sexual.....	33
7.1	El desarrollo cognitivo y psicosocial.....	33
7.2	La influencia de la familia.....	34
7.3	Los factores individuales.....	34
7.4	Autoestima.....	34
VI.	Hipótesis.....	36

VII.	Diseño metodológico.....	37
VIII.	Resultados.....	43
IX.	Análisis de resultados.....	61
X.	Conclusiones.....	65
XI.	Sugerencias.....	67
XII.	Bibliografía.....	71
XIII.	Anexos.....	73

AGRADECIMIENTOS



A Dios todopoderoso

Infinitas gracias a Dios por acompañarnos todos los días de nuestras vidas, por habernos dado la fuerza, la sabiduría y el entendimiento para culminar esta investigación. Además por proveernos todo lo necesario para salir adelante y por todo lo que nos ha dado.

A nuestra Madre Santísima

Por ser un ejemplo de amor, por siempre interceder por nosotros ante tu hijo amado y darnos la fuerza para culminar nuestra tesis de la mejor manera.

A nuestras familias

Por ser un pilar fundamental en nuestras vidas, sin ellos no habríamos podido llegar hasta la meta. Hemos necesitado su amor, su comprensión, apoyo incondicional y de sus oraciones.

A la Universidad De El Salvador

Por habernos aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar nuestra carrera, así también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y apoyo recibido durante los largos y fructíferos períodos que hemos desarrollado en ellos nuestra labor como estudiantes.

A nuestra asesora de tesis

Por compartir sus conocimientos, su amistad, motivarnos para no desmayar en el camino, por su paciencia y corrección adecuada y oportuna. Ha sido un privilegio contar con su guía y ayuda.

A nuestros compañeros

Que formaron parte de nuestras clases durante todos los niveles de Universidad ya que gracias a su compañerismo amistad y apoyo moral aportaron en un alto porcentaje a nuestras ganas de seguir adelante en nuestra carrera.



I. ANTECEDENTES

La población adolescente y joven es una prioridad a nivel mundial. La generación actual es la más grande que se haya registrado en la historia de la humanidad. Las condiciones en las que toman decisiones sobre su sexualidad, los elementos y servicios con los que cuentan para ello, así como las oportunidades de educación y desarrollo disponibles, tienen un importante efecto en su calidad de vida y en las tendencias poblacionales de las siguientes décadas.

A nivel global, una gran cantidad de adolescentes ya son sexualmente activos antes de cumplir 20 años de edad, y la gran mayoría no utiliza ninguna protección contra el embarazo, ni contra el riesgo de adquirir una ITS o infectarse de VIH.

Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según el estudio realizado por el consultor en salud de los adolescentes James E Rosen, a cargo de un estudio de investigación del departamento de Reducción de los riesgos del embarazo de la OMS¹. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América.²

Por contra parte países de Europa tienen menos embarazos de adolescentes porque adoptan un enfoque diferente con respecto a la educación sexual y facilitan el acceso a la planificación familiar. En los Países Bajos, que posee una de las tasas más bajas de Europa de embarazos en adolescentes, de cuatro partos en adolescentes por 1.000 mujeres, la educación sexual comienza en la escuela primaria.

II. JUSTIFICACION

Los adolescentes son los adultos del mañana y constituyen una proporción substancial de la población, ignorar sus necesidades no sólo es difícil, sino imprudente e injusto. Un ejemplo notable al respecto, lo demostró la pirámide poblacional para el año 2007 en El Salvador con un ensanchamiento en su base a expensas del grupo de 10 a 24 años, lo que supone un aumento en la cantidad de jóvenes a incorporarse a la población económicamente activa del país y que con seguridad, demandará los servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

La adolescencia es una de las etapas más hermosas de la vida, en la cual se deja de ser niño para convertirse en adulto, operándose una serie de cambios anatomofisiológicos y psicosociales. La adolescencia es la etapa cuando aparecen intereses sociales y florecen sentimientos nunca antes experimentados que junto a los cambios fisiológicos, hacen evidentes una transformación significativa en este sujeto que poco a poco deja de ser un niño. Se comienza a valorar la sexualidad, especialmente en los aspectos reproductivos, otorgando poca o ninguna consideración al conjunto de condiciones estructurales, fisiológicas y socioculturales que permiten el ejercicio de la función sexual humana responsable.

Las relaciones sexuales entre los adolescentes y la falta de conocimiento sobre la sexualidad, avalan la existencia de un problema social de interés y de salud pública. Los datos encontrados en los últimos años (Rev. Ciencias Médicas. Enero-febrero, 2014; 18(1):33-44) muestran que más del diez por ciento de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes. Cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes. Cada día hay 41095 y cada hora 1712 nacimientos de gestantes inmaduras. En América Latina, los países con mayor tasa de maternidad en adolescentes son: Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador, Venezuela, representando entre un 15 y un 25 % de las adolescentes.

El peso demográfico de los adolescentes existente en El Salvador, los múltiples problemas, hábitos nocivos y desafíos que amenazan las posibilidades de desarrollo saludable de este grupo poblacional, permiten considerar de especial interés el desarrollo del presente trabajo de investigación cuyo objetivo principal es identificar el grado de conocimiento, prácticas y actitudes sobre sexualidad de la población entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl Moncagua San Miguel, julio – septiembre de 2015.

Se pretende con los resultados obtenidos ayudar a padres de familia, maestros y personal de salud de la comunidad a mejorar su labor como educadores e impulsores de nuevas actitudes, correctas y responsables en cuanto a sexualidad de los adolescentes a su cargo. Además que se sustenten intervenciones educativas con un carácter activo, permanente y de calidad, que potencien formas de vida y desarrollo de su sexualidad de manera plena, sana y responsable de los adolescentes en estudio.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es el grado de conocimiento, las prácticas y las actitudes sobre sexualidad en la población de entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl, Moncagua, San Miguel de junio –agosto de 2015?

Identificación: Grado de conocimiento, practicas y actitudes sobre sexualidad de la población de entre 10 a 19 años del centro escolar Alberto Borgonovo Pohl

Delimitación: Grado de conocimiento, practicas y actitudes sobre sexualidad de la población de entre 10 a 19 años y la relación con los embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en los adolescentes que estudian en el Centro escolar Alberto Borgonovo Pohl, Moncagua. San Miguel del periodo de julio-agosto de 2015.

Definición: Grado de conocimiento, prácticas y actitudes sobre sexualidad de la población de entre 10 a 19 años y su asociación con embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

IV. OBJETIVOS.

1. OBJETIVO GENERAL:

Valorar el grado de conocimiento, las prácticas y actitudes sobre sexualidad de la población entre 10 a 19 años, del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl del municipio Moncagua de junio- agosto de 2015.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a) Identificar el perfil epidemiológico (edad, sexo y condición familiar) de los adolescentes inscritos en el Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl en el turno matutino.
- b) Determinar el grado de conocimiento, las prácticas y actitudes sobre sexualidad de la población en estudio.

X. MARCO TEORICO.

1. GENERALIDADES.

La adolescencia es un período en el que se experimentan importantes cambios a nivel biológico, psicológico y social. Durante esta etapa suele aumentar el interés por el sexo y darse las primeras relaciones sexuales.

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

- Sexualidad:

La sexualidad es un proceso dinámico y complejo que comienza cuando se nace y se manifiesta de distintas maneras a lo largo de la vida.

Es el conjunto de características biológicas, psicológicas y socioculturales que permite comprender el mundo y vivirlo por medio del ser como hombres o mujeres. Es una parte de la personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que se expresan mediante el cuerpo, es un elemento básico de la femineidad o masculinidad, de la autoimagen, de la autoconciencia, del desarrollo personal. Es parte del deseo para la satisfacción personal. Estimula las necesidades de establecer relaciones interpersonales significativas con otros.

Se refiere a una dimensión fundamental del ser humano basada en el sexo, incluyendo el género, la identidad de sexo, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Es decir que la sexualidad es parte integral de la vida y debe ser considerada dentro del contexto del desarrollo humano. Tiene que ver con la forma de vestirse, de moverse, de expresarse y de relacionarse con los demás. En los adolescentes se expresa en sus relaciones con amigos, padres, sociedad en general y también con el adolescente mismo.

- Actitudes:

Particularmente en la adolescencia se consolidan las actitudes hacia la sexualidad; como consecuencia, éstas influyen significativamente en el modo de vida de los adolescentes y repercuten en la problemática de salud que puede aparecer en ese momento o en las sucesivas etapas del ciclo vital.

En otras palabras, las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones, creencias, sentimientos, intenciones o tendencias hacia un objeto, factores que no son innatos, sino que se forman a lo largo de la vida. Es decir que, las actitudes dirigen nuestra atención a aspectos particulares de un objeto e influyen en nuestras interpretaciones del mismo. Como resultado, es más probable desarrollar una conducta acorde con la actitud, y las personas pueden actuar basándose en sus actitudes de una manera relativamente directa.

- Conocimientos:

Es importante tener en cuenta el concepto de conocimientos, conjunto de datos e ideas que se conocen acerca de algo, especialmente de una materia o ciencia; en este caso acerca de sexualidad, los cuales se van adquiriendo con la experiencia y fuentes de información, como la familia, amigos, escuela o centros de salud; y el concepto de práctica, que es el ejercicio de cualquier arte o facultad, conforme a sus reglas; ya que a lo largo del desarrollo del tema se verá reflejado como el conocimiento influye de forma

directa en las actitudes y prácticas de cada persona, pues por medio de la información y la propia vivencia es por lo que se logra obtener conocimiento sobre un tema en específico.

Dentro de éste marco, la actitud de los adolescentes hacia la sexualidad, la contracepción el contagio de las enfermedades de transmisión sexual varía según el nivel cultural, las creencias religiosas, las relaciones afectivas con los padres y la edad de los adolescentes. Así aparece que el nivel cultural propio y de los padres parece que tiene como efecto el acercar los modelos de conducta de chicas y chicos. Al aumentar el nivel educativo, los chicos son menos precoces en iniciarse en determinados comportamientos, vinculan más la afectividad a la sexualidad y comparten la iniciativa en cuanto a sus relaciones coitales con su pareja.

1.1 SALUD SEXUAL

"La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o de enfermedad o de ambas. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen". (OMS/OPS y Asociación Mundial de Sexología 2000). De estos conceptos surge el doble enlace existente entre salud y sexualidad. No se concibe el logro de la salud integral de las personas sin el desarrollo pleno y armónico de su sexualidad. Tampoco es posible su ejercicio pleno y satisfactorio, si existen situaciones que afectan la salud de las personas en el plano somático, psicológico y social.

1.2 SALUD REPRODUCTIVA

"La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia..."(Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, Cairo 1994). El concepto de la Salud Sexual y Reproductiva va más allá de la reproducción y la sexualidad, incorpora el marco ético de los derechos humanos y las desigualdades de género.

1.3 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

En el marco de los derechos humanos, los derechos sexuales, incluyen los derechos de todas las personas a: Decidir de manera libre y responsable sobre todos los aspectos de su sexualidad, incluyendo el promover y proteger su salud sexual; libres de discriminación, coacción o violencia en su vida sexual y en todas sus decisiones sexuales, esperar, exigir igualdad, consentimiento completo, respeto mutuo y responsabilidad compartida en las relaciones sexuales.

Los derechos reproductivos incluyen los derechos individuales y de las parejas a: decidir libre y responsablemente el procrear o no, el número de hijos/as, el momento de tenerlos, a que intervalo hacerlo, con quien y tomar decisiones sobre la reproducción libre de discriminación, coacción y violencia. Tener la información, educación para alcanzar el estándar más alto de salud sexual y reproductiva.

Entonces, para que la primera relación pueda considerarse saludable, debe cumplir algunos requisitos:

a) Anticipada, es decir, prevista con antelación;

- b) Deseada por ambos miembros de la pareja;
- c) Con protección ante riesgos de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual (ETS); y
- d) Disfrutada, resultando gratificante para los dos.

A continuación se describen los principales aspectos que caracterizan las relaciones sexuales en la adolescencia, como la edad de inicio, el tipo de relaciones, el número de compañeros sexuales, o los conocimientos sobre los riesgos asociados.

- Edad de las primeras relaciones

Como promedio, el primer contacto sexual suele darse en torno a los 16 años. Aunque las chicas alcanzan antes la madurez sexual, suelen ser los chicos quienes se inician primero.

- Conductas sexuales en la adolescencia.

a) Masturbación: tanto la auto estimulación, como la masturbación de la pareja son prácticas muy extendidas entre los adolescentes. Dos tercios de los varones la practican frecuentemente, frente a tan sólo un tercio de las mujeres.

b) Sexo oral: los estudios con adolescentes indican que más de la mitad de los sujetos han tenido alguna práctica de sexo oral.

c) Coito vaginal.

d) Coito anal: esta práctica, una de las que conlleva mayor riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

- Número de parejas sexuales.

Es un hecho que los adolescentes cambian de compañero sexual con mayor frecuencia que los adultos. La relevancia de este dato radica en que a mayor número de parejas, aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual. Se da

además la circunstancia de que los jóvenes con más parejas y mayor número de contactos sexuales son quienes emplean menos el condón.

2. BASES TEORICAS.

2.1 MENARQUÍA.

Se llama menarquía, a la fecha en que aparece el primer periodo menstrual. Esto indica el comienzo de la capacidad reproductiva. El desarrollo de las características sexuales secundarias se asocia a desarrollo mamario, aparición del vello púbico y axilar y aumento de la estatura. El estirón de la pubertad produce un incremento de la estatura de 8 a 9 cm. anuales durante unos dos años. El resurgimiento de la frecuencia y amplitud de la liberación de ciertas substancias del hipotálamo en la pubertad produce la liberación pulsátil de hormona folículo-estimulante y hormona luteinizante, que a su vez inicia la actividad ovárica y el crecimiento folicular. La liberación de la primera de ellas, puede tardar varios meses o incluso años, en ajustarse al patrón adulto y, por lo tanto, el crecimiento folicular será errático al principio. La actividad ovárica aumenta los niveles de estradiol que inducen los cambios puberales, incluyendo el crecimiento del útero y endometrio.

