



Universidad Nacional de Loja
Area de la Salud Humana
Carrera de Medicina

TEMA: Conocimiento y Aceptación del Programa
“¡Habla serio!, Sexualidad sin misterios” del Ministerio
de Salud Pública en los estudiantes del Colegio Juan
Montalvo de la ciudad de Loja del periodo académico
2013-2014

tesis de grado previa a la obtención del
título de médico general

Director: Dr. Germán Vélez Reyes
Autor: Cisneros Galindo Gustavo Patricio

CERTIFICACIÓN

Loja 27 de marzo de 2014

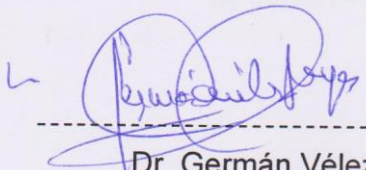
Dr. Germán Vélez R.

DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CERTIFICO:

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración de la tesis de grado titulada: **“CONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DEL PROGRAMA ¡HABLA SERIO! SEXUALIDAD SIN MISTERIOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO JUAN MONTALVO DE LA CIUDAD DE LOJA DEL PERIODO ACADÉMICO 2013-2014”** de autoría del Sr. **GUSTAVO CISNEROS GALINDO**, previa a la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumpla con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto; autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente.



Dr. Germán Vélez R.
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA.

Yo, Gustavo Patricio Cisneros Galindo, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Gustavo Patricio Cisneros Galindo

Firma:



C.I.: 1103205595

Fecha: Abril del año 2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Gustavo Patricio Cisneros Galindo, declaro ser el autor de la tesis titulada “Conocimiento y aceptación del programa ¡Habla serio! Sexualidad sin Misterios del Ministerio de Salud Pública, en los estudiantes del colegio Juan Montalvo de la ciudad de Loja del periodo académico 2013-2014”; como requisito para optar el grado de Medico General; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDL, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 24 días del mes de Abril de dos mil catorce. Firma el autor.

Firma:



Autor: Gustavo Patricio Cisneros Galindo

Cédula de Identidad: 1103205595

Dirección: Barrio Mons. Alberto Zambrano, calle Francia, entre Av. Eugenio Espejo y Alemania, s/n.

Correo electrónico: gusta5uves@gmail.com

Celular: 0982546490

Datos complementarios:

Director de tesis: Dr. Germán Vélez Reyes.

Tribunal de Grado: Dra. Nancy Banda

Dra. Carmelina Severino

Dra. Verónica Vélez

DEDICATORIA

En estos momentos de la existencia, con una gran cantidad de sentimientos encontrados, y viéndome subir un escalón más en mi desarrollo profesional y más importante, como ser humano, deseo dedicar el presente trabajo a Dios, quien como bien se sabe, escribe recto en reglones torcidos, y Él es el único que sabe con certeza por que pasa lo que pasa, y el único que permite que se den las cosas.

Lo dedico igualmente a mis padres y a mi hermano, apoyo incondicional y empuje severo para culminar este proceso, a toda mi familia y amigos, presentes y ausentes, pendientes siempre del que será de este individuo.

Dedico este trabajo a la adolescencia y juventud lojana y ecuatoriana, en quienes está enfocado este estudio, y quienes lo hicieron posible, siendo la etapa de la vida más importante de cada ser humano, donde se forjan amistades, amores, ilusiones, que permiten a todo ser avanzar para bien en lo que es el camino de la vida, para dejar huella marcada en el desarrollo de esta patria dolida, pero hermosa y beligerante.

Finalmente dedico este trabajo a mí mismo, planteándolo como el inicio de nuevos logros profesionales en el bello e infinito campo de la medicina humana, así como el sello en los momentos más inconsistentes en mi vida, con experiencias buenas y malas, alegrías, decoros y grandes tristezas, grandes pero bellas, que existen por personas que se ha amado, que marcaron hondo en mi ser, y que me recuerdan que si estoy triste o estoy feliz, es porque estoy vivo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitir que todo esto se dé, a mis padres Edgar Patricio y Mónica Matilde (+), quienes ahora me están apoyando desde dos frentes, a mi hermano Luis Miguel, quien entre bromas y enojos, supo darme el empuje necesario para no detenerme, a toda mi familia, de manera especial a la Lic. Sonia Cisneros, quien nunca negó su colaboración y siempre encontró tiempo suficiente para brindar su apoyo.

A todos mis amigos, de manera especial a Md. Jessica Apolo (+), quien siempre fue constante en saber cómo me iba, y quien sé, aun lo hace.

Al Dr. Germán Vélez Reyes, quien significo un valioso amigo, no solo en la elaboración de esta investigación, sino también en mi vida personal.

Al personal educativo, administrativo y de servicio del Colegio Juan Montalvo, y a los señores y señoritas estudiantes de esta institución, quienes participaron abierta y activamente en el desarrollo de este trabajo, y a quienes está enfocado.

ÍNDICE

	Página
<i>Certificación</i>	I
<i>Autoría</i>	II
<i>Carta de autorización</i>	III
<i>Dedicatoria</i>	IV
<i>Agradecimiento</i>	V
<i>Índice</i>	VI
<i>Tema</i>	VII
1. <i>Resumen</i>	8
2. <i>Summary</i>	9
3. <i>Introducción</i>	10
4. <i>Revisión literaria</i>	13
4.1 <i>Periodismo educativo</i>	13
4.2 <i>La adolescencia</i>	14
4.3 <i>Sexualidad</i>	16
4.4 <i>Salud sexual</i>	17
4.5 <i>Planificación familiar</i>	19
4.6 <i>Embarazo en la adolescencia</i>	21
4.7 <i>VIH e Infecciones de transmisión sexual</i>	23
4.8 <i>Diversidad sexual</i>	25
4.9 <i>Equidad de género</i>	28
4.10 <i>Violencia de género</i>	29
4.11 <i>Aborto</i>	31
4.12 <i>Estrategia nacional intersectorial de planificación familiar y prevención del embarazo en adolescentes (ENIPLA): Plan “Habla serio, sexualidad sin misterios”</i>	33
5. <i>Metodología</i>	37
6. <i>Análisis y presentación de resultados</i>	40
7. <i>Discusión</i>	56
8. <i>Conclusiones</i>	59
9. <i>Recomendaciones</i>	60
10. <i>Bibliografía</i>	61

TEMA: CONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DEL PROGRAMA “¡HABLA SERIO!, SEXUALIDAD SIN MISTERIOS” DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO JUAN MONTALVO DE LA CIUDAD DE LOJA DEL PERIODO ACADÉMICO 2013-2014

1. RESUMEN

El estudio denominado “Conocimiento y aceptación del programa ¡Habla serio! Sexualidad sin Misterios del Ministerio de Salud Pública, en los estudiantes del colegio Juan Montalvo de la ciudad de Loja” es de tipo analítico, cuanti-cualitativo, de corte transversal; realizado en una muestra de 85 estudiantes, en el periodo de Diciembre de 2013 a Marzo de 2014.

El objetivo fue: determinar el conocimiento de los y las estudiantes sobre el programa Habla serio, sexualidad sin misterios, las temáticas que se incluyen en el mismo, y el nivel de aceptación que produce este en los estudiantes. La determinación de estos datos se realizó mediante la aplicación de la técnica de encuesta, obteniéndose los siguientes resultados: Del total de encuestados, el 50.6% fueron hombres y el 50.4% mujeres, siendo el rango de edad más prevalente de 16 a 18 años en un 80%. La mayor capacidad publicitaria sobre el programa en los estudiantes se da por la televisión con 74.1%; 63.5% de los estudiantes tienen conocimientos superficiales sobre el programa; 44.7% de los encuestados recibió escasa educación sexual durante la primaria; 63.5% tienen conocimientos insuficientes sobre las infecciones sexuales; 80% no han hecho uso de los dispensadores de condones del MSP; 76.6% opinan que es positiva la entrega de condones gratuitos; 95.3% consideran favorable la inclusión de la educación sexual en instituciones educativas; 63.6% no conocen sus derechos sexuales.

Concluyendo, más de la mitad de los y las encuestados tienen conocimientos superficiales sobre las temáticas del programa Habla serio, sexualidad sin misterios, demostrando vacíos en los temas que difunde, lo que los expone a actos impremeditados en la práctica de su vida sexual, que afectaran a largo plazo su desarrollo humano, social y económico. La mayoría considera positivos los planteamientos de este programa y opinan que debe ser incorporado dentro de su plan académico. Por lo que este estudio servirá para impulsar la inclusión del programa Habla serio, sexualidad sin misterio, en las instituciones educativas.

Palabras clave: Adolescencia, educación sexual, planificación familiar.

SUMMARY

The study labeled "Knowledge and acceptance of the program ¡Habla serio, sexualidad sin Misterios! of the Ministry of Public Health, in the students of Juan Montalvo High school of Loja city" is analytic, quantitative and qualitative, cross-sectional; conducted on a sample of 85 students, during the period December 2013 to March 2014.

The objective was to: determine the knowledge of the students about the program "Habla serio, sexualidad sin misterios" (Speaks Seriously, sexuality without mysteries), the topics that includes, and the level of acceptance that produces this program on students. The determination of these data was performed by applying a survey technique, with the following results:

Of all respondents, 50.6% were male and 50.4% female, being the most prevalent age range of 16 to 18 years with 80%. The largest capacity of advertising about the program to the students was television with 74.1%, 63.5% of students have superficial knowledge about the program, 44.7% of respondents received little sex education during the primary, 63.5% have insufficient knowledge about STIs, 80% have not used condoms dispensers of Ministry of Public Health, 76.6% say that is positive delivering free condoms, 95.3% consider favor the inclusion of sex education in educational institutions, 63.6% do not know their sexual rights.

In conclusion, more than half of the respondents have surface knowledge of the program "Habla serio, sexualidad sin misterios", and its thematics showing gaps in broadcasting issues, which exposes them to commit recklessness in the practice of his sexual life, affect their long-term human, social and economic development. Most considered positive the approaches of this program and believe that should be incorporated into their academic plan. So this study will promote the inclusion of the program "Habla serio, sexualidad sin misterios" in educational institutions.

Keywords: Adolescents, sex education, family planning.

3. INTRODUCCIÓN

Durante el desarrollo de la historia humana, cualquier tema relacionado con la sexualidad y la reproducción ha sido visto como controversial, limitado por las normas impuestas por sociedades y sus influencias culturales y dogmáticas; la búsqueda de información sobre salud sexual por parte de la adolescencia es causa de desconcierto entre los adultos, quienes buscan evitar el abordarlos, creando un círculo vicioso de ignorancia sobre la propia fisiología y psique, arrastrando a mala toma de decisiones, susceptibilidad ante mitos y vulnerabilidad frente a personas indolentes que se aprovechan del desconocimiento de los jóvenes. Siendo el factor causal para el aumento en la tasa de los problemas de salud mundial, como el embarazo en la adolescencia, las infecciones de transmisión sexual y la violación de los derechos sexuales de los adolescentes en cualquiera de sus formas.

En la última década, con la presencia de nuevas tecnologías en comunicaciones, la educación sexual y reproductiva se ha visto al alcance de nuevos grupos poblacionales. Gran parte de los países de la región andina cuentan con políticas públicas de salud sexual y reproductiva; sin embargo, llevado a la práctica, estas políticas no son aplicadas, demostrándose falencias en la inclusión de la educación sexual en escuelas y colegios (ORAS CONHU, 2008).

Las necesidades insatisfechas en anticoncepción en América Latina se presentan en un 21% de la población sexualmente activa, siendo estas cifras impulsadas por el aumento poblacional, acompañada de una insolvencia de servicios de planificación familiar (OMS, 2013). El uso de anticonceptivos modernos se encuentra por debajo del 50% en América Latina, exceptuando Colombia y Chile, marcada por una desigualdad entre el conocimiento de los métodos modernos de anticoncepción, y el uso de estos métodos entre la adolescencia (UNFPA, 2012).

En América Latina y el Caribe, se producen 72 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años de edad, siendo las regiones con la tercera tasa de fecundidad adolescente a nivel mundial, además de ser la que ha presentado el descenso más lento de la misma comparado con otras

regiones (UNFPA, 2013). En el Ecuador, los embarazos en adolescentes representan el 22% del total de mujeres embarazadas, representando que más de 122 mil mujeres adolescentes en el Ecuador ya son madres (INEC, 2012).

Otro de los problemas de salud que conlleva una pobre educación sexual, es el aumento en la incidencia y prevalencia de las ITS, siendo la más grave para el individuo y la sociedad el VIH-SIDA, calculándose que actualmente en el mundo 3.5 millones de personas viven con esta patología (OMS, 2011); en Latinoamérica 1.6 millones de personas la padecen (OPS, 2011). En el caso de otras ITS, se producen cerca de 498 millones de casos nuevos a nivel mundial, sin incluir las nuevas infecciones por VIH (OMS, 2011); esta situación se presenta en los países andinos de manera variable, por ejemplo en Colombia se registró la atención de 106.699 casos en todas las edades (SISPRO, 2011), mientras que en el Ecuador se presentaron 355.511 casos de ITS en las unidades de salud pública (MSP, 2011).

En lo referente a ámbitos como la diversidad sexual y la equidad de género, legislativamente son protegidas como derechos propios de cada ser humano, en la práctica, la discriminación sigue manifiesta contra grupos homosexuales, con agresiones psicológicas y físicas; siendo manifiesto en la existencia de “clínicas de deshomosexualización” (The Advocate, 2011). En cuanto a la violencia de género, se pronostica que una de cada siete mujeres sufrirá en su vida algún tipo de agresión física o psicológica (ONU Mujeres, 2012), en el país, el 61% de las mujeres han sufrido algún tipo de violencia de género, siendo la violencia psicológica la más recurrente dentro del territorio nacional (INEC, 2011).

El gobierno nacional ha planteado la Estrategia nacional intersectorial de planificación familiar y prevención del embarazo en adolescentes (ENIPLA), con el programa “Habla serio, sexualidad sin misterios”, que busca coordinar acciones que garanticen el goce de los derechos sexuales y reproductivos de la población, con el objetivo de prevenir los embarazos en adolescentes, disminuir los embarazos no planificados, prevenir la mortalidad materna y la violencia de género (MSP, 2009), sin embargo, la capacidad de difusión de este plan se ve limitada, tanto por un centralismo que aunque ha sido tratado

de evitarlo sigue manifiesto dentro de las políticas nacionales, la falla en la coordinación entre las instituciones públicas y las privadas para lograr cumplir los objetivos de este plan en mayores regiones, así como por la propia falta de interés de los y las adolescentes a quienes va dirigido este programa y los beneficios que les brindarían social, económica y personalmente.

Es por esto, que el tema aquí planteado es de actualidad, necesario y factible de realizarse al disponerse del tiempo, la planificación, los recursos técnicos, materiales y económicos, así como el apoyo institucional, mismos que garantizan la investigación del mismo, con niveles óptimos de veracidad, profundidad y pertinencia.

Los objetivos planteados en la investigación son: el general; determinar el nivel de conocimiento y aceptación en los y las estudiantes del Colegio Juan Montalvo del periodo académico 2013-2014, sobre el programa “¡Habla serio!, sexualidad sin misterios, del Ministerio de Salud Pública del Ecuador; y como objetivos específicos: definir el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre el programa, y lo que el mismo intenta; deslindar si los estudiantes han recibido charlas o talleres sobre el programa; percibir el pensamiento crítico de los estudiantes sobre el programa y sus planteamientos, conocer si los estudiantes hacen uso de los dispensadores de condones masculinos y femeninos localizados en las unidades de salud y establecer el interés de los estudiantes hacia la búsqueda de información sobre su sexualidad y derechos sexuales.

Es de esta manera, que la presente investigación es un estudio analítico, cuanti-cualitativo, de corte transversal; que busca determinar los conocimientos existentes en los y las estudiantes del Colegio Juan Montalvo sobre el programa Habla serio, sexualidad sin misterios, así como la aceptación que existe en los adolescentes, aplicando técnicas para recopilar y constituir la información (encuesta), y discutirla con otros estudios que se hayan realizado a cabo en otros lugares, tanto locales, nacionales y regionales , con el fin de mejorar la atención en medicina preventiva, configurándola de manera más integral, en beneficioso de la adolescencia lojana y ecuatoriana.

4. REVISIÓN LITERARIA

4.1 EL PERIODISMO EDUCATIVO

El periodismo incluye la comunicación por esencia, información por necesidad; formación por deseo de orientar, surgido como una necesidad comunicacional. Permite una variante de educación mediante los medios de comunicación en la que todo puede ser ocasión para aprender y desarrollar las capacidades del individuo tanto si se trata de brindar una segunda o una tercera ocasión educativa o la de satisfacer la sed de conocimientos. El periodismo educativo permite al comunicador brindar al receptor información relacionada con temas concretos de interés, que permita el aprendizaje y la discusión de los mismos, dándose la difusión de estos de manera física o virtual¹.

La televisión como herramienta de aprendizaje

Es el medio comunicativo de mayor expansión durante el último siglo, permitiendo brindar experiencias visuales y auditivas al receptor, La comunicación en la familia puede enriquecerse o empobrecerse a través de la exposición de la televisión, dependiendo del estilo de vida de la familia y las circunstancias. Algunos programas de interés para el grupo propician la invitación a que otros miembros de la casa se acerquen y comenten sobre lo sucedido en episodios o capítulos anteriores, o sobre lo que esté ocurriendo en la pantalla en ese momento. La gente aprende por la televisión y ésta puede afectar diferentes áreas del televidente: Cognitiva, emocional o conductual, volviéndose un medio que pone en contacto al individuo con problemas personales o sociales, enseñando situaciones que de otro forma no conocerían².