El comienzo de la menstruación se produce entre los 10 y 16 años de edad en la mayoría de las muchachas de países desarrollados. Los primeros ciclos suelen ser anovulatorios y su duración es muy variable. Suelen ser indoloros y se presentan sin previo aviso. Hacia los 6 años después de la menarquía, el 80 por ciento de los ciclos son ovulatorios, y más del 95 por ciento a los 12 años. Es importante conocer el patrón de la menstruación precoz para poder informar correctamente a las chicas y a sus padres. En la mayoría de los casos, la irregularidad menstrual mejorará espontáneamente. Algunas muchachas, por otra parte, pueden tener más adelante "achaques" relativos al ciclo. Debido a que los ciclos anovulatorios suelen ser indoloros, por lo general la dismenorrea primaria sólo se inicia cuando la menstruación se regulariza.

La menarquía es el principal marcador psicológico de la transición de la infancia a la edad adulta. Su impacto depende en gran parte de la educación que reciban las chicas en las escuelas y de sus padres. En algunas culturas, las mujeres se consideran impuras mientras tienen la menstruación e incluso se les recluye en unas chozas especiales fuera del poblado. Por suerte, estas prácticas son cada vez más raras.

2.2 REPRODUCCIÓN.

Uno de los aspectos más importantes de los seres vivos es su capacidad de auto reproducirse. A todo organismo le llega el momento en que sus capacidades de metabolismo, crecimiento e irritabilidad se vuelven insuficientes para mantener en contra de otras fuerzas su compleja organización. El ataque de depredadores, la acción de parásitos, las épocas de hambre, otros cambios dañinos del ambiente, o simplemente aquellos procesos no bien definidos que denominamos envejecimiento, llevan finalmente a la muerte del organismo. Sin embargo, la especie sobrevive por un periodo de tiempo mayor que el periodo de vida de cualquiera de sus individuos. Esto se logra mediante la producción de nuevos individuos por parte de los individuos de mayor edad antes de que estos mueran.

Muchos de los principales problemas de la biología conciernen a la capacidad de los seres vivos de producir copias de sí mismos.

En los seres vivos se presentan dos modos diferentes de producir cría. Uno de estos modos es la reproducción sexual; esto es, la reproducción de nuevos individuos, en los cuales se combina la información genética de las células diferentes, generalmente provenientes, a su vez, de dos padres distintos. En la mayoría de los organismos, estas células son los gametos. En el otro modo de reproducción toma parte solamente un progenitor. Se llama reproducción asexual.

2.3 EMBARAZO.

Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín gravitas) al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.

2.4 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Método anticonceptivo o método contraceptivo es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación o un embarazo en las relaciones sexuales. Los métodos anticonceptivos contribuyen decisivamente en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad (número de hijos que se desean o no tener), la prevención de embarazos, así como en la disminución del número de embarazos no deseados y embarazos en adolescentes. Los métodos que se administran después de mantener relaciones sexuales se denominan anticonceptivos de emergencia.

La generalización de la planificación familiar y la educación sexual favorecen la utilización óptima de los métodos de anticoncepción.

2.4.1 MÉTODOS FOLCLÓRICOS.

Son ideas populares que las personas practican con la convicción que les ayudan a prevenir el embarazo. No tienen una base científica y por lo tanto no son recomendables.

Ejemplos de falsas creencias que exponen a la mujer al embarazo cuando las practican:

- * Tomar una bebida gaseosa con algún medicamento antes de la relación
- * Ponerse de pie sobre una superficie muy fría después de la relación sexual
- * Amarrar un trapo rojo alrededor de la cintura durante la relación
- * Tomar jugo de limón después de la relación sexual
- * Aplicarse limón o vinagre en la vagina antes de la relación sexual
- * Saltar después de la relación para que se salgan los espermatozoides de la vagina
- * Bañarse o lavarse la vagina después de la relación sexual.

Ninguna de estas prácticas u otras creencias similares evita el embarazo.

2.4.2 MÉTODOS NATURALES.

Los murales de control de la fertilidad engloban una serie de técnicas que permiten a una pareja, mediante el conocimiento de los procesos asociados a la ovulación y la adaptación del ejercicio de la sexualidad, decidir si desea o no concebir un hijo.

2.4.3 COITO INTERRUMPIDO.

A pesar de que el coitus interruptus ha sido un método utilizado desde la antigüedad y su uso sigue siendo muy extendido, no es propiamente un método anticonceptivo debido a su baja eficacia y el alto riesgo de contraer infecciones.

Al eyacular fuera de la vagina, se intenta evitar la fecundación de una forma gratuita y accesible en cualquier momento. Estos aspectos favorecen que el coito sin método de protección, sea una alternativa atractiva y practicada. Pero en realidad, la actividad sexual no resulta tan satisfactoria, ya que justo en el momento de mayor excitación sexual, se tiene que interrumpir el coito con el fin de eyacular fuera de la vagina.

2.4.4 MÉTODO DEL CALENDARIO O RITMO.

También conocido como Método Ogino-Knaus consiste en abstenerse de mantener relaciones sexuales con penetración o usar métodos de barrera durante los días fértiles de la mujer según el calendario menstrual (de 12 a 16 días desde el día de la regla). Sólo puede ser utilizado por mujeres con menstruaciones regulares (ciclos de 28 a 30 días) sin que haya habido retrasos superiores a los 3 días en medio año ya que en caso contrario, sería poco fiable. Incluso con una menstruación normalmente regular es un método poco fiable ya que la menstruación puede variar con el clima, enfermedades y otros factores externos. Su efectividad es baja ya que los espermatozoides pueden vivir en el cuello uterino 3 días.

2.4.5 MÉTODO DE LA TEMPERATURA BASAL.

La fertilidad viene determinada por cambios en la Temperatura Basal Corporal (temperatura del cuerpo en reposo y al despertar). La temperatura se ha de tomar todos los días, durante 5 minutos, vía sublingual, vaginal o rectal (para una mayor precisión debe utilizarse la misma manera durante todo el ciclo). Durante la ovulación se producirá un aumento de casi un grado. Es un método efectivo, aunque hay varios

factores que pueden alterar su medición exacta. Lo más efectivo es combinar este método con el método de Billings.

2.4.6 MOCO CERVICAL.

Después de finalizar la menstruación, la parte más interna de la vagina es bloqueada por un tapón de mucosidad: un espeso moco ácido para prevenir la infección. La película de moco y su pH se incrementa (hacia la neutralidad) varios días antes de la ovulación, permitiendo a los espermatozoides pasar a través del cérvix a las trompas de Falopio donde esperarán un óvulo que pueda ser fecundado. Muy poco después de que llegue la ovulación, el moco cervical vuelve a ser más espeso y de un pH más bajo.

Algunos métodos anticonceptivos (método Billings) dependen de la observación de las calidades del moco cervical para determinar los periodos de fertilidad y de infertilidad, durante el ciclo ovulatorio humano. Puede categorizarse por la cantidad de moco presente, la cualidad de hacer "hilos" ese "engrudo": es el carácter de elasticidad del moco cervical en el periodo ovulatorio fértil, el grado de apertura del canal cervical, la presencia de telitas (aparición de patrones de ramitas del moco), y la claridad del moco versus la presencia de desechos celulares o leucocitos.

2.4.7 MÉTODOS MODERNOS O ARTIFICIALES.

Son métodos que ayudan a prevenir el embarazo a través de elementos ajenos al cuerpo y se dividen en métodos modernos temporales y métodos modernos definitivos.

Como sus nombres lo indican los métodos temporales pueden suspenderse en cualquier momento y la fertilidad retornará si la mujer desea quedar embarazada. Los métodos modernos definitivos son procedimientos quirúrgicos que evitarán que el hombre y la mujer vuelvan a tener hijos de por vida.

Los métodos modernos temporales son altamente efectivos, ofrecen un 98% de protección y se clasifican en:

- Hormonales.
- De Barrera.
- Dispositivos.

2.4.8 TEMPORALES.

Estos métodos son buenos para las personas que quieren esperar más tiempo entre los embarazos o posponerlos. El objetivo de los métodos temporales es servir durante un solo acto de relaciones sexuales o por un periodo específico de tiempo

2.4.9 MÉTODOS HORMONALES

Funcionan por medio de hormonas especiales que inhiben (impiden) la ovulación y alteran el moco del cuello del útero para que no pasen los espermatozoides. La eficacia de estos métodos es de 98% para prevención del embarazo.

Es importante que tú y tu médico conozcan como responde tu organismo a las hormonas, a su dosis y al método de administración:

Entre los métodos hormonales se incluye las píldoras anticonceptivas de emergencia.

Para utilizar cualquiera de estos métodos es importante la prescripción médica y saber que no evitan las Infecciones de Transmisión sexual (ITS) incluido el VIH/SIDA.

- Inyectables: son inyecciones intramusculares que pueden ser de aplicación mensual o trimestral.
- Píldoras anticonceptivas: vienen en presentaciones de 21 o 28 píldoras que se deben tomar una cada día, sin olvidarlas para mantener su eficacia.

- Mini píldora. Se debe tomar diariamente sin interrupción.
- Implante subdérmico: son dos cápsulas que contienen hormonas y se colocan debajo de la piel del antebrazo de la mujer. Puede permanecer allí hasta cinco años.
- Anillo Vaginal hormonal se coloca en la entrada al cuello del útero.
- Parches: de uso semanal, se colocan sobre la piel en una zona musculosa y la hormona es liberada lentamente durante la semana.

2.4.10 METODOS DE BARRERA.

Los métodos de barrera más comunes son el condón masculino, el condón femenino y los espermicidas.

- Existen condones tanto para el hombre como para la mujer, pero el condón masculino es más conocido y más comercializado. El condón masculino es una funda o forro que se adapta a la forma del pene erecto, fabricados mayormente en látex. Es uno de los únicos métodos, además del más efectivo, al momento de prevenir las infecciones de transmisión sexual. Evita que el esperma entre a la vagina, quedando atrapado dentro del condón.
- El condón femenino es un revestimiento que se adapta a la vagina de la mujer, generalmente hecho de una película de plástico suave y delgado, aunque en algunos países ya los están fabricando de látex. El condón femenino cuenta con dos aros, uno más pequeño que debe introducirse en la vagina antes de la relación sexual, y uno más grande que se ajusta en la parte exterior de la vagina. Al igual que el condón masculino funciona como barrera para evitar que el esperma entre y fecunde el óvulo.
- Los espermicidas son sustancias de fácil aplicación que se colocan profundamente dentro de la vagina antes de tener relaciones sexuales. Funcionan haciendo lento o matando al espermatozoide, evitando por consiguiente que éste

tenga contacto con el óvulo. Los espermicidas se encuentran en presentación de comprimidos de espuma, gel, crema, películas y supositorios derretibles.

2.4.11 DISPOSITIVOS.

El dispositivo intrauterino (DIU), consiste en un pequeño dispositivo hecho de polietileno y son los llamados DIU inertes. Puede estar rodeado de cobre y son los llamados DIU con cobre o puede liberar hormonas y son los llamados endoceptivos.

El DIU ha demostrado ser uno de los anticonceptivos temporales más efectivos y aceptados. Si es bien tolerado es un método excelente, sobre todo si se considera que sólo requiere de una visita inicial para la inserción, una de control a los 3 meses, para verificar que está en posición correcta, y luego la visita anual de rutina para la citología.

Es el método ideal para aquella mujer con hijos que desea una anticoncepción efectiva, se pueda usar por largo plazo y que no desea la ligadura. En la mujer que no ha tenido hijos, es preferible el uso de los anticonceptivos orales, por los posibles efectos sobre la fertilidad futura que puede tener el DIU, relacionados con el aumento de la incidencia de infecciones. Aunque si no desea la pastilla, el DIU es una alternativa.

2.4.12 DEFINITIVOS.

En la mujer la esterilización se llama Ligadura de trompas y en el hombre, vasectomía.

Son métodos de última elección, apropiados para aquellas parejas que tengan ya hijos e hijas y que estén completamente seguras que no quieren tener más descendencia.

Se necesita hacer una intervención quirúrgica por un médico/a en un centro sanitario

- **La vasectomía**

Es una operación sencilla y no tiene efectos secundarios sobre la capacidad sexual: el hombre sigue teniendo el deseo sexual, la erección y la eyaculación igual que antes. En la operación se hace un corte en el tubo que lleva los espermatozoides del testículo. De esta forma, se impide el paso de los espermatozoides al cuerpo de la mujer, el óvulo no es fecundado y no se produce el embarazo.

Estos métodos tienen una eficacia total si están bien hechos, pero son definitivos. No protegen contra las enfermedades de transmisión sexual ni el SIDA.

- **Ligadura de trompas.**

La ligadura de trompas es un método anticonceptivo consistente en la sección y ligadura de las trompas de Falopio, lugar habitual de la fecundación, que comunica los ovarios con la matriz. Es el método anticonceptivo que más se usa en el mundo: más de 150 millones de mujeres se han esterilizado.

Es también una intervención quirúrgica, pero es necesario hacerla en un hospital porque requiere de anestesia. Con este método, el ciclo hormonal continúa su ritmo habitual en las reglas mensuales. El deseo sexual y las relaciones sexuales siguen igual, con la ventaja de tener la seguridad de no quedarte embarazada.

2.5 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

2.5.1 INFECCION POR CLAMIDIA.

Es una enfermedad de transmisión sexual común causada por una bacteria. Se contagia a través de las relaciones sexuales o contacto sexual con una persona infectada. Tanto los hombres como las mujeres pueden tenerla. La clamidia no suele causar síntomas. Cuando sí presenta síntomas, puede aparecer una sensación de ardor al orinar o una secreción anormal por la vagina o el pene.

La clamidia puede provocar una infección urinaria tanto en hombres como en mujeres. En las mujeres, una infección en el sistema reproductivo puede conducir a una enfermedad inflamatoria pélvica, la cual puede conducir a infertilidad o problemas serios con el embarazo. Los niños que nacen de madres infectadas pueden tener infecciones oculares y neumonía por clamidia. En los hombres, la clamidia puede infectar el epidídimo, que es el conducto que lleva el esperma. Esto puede causar dolor, fiebre y, en raros casos, infertilidad.

La infección por clamidia puede curarse con antibióticos. Los especialistas recomiendan que las mujeres de 25 años o menos se realicen pruebas de clamidia todos los años.

2.5.2 GONORREA.

La gonorrea es una enfermedad de transmisión sexual curable. Es más común en los adultos jóvenes. La bacteria que causa la gonorrea puede infectar el tracto genital, la boca o el ano.

Algunas veces, la gonorrea no provoca síntomas, especialmente en las mujeres. En los hombres, la gonorrea puede causar dolor al orinar y secreción proveniente del pene. De no tratarse, puede producir epididimitis, que afecta los testículos y puede causar infertilidad. En las mujeres, la gonorrea puede provocar hemorragias entre los períodos menstruales, dolor al orinar y aumento de las secreciones vaginales. De no tratarse, puede provocar la enfermedad inflamatoria pélvica, que causa problemas de infertilidad y en el embarazo. La gonorrea puede pasar de la madre al bebé durante la gestación.

La gonorrea puede curarse con antibióticos indicados por el médico. El uso correcto de preservativos de látex reduce enormemente, aunque no elimina, el riesgo de contraer y contagiar la gonorrea.

2.5.3 SIDA.

Otros nombres: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, VIH.

SIDA es la sigla del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Es el estadio más avanzado de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). El VIH es un virus que mata o daña las células del sistema inmunológico del organismo.

El VIH suele contagiarse a través de las relaciones sexuales sin protección con una persona infectada. El SIDA también puede contagiarse por compartir agujas con drogas o mediante el contacto con la sangre de una persona infectada. Las mujeres pueden transmitírselo a sus bebés durante el embarazo o el parto.

Los primeros signos de infección con VIH pueden ser inflamación de los ganglios y síntomas gripales. Los mismos pueden presentarse y desaparecer un mes o dos después de la infección. Los síntomas graves pueden no aparecer hasta pasados meses o años.

Con un análisis de sangre se puede saber si una persona tiene una infección por VIH.

No existe una cura, pero hay muchas medicinas para combatir la infección por VIH y las infecciones y cánceres que la acompañan. Las personas pueden vivir con la enfermedad por muchos años.

2.5.4 HERPES SIMPLE.

El herpes es una infección causada por un virus herpes simple (VHS). El herpes bucal provoca llagas alrededor de la boca o en el rostro. El herpes genital afecta los genitales, las nalgas o la región anal. El herpes genital es una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Puede adquirirse por medio de las relaciones sexuales, aún con el sexo oral. El virus puede diseminarse aún cuando no exista la presencia de llagas. Las madres también pueden infectar a sus hijos durante el parto.

Algunas personas no tienen síntomas. Otras presentan llagas cerca del área por la cual penetró el virus al cuerpo. Éstas se convierten en ampollas que causan picazón y dolor y posteriormente se curan. El virus puede ser peligroso para los recién nacidos o las personas con sistemas inmunológicos debilitados.

La mayoría de las personas tiene brotes varias veces al año. Con el transcurso del tiempo, los brotes se hacen menos frecuentes. Los medicamentos que ayudan al cuerpo a combatir el virus pueden ayudar a mejorar los síntomas y disminuir los brotes. El uso correcto de los preservativos de látex reduce, mas no elimina, el riesgo de adquirir y contagiarse con herpes.

2.5.5 VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

Otros nombres: VPH.

Los virus del papiloma humano (VPH) son virus comunes que pueden causar verrugas. Existen más de 100 tipos de VPH. La mayoría son inofensivos, pero aproximadamente 30 tipos se asocian con un mayor riesgo de tener cáncer. Estos tipos afectan los genitales y se adquieren a través del contacto sexual con una pareja infectada. Se clasifican como de bajo riesgo o de alto riesgo. Los VPH de bajo riesgo pueden causar verrugas genitales. En las mujeres, los VPH de alto riesgo pueden conducir al cáncer en el cuello uterino, vulva, vagina y ano. En los hombres, pueden conducir al cáncer del ano y del pene.

Aunque algunas personas desarrollan verrugas genitales por infecciones con VPH, otras no tienen síntomas. Un profesional de la salud puede tratar o eliminar las verrugas. En las mujeres, el examen de Papanicolaou puede detectar cambios en el cuello uterino que pudieran evolucionar en cáncer.

El uso correcto de los preservativos de látex reduce enormemente, aunque no elimina, el riesgo de contraer y contagiar el VPH. Una vacuna puede proteger contra varios tipos de VPH, incluyendo algunos de los que pueden causar cáncer.

2.5.6 SÍFILIS.

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por una bacteria. Infecta el área genital, los labios, la boca o el ano y afecta tanto a los hombres como a las mujeres. Por lo general se adquiere por contacto sexual con una persona que la tiene. También puede pasar de la madre al bebé durante el embarazo.

La etapa temprana de la sífilis suele causar una llaga única, pequeña e indolora. Algunas veces, causa inflamación de los ganglios linfáticos cercanos. Si no se trata, generalmente causa una erupción cutánea que no pica, frecuentemente en manos y pies. Muchas personas no notan los síntomas durante años. Los síntomas pueden desaparecer y aparecer nuevamente.

Las llagas causadas por la sífilis facilitan adquirir o contagiar el VIH durante las relaciones sexuales. Si está embarazada, la sífilis puede causar defectos congénitos o abortos. En casos raros, la sífilis causa problemas de salud serios e incluso la muerte.

Si se detecta a tiempo, la enfermedad se cura fácilmente con antibióticos. El uso correcto de preservativos de látex disminuye enormemente, aunque no elimina, el riesgo de adquirir y contagiarse la sífilis.

2.5.7 TRICOMONIASIS.

Otros nombres: Vaginitis por tricomonas.

La tricomoniasis es una enfermedad de transmisión sexual causada por un parásito. Afecta tanto a los hombres, como a las mujeres, pero los síntomas son más comunes entre las mujeres. Los síntomas entre las mujeres incluyen una secreción vaginal verdosa o amarillenta, picazón en la vagina o cerca de ésta y molestias para orinar. La mayoría de los hombres con tricomoniasis no presenta síntomas, pero pueden tener irritación dentro del pene.

La infección por tricomonas puede curarse con antibióticos. Entre los hombres, la infección suele desaparecer espontáneamente sin provocar síntomas. Pero un hombre infectado puede continuar infectando o re infectando a una mujer hasta que reciba tratamiento. Por lo tanto, es importante que ambos integrantes de la pareja reciban tratamiento al mismo tiempo. El uso correcto de preservativos de látex reduce enormemente, aunque no elimina, el riesgo de contraer y contagiar la tricomoniasis.

3. PERSPECTIVAS PSICOLÓGICAS DE LA SEXUALIDAD.

3.1. IDENTIDAD SEXUAL Y GÉNERO.

Las relaciones de género y la adopción de cierta identidad sexual marcan patrones de comportamiento tanto para el hombre como para la mujer. El sexo se refiere a las características físicas, determinadas biológicamente, que diferencian al macho de la hembra.

El género, en cambio, está constituido por la totalidad de las características psicológicas y sociales asignadas a los hombres y las mujeres y que varían según la época y la cultura de origen.

Así, el género puede entenderse como una red de símbolos culturales, conceptos normativos, patrones institucionales y elementos de identidad que diferencian a los sexos mediante un proceso de construcción social.

Los sistemas sexo-género son un conjunto de prácticas, símbolos, representaciones sociales que los individuos elaboran a partir de la diferencia sexual anatómico-fisiológica que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y en general a la relación entre las personas.

La identidad sexual o genética tiene una base física. La identidad como hombre o como mujer tiene un componente físico tanto como un componente cultural.

Se entiende por identidad el sentimiento experimentado por el sujeto que su existencia tiene cierta continuidad y permanencia que percibe él mismo como los demás. Así, la identidad de género es la elaboración simbólica que cada cultura construye a partir de la categorización de las personas en diferentes sexos. La identidad de género se construye a partir de un proceso donde cada individuo debe aprender lo que es ser hombre o mujer, asumir los roles que le son propios e interpretarse según dichos parámetros.

3.2 DEFINICIONES ALTERNATIVAS.

3.2.1 ADOLESCENCIA.

Las definiciones alternativas se basan en la necesidad de redefinir el concepto tradicional de adolescencia, es un concepto que se caracteriza por estar centrado en criterios cronológicos y biológicos, mismo que conciben a la adolescencia como una etapa que se da por hecho, que deben pasar todos los jóvenes de esa edad. Por el contrario, las definiciones alternativas cuestionan este concepto monolítico de adolescencia y conciben a esta última como una realidad y, un concepto socialmente construido.

El concepto moderno de adolescencia surgió en la primera mitad del siglo XIX y se vinculó a la escolarización de la población, como uno de los cambios que trajo consigo la revolución industrial, ya que a finales del siglo XIX y principios de XX se fue

extendiendo en las sociedades occidentales. Esta transformación provocó que se delimitara la edad para estar en la escuela. Durante este periodo los jóvenes ya no estaban bajo el dominio exclusivo de la familia pero todavía no tenían pleno acceso a la vida pública o adulta.

Fue la clase media urbana de la sociedad occidental la que acuñó el término presuponiendo además que “adolescencia” es generalizable a cualquier grupo social; sin embargo dicho término se ha considerado existente en todas las épocas y en todos los grupos sociales.

Se afirma que desde la óptica sociológica hay un consenso más o menos unificado, que ve a la adolescencia como una construcción histórica vinculada de manera estrecha a la prolongación de la vida escolar y la democratización de la educación, y coinciden también con los planteamientos anteriores en el sentido de que el término “adolescencia” es producto de la civilización, es decir es una construcción cultural y social; “sin embargo, la misma concepción de la adolescencia varía de cultura en cultura y en determinadas sociedades ni siquiera existe este término”.

Otro aspecto importante es el rango de edad, que se considera como adolescencia donde hay un relativo consenso en cuanto al inicio de la adolescencia, identificado con el principio de la pubertad y la aparición de las características sexuales secundarias, pero el final de la adolescencia, asociado a la independencia de la vida adulta, es más difícil de definir.

Existen otras aproximaciones que incluyen diversas variables además de la edad, los cambios sexuales y psicológicos, un aspecto muy importante: la madurez de los adolescentes.

Por lo expuesto anteriormente, con base a las diferentes definiciones revisadas, se puede decir que no es posible definir “la adolescencia” como un concepto único, amplio y que encierre toda la fenomenología que esta etapa significa, sino que podemos hablar de “adolescentes” múltiples, diversos, concretos, históricos, diferenciados por las clases sociales, estrato socioeconómico, género, escolaridad, ocupación, religión y/o contexto familiar.

Esta es la riqueza conceptual de las definiciones alternativas, que son se ciñen a un criterio unívoco, como la edad y que están considerada la diversidad cultural y social para describir lo que se puede entender como adolescencia.

3.3 DEFINICIÓN DE SEXUALIDAD.

La sexualidad debe ser vista desde una perspectiva integral, tal como se sostiene en la OMS (1998) “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”.

Tradicionalmente, el tema de la sexualidad se ha analizado desde la perspectiva de la salud reproductiva y se ha limitado a una visión biológica y de organización de servicios. Sin embargo, en este momento, resulta necesaria la incorporación del concepto de salud sexual en el contexto de la promoción y prevención continua de la salud, en el marco de la salud integral del adolescente.

3.4 LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE.

Comprende de los 10 a los 19 años, es una época de rápidos cambios, el desarrollo físico es sólo una parte de este proceso, porque los adolescentes afrontan una amplia gama de requerimientos psicosociales: independización de los padres, consolidación de las

cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, incorporación de una serie de principios éticos aplicables a la realidad práctica, fomento de las capacidades intelectuales y adquisición de una responsabilidad social e individual básica, por nombrar sólo algunos.

Pero a la vez que el adolescente se encara con tan compleja sucesión de dificultades concernientes a su evolución conjunta como ser humano, debe resolver su sexualidad aprendiendo el modo de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escogiendo cómo participar en las diversas clases de actividad sexual, descubriendo la manera de identificar el amor y asimilando los necesarios conocimientos para impedir que se produzca un embarazo no deseado. No es extraño que en ocasiones el adolescente sea víctima de conflictos, sufrimiento y desconcierto.

Todo esto hace que se propicie que los chicos y chicas asuman su sexualidad en un ámbito de inseguridad y falta de información, esta se presenta como una fuerza interna que no es fácil de definir ni de controlar, el adolescente se siente impulsado fuera de sí mismo, sin saber adónde ni cómo pero lo siente, es la tendencia sexual que fuertemente le lleva a buscar el placer. Estas sensaciones generalmente lo toman por sorpresa, por eso la angustia, el temor, la incertidumbre y la confusión revolotean en su cabeza, más aún si no se tiene la información necesaria para comprender mejor lo que le está pasando, o si no se cuenta con personas confiables que le puedan escuchar y orientar seriamente.

Los propios adolescentes manifiestan que a pesar de existir información disponible en muchos lugares, el principal obstáculo se encuentra en la falta de normalidad para hablar sobre temas de sexualidad, en concreto, la sexualidad es un tema tabú, lo cual provoca que los jóvenes tengan vergüenza para preguntar o acercarse a otras personas para resolver sus problemas.

Por lo tanto, es importante reconocer que la sexualidad adolescente en nuestra sociedad es considerada como un grupo susceptible de diferentes tipos de riesgo, y en este contexto se hace necesario profundizar en el análisis de las variables que determinan y afectan el comportamiento sexual de los y las adolescentes.

4. ACTITUDES Y VALORES.

Se construyen en base al comportamiento sexual, el rol sexual y la sexualidad, ellos son aspectos de gran importancia en el desarrollo y la vivencia de la sexualidad. Las actitudes y valores están determinados por las expectativas de nuestras familias y la sociedad en la que estamos insertos. Existen innumerables mitos y tabúes sobre sexualidad, que los niños absorben desde muy temprana edad y que, ya en la adolescencia, están profundamente arraigados como actitudes y valores, los cuales se reflejan en la conducta sexual cotidiana.

5. CONDUCTA SEXUAL.

No se refiere solamente a la relación sexual coital, más bien, es una gama completa de comportamientos en sexualidad, compuesta por besos, caricias e información acerca de la sexualidad. Es un componente determinante relativo al desarrollo de la sexualidad sana.

6. CONDUCTA SEXUAL DEL ADOLESCENTE Y FACTORES DE RIESGO EN LA ACTIVIDAD SEXUAL PRECOZ.

La conducta sexual de los adolescentes ha cambiado en forma significativa a lo largo de este último siglo, actualmente, los adolescentes adquieren la maduración antes, pero se casan más tardíamente. Esto determina un largo periodo de tiempo en que los adolescentes ya han adquirido capacidad reproductiva y aun no logran el cumplimiento

de las tareas psicosociales de la adolescencia, como son: el logro de una independencia afectiva y económica de su familia de origen.