La radio como herramienta de aprendizaje

Es el medio de comunicación que mayor facilidad de llegada tiene hacia todos los sectores de la sociedad, con capacidad de recepción en sectores alejados y por grupos sociales vulnerables, de costo bajo tanto en la difusión de mensajes, permite al receptor interactuar con el comunicador, afianzando

¹ MARIN JORGE, Periodismo, Capitulo 2, Año 2008

² ROMERO MILAGROS, La Televisión, Capitulo 6, Año 2003

más el aprendizaje interactivo, permitiendo la propuesta de temas de interés para el escucha³.

La prensa como herramienta de aprendizaje

El medio de comunicación milenario, permite la difusión de mensajes permanentes, que pueden ser revisados y analizados varias veces por el receptor, permitiendo la formación de grupos de discusión con otros individuos que muestren interés por el tema propuesto, lo que lo vuelve una herramienta pedagógica excelente dentro del aula de clases en cualquier nivel de la educación⁴.

El internet como herramienta de aprendizaje

Permite la globalización de todos los contenidos relacionados con un mismo tema, así como la difusión rápida y económica de cualquier mensaje audiovisual hacia el receptor. Al existir una cantidad enorme y no controlada de información, el receptor es vulnerable a encontrar información imprecisa, falsa, o exagerada de los temas que le son de interés, sin embargo igualmente al ser global permite la formación de foros de discusión entre personas afines al tema relevante⁵.

4.2 LA ADOLESCENCIA

La población adolescente y joven representa una prioridad de salud a nivel mundial, al considerarse el momento trascendental de la vida del ser humano donde se desarrolla tanto las capacidades físicas y la formación del criterio en la toma de decisiones, en la búsqueda de la superación integral del individuo dentro de la sociedad. La generación actual es la más grande que se haya registrado en la historia de la humanidad, en el 2012 la población adolescente y joven en el mundo represento el 22.4% de la población total, con 1.600 millones de personas de 12 a 24 años, de las cuales 721 millones (10.3%) eran adolescentes de 12 a 17 años, y 850 millones (12.14% eran jóvenes de 18 a 24 años⁶. En el Ecuador la población adolescente representa el 12% con 1 millón 750 mil

³ Revista "RAZÓN Y PALABRA", #36, La radio como medio de comunicación, año 2004

⁴ VELA GABRIEL, Labor educativa de los diarios, Capítulo 1, Año 2008.

⁵ LUCILA MARIA, La importancia del internet en la educación, Artículo, Año 2008.

⁶ Informe de la Secretaría General de la Comisión de Población y Desarrollo, Los adolescentes y jóvenes, Año 2012, Primera edición, pág. 4

adolescentes⁷. Al representar la quinta parte de la población total, las condiciones bajo las que el adolescente realiza 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 efecto trascendental en su calidad de vida, su convivencia con sus pares y en las tendencias poblacionales de las siguientes décadas⁸.

En términos de la OMS, se considera a la adolescencia como el "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica" fijando los límites de la misma entre los 10 y 20 años.

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas⁹:

1. – Adolescencia Temprana (10 a 13 años).- es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales "irreales". Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. – Adolescencia media (14 a 16 años).- la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

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

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

⁷ Instituto nacional de estadísticas y censos, Censo de población y vivienda. Año 2010

⁸ Fondo de Población de las Naciones Unidas, Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes. Año 2010

⁹ OMS. La salud de los adolescentes: un desafío para la sociedad: Informe de un grupo de estudio sobre Adolescencia. Ginebra 1986, transcrito al español en el Año 1996

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

3. – Adolescencia tardía (17 a 19 años).- en el cual casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

4.3 SEXUALIDAD

En términos de la organización mundial de la salud, la sexualidad representa el aspecto central del ser humano, mismo que está presente a lo largo de todo su ciclo vital, manifestado como el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan el sexo de cada individuo.

La sexualidad humana abarca al sexo, la identidad y el papel del género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual; aspectos que se manifiestan mediante pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, y relaciones interpersonales; siendo directamente influenciada por factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales¹⁰.

La sexualidad como sistema de la vida humana está conformada por cuatro capacidades, que interactúan directamente en las relaciones biológicas, psicológicas y sociales de cada persona, estas capacidades son:

El erotismo que resalta como la capacidad de sentir placer físico y emocional a través de la respuesta sexual, es decir a través del deseo sexual, la excitación sexual y el orgasmo; la vinculación afectiva, como la capacidad de desarrollar y establecer relaciones interpersonales significativas; la reproductividad que representa la capacidad de tener hijos, el desarrollo de sentimientos de maternidad y paternidad, de actitudes de paternaje y maternaje, además de las actitudes favorecedoras del desarrollo y

¹⁰ OMS, Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual Health, Pág. 28–31 Enero 2006.

educación de otros seres y el sexo genético y físico, que comprende la capacidad de identificación y pertenencia a una de las categorías dimórficas (femenino o masculino), como base en la construcción de la identidad sexual, incluye todas las conductas y pensamientos de ser hombre o mujer.

La orientación sexual de cada individuo es el producto de la manifestación de cada una de estas capacidades, difiriendo en cada persona el cómo interactúan el erotismo, la vinculación afectiva y el género, se desarrollan en cada ser humano su respectiva orientación sexual con la que siente la plenitud sexual, presentándose la heterosexualidad, la homosexualidad y la bisexualidad; las características propias de cada orientación sexual serán revisados más adelante.

El principio de gran parte del comportamiento sexual humano, al igual que en el caso de la gran mayoría de los animales, está dado por los diversos impulsos y fenómenos fisiológicos propios del organismo, más a diferencia de los animales, el pensamiento crítico del ser humano, influenciado por los diversos factores culturales, socioeconómicos, religiosos, ético-morales en los que se ha basado su desarrollo, determinaran una gran gama de comportamientos sexuales.

Cada una de las capacidades sexuales, y el cómo estas se integran unas con otras en cada individuo, pueden conllevar problemas específicos, marcados por las diferentes tendencias establecidas en las diversas estructuras sociales. Así, encontramos en el caso del sexo, los problemas de homofobia, violencia contra la mujer, desigualdad sexual, etcétera. En la vinculación afectiva se encuentran las relaciones de amor/odio, la violencia en la pareja, los celos, el control de la pareja. El erotismo presentará problemas tales como disfunciones sexuales o las infecciones de transmisión sexual. En cuanto la reproductividad se observan desordenes de la fertilidad, violencia y maltrato infantil, abandono de los hijos, etc.¹¹

¹¹ ANDERS AGMO, Functional and dysfunctional sexual behavior. Editorial Elsevier, Cap. 1 Pág. 19, 2007.

4.4 SALUD SEXUAL

La organización mundial de la salud considera a la salud sexual como un estado integro de bienestar físico, mental y social relacionado con la sexualidad y la reproducción, el cual no es solamente la ausencia de una enfermedad, disfunción o capacidad, sino que otorga la capacidad de disfrutar de una vida sexual plenamente satisfactoria, respetando la libertad del individuo y su par en la decisión de procrear o no. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia.^{12,}

Para que dicho estado de salud integra pueda lograrse y mantenerse, se debe respetar los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas.

4.4.1 Derechos sexuales y de procreación

La salud sexual y de la reproducción constituye un derecho de hombres y mujeres. Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, a disponer de la información y los medios para ello; y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones, ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos¹³.

1) Derecho a la salud sexual y de la reproducción: como componente de la salud general, a lo largo de todo el ciclo vital de las personas.

2) Derecho a adoptar decisiones con respecto a la procreación: incluidos la elección voluntaria de cónyuge, la formación de una familia y la determinación del número, el momento de nacer y el espaciamiento de los propios hijos; y el derecho de tener acceso a la información y los medios necesarios para ejercer una opción voluntaria.

¹² OMS. Definiendo la salud sexual: Informe de un consejo técnico en salud sexual, 28-31 de Enero 2002, Ginebra.

¹³ OPS, Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la acción, 19-22 Mayo 2000, Antigua Guatemala, Guatemala.

3) Derecho a condiciones de igualdad y equidad de hombres y mujeres: a fin de posibilitar que las personas efectúen opciones libres y con conocimiento de causa en todas las esferas de la vida, libres de discriminación por motivos de género.

4) Derecho a la seguridad sexual y de la reproducción: incluido el derecho a estar libres de violencia y coacciones sexuales y el derecho a la vida privada.

4.4.2 Problemas de Salud sexual y reproductiva en los y las adolescentes

El abordaje de la salud sexual y reproductiva es muy diferente entre un adolescente con un adulto, el adolescente se encuentra en un proceso de cambio tanto físico como mental y emocional profundo, lo que lo convierte en una entidad susceptible e incluso fácilmente manipulable, en el cual se pueden grabar ideas sobre sexualidad erróneas, que conllevan a un desconocimiento sobre sus derechos sexuales, con la consecuente violación de los mismos. En lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva, los principales riesgos de esta población son: el inicio no elegido, involuntario y/o desprotegido de su vida sexual, la exposición a embarazos no planeados, no deseados, o en condiciones de riesgo, la exposición a una infección de transmisión sexual (ITS), cuya expresión más dramática es el VIH/Sida y la violencia sexual y de género.

4.5 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar busca permitir a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos, en cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, mediante la aplicación de métodos anticonceptivos, tratamientos anticonceptivos definitivos y tratamientos para la fertilidad.

La promoción de la planificación familiar, así como el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas, resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

Una planificación familiar bien estructurada, brinda diversos beneficios tanto a nivel personal de cada individuo y a la sociedad de la cual forma parte, entre los principales beneficios como: la prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres de todas las edades, incluyendo la disminución de abortos peligrosos; la reducción en la mortalidad de menores de un año; la prevención de la infección por el VIH, y otras ITS; la disminución del embarazo de adolescentes, protegiendo la salud física y emocional de la y el adolescente, evitando las consecuencias de un embarazo en esta etapa del desarrollo, como el abandono académico.

4.5.1 PROBLEMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En los países en desarrollo, de las regiones del sureste de Asia, África subsahariana y de Latinoamérica y el Caribe, aproximadamente 220 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación; sin embargo, no utilizan ningún método anticonceptivo, siendo las principales causas para tal fenómeno la poca variedad de métodos anticonceptivos; el acceso limitado a la anticoncepción, particularmente por parte de los jóvenes, los segmentos más pobres de la población o los solteros el temor a los efectos adversos (aumento de peso, cambios en el estado de ánimo, alteraciones en el ciclo menstrual, acné, etc.)¹⁴, tras el uso de algunos métodos anticonceptivos; la oposición por razones culturales o religiosas; servicios de mala calidad y las barreras de género.

La necesidad insatisfecha de anticoncepción sigue siendo alta.. En Asia y América Latina y el Caribe, regiones donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es relativamente alta, las necesidades insatisfechas representan un 21% y un 22%, respectivamente¹⁵.

El fondo de población de las Naciones Unidas destaca que existen algunos métodos como la anticoncepción de emergencia que no son conocidos ni por la mitad de los adolescentes de la región Sub-andina. El uso de anticonceptivos modernos se encuentra por debajo del 50% en los países de Latinoamérica, a excepción de Chile y Colombia. Entre los métodos más usados destacan las inyecciones y las píldoras entre las adolescentes con

¹⁴ BEREK S. JONATHAN; Ginecología de NOVAK; Ed.15; Cap. 10; Pág. 205. 2013

¹⁵ OMS, Centro de prensa, Planificación familiar, Nota descriptiva N°351, Mayo de 2013

una sola pareja sexual estable, y el condón masculino entre las adolescentes con varias parejas sexualmente activas. El uso de algún anticonceptivo durante la primera relación sexual en adolescentes de Latinoamérica es mixta, mientras en Chile un 54.8% y en Venezuela un 50% de los adolescentes refieren haber usado algún método, en el Ecuador únicamente el 13.5% de los adolescentes refieren haber usado un método anticonceptivo, siendo la razón predominante el no haber planeado tener relaciones sexuales, y el desconocimiento de métodos¹⁶.

4.5.2 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Un método anticonceptivo es aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual que incluyen coito vaginal. Para la elección de un método anticonceptivo adecuado, hay que considerar aspectos como la frecuencia de las relaciones sexuales y el número de parejas sexuales, si se desea tener hijos posteriormente, la eficacia de cada método en la prevención del embarazo, los posibles efectos adversos que puede acarrear, la facilidad y comodidad de uso del método elegido, así como la disponibilidad del mismo, el nivel económico para acceder a dichos métodos, y en algunos casos, aspectos culturales y religiosos.

Existe diversidad de métodos anticonceptivos, entre los cuales los podemos clasificar como métodos naturales y métodos artificiales, aunque la OMS los clasifica también como tradicionales y modernos, mismos que pueden observarse en los cuadros del anexo 5.

4.6 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Las tasas de embarazo adolescente en los países de América Latina y el Caribe se encuentran entre las más altas del mundo. En 2010, la región de América Latina y el Caribe registró la tercera mayor tasa de fecundidad adolescente en el mundo (72 nacimientos por cada 1000 mujeres de entre

¹⁶ ORGANISMO REGIONAL ANDINO DE SALUD; Embarazo en adolescentes en la región subandina; Pág. 16-19; 2008.

15 y 19 años de edad). La mayoría de los países de la región caen dentro de los 50 países con los mayores índices de fecundidad en adolescentes¹⁷.

En el Ecuador, más de 122 mil adolescentes de 12 a 19 años son madres, el número de embarazos de adolescentes aumento en 2.3%, siendo en el 2003 de un 19.7%, mientras que para el 2013 se presenta en 22% del total de mujeres embarazadas. El 56.7% de las adolescentes embarazadas tienen una instrucción secundaria. El 55.8% mantiene una relación de unión libre, el 20.2% son solteras y un 15.7% legalmente casadas, el 55.3% de los casos de embarazo en la adolescencia se encuentran localizados en las provincias de la costa, mientras que en la región sierra se reporta un 38.4%. En relación con datos de hace 10 años, del total de adolescentes embarazadas en el Ecuador, al menos un 37% ya ha parido un hijo anteriormente¹⁸.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: *"una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes"*.

4.6.1 Factores que predisponen al embarazo en la adolescencia

Entre los principales factores de riesgo tenemos: la menarca temprana; el inicio precoz de relaciones sexuales, cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención; una mayor tolerancia social a la maternidad adolescente; bajo nivel educativo, con desinterés general y ausencia de proyectos de vida, diversos factores socioculturales con cambios en las costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos. El pensamiento mágico propio de esta etapa de la vida que lleva a la adolescente a creer que no se embarazará porque no lo desea, pensamientos potenciados por la falta o la distorsión de la

¹⁷ Fondo de Población de las Naciones Unidas, Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes, Pág. 2-7, Año 2013

¹⁸ Instituto nacional de estadísticas y censos, Anuario de nacimientos y defunciones. Año 2012

información sobre salud sexual y reproductiva y menor temor a enfermedades venéreas.

4.6.2 Consecuencias del embarazo en la Adolescencia

Entre las consecuencias para la madre adolescente tenemos el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo; la limitación en la obtención de empleos permanentes con beneficios sociales; las relaciones en pareja inestables y de corta duración, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación; la discriminación social por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza y aumentando las tasas de morbi-mortalidad materno-infantil.

El hijo de la madre adolescente está expuesto a un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación, una mayor incidencia de "muerte súbita", mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional y poco acceso a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud. Mientras que entre las consecuencias para el padre adolescente se incluye la deserción escolar para absorber la mantención de su familia, trabajos inestables y de menor remuneración y el sometimiento a estados de stress inadecuado a su edad, con las subsecuentes secuelas de salud.

4.7 VIH E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

4.7.1 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Se consideran a las ITS como un conjunto de afecciones clínicas producidas por más de treinta agentes etiológicos, adquiridos en relaciones sexuales anales, vaginales u orales sin protección, algunas de ellas: la sífilis, el VIH, la hepatitis B, etc., pueden transmitirse al feto durante el embarazo¹⁹.

¹⁹ OMS, Centro de prensa, Nota Descriptiva N°110, Agosto de 2011

Entre los principales agentes etiológicos causantes de ITS tenemos bacterias como la *Neisseria gonorrhoeae*, la *Chlamydia trachomatis*, el *Treponema pallidum*, el *Haemophilus ducreyi* y la *Klebsiella granulomatis*. Algunos de los virus que producen ITS son el Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus del herpes simple de tipo 2, el papilomavirus humano (VPH), el virus de la hepatitis B y el citomegalovirus. Mientras que parásitos como el *Trichomonas vaginalis* y Hongos como el *Candida albicans* también son causantes de diversas ITS.

Las ITS son consideradas como puerta de entrada al VIH porque producen pequeñas laceraciones, descamaciones o ulceraciones en las mucosas del organismo, facilitando el ingreso del virus. En la zona afectada se presenta un proceso inflamatorio con mayor cantidad de células blancas (preferidas por el VIH) y una mayor cantidad de virus o bacterias que facilitan la transmisión. Algunas ITS, como los papilomas causados por el VPH, aumentan la susceptibilidad a cambios celulares morfológicos con la subsecuente formación de neoplasias.

Por propuesta de la OMS, las ITS son clasificadas y tratadas mediante un manejo sintomático, proceso que permite una mejor estrategia costo-efectiva de prevención del VIH-SIDA, clasificación que se puede estudiar en el anexo 6²⁰.

En el Ecuador, en el año 2011 se atendieron un total de 355.511 de casos de ITS en las unidades de salud pública, mediante el sistema de clasificación sintomática. El 96.6% corresponden a atenciones realizadas a mujeres y únicamente el 1.7% en hombres, tratándose en el 72.7% de casos de vaginitis, producto del aumento de bacterias como consecuencia del uso de protectores diarios y duchas vaginales que alteran la flora bacteriana normal²¹.

²⁰ OMS Módulos de capacitación para el Manejo Sintomático de las Infecciones de Transmisión Sexual, 2a edición, Módulo 2, 2008

²¹ Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/Sida, Estrategia Nacional de VIH/Sida - ITS 2011 Infecciones de transmisión sexual, Pág. 5-6

4.7.2 VIH Y SIDA

El virus de inmunodeficiencia humana es un virus del género Lentivirus perteneciente a la familia Retroviridae²². Su genoma es una cadena de ARN que debe copiarse provisionalmente al ADN para poder multiplicarse e integrarse en el genoma de la célula que infecta.

El VIH puede transmitirse por vía sexual, mediante el contacto de secreciones infectadas con la mucosa genital, rectal u oral; por vía sanguínea tras el contacto de sangre contaminada con la sangre o mucosas expuestas del receptor, misma que puede darse por medio de diferentes vectores, por ejemplo a través de jeringuillas contaminadas que se da por la utilización de drogas intravenosas, transfusiones de sangre o productos hemoderivados contaminados. Otra vía de infección es la perinatal, que se da durante las últimas semanas del embarazo, durante el parto, o al amamantar al bebé²³.

La infección por VIH presenta etapas identificadas por un conjunto de indicadores clínicos. En ausencia de un tratamiento adecuado, el virus se replica constantemente e infecta los linfocitos T-CD4, mientras que el sistema inmunológico del portador del VIH reacciona ante la presencia del virus y genera una respuesta que puede mantener la infección bajo control mediante la reposición de células defensivas. Al término de un período que se puede prolongar por varios años, el VIH se vuelve resistente a las defensas naturales del cuerpo y destruye el sistema inmune del portador, etapa conocida como Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), exponiendo al organismo al ataque de organismos oportunistas, conllevando a la inminente muerte del individuo²⁴.

Durante el año 2011, en los servicios de salud pública, se notificaron un total de 3438 nuevos casos de infecciones por VIH, de los cuales 167 fueron en pacientes adolescentes de entre 10 a 19 años de edad, mientras que se reportaron durante el mismo año un total de 1573 casos de SIDA, de los

²² Comité internacional de Taxonomía de virus, Taxonomía viral, Novena edición, Año 2012

²³ SMITH, D. K., GROHSKOPF, L. A., BLACK, R. J., AUERBACH, J. D., VERONESE, F., STRUBLE, K. A., CHEEVER, L., JOHNSON, M., PAXTON, L. A., ONORATO, I. A. AND GREENBERG, A. E., Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States of America. Pág. 1-20. 2005

²⁴ US National Institute of Allergy and Infectious Diseases, Relación entre el VIH y el SIDA. Noviembre 2009.

cuales en al menos cuarenta se trata de adolescentes de 10 a 19 años de edad²⁵.

4.8 DIVERSIDAD SEXUAL

La diversidad sexual se expresa en las variedades en la concepción del pensamiento de ser mujer u hombre, superando la frontera establecida por los estereotipos establecidos a cada género, siendo el resultado de la propia biografía, que se desarrolla en un contexto sociocultural, difiriendo en cada individuo según la manifestación de las características sexuales propias del mismo, como son el erotismo, la vinculación afectiva, la reproductividad y el sexo genético, y su búsqueda de satisfacerlas plenamente. En este sentido la diversidad sexual tiene relación con la diversidad de vivir la sexualidad, ya sea en su dimensión física, en la formas de amar y de vivir el placer sexual, como condición humana de ser diverso, ser diferente e individual²⁶. Abarca las diferentes expresiones de orientación sexual que pueden darse en las variaciones de las capacidades sexuales del individuo y la influencia del entorno físico y socio-cultural en el que este se desenvuelve, siendo la orientación sexual parte de un proceso de definición del objeto hacia el cual será dirigido el impulso sexual que forma el desarrollo psicosexual, sin que necesariamente se restrinja a éste²⁷.

Las principales orientaciones sexuales son²⁸ la heterosexualidad, Considerada la orientación sexual fisiológicamente predominante, caracterizada por el deseo y la atracción física y/o afectiva hacia personas del sexo opuesto; la homosexualidad, caracterizada por la atracción sexual y/o afectiva hacia individuos de un mismo sexo, la bisexualidad, caracterizada por la atracción física y/o afectiva hacia personas del mismo sexo y del sexo opuesto, y la transexualidad, la cual se caracteriza por un

²⁵ Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/Sida, Estrategia Nacional de VIH/Sida -ITS 2011, Pág. 2-3

²⁶ FLORES JULIA, La diversidad sexual y los retos de la igualdad y la inclusión, Colección estudios, Pág.17, 2007.

²⁷ FLORES JULIA, La diversidad sexual y los retos de la igualdad y la inclusión, Colección estudios, Pág.18, 2007.

²⁸ ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSICOLOGIA, Sexual orientation and homosexuality, Año 2008, tomado de la Pág. Virtual <http://www.apa.org/helpcenter/sexual-orientation.aspx>

sentimiento de discordancia entre la identidad de género del individuo y su sexo biológico, por lo que la persona busca vivir y ser aceptada como un individuo del sexo opuesto.

4.8.1 PROBLEMAS EN LA DIVERSIDAD SEXUAL

La reacción social hacia la orientación sexual, es dependiente de la influencia religiosa, cultural y regional de cada sociedad.

En muchos puntos del planeta, la heterosexualidad rige de manera obligatoria como la única orientación sexual, castigándose con penas civiles a cualquier conducta diferente a la heterosexual, variando desde multas económicas o cárcel hasta la pena capital²⁹.

Incluso en países donde las orientaciones sexuales diferentes a la heterosexualidad no son condenadas legalmente, siempre existen grupos ultraconservadores que ven a estas conductas como enfermedades, lo que lleva a la realización de diferentes actos o actividades para “sanar”, que por lo general violan los derechos humanos del individuo. En menor escala también existen actos de discriminación, segregación y acoso, en contra no solo del individuo, sino también contra las personas que puedan apoyarlo.

4.8.2 DIVERSIDAD SEXUAL EN EL ECUADOR

La constitución del Ecuador reconoce y ampara el derecho de igualdad para todas las personas sin importar su orientación sexual, así como su derecho a la toma de decisiones sobre su sexualidad, siendo por tal forma la obligación de todos(as) los(as) ecuatorianos(as) el reconocer y respetar estas diferencias^{30, 31}.

Actualmente toda tendencia sexual en el Ecuador es legal y por lo tanto deberá ser respetada, sin embargo esto en la práctica no se cumple totalmente ya que aún existe una discriminación hacia las orientaciones sexuales que difieren a la heterosexualidad, y esto ha sido motivo de una agresión psicológica y en algunos casos, agresión física dando lugar a actos

²⁹ DIARIO “LA REPUBLICA” Perú, Homosexualidad: En 7 países se castiga con la muerte y en 78 es ilegal , 15 de mayo de 2012

³⁰ CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR, Art 11, #2; 2008

³¹ CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR, Art 66, #9; 2008

de homofobia y violación de los derechos humanos, algunos de los cuales han quedado impunes^{32, 33}.

La actividad sexual entre personas del mismo sexo es legal en Ecuador. Sin embargo, los hogares formados por parejas del mismo sexo no son elegibles para todas las protecciones sociales y legales disponibles para las parejas heterosexuales casadas. Las uniones civiles para parejas formadas por personas del mismo sexo, fueron legalizadas en Ecuador con la aprobación de la Constitución de 2008, incluyendo todos los derechos del matrimonio excepto la adopción conjunta. La primera unión civil de que se tiene conocimiento ocurrió en agosto de 2009³⁴. El matrimonio entre personas del mismo sexo está constitucionalmente prohibido en Ecuador³⁵.

4.9 EQUIDAD DE GÉNERO

La equidad de género es la defensa de la igualdad del hombre y la mujer en el control y el uso de los bienes y servicios de la sociedad. Esto supone abolir la discriminación entre ambos sexos y que no se privilegie a ningún sexo por encima del otro en ningún aspecto de la vida social. Para que tenga lugar la mencionada equidad de género se tienen que producir o generar dos situaciones concretas y fundamentales. Por un lado, estaría la igualdad de oportunidades y por otro, la creación de una serie de condiciones determinadas para que se puedan aprovechar las citadas oportunidades.

Cualquier persona debe ganar lo que propio de acuerdo a sus méritos y no puede ser favorecida en perjuicio del prójimo. Un hombre y una mujer deben recibir la misma remuneración ante un mismo trabajo que contemple idénticas obligaciones y responsabilidades, sin descuidar las características de género.

Se debe fomentar la equidad de género al ser un derecho humano, por tanto, una responsabilidad para con el prójimo; es clave para una buena gobernabilidad, implicando la igualdad de participación en los procesos de

³² UASB, SALGADO JUDITH; Análisis de la interpretación de inconstitucionalidad de la penalización de la homosexualidad en el Ecuador; 2004

³³ Diario THE ADVOCATE EEUU; Lesbians Escape From Ecuador's "Ex-Gay" Torture Centers; 07 Octubre 2011

³⁴ GERMAN LODOLA; Apoyo al matrimonio entre personas del mismo sexo en América Latina; 2010

³⁵ CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR, Art 67; 2008

toma de decisiones; permite reconocer la contribución respectiva de las mujeres y de los hombres a la sociedad y representa una estrategia clave para la lucha contra la pobreza y el cambio social³⁶.

4.10 VIOLENCIA DE GÉNERO

La Organización mundial de la Salud define a la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otras personas o un grupo o una comunidad, que causa o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones³⁷; el término es utilizado para distinguir la violencia común de aquella que se dirige a individuos o grupos sobre la base de su género³⁸.

La violencia de género se traduce, histórica y socialmente, en violencia dirigida contra las mujeres, al afectar en forma desproporcionada con base en el rol femenino socialmente construido. Es una violencia que parte de una ideología, de la estructura patriarcal basada en las tradiciones, creencias y costumbres que favorecen y mantienen la desigualdad entre los sexos, imponiendo un modelo sexista y desigual en las relaciones, para dominar y mantener los privilegios que cree propios de su sexo, por lo general la violencia proviene de la persona de la cual la víctima espera recibir respeto, amor y apoyo.

La violencia de género puede darse de manera física, con cualquier acto de fuerza contra el cuerpo de la víctima, con resultado o riesgo de producir lesión física; con actos de violencia psicológica, incluyendo toda conducta, verbal o no verbal, que produzca en la víctima desvalorización o sufrimiento; violencia económica, con la privación intencionada, y no justificada legalmente, de recursos para el bienestar físico o psicológico de la víctima y de sus hijas e hijos o la discriminación en la disposición de los recursos compartidos en el ámbito de la pareja; con actos de violencia sexual, de naturaleza sexual forzada por el/la agresor/a o no consentida por la víctima,

³⁶ LÓPEZ ANA, HIDALGO YICEL; Equidad de género: ¿Sueño o realidad?, 2006

³⁷ Ministerio del Interior, República del Ecuador; Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia de Género; 2010, Pág. 7.

³⁸ United Nations High Commissioner for Refugees. Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons: Guidelines for Prevention and Response, Mayo de 2003

abarcando la imposición, mediante la fuerza o con intimidación, de relaciones sexuales no consentidas³⁹.

4.10.1 Violencia de género en el mundo

La violencia de género es un problema de escala global, calculándose que una de cada siete mujeres sufrirá en su vida algún tipo de violencia física o sexual. El asunto es de tal gravedad que la ONU Mujeres habla de un problema de salud pública, con tintes de epidemia que, incluso, significan pérdidas económicas inmensas.

En la mayor parte de países los niños sufren golpes y castigos físicos con mayor frecuencia que las niñas, mientras que éstas corren mayor riesgo de infanticidio, abuso sexual y abandono así como verse obligadas a prostituirse, lo que significa que el estereotipo de “trato duro” para los hombres desde niños sigue vigente al igual que la “utilidad sexual de las mujeres” desde niñas. Violencia ejercida en función de los roles de género que se construyen desde las edades más tempranas.⁴⁰

4.10.2 Violencia de género en el Ecuador

En el Ecuador, el 61% de las mujeres ha vivido algún tipo de violencia de género, dándose tal cifra en zonas urbanas y rurales por igual. Una de cada 4 mujeres ha vivido violencia sexual. Sin embargo, la violencia psicológica es la forma más recurrente de violencia de género en el país, con el 53,9 % de casos. Y el 76% de mujeres han sido violentadas por su pareja o ex pareja, es decir, la mayoría de las veces, el delito o abuso no se comete en la calle o en el trabajo sino, por el contrario, en el ámbito privado⁴¹. En el 2011 del 100% de las noticias de delitos recibidas referidas a delitos sexuales, el 36.48% se refieren a casos de violación, y un 7.2% de las noticias del delito recibidas se refieren a presuntas violaciones en personas menores de catorce años.

Por decreto ejecutivo, en el 2010 se implanto en el país un plan nacional interinstitucional para erradicar la violencia de género en todas sus formas,

³⁹ VILLACAMPA CAROLINA; Violencia de género y sistema de justicia penal. Pág. 25-86; 208

⁴⁰ Organización Mundial de la Salud; Informe Mundial sobre la violencia y la Salud, Washington D.C. Pág. 19; 2002,

⁴¹ Instituto Nacional Estadísticas y Censos; Encuesta nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, 2011.

desde cinco ejes de intervención, con transformación de patrones socio-culturales; la construcción e implementación del Sistema Único de Registro; la construcción y fortalecimiento del Sistema de Protección Integral; acceso a la Justicia y la institucionalidad⁴².

4.11 ABORTO

La OMS define el aborto como la Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno⁴³. La viabilidad extrauterina es un concepto cambiante que depende del progreso médico y tecnológico, estando actualmente en torno a las 22 semanas de gestación. El concepto jurídico de aborto no coincide exactamente con el concepto médico. Por un lado, es más amplio al incluir la posible destrucción intrauterina del feto más allá de la época contemplada en la definición científica de aborto, y por otro, es más restringido, al excluir los productos de gestación carentes de vida humana, al ser ésta, precisamente, el bien jurídico protegido por el propio Código Penal, variando la denominación de aborto según cada ley local para la notificación de defunción³⁸.

4.10.1 Tipos de aborto

Aborto espontáneo.- Es el aborto que ocurre sin la participación de métodos médicos, químicos ni mecánicos para vaciar el útero. Más del 80% de los abortos espontáneos ocurren en las primeras 12 semanas del embarazo, y al menos la mitad es consecuencia de anomalías cromosómicas.⁴⁴

Aborto terapéutico.- Es la terminación médica, química o quirúrgica del embarazo antes de que el feto sea viable, indicado medicamente cuando el embarazo representa un riesgo para la vida de la madre, siendo los casos más comunes casos de cardiopatías crónicas, vasculopatía hipertensiva avanzada y carcinoma invasor del cuello del útero.

⁴² Ministerio del Interior, República del Ecuador; Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia de Género; 2010, Pág. 26-28.

⁴³ OMS; Aborto sin riesgo: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud; Edición 2; 2012

⁴⁴ CUNNINGHAM GARY; Obstetricia de Williams, 23 Edición; Cap. 9; Pág. 232; 2011

Aborto voluntario.- Es la interrupción del embarazo, a petición de la mujer, sin que existan de por medio razones como deficiencias de salud de la mujer o enfermedad del feto. En el Ecuador, el aborto voluntario se castiga con pena de 6 meses a 5 años de cárcel contra la mujer⁴⁵, y penas que varían de 6 meses a 16 años de cárcel contra quien lo produjere⁴⁶.

4.10.2 Consecuencias del Aborto provocado

Mortalidad materna.- En el caso de los países de Latinoamérica, la práctica de abortos ilegales por personas sin capacidades necesarias y en condiciones de insalubridad, se presenta una alta tasa de mortalidad, siendo el caso más preocupante el Bolivia (420 por cada 100000 nv). En Ecuador la tasa de mortalidad se encuentra 130 por cada 100000 nacidos vivos, en Chile representa la primera causa de mortalidad materna, sin embargo es el segundo país con menor tasa de mortalidad materna por aborto, con 31 por cada 100000 nv, por detrás de Uruguay con 27 por cada 100000 nv.⁴⁷

Aborto séptico.- Es una de las complicaciones más comunes de los abortos provocados, especialmente los realizados de manera ilegal, pero puede presentarse de igual manera en los abortos planeados legales e incluso en los abortos espontáneos⁴⁸.