Durante este periodo 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 alcanzado el grado de desarrollo cognitivo y emocional necesario para establecer una conducta sexual responsable.

La conducta sexual precoz y desprotegida en adolescentes trae consecuencias como el embarazo no deseado, Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA, complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, o bien consecuencias ligadas a la crianza del niño (deserción escolar, disminución de las posibilidades laborales, matrimonios forzados e inestables, problemas económicos, mayor frecuencia de problemas emocionales), entre otras consecuencias posibles.

Se refleja que la literatura trata de explicar que el comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario, se caracteriza por la autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección y bienestar. La familia, la escuela y los servicios de salud en general deben fomentar el comportamiento sexual responsable proporcionando información basada en las necesidades del adolescente.

7. INFLUENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO EN EL INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

7.1 EL DESARROLLO COGNITIVO Y PSICOSOCIAL.

Se refiere a los cambios que vive el adolescente, que lo colocan en una situación de alto riesgo de conducta sexual precoz, ya que durante las primeras etapas de la adolescencia su pensamiento hipotético-deductivo aún no se ha desarrollado completamente. De igual

modo, el adolescente no ha completado el proceso de desarrollo de su identidad, no está en capacidad de intimar, se da en él la presencia de sentimientos de invulnerabilidad, omnipotencia y egocentrismo, propio de la etapa, donde el adolescente busca experiencias nuevas y la separación de su familia, en esta etapa es obvio que el sujeto aun no puede proveer las consecuencias de sus actos ni puede anticiparse al resultado de sus conductas.

7.2 LA INFLUENCIA DE LA FAMILIA.

La causa fundamental es la relación directamente proporcional entre la relación de disfunción familiar con escasa comunicación, y el embarazo precoz en adolescentes ha sido ampliamente demostrada. La calidad de interacción del adolescente con la familia es uno de los factores protectores más importantes en el inicio de una actividad sexual precoz, así como para salvaguardarlo de otras conductas de riesgo.

7.3 LOS FACTORES INDIVIDUALES.

Implican aspectos negativos como las bajas expectativas académicas, el nivel socio económico bajo, la escasa autoestima, que son elementos asociados frecuentemente en el contexto del inicio de una actividad sexual precoz. La presión de pares es un elemento también a considerar en este rubro, donde de acuerdo con las características del desarrollo del adolescente, el grupo cobra importancia como modelo de conducta.

7.4 AUTOESTIMA.

Toda persona tiene en su interior sentimientos que según su personalidad puede manifestarlos de diferente manera. Muchas veces estas manifestaciones dependen de otros factores, según el lugar físico, sentimental y emocional, estos pueden influir positiva o negativamente en la formación de la persona, o sea, en su autoestima.

La autoestima es el concepto que tenemos de nuestra valía personal y de nuestra capacidad. Es por tanto la suma de la autoconfianza, el sentimiento de la propia

competencia y el respeto y consideración que tenemos a nosotros mismos.

La autoestima es la valoración que hace el sujeto de sí mismo, desde su experiencia vital. En ella intervienen los que le rodean y sus valoraciones, suscitando en él una carga afectiva y emocional.

La autoestima influye mucho sobre el comportamiento de la persona, y si bien la misma se desarrolla gradualmente durante toda la vida, es en la adolescencia cuando se comienza a formar nuestra visión de cuanto creemos que valemos.

Las personas solemos comportarnos según como nos vemos y la autoestima que tengamos. Y a la vez, nuestro comportamiento suele confirmar la imagen que de nosotros tenemos; es un círculo cerrado que refuerza nuestras actitudes y puntos de vista básicos.

Cuando la imagen que tenga de sí sea positiva y posea además suficiente autoestima, el adolescente se sentirá capaz y se mostrará confiado; por ello se comportará de manera que todo lo que haga reafirme el sentido de su propia valía. Lo contrario sucede con quien tenga una imagen negativa de sí y baja autoestima.

VI. HIPOTESIS.

Existe un deficiente conocimiento sobre sexualidad, que conlleva a tener actitudes y prácticas de riesgo en cuanto a sexualidad en los adolescentes de entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl de junio – agosto 2015.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de estudio:

Se trata de un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y transversal.

2. Período de investigación

Junio – Agosto de 2015.

3. Universo:

Todos los alumnos inscritos en el Centro Escolar Borgonovo Pohl del turno matutino: 263 alumnos. Durante el período señalado.

4. Población:

166 Adolescentes de entre 10 a 19 años, del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl, del municipio de Moncagua, San Miguel. Turno matutino.

5. Muestra:

Será de tipo no probabilística. Elegida según el criterio de grupo investigador.

M=166 adolescentes.

6. Criterios de inclusión de la muestra:

- a. Que estén inscritos en el centro escolar Borgonovo Pohl.
- b. Que pertenezcan al turno matutino.
- c. Que correspondan al rango de edad de 10 a 19 años de edad.
- d. Que este mentalmente apto para aportar datos.
- e. Que desee colaborar con la investigación.

7. Variables

Dependiente: Adolescentes del Centro escolar Borgonovo Pohl.

Independiente: edad, sexo, conocimientos, actitudes, prácticas, escolaridad, lugar de procedencia y tipo de familia

Variables Biológicas: Edad, genero.

Variables sociales: lugar de procedencia, familia y escolaridad.

Variables culturales: conocimientos, actitudes y prácticas.

8. Cruce de variables.

Cruce de variables.	
Adolescentes.	Vrs.
	Edad.
	Sexo.
	Conocimiento.
	Actitudes.
	Practicas.
	Escolaridad.
	Lugar de procedencia.
Tipo de familia.	

VARIABLES.	SUBVARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL.	INDICADORES.	ESCALA DE MEDICION	VALORES.
1. Adolescentes.	Adolescencia.	Edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo.	Etapas de la vida en la que se inician los cambios sexuales secundarios en personas de ambos sexos.	Años cumplidos.	Numeral.	Número de adolescentes inscritos en turno matutino.
2. Edad.	Años cronológicos.	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Años cronológicos que ha vivido una persona.	Edad de los adolescentes en años cumplidos hasta el momento de la investigación.	Numeral.	Edad del Adolescente en el Rango de 11 a 19 años.
3. Sexo.		Conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo.	Conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo.	Sexo al que pertenece el (la) encuestado(a).	Nominal.	1. Femenino.
						2. Masculino.
4. Conocimiento sobre sexualidad, Salud sexual y reproductiva.	a) Escolaridad.	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Grado en curso al que asiste el adolescente.	Grado escolar que cursa actualmente.	Ordinal.	Primaria (1º –6º grados). Secundaria (7º –9º grados).
	b) Conocimiento sobre sexualidad.	Conocimiento sobre el sistema de conductas o comportamientos de fuente instintiva o intelectual con finalidad reproductiva y placentera.	El resultado del proceso asociado a la formación científica y elementos de esclarecimiento y reflexión sobre la función reproductiva y erótica de los seres humanos.	Grado de conocimiento sobre sexualidad.	Nominal.	a) Optimo. b) Bueno. c) Deficiente. Vías de información: 1) Padres. 2) Amigos. 3) Profesores. 4) Personal sanitario. 5) Medios de difusión: a) Televisión. b) Radio. c) Periódico.

9. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES, TABLA 1.

VARIABLES.	SUBVARIABLES.	DEFINICION CONCEPTUAL.	DEFINICION OPERACIONAL.	INDICADORES.	ESCALA DE MEDICION.	VALORES.
4. Conocimiento sobre sexualidad, Salud sexual y reproductiva.	d) Métodos anticonceptivos.	Impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación.	Métodos para evitar embarazos e infecciones de transmisión sexual.	Utiliza algún método anticonceptivo.	Nominal.	a) Preservativo. b) Coito interrumpido. c) Espermicida. d) Orales. e) Abstinencia. f) Inyectables.
5. Conducta.	Actividad sexual: a) Inicio de relaciones sexuales.	Edad en la que realizó su primer coito.	Edad en la que realizó su primer coito.	Inició su actividad sexual.	Numeral.	a) Edad de primera relación sexual. b) Número de embarazos. c) Número de abortos.
	b) Pareja sexual.	Persona con que se realiza el coito.	Persona con que se realiza el coito.	Posee pareja sexual.	Nominal.	a) Fija. b) Por pago.
	c) Número de parejas sexuales.	Número de personas con que se ha practicado el coito.	Número de personas con que se ha practicado el coito.	Cantidad de parejas sexuales que ha tenido hasta la fecha.	Numeral.	a) 1. b) 2. c) Más de 3. d) No recuerda.
6. Práctica.	Patrones de actividad sexual presentados por los encuestados con suficiente consistencia como para ser predecibles.	Conocimientos que enseñan el modo de realizar el coito.	Uso continuo o costumbre de tener relaciones sexuales.	Es sexualmente activo.	Nominal.	1. Relaciones sexuales por: a) Deseo propio. b) Influencia de la pareja. c) Influencia de amigos. d) Otros.
						2. Relación de la religión y la actividad sexual.
						3. Abuso sexual: a) Sí. b) No.

9. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES, TABLA 2.

10. Métodos de obtención de la información.

a). Fuentes primarias: Encuestas a 166 estudiantes del Centro Escolar Borgonovo Pohl, municipio de Moncagua, San Miguel.

b). Fuentes Secundarias: Encuesta y revisión bibliográfica.

11. Técnicas de obtención de información.

a). Primarias: listado oficial de los estudiantes inscritos en el Centro Escolar Borgonovo Pohl. Turno matutino.

b). Secundarias: Cuestionario con preguntas semi cerradas, con diferentes opciones de respuesta y auto complementado. Fichas de revisión bibliográfica.

12. Procedimiento:

Instrumento a utilizar. (Ver Anexo 1).

Antes del abordaje de los estudiantes se habló con el director del Centro Escolar Borgonovo Pohl sobre los objetivos de la presente investigación, se le explicó el tratamiento de la información recolectada la cual se obtendría de forma voluntaria, anónima, confidencial y con fines únicamente académicos.

El llenado del cuestionario se realizó en una sola sesión con estudiantes del Centro Escolar Borgonovo Pohl del municipio de Moncagua, San Miguel, durante el turno matutino, en la primera semana de junio 2015. Dos miembros del grupo investigador, abordaron a los estudiantes y obtuvieron su consentimiento informado. Explicaron los objetivos de la investigación y permanecieron en las instalaciones durante el llenado para explicar o responder cualquier inquietud que surgiera.

13. Análisis y procesamiento de la información.

En la tabulación y procesamiento de los datos se usó las tablas de frecuencia en un software de hoja de cálculo llamado Microsoft Excel y además el programa Microsoft Word, mediante éstos programas se realizó la presentación de los datos a través de tablas y gráficos de pastel y barra, de acuerdo con la naturaleza de la investigación, que permitieron presentar los datos encontrados durante la recolección de información.

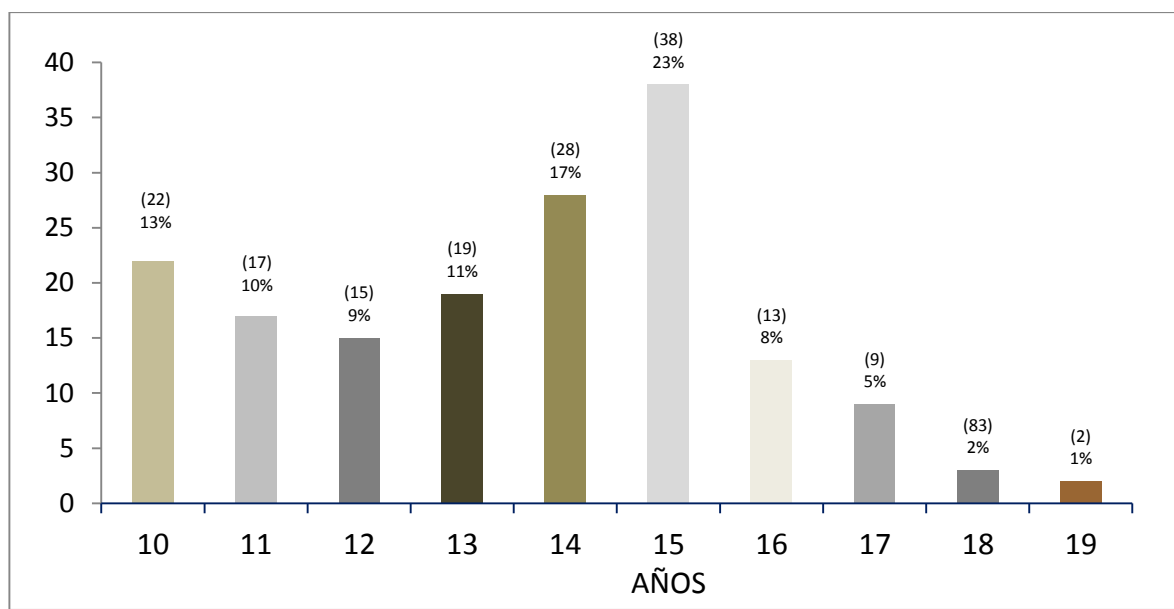
Para el análisis de los factores investigados (conocimientos prácticas y actitudes en salud sexual y reproductiva), se partió de los datos obtenidos a través de las entrevistas, se analizaron los resultados en cada uno de los factores, y con base en ello, se emitieron conclusiones y recomendaciones.

VIII. RESULTADOS.

- a. Identificar el perfil epidemiológico (edad, sexo, procedencia y condición familiar) de los adolescentes inscritos en el Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl en el turno matutino.

a.1. Identificar la edad en años cumplidos de los adolescentes.

Grafico N°1. Edad en años cumplidos de los adolescentes.



Fuente:

Cuestionario sobre “Conocimiento, practicas y actitudes sobre sexualidad de la población entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl Moncagua San Miguel, julio – septiembre de 2015”.

Comentario:

En la presente gráfica se observa que la mayoría de los adolescentes es decir 23% (38) tenían 15 años.

a.2. Identificación de los estudiantes según el sexo.

Tabla N°1. Identificación de los estudiantes según el sexo.

SEXO.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
1. Masculino.	77	46%
2. Femenino.	89	54%
Total.	166	100%

Fuente:

Cuestionario sobre “Conocimiento, practicas y actitudes sobre sexualidad de la población entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl Moncagua San Miguel, julio – septiembre de 2015”.