Infertilidad y patologías en embarazos posteriores.- en los abortos ilegales, las probabilidades de realizar un aborto incompleto, dejando restos fetales o placentarios, de dañar la pared uterina, o de arrastrar infecciones desde el exterior hacia el útero aumenta la probabilidad de presentarse alteraciones en el organismo, que no permiten la implantación del cigoto en el útero, llevando a casos de infertilidad, aumento en la tasa de abortos espontáneos, embarazos ectópicos, hemorragias, e incluso perforaciones uterinas.⁴⁹

Consecuencias psicológicas.- Las cuales se pueden dar sin importar si el aborto fue espontáneo, terapéutico o voluntario. Caracterizadas por cuadros

⁴⁵ CODIGO PENAL ECUATORIANO; Art. 444, 2013

⁴⁶ CODIGO PENAL ECUATORIANO; Art. 441 al 446, 2013

⁴⁷ Fondo de Población de las Naciones Unidas, Maternidad en la niñez: Tasas de mortalidad materna en América Latina y el Caribe, 2010

⁴⁸ CUNNINGHAM GARY; Obstetricia de Williams, 23 Edición; Cap. 9; Pág. 247; 2011

⁴⁹ RESTREPO MANUEL; El aborto inducido, una visión histórica de su manejo; Colombia Médica; Pág. 65-71; 2002

de estrés post-traumático, depresión, percepción de rechazo, insomnio, irritabilidad, pérdida de la libido, etc.⁵⁰

4.12 ESTRATEGIA NACIONAL INTERSECTORIAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES (ENIPLA): PLAN “HABLA SERIO, SEXUALIDAD SIN MISTERIOS”

La ENIPLA es la política pública que coordina acciones y programas para garantizar el goce de los derechos sexuales y reproductivos de la población, a través de la acción conjunta de: Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Ministerio de Inclusión Económica y Social, articulados por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

Para que los programas y acciones tengan los resultados esperados, es fundamental la participación activa de la población en el proceso de construir de una sociedad más saludable, autónoma y libre.

Se han planteado objetivos intersectoriales para: Prevenir el embarazo en adolescentes, disminuir el número de embarazos no planificados, prevenir la mortalidad materna, prevenir la violencia sexual y el embarazo como una de las consecuencias de la misma⁵¹.

La estrategia plantea 5 fundamentos estratégicos para cumplir con los objetivos del plan:

El ejercicio de los derechos sexuales, amparados en la constitución, códigos, leyes y ratificados en acuerdos internacionales, con un enfoque transversal en todas las acciones de las instituciones y de la sociedad, de manera que en la vida cotidiana los y las adolescentes ejerzan y gocen de estos derechos.

La intersectorialidad, enfocando al embarazo en la adolescencia, a las ITS y a la violencia de género como problemas no solo de salud pública, sino como problemáticas sociales multicausales, que deben ser abordadas por múltiples sectores e instancias gubernamentales, no gubernamentales y privadas.

⁵⁰ MARTINEZ XIMENA, Síndrome Post-aborto: Reacciones psicológicas post-aborto; Universidad Católica de Chile, 2009

⁵¹ MSP; Resumen de la ENIPLA; 2009

La promoción de la igualdad de género, tomando en cuenta las diferencias entre los sexos en la generación del desarrollo social, analizando en cada sociedad, las causas y los mecanismos institucionales y culturales que estructuran la desigualdad entre los sexos, así como elaborar políticas con estrategias para corregir los desequilibrios existentes.

La construcción de ciudadanía y participación social, incrementando acciones tendientes al desarrollo de la sexualidad saludable en la población ecuatoriana, fomentando la educación sexual, integral, científicamente fundamentada y que promueva al desarrollo afectivo, personal, familiar, social y la calidad de vida en hombres y mujeres en todas las etapas del ciclo vital.

Respeto a la diversidad cultural y étnica, promoviendo la convivencia entre diferentes culturas en la sociedad ecuatoriana, con la creación de conocimiento y líneas de acción que permitan el desarrollo de todos los grupos poblacionales que habitan en el territorio ecuatoriano⁴⁶.

Para esto se trabaja conjuntamente desde 4 ejes fundamentales para el cumplimiento de estas estrategias:

1. Garantizar el acceso a información, educación y asesoría sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres.
2. Contribuir a cambiar ideas, pensamientos, concepciones y prácticas que limitan las relaciones de igualdad entre todas y todos y poder decidir libremente sobre sexualidad y reproducción.
3. Garantizar el acceso a servicios integrales de salud, con profesionales capacitados y disponibilidad de métodos anticonceptivos de planificación familiar de calidad, para hombres y mujeres, basados en el respeto y la posibilidad de tomar decisiones libres e informadas.
4. Fortalecer la participación social de ciudadanas y ciudadanos (apropiarse y exigir atención de calidad, educación e información con respeto y sin prejuicios).

4.12.1 Las metas

Tomando como referente el tercer objetivo del Plan Nacional para el Buen Vivir⁵², se pretende cumplir dos metas: reducir el embarazo adolescente en un 25%, y, adicionalmente, reducir en un 25% la brecha entre el embarazo deseado y el observado.

Esto permitirá superar los efectos de los problemas en la salud de las mujeres, en su educación, en sus oportunidades laborales, en los niveles de desnutrición infantil, y en la tasa de abortos, tanto los registrados (25.000 registrados el último año), como los reales (que se dice que bordearían los 100.000).

Actividades realizadas por el ENIPLA

95 instructores han capacitado a 9.513 docentes en 17 universidades acreditadas en módulo de prevención del delito. Cada docente capacitado realizó un proyecto en su respectiva institución, para su acreditación. Se cuenta con rutas y protocolos para el abordaje de los delitos sexuales ocurridos en el sistema educativo en coordinación directamente con el sistema de Justicia. 527 profesionales de 70 unidades de salud priorizadas de las 9 zonas, capacitados en Estándares de Calidad de Planificación Familiar. 520 profesionales de salud de las 9 zonas, capacitándose en Ciclos Rápidos de Mejoramiento Continuo de la Calidad de Planificación Familiar. 10´454.356 preservativos (masculinos y femeninos) han sido entregados a usuarias/os a través de dispensadores y consulta. Se han implementado 88 dispensadores de preservativos masculinos en las instituciones (Seguro Social Campesino, Fuerzas Armadas y Policía Nacional) que forman parte de la Red Pública de Salud. Existió un incremento 19,28 % de cobertura de consultas preventivas en adolescentes y de un 18,18% en la cobertura de consultas por morbilidad en adolescentes. Se crearon 6 comerciales de la Campaña Habla Serio, en 23 canales de televisión local, 6 canales de televisión nacional y 4 canales de televisión paga, hasta el 31 de mayo de 2013. Los comerciales han sido vistos más de 3 veces por el 60% de personas mayores de 12 años, lo que representa 6.750.000 personas,

⁵² SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO; Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013; Cap. 7; Pág. 76.

además de la producción y promoción paralela de publicidad en buses, vallas y radio. Existen 70 programas de radio diseñados y transmitiendo por radio pública programas sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva con énfasis en promoción y prevención⁴⁷.

4.12.2 Evaluación de Acciones Ejecutadas

El MSP elaboró la Investigación de percepciones de usuarios/usuarios y proveedores de salud, frente a la colocación de dispensadores de preservativos en las unidades del Ministerio de Salud Pública⁵³

El 64,4% de los encuestados/as, están de acuerdo con el hecho que la estrategia de los dispensadores de preservativos masculinos y femeninos es buena.

El 69,5% de los encuestados está de acuerdo con que el uso del preservativo masculino y femenino, es una estrategia adecuada para disminuir los embarazos no planificados.

Entre los resultados manifestados por el ministerio coordinador de desarrollo social sobresalen los siguientes⁵⁴:

70% (3.597.227) de personas con acceso a televisor miró los spots publicitarios y la campaña.

33% de estudiantes de bachillerato acreditados como agentes multiplicadores en prevención del embarazo adolescente y prevención de la violencia en el sistema educativo.

36% de profesionales de subcentros y áreas de salud capacitados a nivel nacional⁴⁹.

⁵³ MSP-UNFPA; Planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos; Pág. 32; 2011

⁵⁴ MINISTERIO COORDINADOR DE DESARROLLO SOCIAL; ENIPLA: una respuesta colectiva; en: <http://www.desarrollosocial.gob.ec/programa-de-planificacion-familiar-y-la-prevencion-del-embarazo-adolescente/>

5. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo analítico, descriptivo, cuanti-cualitativo, de corte transversal.

LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO

El estudio fue realizado en el Colegio Juan Montalvo de la ciudad de Loja, institución ubicada en la Av. Emiliano Ortega 13-75 y calle Lourdes.

El tiempo del estudio se efectuó en el periodo de Diciembre de 2013 a Marzo de 2014.

UNIVERSO

En la presente investigación, el universo estuvo conformado por un total de 145 estudiantes varones y mujeres, que se encuentran cursando sus estudios secundarios en el Colegio Juan Montalvo, desde 8vo año de educación básica a 3er año de bachillerato.

MUESTRA DE ESTUDIO

El estudio se aplicó a 85 adolescentes, hombres y mujeres, que comprenden edades entre 14 a 19 años, que se encuentran cursando el ciclo de 1er a 3er año de bachillerato en el Colegio Juan Montalvo de la ciudad de Loja, y que cumplieron los criterios de inclusión, lo que representa el 58.6% del total del universo.

5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Adolescentes varones y mujeres que tengan 14 a 19 años de edad.
2. Adolescentes que deseen participar voluntariamente del estudio.
3. Adolescentes que se encuentran cursando de primero de bachillerato a tercero de bachillerato en el Colegio Juan Montalvo.

5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Adolescentes varones y mujeres menores de 14 años y mayores de 19 años de edad.
2. Adolescentes de cursos inferiores al primero de bachillerato.
3. Adolescentes que a pesar de estar inscritos no se encuentran asistiendo con regularidad.
4. Adolescentes que no desean participar del estudio.

5.3 PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La investigación se desarrolló en el Colegio Juan Montalvo de la ciudad de Loja, donde se obtuvo la información necesaria mediante una encuesta recolectora de datos, conformada de un total de 15 preguntas abiertas y cerradas, y de bibliografía especializada relacionada con el tema.

Se solicitó el consentimiento a la autoridad competente, encargada de la rectoría del colegio, garantizándole absoluta responsabilidad y confidencialidad, para poder efectuar el presente trabajo investigativo, mismo que consta en el Anexo #2.

De la misma manera se obtuvo el consentimiento verbal de los estudiantes que formaron parte del estudio, en presencia de la rectora de la institución, quien así lo certifica en el anexo #4.

Técnica:

Para la obtención de los datos necesarios se realizó una encuesta dirigida a identificar el nivel de conocimientos de los y las estudiantes, sobre el programa interinstitucional del cual forma parte el Ministerio de Salud Pública, llamado “Habla serio, sexualidad sin misterio”, los contenidos del mismo, y la aceptación que tiene entre los estudiantes; encuesta que se encuentra en el Anexo #1, de autoría del investigador con el apoyo y la aprobación del Director de tesis. Para su validación se efectuó una prueba piloto a 18 estudiantes adolescentes.

La encuesta consta de un total de 15 preguntas, donde se dio una explicación a cualquier duda que podría presentarse, con un tiempo de llenado de 15 a 25 minutos; se examinó la respuesta dada en cada una de

las preguntas, para determinar el conocimiento y la opinión de los y las encuestados en cada tema propuesto.

Las preguntas 1, 2, 3, 5, 9, 10, 11 y 12, están dirigidas a analizar el nivel de conocimiento de los y las estudiantes relacionado directamente con el programa “Habla serio, sexualidad sin misterio; y la opinión de los estudiantes respecto al mismo. Las preguntas 4, 6, 7, 8, 13, 14 y 15, se enfocan en determinar la comprensión de los y las adolescentes de temas relacionados con el programa, como son la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual, los derechos sexuales, la diversidad sexual y la violencia de género.

Los datos obtenidos de la encuesta fueron recopilados, tabulados e interpretados, con el soporte de programas informáticos, como Microsoft Excel y Microsoft Word. Los datos se presentan en el informe, acompañados de su respectivo gráfico, de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación. Se realiza la discusión de los resultados obtenidos, apoyándose de la bibliografía consultada, en base al mismo se formulan las respectivas conclusiones y recomendaciones, mismas que serán expuestas en presentaciones realizadas con Microsoft PowerPoint, una vez finalizada la investigación.

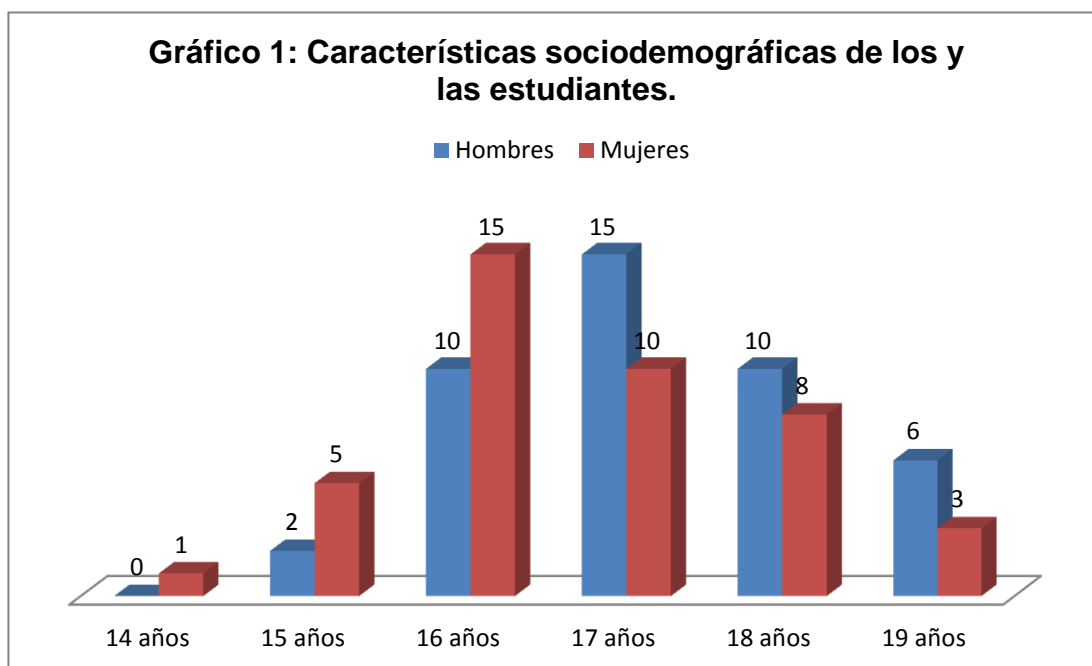
6. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA 1:

Características sociodemográficas de los y las estudiantes de bachillerato del Colegio Juan Montalvo de la ciudad de Loja, del periodo académico 2013-2014.

	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	Total	
Hombres	-	2	10	15	10	6	43	50.6 %
Mujeres	1	5	15	10	8	3	42	49.4 %
Total	1	7	25	25	18	9	85	100 %

Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.



Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.

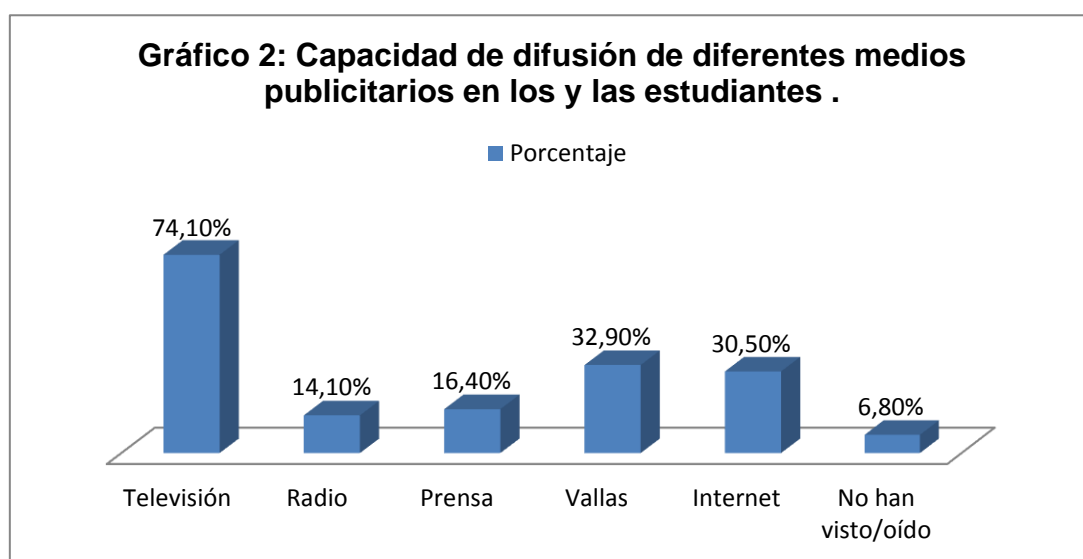
Podemos observar en la tabla 1, que el 50.6% de las personas encuestadas son hombres mientras que el 49.4% son mujeres, siendo el rango de edad más frecuente el de los 16 a los 18 años de edad, representando el 80% del total de personas entrevistadas.

TABLA 2:

Capacidad de difusión sobre el programa “Habla serio, sexualidad sin misterio” de diferentes medios publicitarios, en los y las estudiantes de bachillerato del Colegio Juan Montalvo.

	Hombres	Mujeres	Total	
Televisión	40	23	63	74.1%
Radio	6	6	12	14.1%
Prensa escrita	6	8	14	16.4%
Vallas publicitarias	16	12	28	32.9%
Internet	16	10	26	30.5%
No han visto/oído	-	5	5	6.8%

Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.



Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.

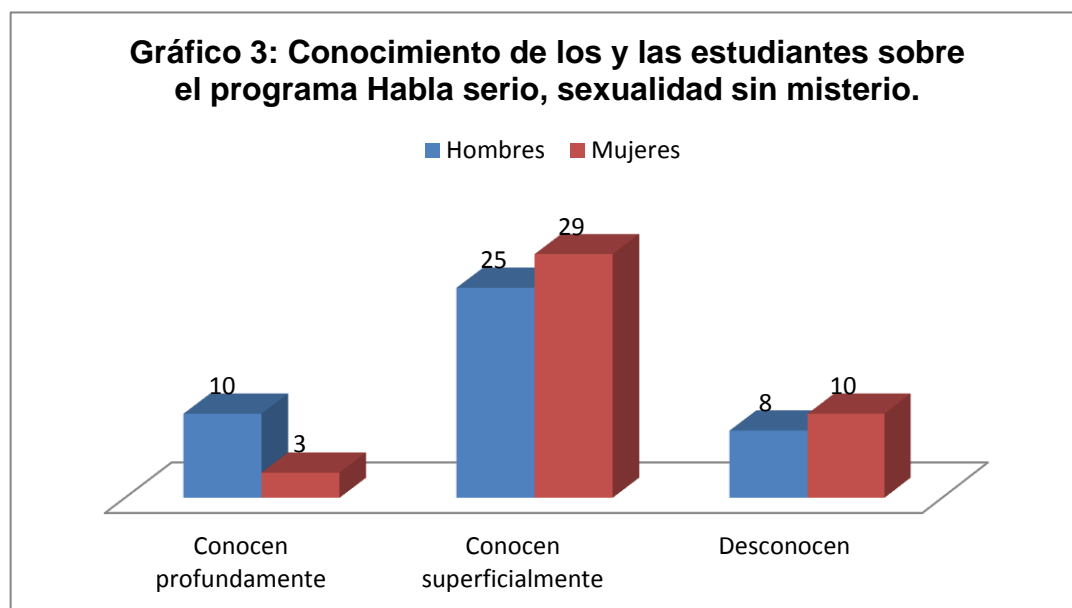
Como demuestra la tabla 2, un 74.1% del total de estudiantes refiere haber visto publicidad sobre Habla serio, sexualidad sin misterios por medio de la televisión, en menor medida en vallas publicitarias con un 32.9%, internet con un 30.5%, y con menor difusión la radio con un 14.1%. Entre los encuestados cinco estudiantes mujeres no han visto ni oído ningún tipo de publicidad sobre el programa, representando un 6.8% del total de estudiantes encuestados.

TABLA 3:

Conocimiento de los y las estudiantes de bachillerato del Colegio Juan Montalvo sobre las temáticas del programa Habla serio, sexualidad sin misterio.

	Hombres	Mujeres	Total	
Conoce profundamente	10	3	13	15.3%
Conoce superficialmente	25	29	54	63.5%
Desconoce	8	10	18	21.2%

Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.



Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.

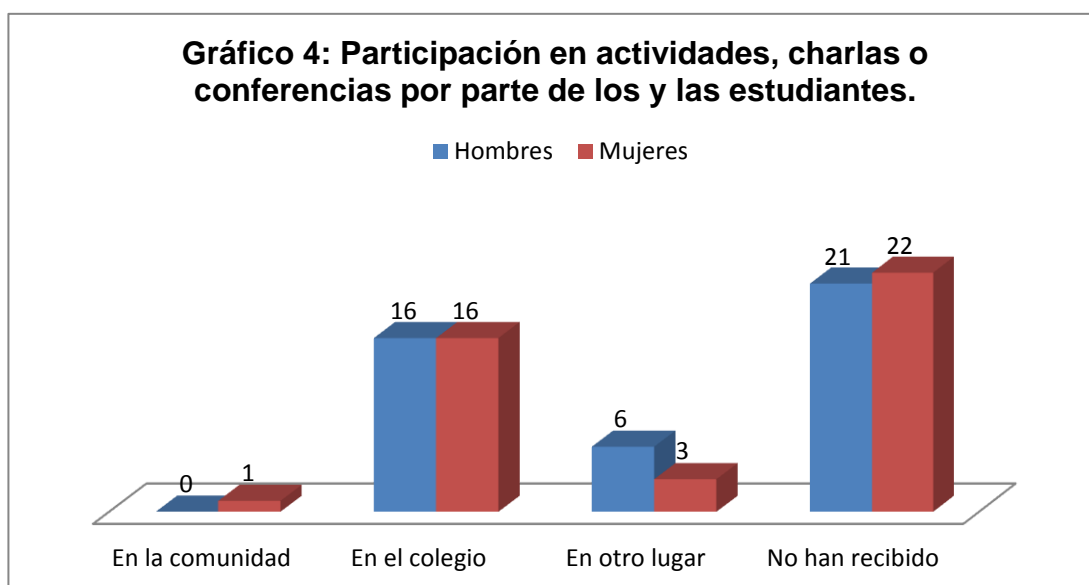
La tabla 3 demuestra que del total de estudiantes encuestados, un 63.5% manifiesta conocer levemente sobre lo que propone el programa Habla serio, sexualidad sin misterio, mientras que un 15.3% demuestra conocer ampliamente las temáticas del mismo, y un 21.2% refiere no tener ningún conocimiento sobre lo que promueve dicho programa.

TABLA 4:

Participación en actividades, charlas o conferencias del programa Habla serio, sexualidad sin misterio, por parte de los y las estudiantes de bachillerato del Colegio Juan Montalvo.

	Hombres	Mujeres	Total	
En su comunidad	0	1	1	1.2%
En su colegio	16	16	32	37.6%
En otro lugar	6	3	9	10.6%
No han recibido	21	22	43	50.6%

Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.



Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.

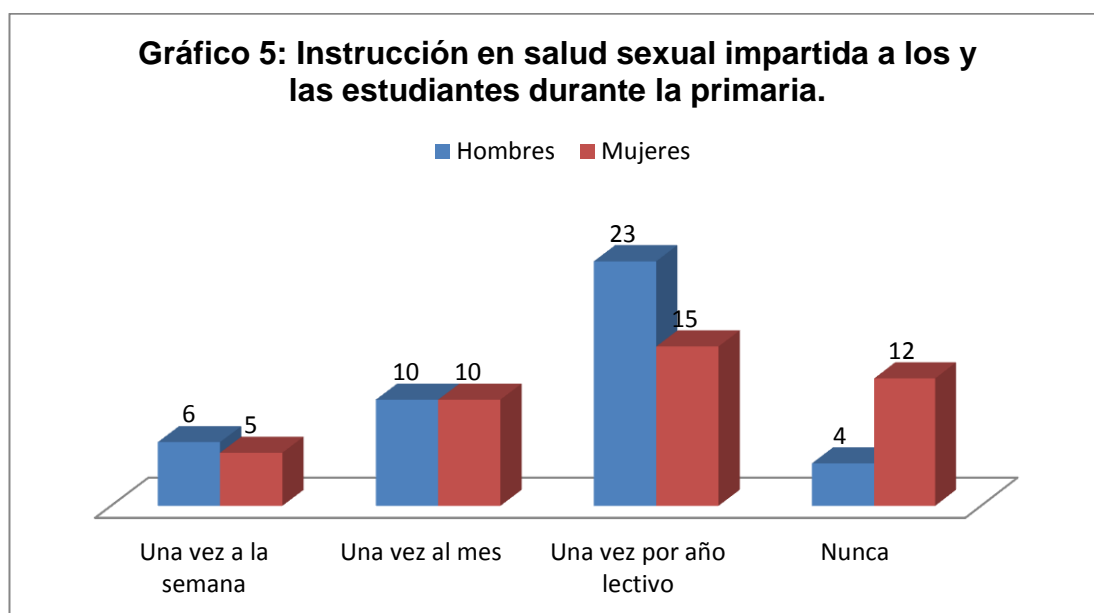
Como se expresa en la tabla 4, del total de estudiantes encuestados, un 50.58% manifiesta nunca haber participado de alguna actividad relacionada con el programa Habla serio, sexualidad sin misterio. Un 37.6% manifiesta haber recibido alguna vez charlas sobre el programa en su colegio y un 10.6% han participado en otras instituciones paralelas. Únicamente un estudiante refiere haber participado de este tipo de actividades dentro de la comunidad en la que habita, representado un 1.2% del total de encuestados.

TABLA 5:

Instrucción en salud sexual y reproductiva impartida a los estudiantes de bachillerato del Colegio Juan Montalvo mientras cursaron la primaria.

	Hombres	Mujeres	Total	
Una vez a la semana	6	5	11	12.9%
Una vez al mes	10	10	20	23.6%
Una vez en el año lectivo	23	15	38	44.7%
Nunca	4	12	16	18.8%

Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.



Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.

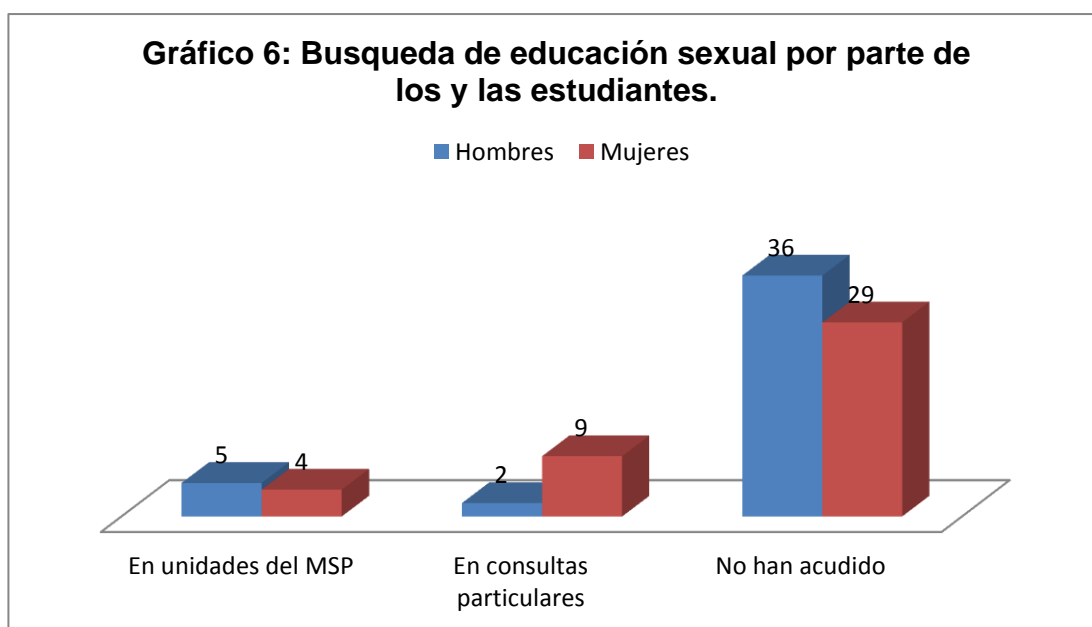
Como se ve en la tabla 5, el 44.7% de los estudiantes refiere haber recibido educación sexual durante la educación primaria con una frecuencia de una clase en por año lectivo; un 23% manifiesta haberla recibido una vez al mes y un 12.9% una vez a la semana, mientras que el 18.8% del total de estudiante encuestado refieren no haber recibido educación sexual y reproductiva durante su educación primaria.

TABLA 6:

Búsqueda de educación sexual y reproductiva de profesionales de la salud, por parte de los y las estudiantes de bachillerato del Colegio Juan Montalvo.

	Hombres	Mujeres	Total	
En unidades del MSP	5	4	9	10.6%
En consultorios particulares	2	9	11	12.9%
No han acudido	36	29	65	76.5%

Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.



Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.

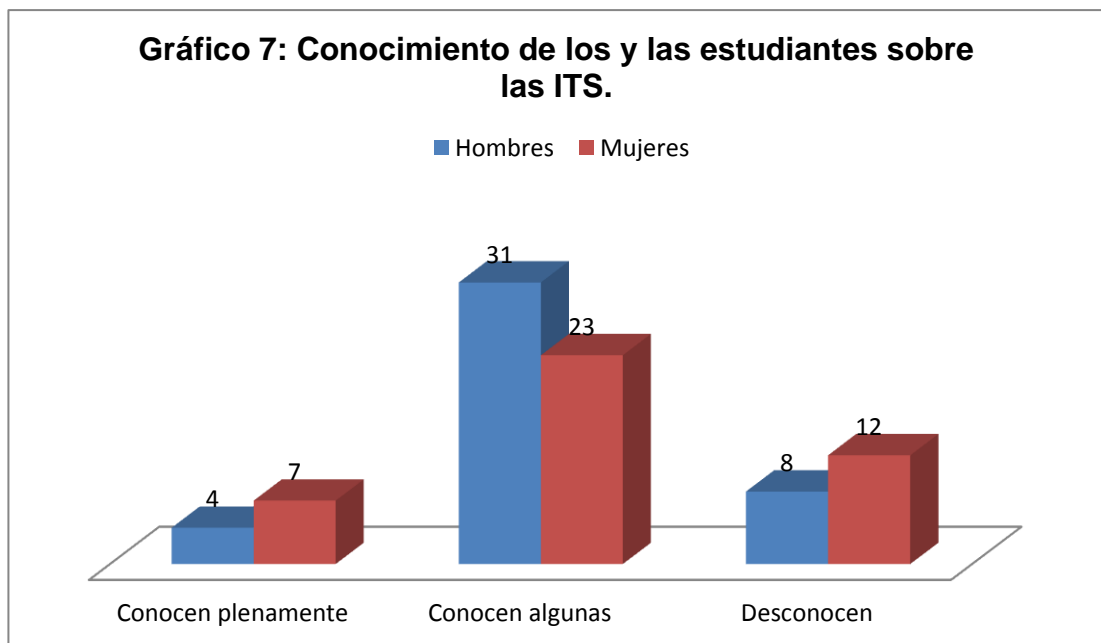
La tabla 6 revela que un 76.5% de los estudiantes encuestados nunca han acudido a un profesional de salud en busca de asesoría en salud sexual y reproductiva, mientras que únicamente un 10.6% de los estudiantes han acudido a unidades de salud pública para recibir exclusivamente educación sexual y un 12.9% ha acudido a algún profesional que ejerce privadamente.

TABLA 7:

Conocimiento de los y las estudiantes de bachillerato del Colegio Juan Montalvo sobre las infecciones de transmisión sexual.

	Hombres	Mujeres	Total	
Las conocen plenamente	4	7	11	12.9%
Conocen algunas	31	23	54	63.5%
Las desconocen	8	12	20	23.6%

Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.



Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.

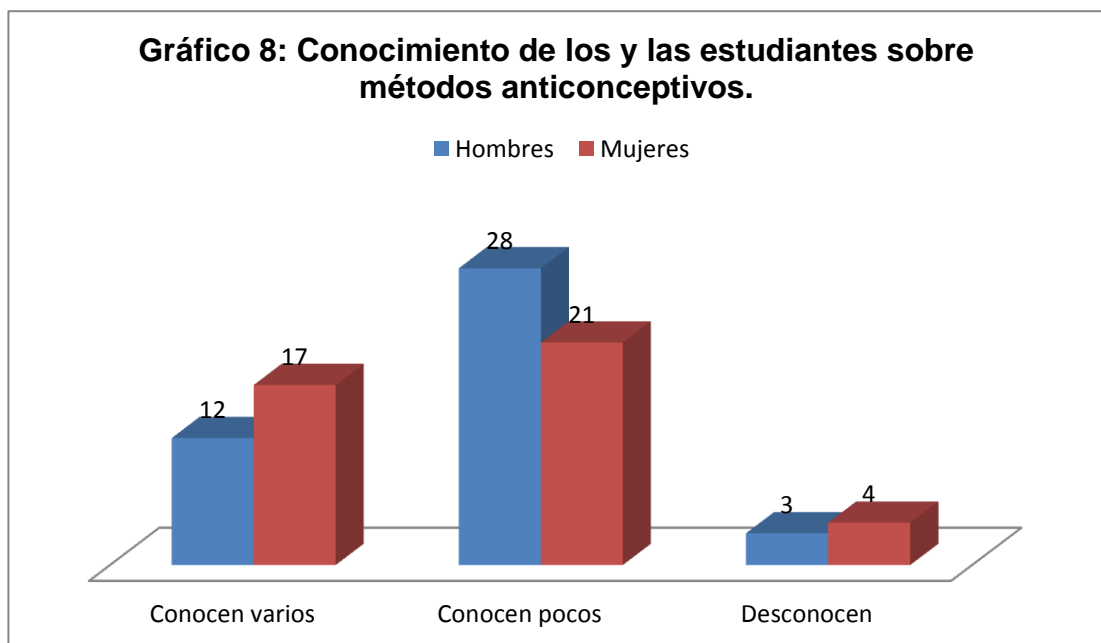
Como se presenta en la tabla 7, un 63.5% de los estudiantes encuestados tienen conocimientos limitados sobre las infecciones de transmisión sexual, mientras que únicamente el 12.9% puede identificarlas plenamente. Un 23.6% de los encuestados manifestaron no poseer ningún conocimiento sobre las ITS.

TABLA 8:

Conocimiento de los y las estudiantes de bachillerato del Colegio Juan Montalvo sobre métodos anticonceptivos.

	Hombres	Mujeres	Total	
Conocen varios	12	17	29	34.2%
Conocen pocos	28	21	49	57.5%
Desconocen	3	4	7	8.3%

Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.



Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.