Comentario:

Se constató que el 46% de los encuestados (77 adolescentes) eran de sexo masculino y el 54% (89 adolescentes) correspondían al sexo femenino, constituyéndose el sexo predominante entre los encuestados.

a.3. Identificar zona de procedencia de los adolescentes en estudio.

Tabla N°2. Zona de procedencia de los adolescentes.

ZONA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
1. Urbana.	5	3%
2. Rural.	161	97%
Total.	166	100%

Fuente:

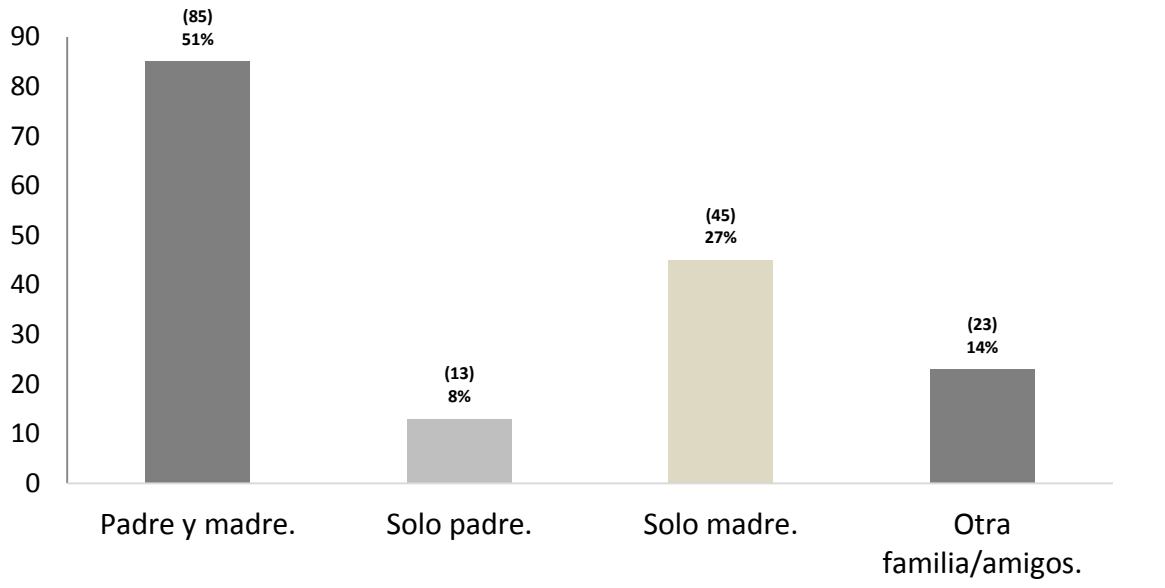
Cuestionario sobre “Conocimiento, practicas y actitudes sobre sexualidad de la población entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl Moncagua San Miguel, julio – septiembre de 2015”.

Comentario:

En la tabla anterior se observa que el 97% (161 adolescentes) residían en el área rural, mientras que un 3% (5 adolescentes) eran del área urbana.

a.4. Condición familiar de la población estudiantil objeto de estudio.

Grafica N°2. ¿Con quién vive?



Fuente:

Cuestionario sobre “Conocimiento, practicas y actitudes sobre sexualidad de la población entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl Moncagua San Miguel, julio – septiembre de 2015”.

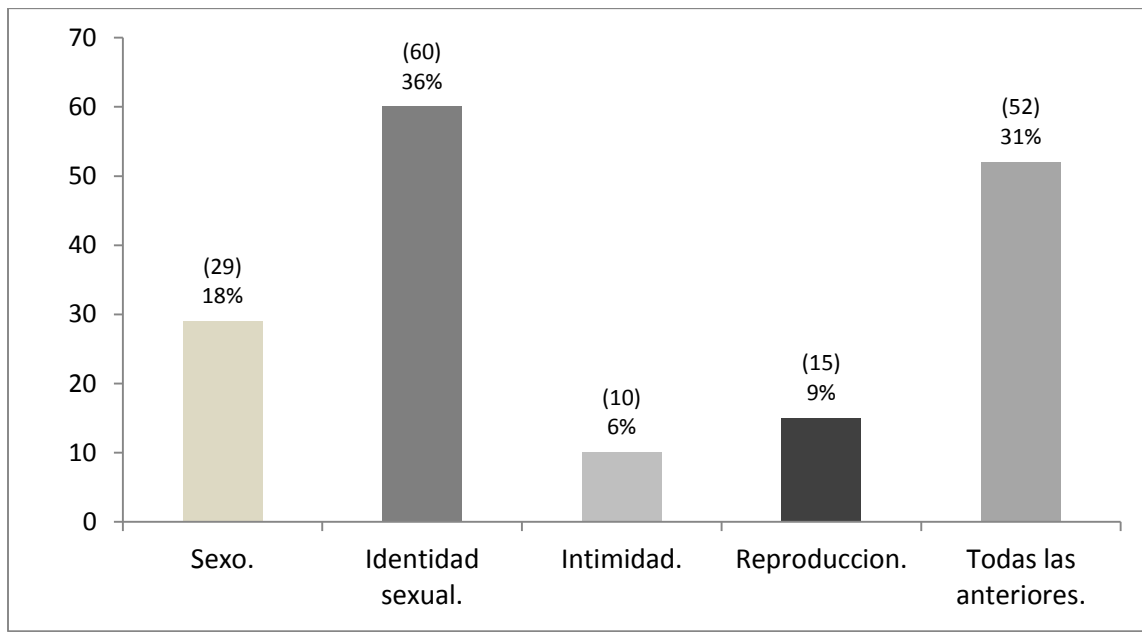
Comentario:

El 51% de los adolescentes encuestados (85 adolescentes) vivían con ambos padres, y el 8% (13 adolescentes) afirmaron que vivían con su padre únicamente.

B. Determinar el grado de conocimiento, las prácticas y actitudes sobre sexualidad de la población en estudio.

b.1. Significado de la palabra sexualidad.

Grafica N°3 ¿Cuál de las siguientes palabras significa sexualidad?



Fuente:

Cuestionario sobre “Conocimiento, practicas y actitudes sobre sexualidad de la población entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl Moncagua San Miguel, julio – septiembre de 2015”.

Comentario:

El 36% (60) es decir la mayoría de los estudiantes encuestados consideraron que sexualidad significaba identidad sexual y de género, en cambio un 18% (29) de estudiantes consideraron que la palabra sexualidad significaba sexo. Y solamente el 6% (10) de estudiantes relacionaban sexualidad con intimidad.

b.3. Conocimiento del concepto Salud Sexual y Reproductiva.

Tabla N°3. ¿Con cuál de los conceptos asocias la Salud Sexual y Reproductiva?

CONCEPTO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
1. Estado de bienestar físico, emocional, mental y social, relacionado con la sexualidad.	113	68%
2. Bienestar físico solo para embarazada.	53	32%
Total.	166	100%

Fuente:

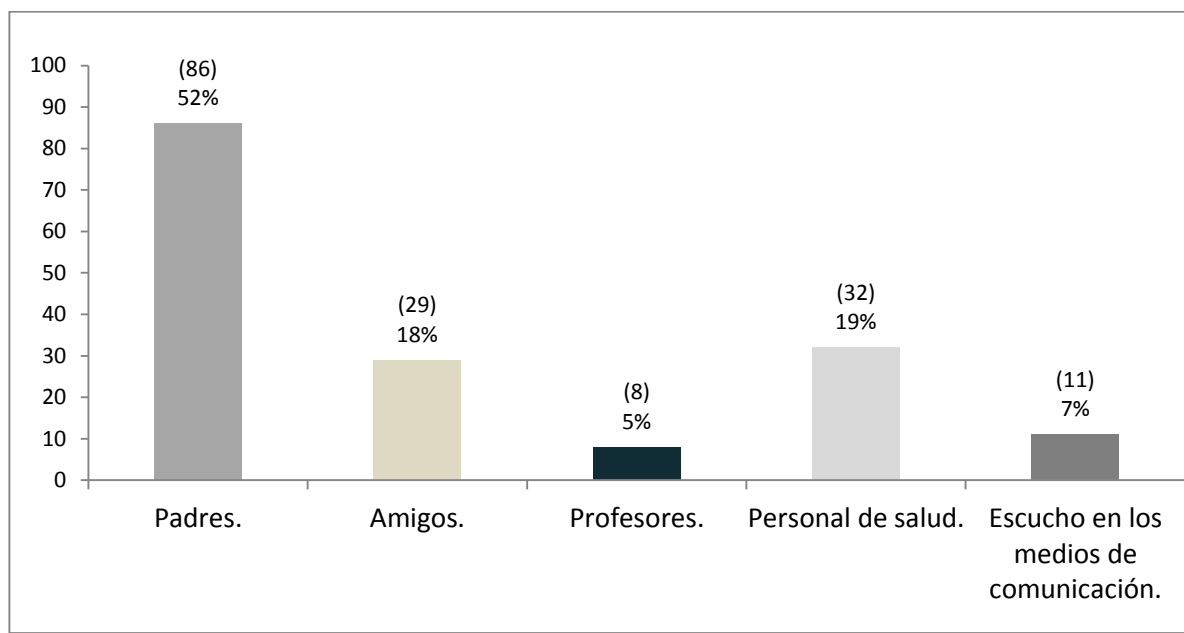
Cuestionario sobre “Conocimiento, practicas y actitudes sobre sexualidad de la población entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl Moncagua San Miguel, julio – septiembre de 2015”.

Comentario:

Se pudo observar que la mayoría de los encuestados 68% (113 estudiantes) definieron correctamente el concepto de Salud Sexual y Reproductiva mientras un 32% (53 estudiantes) de la población en estudio consideraron que Salud Sexual y Reproductiva se refería a bienestar físico para la embarazada.

b.4. Cómo obtiene el conocimiento.

Grafica N°4. ¿A quién le pides ayuda cuando deseas hablar sobre cómo usar condones, protegerte de infecciones sexualmente transmitidas, protegerte del virus del Sida, prevenir el embarazo?



Fuente:

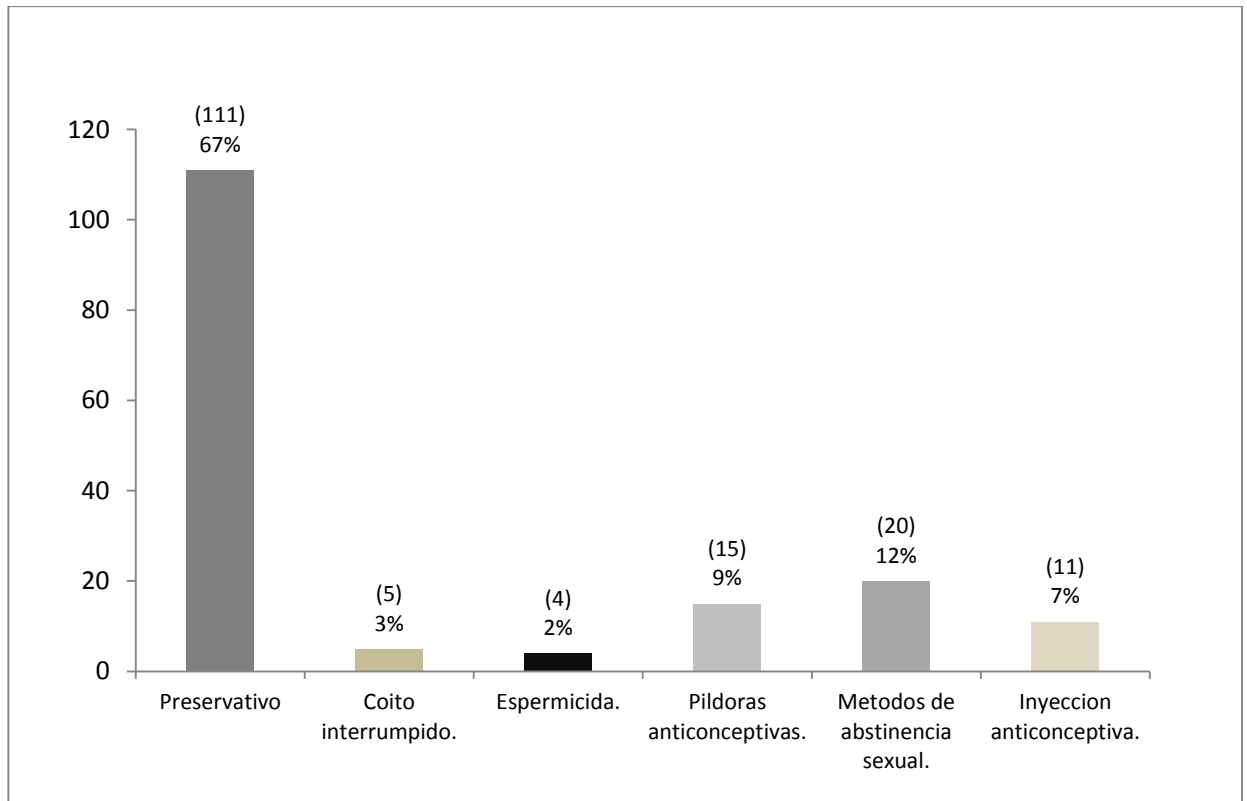
Cuestionario sobre “Conocimiento, prácticas y actitudes sobre sexualidad de la población entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl Moncagua San Miguel, julio – septiembre de 2015”.

Comentario:

Como se puede observar en la gráfica 52% (86 estudiantes) buscaron apoyo en sus padres en cuanto a temas de sexualidad, mientras que el 5% (8 estudiantes) recibieron el apoyo de sus profesores.

b.5. Conocimiento sobre métodos de planificación familiar.

Grafica N°5. ¿Cuál de los siguientes métodos de planificación conoces?



Fuente:

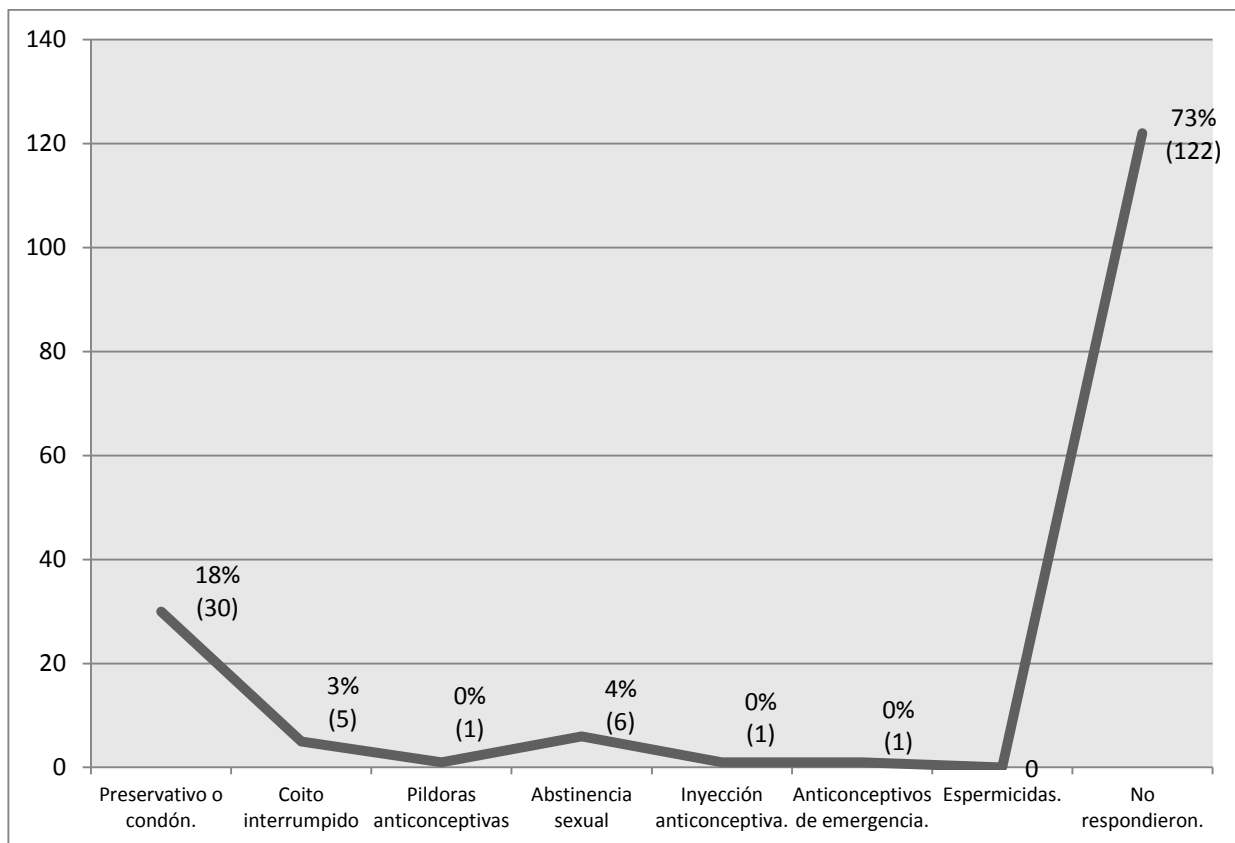
Cuestionario sobre “Conocimiento, practicas y actitudes sobre sexualidad de la población entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl Moncagua San Miguel, julio – septiembre de 2015”.

Comentario:

Según los datos obtenidos, el 67% (111 estudiantes) conocían sobre el uso del preservativo, y solamente el 2% (4 estudiantes) afirmaron conocer sobre el uso de espermicidas como método de planificación

b.6. Práctica de métodos de planificación familiar.

Grafica N°6. ¿Cuál de estos métodos de planificación familiar utilizas?



Fuente:

Cuestionario sobre “Conocimiento, practicas y actitudes sobre sexualidad de la población entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl Moncagua San Miguel, julio – septiembre de 2015”.

Comentario:

Al preguntarles sobre los métodos de planificación familiar que utilizan, la mayoría o sea el 73% de estudiantes señalaron la opción “no aplica”. Únicamente el 18% (30) de los estudiantes utilizaban el preservativo y 4% (6) estudiantes señalaron la abstinencia sexual.

b.7. Conocimiento sobre el efecto del método de planificación familiar que utiliza.

Tabla N°5. ¿Conoce el efecto que ejerce el método de planificación familiar que utiliza?

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
1. Si.	34	20%
2. No.	44	27%
3. No Contestaron.	88	53%
Total.	166	100%

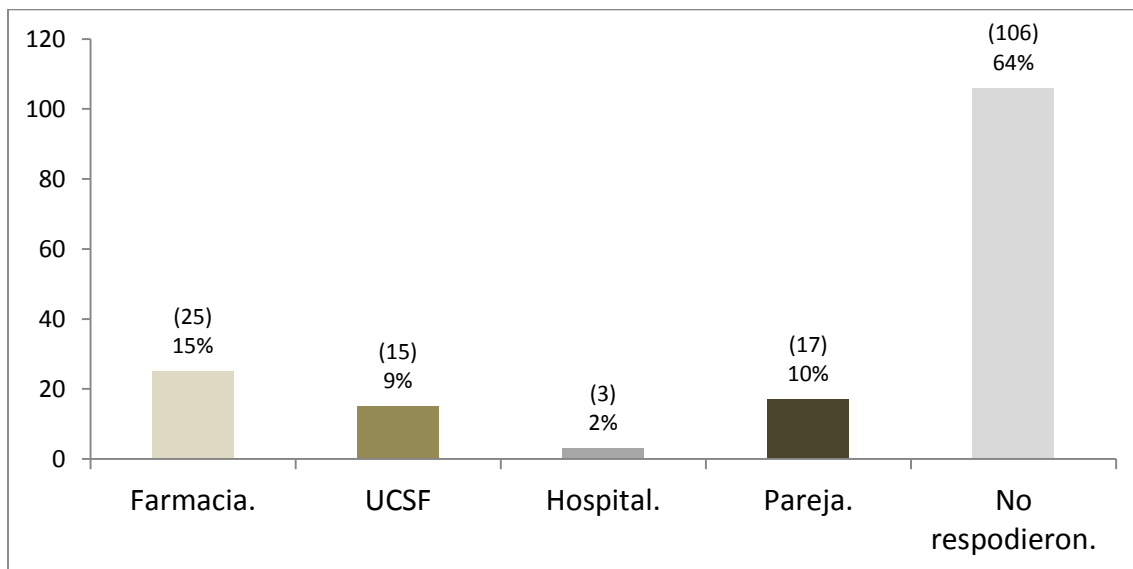
Fuente:

Cuestionario sobre “Conocimiento, practicas y actitudes sobre sexualidad de la población entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl Moncagua San Miguel, julio – septiembre de 2015”.

Comentario:

Se puede observar que el 27% (44 estudiantes) no conocían el efecto del método de planificación que utilizaban, mientras el 53% (88 estudiantes) no respondieron.

Grafica N°6. ¿Dónde tiene acceso al método de planificación familiar que usted utiliza?



Fuente:

Cuestionario sobre “Conocimiento, practicas y actitudes sobre sexualidad de la población entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl Moncagua San Miguel, julio – septiembre de 2015”.

Comentario:

Se pudo observar que el 64% (106) de la población encuestada no respondió sobre donde tienen acceso al método de planificación familiar que utilizaban, mientras el 2% (3 estudiantes) lo adquirieron en el hospital.

b.9. Practica de relaciones sexuales.

Tabla N°6. ¿Tiene relaciones sexuales frecuentemente?

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
1. Si.	19	11%
2. No.	147	89%
Total.	166	100%

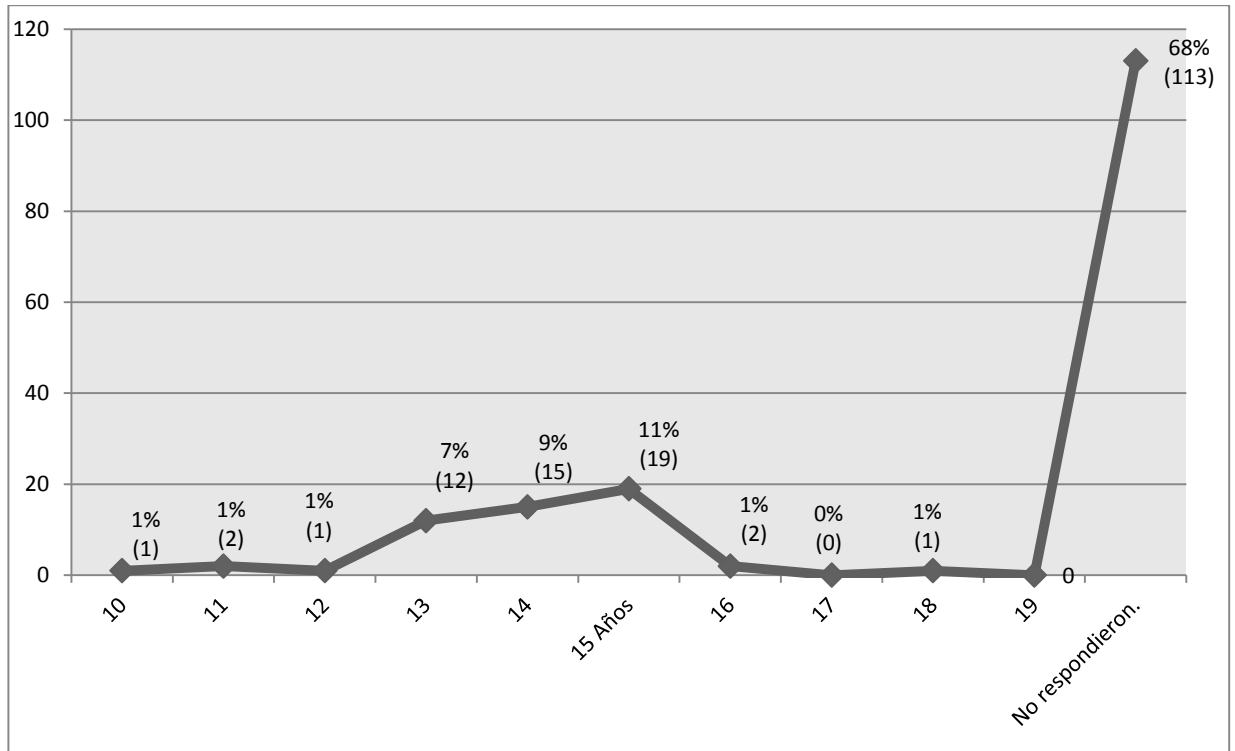
Fuente:

Cuestionario sobre “Conocimiento, practicas y actitudes sobre sexualidad de la población entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl Moncagua San Miguel, julio – septiembre de 2015”.

Comentario:

En relación a ésta pregunta, la mayoría 89% que equivale a 147 estudiantes se abstuvieron de responder y solo un 11% (19) confirmaron que tienen relaciones sexuales frecuentes.

Grafica N°7. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?



Fuente:

Cuestionario sobre “Conocimiento, practicas y actitudes sobre sexualidad de la población entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl Moncagua San Miguel, julio – septiembre de 2015”.

Comentarios:

El 68% (113) estudiantes manifestaron no haber iniciado relaciones sexuales y únicamente el 11% (19) estudiantes iniciaron su vida sexual activa a los 15 años.

Tabla N°7. ¿Estás o has estado embarazada alguna vez?

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
1. Si.	2	1%
2. No.	87	52%
3. No aplica.	77	46%
Total	166	100%

Fuente:

Cuestionario sobre “Conocimiento, practicas y actitudes sobre sexualidad de la población entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl Moncagua San Miguel, julio – septiembre de 2015”.

Comentario:

52% (87) estudiantes afirmaron no haber estado embarazadas, mientras que 1% (2) estudiantes respondieron haber estado en alguna ocasión embarazadas.

Tabla N°8. ¿Has abortado alguna vez?

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
1. Si.	0	0
2. No.	89	54%
3. No aplica.	77	46%
Total.	166	100%

Fuente:

Cuestionario sobre “Conocimiento, practicas y actitudes sobre sexualidad de la población entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl Moncagua San Miguel, julio – septiembre de 2015”.

Comentario:

Se puede observar en la tabla anterior que el número total de población femenina encuestada, 53.6% (89 estudiantes) afirmaron que no ha abortado nunca.

Tabla N°9. ¿Actualmente tienes pareja sexual?

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
1. Si.	16	10%
2. No.	150	90%
Total.	166	100%

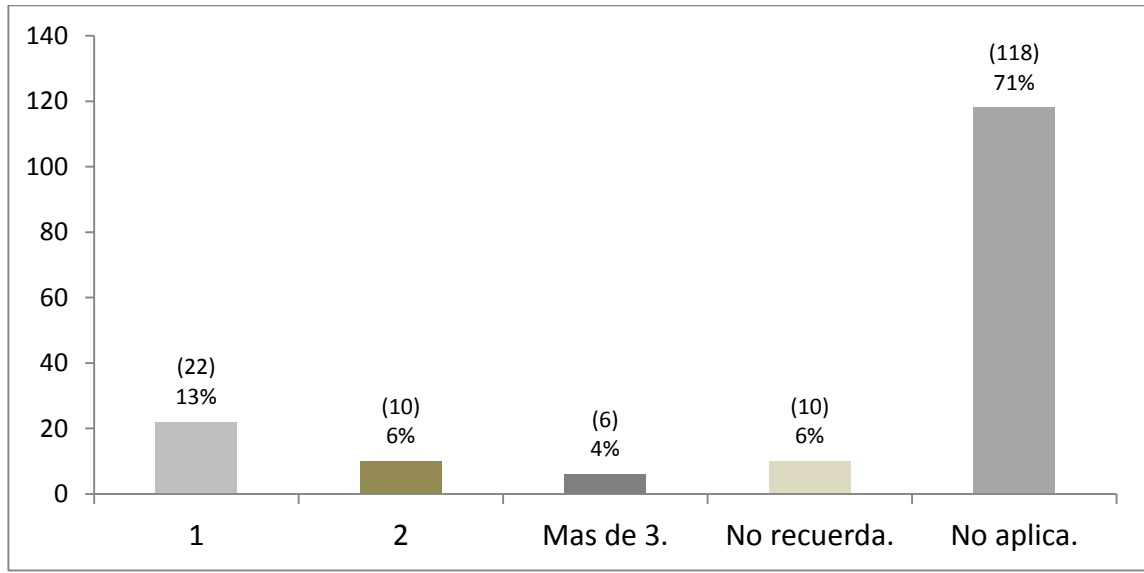
Fuente:

Cuestionario sobre “Conocimiento, practicas y actitudes sobre sexualidad de la población entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl Moncagua San Miguel, julio – septiembre de 2015”.