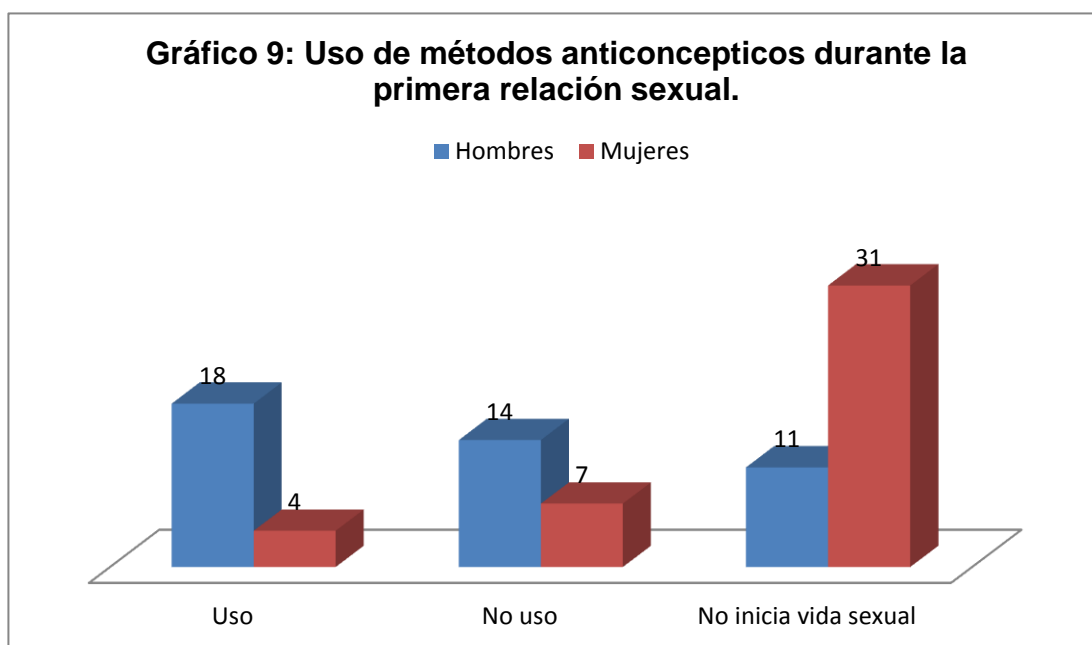
Como se observa en la tabla 8, un 57.5% de los estudiantes demuestran tener conocimientos frívolos sobre los métodos anticonceptivos existentes; un 34.2% manifiestan conocimientos amplios, y un 8.3% refieren desconocer los métodos anticonceptivos.

TABLA 9:

Uso de métodos anticonceptivos por parte del o la estudiante o su pareja sexual durante la primera relación sexual

	Hombres	Mujeres	Total	
Uso	18	4	22	25.8%
No uso	14	7	21	24.7%
No inicia vida sexual aún	11	31	42	49.5%

Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.



Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.

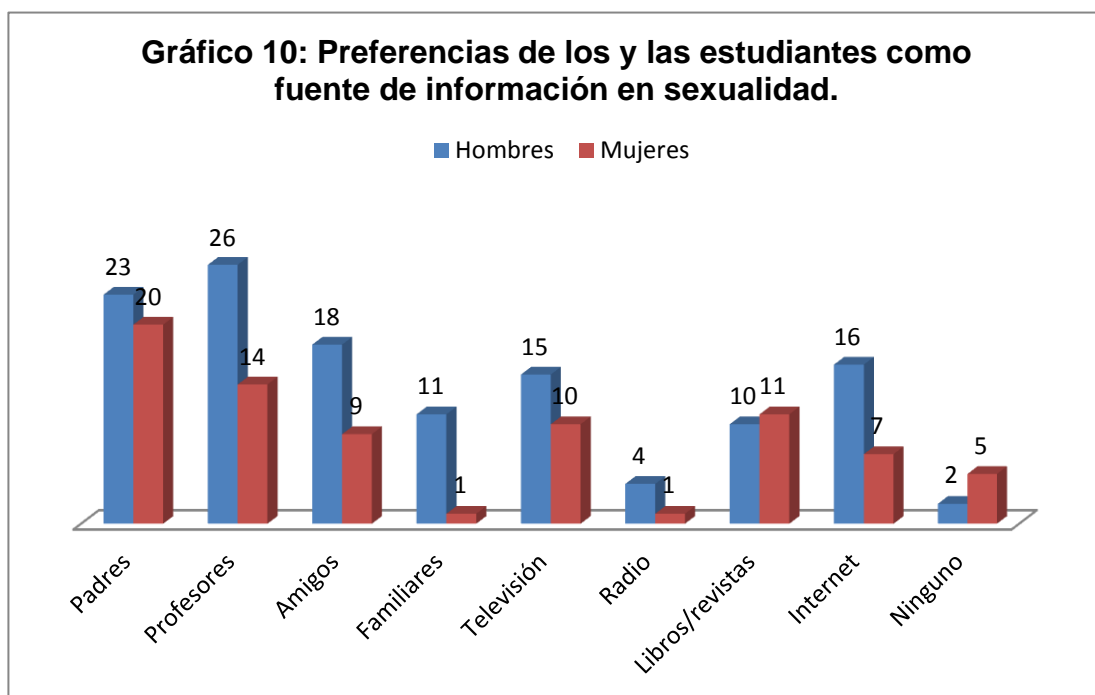
En la tabla 9 se evidencia que el 49.5% de los estudiantes encuestados aun no inician su vida sexual activa, mientras que de los que ya han iniciado su vida sexual el 25.8% uso algún método anticonceptivo en la primera relación, y el 24.7% no uso ningún tipo de anticonceptivo durante su primera relación sexual.

TABLA 10:

Preferencias de los y las estudiantes de bachillerato del Colegio Juan Montalvo como fuente de información sobre temas de sexualidad.

	Hombres	Mujeres	Total	
Padres	23	20	43	50.6%
Profesores	26	14	40	47.1%
Amigos	18	9	27	31.8%
Familiares	11	1	12	14.1%
Televisión	15	10	25	29.4%
Radio	4	1	5	5.9%
Libros y revistas	10	11	21	24.7%
Internet	16	7	23	27.1%
Ninguno	2	5	7	8.2%

Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.



Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.

Como se aprecia en la tabla 10, la fuente de información sobre sexualidad de preferencia de los encuestados son sus padres con un 50,6%, seguido de los profesores con 47.1% y de los amigos con 31.8%. En menor medida prefieren fuentes de información indirectas como la televisión con un 29.4%, el internet con 27.1% y materiales impresos con 24.7%. Un 8.2% de los encuestados refirieron preferir no recibir información de este tipo de ninguna fuente.

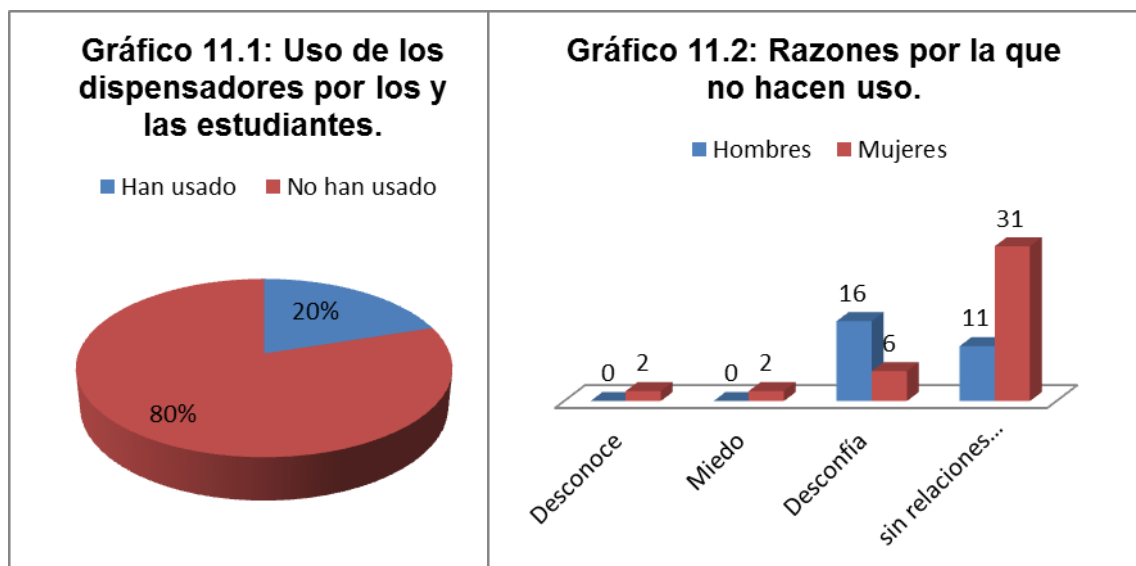
TABLA 11:

Uso de dispensadores de condones del MSP por parte de los y las estudiantes de bachillerato del Colegio Juan Montalvo.

	Hombres	Mujeres	Total	
Han usado	16	1	17	20%
No han usado	27	41	68	80%
Desconocimiento	-	2	2	2.9%
Miedo/vergüenza	-	2	2	2.9%
Desconfianza de la calidad	16	6	22	32.4%
No inician vida sexual	11	31	42	61.8%

Fuente: Estudiantes encuestados

Autor: Gustavo Cisneros G.



Fuente: Estudiantes encuestados

Autor: Gustavo Cisneros G.

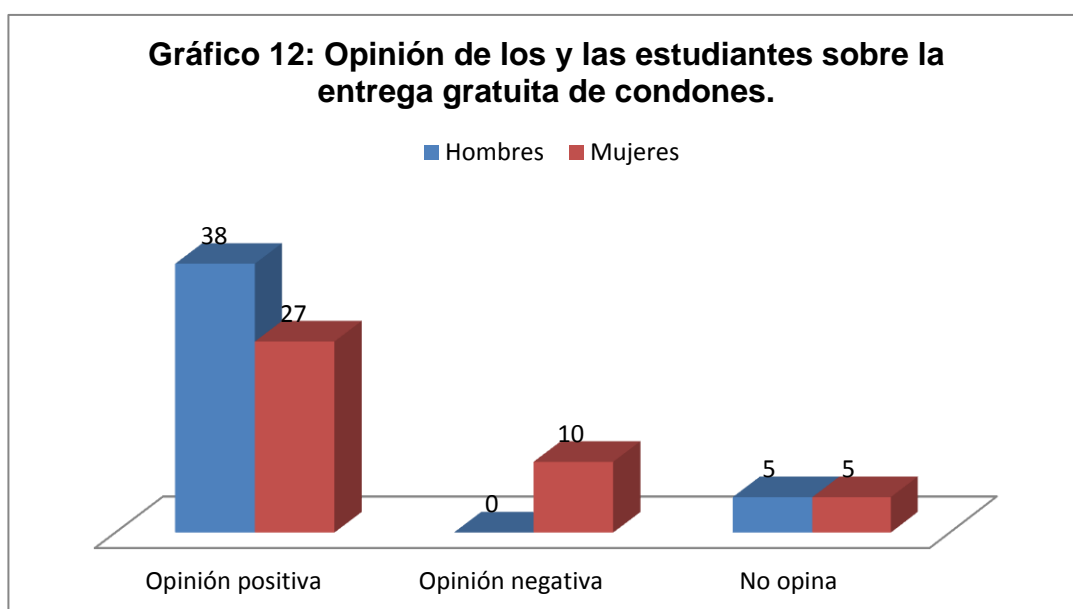
La tabla 11 manifiesta que del total de estudiantes encuestados, un 20% hacen uso de los dispensadores de condones gratuitos ubicados en las unidades de salud pública, mientras que un 80% no hacen uso de estos, siendo la principal razón el no iniciar su vida sexual aun, con un 61.8% del total de encuestados que no hacen uso. Mientras que un 32.4% dicen no hacer uso de estos porque no confían en la calidad de los condones. Un 2.9% aduce no haber conocido de la existencia de estos dispensadores, y otro 2.9% refiere no usarlos por recelo de hacerlo frente a otras personas.

TABLA 12:

Opinión de los y las estudiantes de bachillerato del Colegio Juan Montalvo, respecto a la entrega gratuita de condones en centros y subcentros de salud pública.

	Hombres	Mujeres	Total	
Opinión positiva	38	27	65	76.6%
Opinión negativa	-	10	10	11.7%
No opinan	5	5	10	11.7%

Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.



Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.

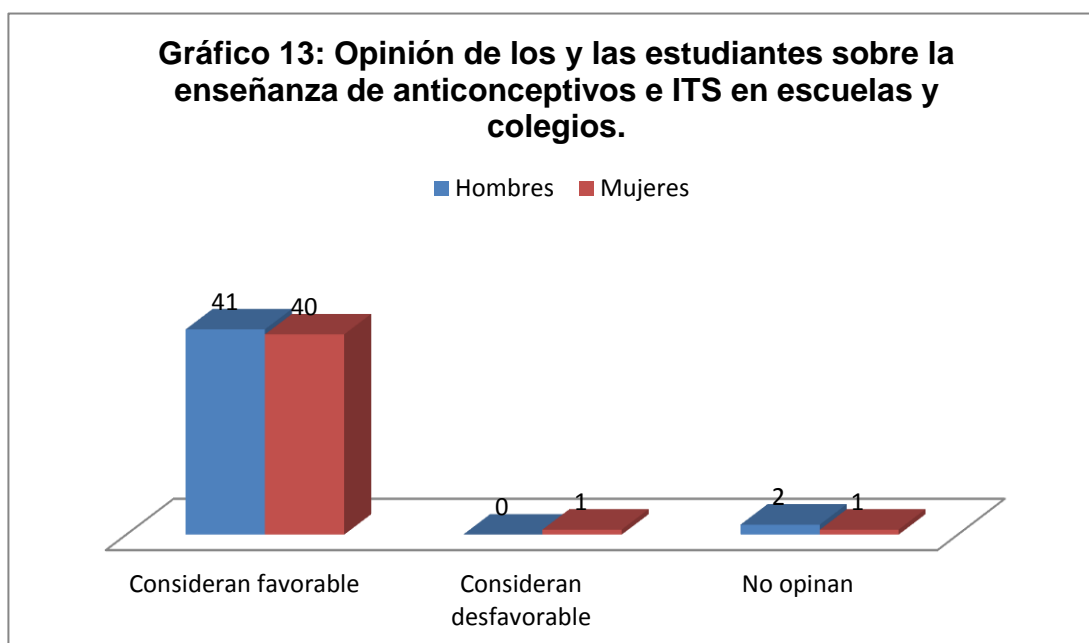
Como demuestra la tabla 12, un 76.6% de los encuestados consideran que es positivo la entrega de condones gratuitos en las unidades de salud pública, mientras que un 11.7% consideran algo negativo este accionar, siendo esta opinión exclusivamente de parte de señoritas. Un 11.7% de encuestado se abstuvo de opinar sobre el tema.

TABLA 13:

Opinión de los y las estudiantes de bachillerato del Colegio Juan Montalvo, respecto a la enseñanza sobre métodos anticonceptivos e ITS en unidades educativas.

	Hombres	Mujeres	Total	
Consideran favorable	41	40	81	95.3%
Consideran desfavorable	-	1	1	1.2%
No opinan	2	1	3	3.5%

Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.



Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.

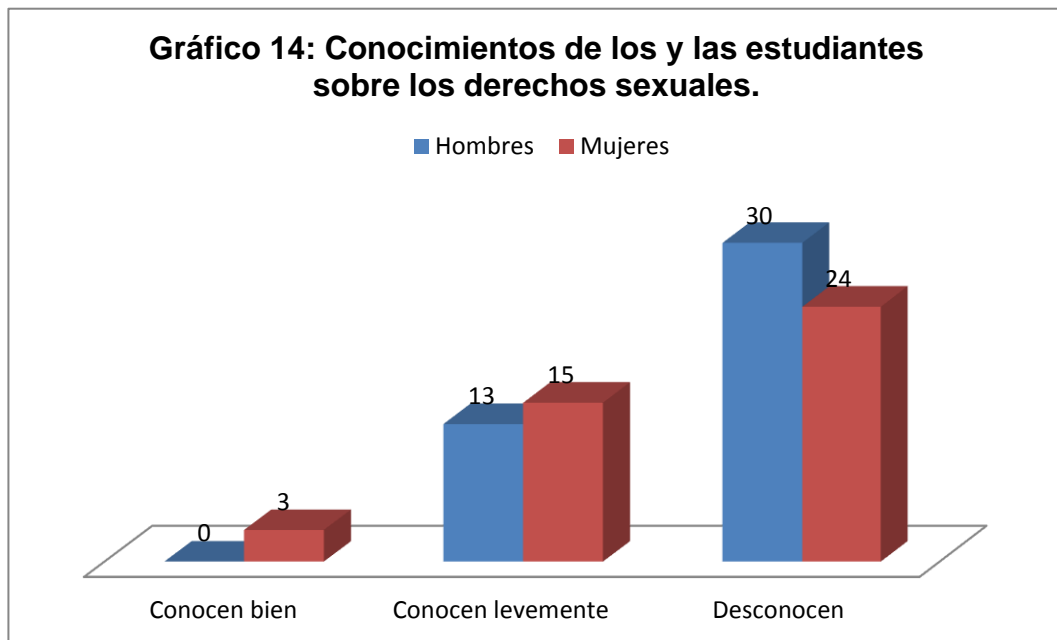
En la tabla 13 se pone en manifiesto que un 95.3% de los encuestados consideran favorable que se incluya enseñanzas sobre métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual en escuelas y colegios, mientras que una estudiante lo considera inapropiado, representando un 1.2% del total de encuestados. Un 3.5% no dio su opinión sobre el tema.