Comentario:

90% (150) estudiantes afirmaron no poseer actualmente una pareja sexual, y solo el 10% (16) estudiantes si la tenían.

Grafico N°7. ¿Con cuantas personas a practicado relaciones sexuales hasta el día de hoy?



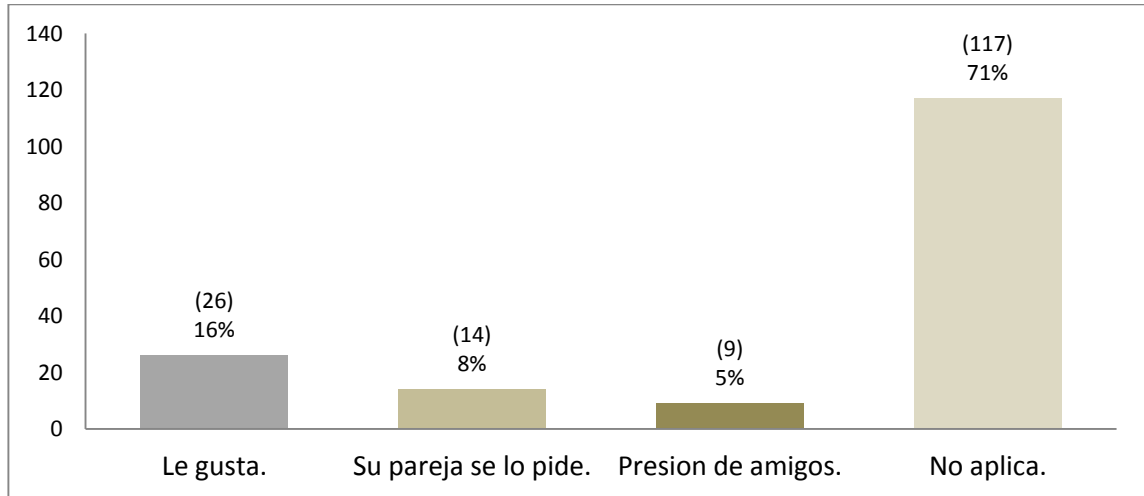
Fuente:

Cuestionario sobre “Conocimiento, practicas y actitudes sobre sexualidad de la población entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl Moncagua San Miguel, julio – septiembre de 2015”.

Comentario:

El mayor porcentaje de los estudiantes 71% (118) se abstuvieron de responder, mientras el 13% (22) respondieron que solo habían practicado relaciones sexuales con una persona.

Grafica N°8. Practicas relaciones sexuales porque:



Fuente:

Cuestionario sobre “Conocimiento, practicas y actitudes sobre sexualidad de la población entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl Moncagua San Miguel, julio – septiembre de 2015”.

Comentario:

El grafico muestra que en su mayoría o sea el 71% (117) de estudiantes se abstuvieron al responder esta pregunta, mientras que el 16% (26) de estudiantes respondieron que practicaban relaciones sexuales por que les gusta.

Tabla N°10. ¿Practicas alguna religión?

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
1. Si.	109	66%
2. No.	57	34%
Total.	166	100%

Fuente:

Cuestionario sobre “Conocimiento, practicas y actitudes sobre sexualidad de la población entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl Moncagua San Miguel, julio – septiembre de 2015”.

Comentario:

Se puede observar que el 66% (109) de estudiantes practicaban alguna religión, mientras que 34% (57) no practicaba ninguna.

Tabla N°11. ¿Según sus creencias religiosas, considera una buena práctica mantener relaciones sexuales antes del matrimonio?

DATOS.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
1. Si.	11	7%
2. No.	155	93%
Total.	166	100%

Fuente:

Cuestionario sobre “Conocimiento, practicas y actitudes sobre sexualidad de la población entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl Moncagua San Miguel, julio – septiembre de 2015”.

Comentario:

La tabla anterior muestra que 93% (155) estudiantes afirmaron que la práctica de relaciones sexuales dentro de la religión que practican no era apropiada, mientras un 7% (11) estudiantes consideraron que esta práctica era apropiada.

Tabla N°12. ¿Ha sido abusado sexualmente alguna vez?

DATOS.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
1. Si.	0	0
2. No.	166	100%
Total.	166	100%

Fuente:

Cuestionario sobre “Conocimiento, practicas y actitudes sobre sexualidad de la población entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl Moncagua San Miguel, julio – septiembre de 2015”.

Comentario:

El total de los estudiantes encuestados (100%) afirmaron no haber sido víctima de abuso sexual.

IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

La salud de los adolescentes y jóvenes es un tema que suscita cada vez más interés en todo el mundo, por la mejor comprensión de las características de esta edad para la salud pública y también por las condiciones cambiantes de la sociedad que añadidas a la modificación de las conductas de estos grupos, han generado nuevos riesgos para la salud de ellos. Esto se refiere -especialmente- a la Salud Sexual (SS) y Reproductiva (SR).

El interés que manifiestan los adolescentes por el otro sexo, los conduce a tomar decisiones que, por falta de experiencia e información, no siempre son responsables; reconociendo, que en este período de tránsito de la niñez a la adultez se forman nuevos patrones de conductas que pudieran durar toda la vida.

Estas conductas junto con sus decisiones ,constituyen la base de los problemas asociados a los embarazos no deseados o no planificados, a la maternidad temprana y a las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluida la infección por el VIH que conduce al SIDA; desencadenándose de estos, un incremento en la morbilidad y mortalidad materno-infantil , la infertilidad y graves consecuencias en el aspecto económico, psicológico y social; por lo que se hace necesario que estas problemáticas formen parte integral de las estrategias de promoción y educación en salud, ya que afectan -marcadamente- la calidad de vida individual y de las comunidades.

Sin embargo, aunque son conocidas las características de los adolescentes como grupo y sus problemáticas en torno a la SR, vale destacar que a esta audiencia no se le ha prestado la debida atención en cuanto a sus necesidades en esta materia.

Esa fue la razón por la que se realizó el presente estudio, llevado a cabo en una muestra de 166 escolares entre 10 a 19 años, de los cuales, la mayoría ,un 23% (38 escolares) tenían 15 años, el 54% (89 adolescentes) pertenecían al sexo femenino, constituyéndose

el sexo predominante entre los encuestados. El 51% (85 adolescentes) vivían con ambos padres.

Se demostró que el 97% (161 adolescentes) residían en el área rural, lo que coincide con los hallazgos de otros estudios (OPS - OMS, 2006) que opinan que la insuficiente información sobre el tema de SS y SR es una situación condicionada y agravada por la pobreza y la marginación social, la diversidad educativa, territorial y cultural y las necesidades de los grupos especiales.

Si bien, en los últimos años las directrices nacionales son progresistas, pues abarcan temas como el papel de los géneros, el embarazo en adolescentes, la prevención del VIH/SIDA y los derechos reproductivos; la información sobre estos temas en los centros escolares sigue siendo desigual y deficiente. En esta investigación se demostró este hecho, ya que se indagaron algunos aspectos y conceptos relacionados con la SS y la SR entre ellos, el significado de la palabra “Sexualidad” a lo cual, el 36% (60 estudiantes) afirmaron que significaba identidad sexual y de género, el 17% (29 estudiantes) consideraron que significaba sexo. Y el 6% (10 estudiantes) respondieron que sexualidad significaba intimidad.

Curiosamente la mayoría o el 68% (113 estudiantes) definieron correctamente el concepto de Salud Sexual y Reproductiva.

Según los estudios de Ceballos & Campo-Arias (2005) realizados entre adolescentes colombianos de 13-17 años, sobre la prevalencia de uso de condón en la primera relación sexual el dato que siempre ha resultado más alarmante por sus consecuencias asociadas a los embarazos no deseados y la infección por VIH, es el que tiene que ver con la baja prevalencia de uso del preservativo en las primeras relaciones sexuales de los adolescentes. En el presente estudio se observó que el 67% (111 estudiantes) conocían sobre el uso del preservativo, y solamente el 7% (4 estudiantes) afirmaron conocer sobre el uso de espermicidas como método de planificación.

Al preguntarles sobre los métodos de planificación familiar que utilizaban, la mayoría o el 73% de los estudiantes no respondieron. Únicamente el 18% (30) de los estudiantes utilizaron el preservativo y 4% (6) estudiantes señalaron la abstinencia sexual. El 27% (44 estudiantes) no conocían el efecto del método de planificación que utilizaban, mientras el 53% (88 estudiantes) no respondieron a esta pregunta.

Para determinar el papel de responsabilidad del Estado, del sistema educativo y la familia se indagó sobre las fuentes de información sobre los temas de SS y SR. Al respecto el 52% (86 estudiantes) buscaron apoyo en sus padres y solamente el 5% (8 estudiantes) recibieron el apoyo de sus profesores.

En un país muy tradicional y religioso como lo es El Salvador, el 66% (109 de los estudiantes) reconocieron practicar una religión, el 93% (155 estudiantes) revelaron que la práctica de relaciones sexuales no era apropiada dentro de la religión que practicaban. Algunas respuestas se podrían explicar por el papel de la religión como factor limitante en la expresión de los jóvenes y la efectividad de los programas de educación sexual. Al respecto, en relación a la frecuencia con la que practican las relaciones sexuales, la mayoría o el 89% (147 estudiantes) se abstuvieron de responder. Así también puede explicarse el hecho de que el 68% (113 estudiantes) manifestaron no haber iniciado relaciones sexuales y únicamente 19 estudiantes iniciaron su vida sexual activa a los 19 años. El 64% (106) de la población encuestada no respondió sobre donde tienen acceso al método de planificación familiar que utilizaban, mientras el 2% (3 estudiantes) lo adquirieron en el hospital.

Una considerable cantidad de investigaciones realizadas en diferentes países del orbe, ha sacado a la luz, hecho preocupante: adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos, independientemente de su preferencia u orientación sexual, siguen practicando conductas de riesgo que incrementan la probabilidad de infección por VIH, como tener relaciones sexuales con múltiples parejas se trate de parejas estables u ocasionales y no usar efectiva y consistentemente condón en todas y cada una de sus relaciones sexuales

con penetración (Pina, 2004). Sin embargo, los resultados obtenidos en este estudio fueron contradictorios a lo anteriormente mencionado ya que, el 90% (150 estudiantes) afirmaron no poseer actualmente una pareja sexual, 13% (22) respondieron que solo habían practicado relaciones sexuales con una persona, el 16% (26 de estudiantes) practicaban relaciones sexuales por placer. 52% (87 estudiantes) negaron haber estado embarazadas alguna vez. El total de los estudiantes encuestados (100%) afirmaron no haber sido víctima de abuso sexual.

Pese a las limitantes afrontadas en la ejecución de este estudio como lo fue la falta de recursos humanos lo que a su vez limitó el tamaño de la muestra, se pudo perfilar sin duda, el descuido en el que se encuentra la educación sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes, como una de las causas más importantes de la frecuencia con que se llevan a cabo conductas sexuales de riesgo.

Aunque muchos de los datos anteriores no fueron significativos para demostrar que algunos factores están asociados a una mayor probabilidad de inicio de las relaciones sexuales como lo es el bajo nivel educativo, condición conyugal de los padres, especialmente de la madre (separada o viuda), antecedentes de fecundidad adolescente en la familia, abuso sexual o agresión física familiar contra la adolescente, bajo nivel de comunicación con la madre y falta de supervisión de los padres, consideramos que los datos son suficientemente alarmantes como para justificar la necesidad de una mayor investigación en profundidad sobre el comportamiento sexual y las actitudes frente a la prevalencia del SIDA, ETS y de embarazos no deseados entre los adolescentes salvadoreños, con el fin de que los programas de educación sexual y prevención puedan estar fundamentados en un mejor conocimiento y comprensión de la realidad de este segmento de la población.

X. CONCLUSIONES.

El presente estudio de tipo descriptivo, y transversal, se utilizó un muestreo no probabilístico con 166 adolescentes del Centro Escolar Borgonovo Pohl, municipio de Moncagua, San Miguel, turno matutino, en el período junio a agosto de 2015. Se pretendió conocer cuál era el grado de conocimiento, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 10 y 19 años de edad de ambos sexos, con el fin de generar nueva información mediante un cuestionario con preguntas semicerradas y auto complementado, siendo los resultados más sobresalientes son las siguientes:

1. La mayoría de los adolescentes (23%) tenían 15 años.
2. El 54 % de los encuestados correspondían al sexo femenino.
3. Un 97% residían en el área rural.
4. Los adolescentes en su mayoría (51%) provenían de hogares funcionales.
5. El 36% afirmaron que la palabra sexualidad consideraban que sexualidad significa identidad sexual y de género.
6. El 68% de los encuestados supieron definir correctamente el concepto de Salud Sexual y Reproductiva, considerando este término como estado de bienestar físico, emocional, mental y social, relacionado con la sexualidad.
7. El mayor porcentaje de la población en estudio (52%) buscaron apoyo en sus padres en cuanto a temas de sexualidad.
8. El 67% de los estudiantes encuestados reconocieron el uso del preservativo, como el método de planificación más conocido y utilizado.
9. El 27% de estudiantes encuestados no conocían el efecto que ejercía otros métodos de planificación señalados y que utilizaban.