TABLA 14:

Conocimientos sobre los derechos sexuales por parte de los y las estudiantes del de bachillerato Colegio Juan Montalvo.

	Hombres	Mujeres	Total	
Conocen bien	-	3	3	3.5%
Conocen levemente	13	15	28	32.9%
Desconocen	30	24	54	63.6%

Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.



Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.

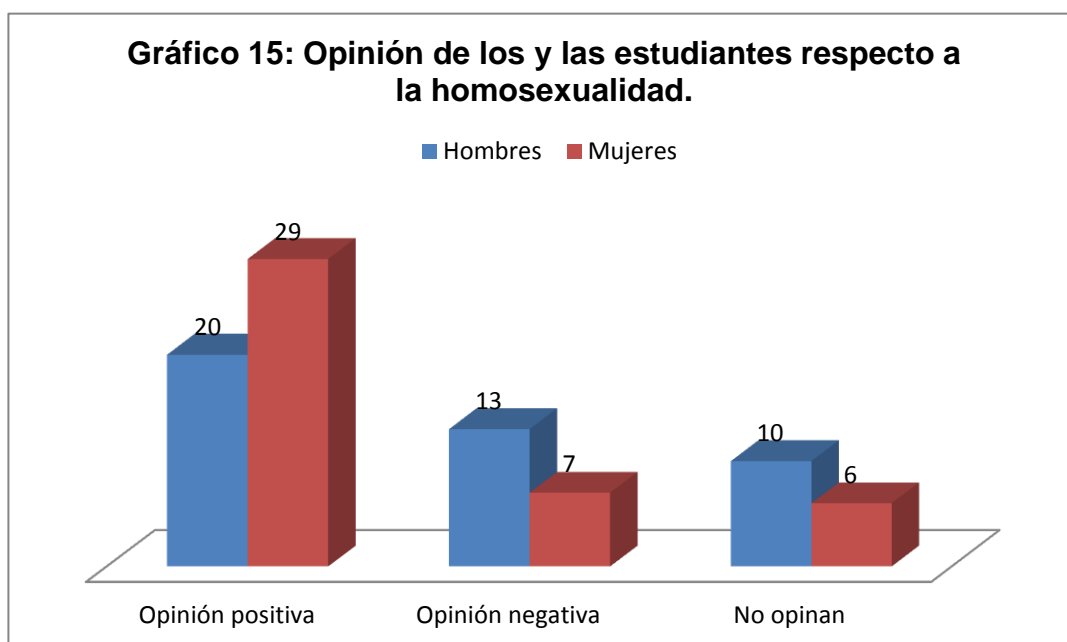
Como se aprecia en la tabla 14, un 63.6% de los encuestados no tienen ningún conocimiento sobre los derechos sexuales, mientras que un 32.9% los conocen superficialmente. Únicamente un 3.5% de los estudiantes mostraron tener conocimientos amplios y claros sobre el tema.

TABLA 15:

Opinión de los y las estudiantes de bachillerato del Colegio Juan Montalvo, con respecto a la homosexualidad.

	Hombres	Mujeres	Total	
Opinión positiva	20	29	49	57.6%
Opinión negativa	13	7	20	23.5%
No opinan	10	6	16	18.9%

Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.



Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.

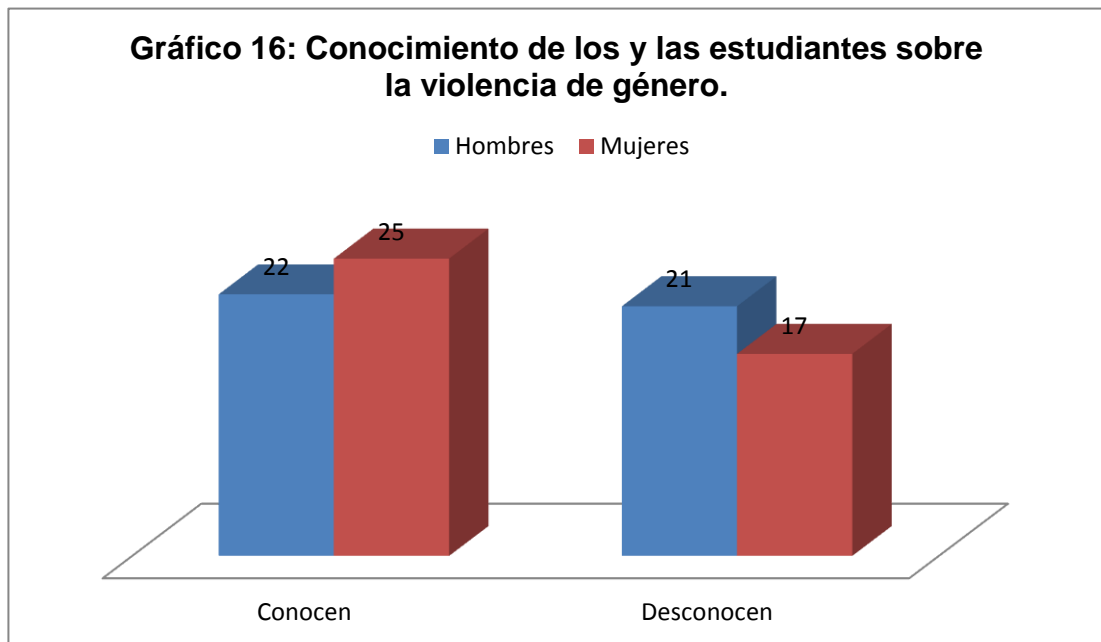
En la tabla 15 se aprecia que un 57.6% de los estudiantes tienen una opinión positiva con respecto a la homosexualidad, respetándola como orientación sexual y decisión de cada individuo, mientras que un 23.5% la consideran como enfermedad o trasgresión contra la naturaleza humana. Un 18.9% decidió no verter opinión sobre el asunto.

TABLA 16:

Conocimiento de los y las estudiantes de bachillerato del Colegio Juan Montalvo, respecto a la violencia de género.

	Hombres	Mujeres	Total	
Saben que es	22	25	47	55.2%
No saben que es	21	17	38	44.8%

Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.



Fuente: Estudiantes encuestados
Autor: Gustavo Cisneros G.

La tabla 16 evidencia que del total de estudiantes encuestados, un 55.2% supo exponer con claridad que es la violencia de género, mientras que un 44.8% mostro dificultad al momento de diferenciar conceptos, o simplemente manifestaron no conocer información sobre el tema.

7. DISCUSIÓN

Con respecto a los datos obtenidos, podemos decir que la televisión es el medio publicitario del programa “Habla serio, sexualidad sin misterios”, que más recepción ha obtenido de los y las adolescentes, con un 74.1%, dato que concuerda con el estudio realizado por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social en una investigación similar realizada en 2012; sin embargo a pesar de haber una gran cantidad de spots publicitarios por diferentes medios, podemos observar que únicamente un 15.3% tiene conocimientos claros sobre los contenidos del programa, mientras que un 63.5% tienen conocimientos imprecisos y un 21.2% no posee ningún conocimiento sobre el mismo, información que discrepa con el estudio realizado por el Ministerio de educación realizado en 2012, en el que se informa que al menos 33% de los estudiantes de bachillerato están capacitados en las temáticas del programa⁵³. De igual manera, 50.6% del grupo estudiado dice no haber recibido nunca charlas o actividades relacionadas con el programa, y el 37.6% dice haber recibido una charla en una única ocasión en su institución, mostrando que si bien el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social informa que 1900000 adolescentes y jóvenes han participado en eventos de socialización⁵³, la realidad de los adolescentes de nuestra ciudad no concuerda.

Enfocándose en la educación sexual que ha recibido los y las adolescentes desde su formación primaria, podemos ver que un 44.7% recibió educación sexual de manera esporádica, mientras que un 18.8% nunca recibió educación sexual en la escuela, resultados que concuerdan con el estudio realizado en Chile en 2008 por el Organismo regional andino de salud (ORAS)¹¹. Un 76.5% de los estudiantes informa no acudir en ninguna ocasión ni a unidades de salud ni a consultas privadas en búsqueda de educación sexual o planificación familiar, concordando con lo expuesto por la OMS en 2013 en relación a las necesidades insatisfechas en anticoncepción¹⁰, a pesar que los resultados del ENIPLA reportan un aumento en las consultas preventivas de un 16% en el 2012⁵³.

El 63.5% de los estudiantes posee conocimientos ambiguos sobre las ITS, mientras que un 23.6% las desconocen; de igual manera se da con respecto al conocimiento de métodos anticonceptivos, donde un 57.5% básicamente refiere solo conocer sobre los condones, y otro 8.3% dice no conocer ningún método anticonceptivo; y sobre el conocimiento de los derechos sexuales, un 63% manifestó desconocerlos, mientras que un 32.9% los conoce superficialmente; resaltando las falencias en educación sexual preventiva, ya denunciadas por el ORAS en 2008¹¹ y por la OMS en 2013.¹⁰

De los 85 encuestados, un 49.5% no inicia su vida sexual, datos que concuerdan por el estudio por los Programas educativos Psicología y Salud (PROEPS) en el 2012, que expresa que un 55% de los investigados han iniciado su vida sexual activa durante la adolescencia, y con datos obtenidos por el Proyecto CERCA que refieren que un 45% de los encuestados ya han iniciado su vida sexual activa entre los adolescentes que ya han iniciado su vida sexual activa⁵⁴, un 25.8% hizo uso de algún anticonceptivo durante la primera relación sexual y un 24.7% no hizo uso de ningún método, datos que coinciden con los obtenidos por la UNFPA en 2007 en la región subandina⁶¹. Sobre las preferencias como fuente de información sobre sexualidad, un 50.6% de los adolescentes dicen confiar en los padres, un 47.1% en los profesores y un 31.8% en los amigos, información concordante por la obtenida por la encuestadora CEDATOS en un estudio realizado a nivel de Ecuador continental en 2011⁵⁶.

Sobre el uso de dispensadores de condones, un 20% de los estudiantes refiere haberlos usado alguna vez, mientras que el 80% no hace uso de los mismo, refiriendo como principal causa de esto, excluyendo el no iniciar la vida sexual, una desconfianza marcada sobre la calidad del producto en un 32.4% del total que dice no usarlos; sin embargo, un 76.6% del total de estudiantes considera que es beneficiosa la entrega gratuita de los condones, información congruente con la obtenida por el Ministerio de desarrollo social en 2013⁵³ y por la encuestadora CEDATOS en 2011⁵⁶. Igualmente existe una opinión general positiva de los encuestados con respecto a la enseñanza de métodos anticonceptivos e ITS en las unidades

educativas primarias y secundarias, con un apoyo del 95.3%, opinión que concuerda con los datos de CEDATOS del 2011⁵⁶.

En cuanto a la diversidad sexual, enfocándose principalmente en la homosexualidad, se buscó la opinión de los encuestados, de los cuales un 57.6% mantienen una posición de respeto en las decisiones de vida de cada individuo, mientras que un 23.5% la consideran algo antinatural; presentándose el descenso progresivo en la discriminación sexual, la cual sigue manifestándose en algunas formas dentro del país³⁵.

Respecto al conocimiento sobre la violencia de género, un 55.2% de los encuestados supo conceptualizarla adecuadamente, considerándose al conocimiento como el primer paso en la prevención, aun esta manifiesto el vacío en la conciencia de los adolescentes de la región sur sobre la intensidad con la que se presenta la violencia de género en el país, a diferencia de la región norte y centro, donde las actividades y charlas de prevención se realizan con mayor frecuencia.

8. CONCLUSIONES

En base a la tabulación de los datos obtenidos y la discusión de los mismos se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Se evidencia una recepción importante a la publicidad del programa Habla serio, sexualidad sin misterios, de parte de los y las estudiantes, principalmente por vías visuales como la televisión y vallas publicitarias.
2. Existen falencias de organización al momento de despertar el interés de los adolescentes por parte del programa, con escasas actividades efectuadas, sin llegar a sensibilizar a los estudiantes.
3. Existen serios vacíos de conocimientos en los y las estudiantes, principalmente en temas como los derechos sexuales, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual y la violencia de género.
4. Un buen porcentaje de los encuestados considera beneficioso para la ciudadanía la política de entrega gratuita de condones, en contraste, no existe una plena confianza al momento de usar los dispensadores de las unidades públicas.
5. La gran mayoría de los estudiantes consideran apropiado la incorporación de clases de salud sexual y reproductiva, desde los niveles de primaria.

9. RECOMENDACIONES

Establecidas las conclusiones de la investigación, se pueden realizar las siguientes recomendaciones:

1. Se recomienda a las autoridades del Colegio Juan Montalvo, el gestionar la rápida contratación de un profesional médico o psicólogo, capacitado en la interacción con adolescentes, mismo que se encargue de realizar charlas frecuentes dirigidas a los y las estudiantes, enfocándose principalmente en la temática de derechos sexuales, planificación familiar e infecciones de transmisión sexual.
2. Igualmente se sugiere a las autoridades, el incluir dentro del pensum académico, de temas actualizados de educación sexual y reproductiva, incluyendo el estudio de la diversidad sexual, y la equidad de género, impartidos por docentes capacitados y dispuestos a la discusión abierta de los mismos.
3. Se recomienda a los estudiantes acudir a las unidades de salud en busca de información de parte de los profesionales de la sobre salud sexual y reproductiva, como pensamiento preventivo, al igual de hacer uso de los dispensadores de condones, puesto que la calidad de los condones está comprobada y brindan el doble beneficio de anticoncepción y barrera contra las infecciones de trasmisión sexual.
4. Además se invita a los adolescentes a escuchar el programa radial HablaSerioFM todos los martes y jueves a las 16 horas, mismo que pueden escucharlo en línea en la página virtual www.radiopublica.ec, así como estudiar información en la página virtual www.sexualidadsinmisterios.com, o comunicarse con la línea 1800-445566 para información sobre salud sexual y planificación familiar.
5. Finalmente se exhorta al uso de este trabajo investigativo, tomándolo como punto de partida para nuevos estudios en otros centros educativos urbanos y rurales, permitiendo impulsar la logística para solucionar los principales problemas de salud sexual y reproductiva que se presentan en nuestra población adolescente.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Informe de la Secretaría General de la Comisión de Población y Desarrollo, Los adolescentes y jóvenes, Año 2012, Primera edición, pág. 4
2. Instituto nacional de estadísticas y censos, Censo de población y vivienda. Año 2010
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes. Año 2010
4. OMS. La salud de los adolescentes: un desafío para la sociedad: Informe de un grupo de estudio sobre Adolescencia. Ginebra 1986, transcrito al español en el Año 1996
5. OMS, Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual Health, Pág. 28–31 Enero 2006.
6. ANDERS AGMO, Functional and dysfunctional sexual behavior. Editorial Elsevier, Cap. 1 Pág. 19, 2007.
7. OMS. Definiendo la salud sexual: Informe de un consejo técnico en salud sexual, 28–31 de Enero 2002, Ginebra.
8. OPS, Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la acción, 19-22 Mayo 2000, Antigua Guatemala, Guatemala.
9. BEREK S. JONATHAN; Ginecología de NOVAK; Ed.15; Cap. 10; Pág. 205. 2013
10. OMS, Centro de prensa, Planificación familiar, Nota descriptiva N°351, Mayo de 2013
11. ORGANISMO REGIONAL ANDINO DE SALUD; Embarazo en adolescentes en la región subandina; Pág. 16-19; 2008.
12. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes, Pág. 2-7, Año 2013
13. Instituto nacional de estadísticas y censos, Anuario de nacimientos y defunciones. Año 2012
14. MOLINA R., SANDOVAL J., LUENGO X, Salud sexual y reproductiva del adolescente, Cap. 8, 2ª Edición, 2.000

15. Comité internacional de Taxonomía de virus, Taxonomía viral, Novena edición, Año 2012
16. MONTAGNIER L., Historical essay. A History of HIV Discovery, Science Magazine, Vol. 298, Pág. 1727-1728, 29 de noviembre 2002
17. SMITH, D. K., GROHSKOPF, L. A., BLACK, R. J., AUERBACH, J. D., VERONESE, F., STRUBLE, K. A., CHEEVER, L., JOHNSON, M., PAXTON, L. A., ONORATO, I. A. AND GREENBERG, A. E., Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States of America. Pág. 1-20. 2005
18. US National Institute of Allergy and Infectious Diseases, Relación entre el VIH y el SIDA. Noviembre 2009.
19. OMS, Centro de prensa, Nota descriptiva N°360, Mayo de 2013
20. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/Sida, Estrategia Nacional de VIH/Sida -ITS 2011, Pág. 2-3
21. OMS, Centro de prensa, Nota Descriptiva N°110, Agosto de 2011
22. OMS Módulos de capacitación para el Manejo Sintomático de las Infecciones de Transmisión Sexual, 2a edición, Módulo 2, 2008
23. Organización Panamericana de la Salud. Infecciones de transmisión sexual: Marco de referencia para la prevención, atención y control de las ITS. Herramientas para su implementación, 2009
24. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/Sida, Estrategia Nacional de VIH/Sida - ITS 2011 Infecciones de transmisión sexual, Pág. 5-6
25. FLORES JULIA, La diversidad sexual y los retos de la igualdad y la inclusión, Colección estudios, Pág.17-18, 2007.
26. ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSICOLOGIA, Sexual orientation and homosexuality, Año 2008, tomado de la Pág. Virtual <http://www.apa.org/helpcenter/sexual-orientation.aspx>
27. KINSEY, A.C., POMERY, W.B., & MARTIN, C. E., Sexual Behavior in the Human Male and Female, Bloomington: Indiana University Press, 1995.
28. HERDT GILBERT; BOXER ANDREW, Bisexualidad. Hacia una teoría comparativa de las identidades y de la cultura. 1995

29. DIARIO "LA REPUBLICA" Perú, Homosexualidad: En 7 países se castiga con la muerte y en 78 es ilegal , 15 de mayo de 2012
30. CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR, Art 11, #2; 2008
31. CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR, Art 66, #9; 2008
32. UASB, SALGADO JUDITH; Análisis de la interpretación de inconstitucionalidad de la penalización de la homosexualidad en el Ecuador; 2004
33. Diario THE ADVOCATE EEUU; Lesbians Escape From Ecuador's "Ex-Gay" Torture Centers; 07 Octubre 2011
34. GERMAN LODOLA; Apoyo al matrimonio entre personas del mismo sexo en América Latina; 2010
35. CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR, Art 67; 2008
36. LÓPEZ ANA, HIDALGO YICEL; Equidad de género: ¿Sueño o realidad?, 2006
37. United Nations High Commissioner for Refugees. Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons: Guidelines for Prevention and Response, Mayo de 2003
38. VILLACAMPA CAROLINA; Violencia de género y sistema de justicia penal. Pág. 25-86; 208
39. Organización Mundial de la Salud; Informe Mundial sobre la violencia y la Salud, Washington D.C. Pág. 19; 2002,
40. Instituto Nacional Estadísticas y Censos; Encuesta nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, 2011.
41. Ministerio del Interior, República del Ecuador; Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia de Género; 2010, Pág. 26-28.
42. OMS; Aborto sin riesgo: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud; Edición 2; 2012
43. CUNNINGHAM GARY; Obstetricia de Williams, 23 Edición; Cap. 9; Pág. 232; 2011
44. CODIGO PENAL ECUATORIANO; Art. 444, 2013
45. CODIGO PENAL ECUATORIANO; Art. 441 al 446, 2013

46. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Maternidad en la niñez: Tasas de mortalidad materna en América Latina y el Caribe, 2010
47. CUNNINGHAM GARY; Obstetricia de Williams, 23 Edición; Cap. 9; Pág. 247; 2011
48. RESTREPO MANUEL; El aborto inducido, una visión histórica de su manejo; Colombia Médica; Pág. 65-71; 2002
49. MARTINEZ XIMENA, Síndrome Post-aborto: Reacciones psicológicas post-aborto; Universidad Católica de Chile, 2009
50. MSP; Resumen de la ENIPLA; 2009
51. SECRETARIA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO; Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013; Cap. 7; Pág. 76.
52. MSP-UNFPA; Planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos; Pág. 32; 2011
53. MINISTERIO COORDINADOR DE DESARROLLO SOCIAL; ENIPLA: una respuesta colectiva; en: <http://www.desarrollosocial.gob.ec/programa-de-planificacion-familiar-y-la-prevencion-del-embarazo-adolescente/>
54. PROYECTO CERCA ECUADOR, Cuidado de la salud reproductiva de los adolescentes enmarcado en la comunidad, Cap. 1, Pág. 6, año 2013.
55. ORGANISMO REGIONAL ANDINO DE SALUD; Embarazo en adolescentes en la región subandina; Pág. 15; 2008
56. CEDATOS, Planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos, Junio 2011.

ANEXO 1



COLEGIO PARTICULAR "JUAN MONTALVO"

La siguiente encuesta tiene por finalidad el comprender el grado en que los jóvenes del Colegio Juan Montalvo de la ciudad de Laja conocen el programa "Habla serio: Sexualidad sin misterios", que impulsa el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, al igual de cómo lo perciben, en la búsqueda de mejorar el accionar del mismo a nivel institucional y desarrollar nuevos programas de salud preventiva dirigidos a la ciudadanía, especialmente a los adolescentes. La encuesta es de carácter **anónimo**, requiriendo de sus datos personales únicamente conocer su **edad y sexo**; y pidiendo total sinceridad al momento de contestar las preguntas.

Edad:

Sexo: M F

1. ¿Has visto o escuchado anuncios o programas sobre "Habla serio: Sexualidad sin misterios"?

- En la televisión
- En la radio
- En periódicos o revistas
- En la calle
- En internet
- No has visto

(Puedes señalar más de una opción)

2. ¿Puedes decir sobre que trata el programa "Habla serio: Sexualidad sin misterios"?

3. ¿Has recibido conferencias o actividades sobre el programa "Habla serio: Sexualidad sin misterios"?

- En tu barrio o comunidad
- En tu colegio
- En otras instituciones
- No has recibido

4. ¿Mientras cursaste la escuela, recibiste clases o charlas sobre salud sexual y reproductiva?

- Una vez a la semana
- Una vez al mes
- Una vez en el año lectivo
- Nunca

5. ¿Has acudido a profesionales de la salud en busca exclusiva de educación sexual y reproductiva?

- En Unidades de Salud Pública
- En consultorios particulares
- No has acudido



COLEGIO PARTICULAR "JUAN MONTALVO"

6. Señala cuáles de las siguientes enfermedades se pueden transmitir en una relación sexual sin protección

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Hepatitis A | <input type="radio"/> Candidiasis |
| <input type="radio"/> SIDA | <input type="radio"/> Clamidiasis |
| <input type="radio"/> Sífilis | <input type="radio"/> Gonorrea |
| <input type="radio"/> Amebiasis | <input type="radio"/> Papilomas |
| <input type="radio"/> Hepatitis B | <input type="radio"/> Oncocercosis |

7. Enumera los métodos anticonceptivos que conozcas

8. ¿En tu primera relación sexual, usaste tu o tu pareja algún método anticonceptivo?

- Sí use
- No use
- No he tenido relaciones sexuales aún

9. ¿Prefieres recibir información sobre temas de sexualidad por medio de?

- | | | |
|--|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Tus padres | <input type="radio"/> Parientes | <input type="radio"/> Libros y revistas |
| <input type="radio"/> Tus profesores(as) | <input type="radio"/> Televisión | <input type="radio"/> Internet |
| <input type="radio"/> Tus amigos(as) | <input type="radio"/> Radio | <input type="radio"/> Ninguno |

10. ¿Has hecho uso de los dispensadores de condones ubicados en los centros y subcentros de Salud Pública?

- Sí
- NO porque
 - No conocía su existencia
 - Me da miedo/vergüenza usarlos
 - No confío en la calidad del condón

11. ¿Cuál es tu opinión sobre la entrega gratuita de condones en los centros y subcentros de Salud Pública?

Gracias por tu Colaboración



COLEGIO PARTICULAR "JUAN MONTALVO"

6. Señala cuáles de las siguientes enfermedades se pueden transmitir en una relación sexual sin protección

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Hepatitis A | <input type="radio"/> Candidiasis |
| <input type="radio"/> SIDA | <input type="radio"/> Clamidiasis |
| <input type="radio"/> Sífilis | <input type="radio"/> Gonorrea |
| <input type="radio"/> Amebiasis | <input type="radio"/> Papilomas |
| <input type="radio"/> Hepatitis B | <input type="radio"/> Oncocercosis |

7. Enumera los métodos anticonceptivos que conozcas

8. ¿En tu primera relación sexual, usaste tu o tu pareja algún método anticonceptivo?

- Si use
- No use
- No he tenido relaciones sexuales aún

9. ¿Prefieres recibir información sobre temas de sexualidad por medio de?

- | | | |
|--|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Tus padres | <input type="radio"/> Parientes | <input type="radio"/> Libros y revistas |
| <input type="radio"/> Tus profesores(as) | <input type="radio"/> Televisión | <input type="radio"/> Internet |
| <input type="radio"/> Tus amigos(as) | <input type="radio"/> Radio | <input type="radio"/> Ninguno |

10. ¿Has hecho uso de los dispensadores de condones ubicados en los centros y subcentros de Salud Pública?

- SI
- NO porque
 - No conocía su existencia
 - Me da miedo/vergüenza usarlos
 - No confío en la calidad del condón

11. ¿Cuál es tu opinión sobre la entrega gratuita de condones en los centros y subcentros de Salud Pública?

Gracias por tu Colaboración

ANEXO 2

Loja, 03 de diciembre de 2013
Lic. Sonia Cisneros Román
Rectora del Colegio Juan Montalvo
Ciudad.

De mi consideración

Yo, GUSTAVO PATRICIO CISNEROS GALINDO, de cédula de identidad #1103205595, egresado de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, me dirijo muy comedidamente a usted, para solicitarle se me permita realizar una encuesta dirigida a los estudiantes de bachillerato que se forman en su prestigiosa institución, con la finalidad de recolectar datos para la realización de trabajo de investigación con tema: "Conocimiento y aceptación del programa "¡Habla serio! Sexualidad sin misterios" del Ministerio de Salud Pública, en los estudiantes del colegio Juan Montalvo de la ciudad de Loja del periodo académico 2013-2014", mismo que busca diagnosticar y solucionar las posibles falencias sobre educación sexual en la adolescencia, en una afán de mejorar la calidad de vida de los y las adolescentes de la ciudad de Loja, así como de la provincia y de la región sur del país.

Por la atención que se digne brindar a la presente solicitud, le antelo mis agradecimientos.

Atte.



Gustavo Patricio Cisneros Galindo
C.I. 1103205595

RECIBIDO
Fecha 3-12-2013
Hr 12:00
Por [Firma]

ANEXO 3



COLEGIO PARTICULAR "JUAN MONTALVO"

La nueva educación

Of. 118-CJM-2012-2013


Loja, 04 de diciembre de 2013

Sr.
Gustavo Patricio Cisneros Galindo
**EGRESADO DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA**
Ciudad.-

De mi consideración:

En respuesta a su petición sobre la realización del trabajo de investigación con el tema "Conocimiento y aceptación del programa "Habla serio" Sexualidad sin misterios", la Institución acepta la referida petición, el día y hora que usted crea pertinente.

Atentamente,

X 

Lic. Sonia Cisneros Román
RECTORA
/EACS.



Dirección: Avenida Emillano Ortega 13-75 v Lourdes * Telefax: 2574519 - 2574067

ANEXO 4



COLEGIO PARTICULAR "JUAN MONTALVO"

La nueva educación

Loja, 14 de marzo del 2014

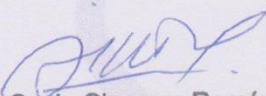
Licenciada
Sonia Cisneros Román
RECTORA DEL COLEGIO PARTICULAR "JUAN MONTALVO"

CERTIFICA:

Que el Señor Gustavo Cisneros Galindo, el día lunes 10 de marzo del año en curso realizó una encuesta de obtención de datos para la elaboración de su trabajo investigativo, la cual fue efectuada a los señores y señoritas estudiantes de los cursos de Bachillerato de esta institución, mismos que fueron informados y participaron voluntariamente de la misma.

Lo certifico en honor a la verdad, dejando al interesado hacer uso del presente, para los fines legales pertinentes.

Atentamente,


Lic. Sonia Cisneros Román

RECTORA COLEGIO PARTICULAR "JUAN MONTALVO"



Dirección Areánida Eribilano Ortega 33735 y Lombas Telfax: 25374510 - 25374067

website: <http://www.juanmontalvo.loja.edu.ec> E-mail: info@juanmontalvo.loja.edu.ec Casilla Postal 110103 Loja - Ecuador
website: <http://www.juanmontalvo.loja.edu.ec> E-mail: info@juanmontalvo.loja.edu.ec

ANEXO 5

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Método de la amenorrea del amamantamiento	Es un método de anticoncepción temporal para las mujeres recién paridas que no han vuelto a menstruar; exige el amamantamiento exclusivo, día y noche, de una criatura menor de 6 meses	Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación)	99% si se aplica de manera correcta y sostenida 98% como se practica comúnmente	Es un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural del amamantamiento sobre la fecundidad
Método de la retirada (coito interrumpido)	El hombre retira el pene de la vagina y eyacula fuera de esta, con lo que el semen no tiene contacto con los genitales externos de la mujer	Evita que los espermatozoides penetren en la vagina, lo que impide la fecundación	96% si se aplica de manera correcta y sostenida. 73% de la manera como se utiliza comúnmente.	Es uno de los métodos menos eficaces porque a menudo resulta difícil determinar el momento preciso de la retirada
Métodos que requieren el conocimiento de la fecundidad (planificación natural de la familia o abstinencia periódica)	Métodos de calendario: se vigilan los días fértiles en el ciclo menstrual; métodos que se basan en síntomas: se vigilan el moco del cuello uterino y la temperatura corporal	La pareja evita el embarazo evitando tener coito sin protección durante los días fértiles, generalmente mediante la abstinencia o empleando condones	Entre 95 y 97% cuando se usa de manera correcta y regular; 75% de la manera como se utiliza comúnmente.	Puede servir para reconocer los días fértiles por las mujeres que quieren embarazarse y las que desean evitar el embarazo. El uso correcto y regular exige la cooperación del varón.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ARTIFICIALES

Métodos de Barrera

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Condón femenino	Vaina o forro que se adapta holgadamente a la vagina; está hecho de un material plástico transparente, fino y suave	Forma una barrera que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten	98% si se usa de manera correcta y sostenida. 79% como se usa comúnmente.	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH
Condón masculino	Vaina o cubierta que envuelve el pene erecto	Forma una barrera que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo	98% si se usa de manera correcta y sostenida. 85% como se usa comúnmente	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH

Dispositivos intrauterinos

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Dispositivo intrauterino (DIU): de cobre	Dispositivo plástico flexible y pequeño que contiene un asa o cubierta de cobre y se inserta en el útero	El cobre daña los espermatozoides e impide que se junten con el óvulo	>99%	Disminuye la frecuencia de cólico menstrual y los síntomas de endometriosis; amenorrea (ausencia de hemorragia menstrual) en un grupo de usuarias
Dispositivo intrauterino (DIU): de levonorgestrel	Dispositivo plástico en forma de T que se inserta en el útero y libera diariamente pequeñas cantidades de levonorgestrel	Suprime el crecimiento del revestimiento de la cavidad uterina (endometrio)	>99%	Disminuye los cólicos menstruales y los síntomas de la endometriosis; amenorrea (ausencia de hemorragia vaginal) en un 20% de las usuarias

Métodos químico-hormonales

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Pastillas de progestágeno solo «minipastilla» o «minipíldora»	Contiene únicamente progesterona (sin estrógeno)	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten y previene la ovulación	99% si se usa de manera correcta y sostenida Entre 90% y 97% como se usa comúnmente	Puede usarse mientras se amamanta; debe tomarse todos los días a la misma hora
Implantes	Cilindros o cápsulas pequeños y flexibles que se colocan debajo de la piel del brazo; contienen únicamente progestágeno	El mismo mecanismo de las pastillas de progestágeno	>99%	Debe ser insertado y extraído por personal sanitario; se puede usar durante 3 a 5 años, según el tipo.
Progestágeno en forma inyectable	Se inyecta por vía intramuscular cada 2 o 3 meses, según el producto	El mismo mecanismo de las pastillas de progestágeno solo	>99% si se usa de manera correcta y sostenida 97% como se usa comúnmente	Al cesar el uso, la fecundidad tarda en reaparecer (entre 1 y 4 meses).
Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación	Se inyectan cada mes por vía intramuscular; contienen estrógeno y progestágeno	El mismo mecanismo de los anticonceptivos orales en combinación	>99% si se usan de manera correcta y sostenida 97% como se usan comúnmente	las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
Anticoncepción de urgencia (levonorgestrel, 1,5 mg)	Pastillas de progestágeno que se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección	Evita la ovulación	Reduce en un 60% a un 90% el riesgo de embarazo	No altera el embarazo si este ya se ha producido

ANEXO 6

CLASIFICACIÓN SINDRÓMICA DE LAS ITS

Síndrome	Signos	Síntomas	Etiología
Perdida Vaginal	Perdida vaginal anormal	Pérdida vaginal inusual Prurito vaginal y disuria Dispareunia	VAGINITIS: Tricomoniasis Candidiasis CERVICITIS: Gonorrea Clamidia
Úlcera genital	Úlcera genital	Llaga genital	Sífilis Chancroide
	Úlcera + ampolla	Prurito Dolor	Herpes genital
Exudado uretral	Exudado uretral	Exudado uretral Disuria Micción frecuente	Gonorrea, clamidia
Dolor abdominal bajo	Pérdida vaginal Dolor abdominal bajo con la palpación Temperatura >38°	Dolor abdominal bajo Dispareunia	Gonorrea Clamidia Anaerobios mixtos
Tumefacción escrotal	Tumefacción escrotal Aumento de tamaño de los nódulos linfáticos inguinales Fluctuación Abscesos o fístulas	Dolor y tumefacción escrotal	Gonorrea Clamidia En ocasiones tricomoniasis
Bubón inguinal	Edema palpebral	Nódulos linfáticos inguinales dolorosos	Linfogranuloma venéreo Chancroide
Síndrome de conjuntivitis neonatal	Flujo purulento	Tumefacción palpebral Flujo El neonato no puede abrir los ojos	Gonorrea Clamidia