10. El 2% de la población encuestada adquirirían el método de planificación familiar que utilizaban del hospital más cercano, mientras el resto de la población se negó a brindar información acerca del tema.
11. Solo un 11% de los estudiantes encuestados, confirmaron que tienen relaciones sexuales frecuentes, mientras el resto de la población no brindó información.
12. La edad de la primera relación sexual se reportó a los 19 años.
13. Únicamente el 1% de estudiantes encuestados, respondieron haber estado en alguna ocasión embarazadas.
14. La totalidad de la población femenina encuestada (54%) afirmaron no haber abortado nunca.
15. Solo el 10% de estudiantes respondió tener una pareja sexual en la actualidad, el resto de la población de estudio no poseía pareja.
16. El 16% de los estudiantes afirmaron practicar relaciones sexuales por placer.
17. El 66% de estudiantes practicaban una religión.
18. El 93% de estudiantes afirmó que la práctica de relaciones sexuales dentro de la religión que practican no era apropiada

XI. SUGERENCIAS.

1. Al Ministerio de Salud

- a) Implementar junto con el Ministerio de Educación, programas de educación y promoción sobre Salud Sexual y Reproductiva en los centros escolares e institutos a nivel nacional, para brindar conocimientos sobre sexualidad, métodos de planificación familiar y prevención de contagio de enfermedades de transmisión sexual.
- b) Promover el trabajo educativo no solo que ofrezca información sobre el tema, sino que contribuya a cambiar actitudes, a crear conciencia y responsabilidad por parte de los adolescentes; con énfasis a las poblaciones con menor nivel educativo, con mayor pobreza, y residentes en zonas rurales.
- c) Incluir al plan de estudios del área básica, tercer ciclo y bachillerato, programas de educación sexual que muestren los enfoques diferentes, de acuerdo a la definición sobre la sexualidad humana y que integren las dimensiones biológica, psicológica, social, cultural de la educación sexual, el cual incluya las informaciones del contexto de roles psicosociales, valores, actitudes y comportamientos de los sujetos a educar, como lo expresa la Organización Mundial de la Salud.
- d) que la educación sexual fomente las siguientes líneas: “Comportamientos sexuales fundamentados en el afecto y las emociones. La salud sexual y reproductiva incluyendo la prevención de las ITS/VIH/SIDA. La equidad de género y la igualdad entre los sexos. El respeto a los derechos de los adolescentes a la privacidad, confidencialidad y el consentimiento basado en informaciones correctas. La conducta sexual responsable. La formación de las niñas, adolescentes y mujeres para que sean menos vulnerables y más asertivas en su

relación con el otro sexo. La formación de personas responsables frente a ellas mismas y a las demás. El fomento de habilidades que permitan asumir comportamientos de protección y evitación de riesgo. El desarrollo de actitudes que promuevan la salud y la creación de microambiente saneados y saludables.”

- e) Actualización y capacitación de las personas con función de agentes informativos con mayor participación sobre el tema, como lo es el personal docente, personal de salud.
- f) Elaboración de material didáctico como libros, revistas, panfletos o carteles sobre esta temática, utilizando como punto de partida las necesidades del estudiantado, adaptando los contenidos a su nivel.

2. A la UCSF de Moncagua, San Miguel

- a) Abordar con ayuda del personal de salud, problemáticas vinculadas a la salud sexual y reproductiva (SSR), el VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) para facilitar y promover el cuidado de la salud, prevención y atención de la salud de los adolescentes por medio de charlas o talleres.
- b) Instalar un modelo integral de promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención del VIH/sida y otras ITS mediante la movilización comunitaria y el trabajo articulado con el sector público.
- c) Promover la movilización de la comunidad y el empoderamiento de los grupos vulnerables por medio de la prevención y el desarrollo de redes locales que incluyeran a organizaciones sociales y áreas de la política pública, así como al sector académico y a otros actores locales involucrados en la problemática.

- d) Fortalecer las capacidades de los actores institucionales y comunitarios para la prevención, la asistencia y el tratamiento del VIH y otras ITS, y los problemas de SSR en jóvenes y adultos en edad reproductiva.
- e) Facilitar la detección temprana y las intervenciones adecuadas para la atención y tratamiento de las personas con VIH, especialmente las mujeres embarazadas y sus parejas. Desarrollar y fortalecer modelos integrales de promoción y prevención a nivel local.
- f) Capacitar a los Agentes Comunitarios de Salud en temas de la Sexualidad, Planificación Familiar y Salud Sexual y Reproductiva con énfasis en los adolescentes para romper tabús o creencias erróneas, acerca de estos temas.

3. A la Facultad de Medicina:

- a) Incluir los temas de Sexualidad, Salud Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar, en los programas de las asignaturas: Anatomía, Sociología, Medicina Interna, Salud Pública y Ginecología y Obstetricia, para lograr la adecuada formación del profesional de la salud en cuanto a esta temática.
- b) Se Proporcione en cada asignatura la información clara, oportuna y con información actualizada sobre la etapa de vida adolescente, cambios y vivencia de la sexualidad
- c) Actualizar y capacitar al médico de año social, sobre temas sobre Sexualidad, Planificación Familiar y Salud Sexual y Reproductiva, para asegurar de esta forma que se brinde adecuadas atenciones en el primer nivel durante su periodo de estancia laboral en las diferentes Unidades Comunitarias de Salud Familiar.
- d) Durante el Internado, se proporcione información sobre el rol de los establecimientos de salud y otras instituciones privadas que trabajan en salud

sexual y reproductiva, informando las situaciones sobre las que pueden consultar y la importancia de acudir a ellos para conservar la salud.

- e) Promover el reconocimiento del rol que cumplen las personas, familias y comunidades en el cuidado de la salud (incluyendo la salud sexual y reproductiva), incentivando que asuman sus responsabilidades en la preservación y el cuidado de la misma.
- f) Fomentar la utilización de actividades educativas que permita la discusión, reflexión y sensibilización de estos temas en las clases, talleres, seminarios grupales que incorporen a los docentes.
- g) Impulsar con la ayuda de la Dirección de la Escuela de Medicina el curso de inducción a la metodología de la investigación para futuras investigaciones y dar así, seguimientos a investigaciones que profundicen en esta temática.

XII. BIBLIOGRAFÍA.

- **Cerruti, S.** (1997).Educación de la sexualidad en el contexto de la salud integral en la Adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. Fundación W. K.Kellogg.Montevideo:OPS-OMS
- **Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo CIPD.** (2004). Celebrada en Santiago de Chile.
- **De Armas Pedraza T.,** (2000) Sexualidad en la Adolescencia. Reflexiones desde la Perspectiva sociocultural y de género. Universidad Alberto Hurtado. Instituto Latinoamericano de Doctrina y Estudios Sociales ILADES.
- **Dawson B., Trapp R,** 2002, Bioestadística Médica. 3a. Edición, Manual Moderno,
- **Figueroa MI etal** (2005) Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Anales de psicología. España. Universidad de Murcia.
- **Gamarra–Tenorio P. & Iannacone J.** 2010, Factores que influyen en el inicio de actividad Sexual en adolescentes escolares de Villa San Francisco- Santa Anita Lima, Perú(2009) The Biologist (Lima) Vol.8 , No.1 Ene- Jun
- **Garita Arce C.** (2001) Prácticas Sexuales en la Adolescencia. Programa Atención Integral a la Adolescencia, caja Costarricense de Seguro Social. Universidad de Costa Rica.
- **Organización Panamericana de la Salud [OPS]** (2010) Estrategia y Plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y Jóvenes 2010-2018.
- **OPS/Kellogg.** (1997)Manual de Comunicación social para programas de promoción de La salud de adolescentes. OPS/Fundación Kellogg Washington DC 2001

- **Rojas Manresa, Reynaldo.** Taller: Construcción de la sexualidad humana. Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica. San José, Costa Rica. Noviembre, 1998.
- **Salazar–GranaraA., Maria-AlvarezA., Solano-RomeroI., Lázaro-VivasK., ArrolloSolís S., Araujo-Tocas V., Luna Rengifo D., Echazu-Irala C.** Conocimientos De sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en Adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino Lima, Perú. Revista Horizonte Medico. Volumen 7 No. 2. Año 2007. Pag.79-85

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA EN INTERNET.

- http://biblioteca.uahurtado.cl/ujah/pys/docs/2003/agosto/17_2_pp179_192.pdf. De Armas Pedraza T., (2000) Sexualidad en la Adolescencia. Reflexiones desde la Perspectiva sociocultural y de género. Universidad Alberto Hurtado. Instituto Latinoamericano de Doctrina y Estudios Sociales ILADES.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>.
- <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>. Diccionario de la Real Academia Española online. 22ª edición. (2012).

XIII. ANEXOS.

Anexo 1.

No. _____

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA, ESCUELA DE MEDICINA



CUESTIONARIO SOBRE:

**“Conocimiento, prácticas y actitudes sobre sexualidad de la población
Entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl
Moncagua San Miguel, julio – septiembre de 2015.”**

INDICACIONES GENERALES:

El cuestionario consta de veintiún preguntas divididas en cuatro secciones, algunas son cerradas y otras de múltiple escoge, selecciona una opción de respuesta que más se adapte a tu opinión. Marca con una “X” en el espacio en blanco al lado derecho de la opción de respuesta seleccionada.

Gracias por tu colaboración.

Moncagua San Miguel, Jueves 2 de julio de 2015

El presente cuestionario **“Conocimiento, prácticas y actitudes sobre sexualidad de la población entre 10 a 19 años del Centro Escolar Alberto Borgonovo Pohl Moncagua San Miguel, julio – septiembre de 2015.”**.
Elaborado por: Fátima Trinidad Monge, Sarvia Bitia Solorzano y Omar Alberto Vega. Tomando en consideración que:

Una de las razones por la que los adolescentes ameritan atención, es que constituyen un gran peso demográfico en El Salvador, lo que a su vez conlleva a que afronten muchos problemas y desafíos que amenazan las posibilidades de desarrollo saludable en este grupo de población. Actualmente, a nivel nacional existe una seria preocupación debido a los incrementos en la tasa de morbilidad materna e infantil, así como en el número de embarazos adolescentes. Entre los motivos por los que muchas adolescentes quedan embarazadas están la falta de información o de oportunidades, la voluntad propia, las expectativas sociales y también la violencia sexual, por lo que el grupo investigador se decidió desarrollar un estudio de tipo descriptivo, transversal y prospectivo, cuyo objetivo general es “Determinar el nivel de conocimiento, prácticas y actitudes sobre sexualidad de la población de 10 a 19 años.” Del centro escolar Alberto Borgonovo Pohl, municipio de Moncagua, San Miguel, durante el período de junio -agosto de 2015.

Con el estudio se pretende ampliar la comprensión sobre la compleja problemática que acompaña a la adolescencia y que con el desarrollo de los conocimientos de diversas disciplinas se pueda impartir en otros escenarios aparte de la escuela, la enseñanza de la sexualidad y los contenidos vinculados a ella, por lo que tu participación en el complementado de este cuestionario es muy importante y de carácter voluntario.

El cuestionario consta de veintiún preguntas divididas en cuatro secciones, semi-cerradas y auto-complementadas.

Toda la información vertida en el cuestionario, será manejada estrictamente con fines académicos y de forma confidencial.

En cualquier momento que decidas puedes abandonar el llenado del presente cuestionario.

Agradecemos que tus respuestas sean lo más sinceras posibles. Algunas preguntas son cerradas y otras de múltiple escoge, en cada una solo marca una

opción de respuesta, la que más se adapte a tu opinión. Si estás de acuerdo con la participación en esta investigación, firma a continuación.

Doy Fe, que se me ha informado el objetivo y las condiciones de esta investigación, y estoy de acuerdo en participar.

F. _____

Moncagua, San Miguel, jueves 2 de Julio de 2015.

SECCION 1 : DATOS DEMOGRÁFICOS DEL ENCUESTADO(A)

1. Edad (En años cumplidos)	10		15	
	11		16	
	12		17	
	13		18	
	14		19	

2. Sexo	1.Masculino	
	2.Femenino	

3. Zona de Procedencia	1.Urbana	
	2.Rural	

4. ¿Con quién vive?	1.Padre y madre	
	2.Sólo padre	
	3.Sólo madre	
	4.Otra familia/Amigos	

SECCION 2: CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD,SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

5. ¿Cuál de las siguientes palabras significa sexualidad?	1. Sexo	
	2. Identidad Sexual y de género.	
	3. Intimidad.	

	4. Reproducción.	
	5. Todas las anteriores.	
6. ¿Con cuál de los conceptos asocias la Salud Sexual y Reproductiva?		
	1. Estado de bienestar físico, emocional, mental y social, relacionado con la sexualidad.	
	2. Bienestar físico solo para embarazadas.	
5. ¿A quién le pides ayuda cuando deseas hablar sobre cómo usar condones, protegerte de infecciones sexualmente transmitidas, protegerte del virus del Sida, prevenir el embarazo?		
	1. Padres	
	2. Amigos	
	3. Profesores	
	4. Personal de salud	
	5. Solamente lo escucho en la radio, lo veo en	

	televisión o en el periódico	
6. ¿Cuál de los siguientes métodos conoces?		
	1. Preservativo (Condón)	
	2. Coito interrumpido	
	3. Espermicidas	
	4. Píldoras anticonceptivas	
	5. Método de abstinencia sexual	
	6. Inyecciones anticonceptivas	
7. ¿Cuál de estos métodos de Planificación Familiar utilizas?		
	1. Preservativo o condón.	
	2. Coito interrumpido.	
	3. Píldoras	

	anticonceptivos.	
	4. Abstinencia sexual.	
	5. Inyección anticonceptiva.	
	6. Anticonceptivos de emergencia.	
	7. Espermicidas.	
	8. No aplica ninguno	
8. ¿Conoces el efecto que ejerce el método de planificación familiar que utiliza?	1. Si	
	2. No	
9. ¿Dónde tiene acceso al método de planificación familiar que usted utiliza?	1. Lo compro en la farmacia	
	2. Asisto a la unidad de salud	
	3. Hospital	
	4. Pareja	

	5. No Aplica	
SECCION 3: CONDUCTA SEXUAL		
10. ¿Tienes relaciones sexuales frecuentemente?	1. Si	
	2. No	
11. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?	10	15
	11	16
	12	17
	13	18
	14	19
	No Aplica:	
12. ¿Estas o has estado embarazada alguna vez?	1. Si	
	2. No	
	3. No Aplica	
9. ¿Has abortado alguna vez?	1. Si	
	2. No	
	3. No	

	Aplica	
10. ¿Actualmente tienes pareja sexual?	1. Si	
	2. No	
11. ¿Con cuantas personas a practicado relaciones sexuales hasta el día de hoy?	1. 1	
	2. 2	
	3. Más de 3	
	4. No recuerda	
	5. No Aplica	
SECCION 4 : PRACTICA		
12. Practicas relaciones sexuales porque:	1. Le gusta	
	2. Su pareja se lo pide	
	3. Presión de amigos	
	4. No Aplica	
13. ¿Practicas una religión?	1. Sí	

	2. No	
14. ¿Según sus creencias religiosas, considera una buena práctica mantener relaciones sexuales antes del matrimonio?	1. Si	
	2. No	
15. ¿Ha sido abusado sexualmente alguna vez?	1. Si	
	2. No	