

Universidad Nacional de Roja AREA DE LA SALUD HUMANA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA

TÍTULO:

INFLUENCIA DE LA CALIDAD DE EDUCACIÓN SEXUAL EN EL INICIO PRECOZ DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN LOS/LAS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS DE LOJA"

TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE MÉDICO GENERAL

AUTOR:

Xim Mauricio Patras Berrano

DIRECTORA:

Tra. Beatriz Bustamante García

Loja - Ecuador 2014

CERTIFICACIÓN

Dra. Beatriz Bustamante

Certifico .-

Que el presente trabajo de tesis desarrollado por el Sr. Kim Mauricio Calvas Serrano titulado "Influencia de la calidad de Educación Sexual en el inicio precoz de la actividad sexual en los/las adolescentes de los Colegios de Loja" ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por lo tanto autorizo su presentación.

Loja, 18 de Julio del 2013

DIRECTORA

AUTORÍA

Las opiniones, datos de la encuesta y su análisis e interpretaciones, así mismo las conclusiones y sugerencias que esta tesis tiene, pertenecen al autor.

El Autor.

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo Kim Mauricio Calvas Serrano declaro ser autor de la tesis titulada "Influencia de la Calidad de Educación Sexual en el inicio precoz de las Relaciones Sexuales en los/las Adolescentes de los Colegios de Loja", como requisito para optar el grado de **MÉDICO 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 en el RDI, 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 copi a de la tesis que realice el tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 17 días del mes de Octubre del dos mil catorce, firma el autor.

Firma:

Autor: Kim Mauricio Calvas Serrano

Cédula: 1105034035

Dirección: Cdla. Daniel Álvarez Burneo

Email: kimcalvas_1@hotmail.com

Teléfono: 2585645 **Celular:** 0993400075

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de la Tesis: Dra. Beatriz Bustamante García

Tribunal de Grado: Dra. Margarita Sotomayor (Presidenta); Dra. Susana González

(Vocal); Dr. Colón Ortega (Vocal)

DEDICATORIA

A ti Madre.

Por haberme educado y soportar mis errores, por largas noches y madrugadas de sacrificio. Gracias a tus consejos, por el amor que siempre me has brindado, por cultivar e inculcar ese sabio don de la responsabilidad.

¡Gracias por darme la vida!

¡Te quiero mucho!

A ti Padre.

A quien le debo todo en la vida, le agradezco el cariño, la comprensión, la paciencia y el apoyo que me brindó para culminar mi carrera profesional.

A mis Hermanos

Porque siempre he contado con ellos para todo, gracias a la confianza que siempre nos hemos tenido; por el apoyo, amistad y la unión.

A la Universidad Nacional de Loja y en especial a la Facultad de Medicina Humana que me dieron la oportunidad de formar parte de ella.

¡Gracias!

AGRADECIMIENTO

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A la Dra. Beatriz Bustamante García, siendo una profesional de calidad que con dedicación, responsabilidad, amabilidad, carisma se comprometió en guiarme de manera desinteresada, con apoyo y motivación durante la elaboración de la esta tesis.

A las autoridades de la Facultad, en particular a la Dra. Margarita Sotomayor, por el apoyo dado día a día, por su carisma, afabilidad y motivación que han permitido culminar mis estudios.

A la Universidad Nacional de Loja, que a través de los docentes lograron transmitir sus conocimientos en el desarrollo de mi formación profesional, y por impulsar el desarrollo académico basándose en la transparencia y respeto a las personas.

Kim Calvas Serrano

'Influencia de la Calidad de Educación Sexual en el inicio precoz d	e las relaciones sexuales en los/las adolescentes de
los colegios de Lo	nia"

TÍTULO:

"INFLUENCIA DE LA CALIDAD DE EDUCACIÓN SEXUAL EN EL INICIO PRECOZ DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN LOS/LAS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS DE LOJA"

RESUMEN

La adolescencia es una etapa del desarrollo en el ser humano que esta sujeto a

diversos cambios que incluye tanto lo físico, biológico, psicológico y social,

demostrando que tiene la capacidad para sujetarse a transformaciones constantes a

lo largo de su desarrollo. Se propuso en el trabajo investigativo "Conocer la calidad

de educación sexual y cómo influye en el inicio precoz de la actividad sexual en

los/as adolescentes de Tercer Año de Bachillerato los Colegios: "Eugenio Espejo",

"27 de Febrero" y "Daniel Álvarez Burneo" de la Ciudad de Loja; evaluar la

percepción con el tipo de educación sexual que reciben; identificar el género y edad

de inicio de las relaciones sexuales; determinar las principales fuentes de

información que optan los adolescentes y promover una serie de talleres sobre la

temática.

En el estudio formaron parte 297 adolescentes; los resultados muestran que el

75,56% de varones y el 67,90% de mujeres manifiestan que la educación sexual es

de mala calidad ya que generan más dudas, y que solamente reciben información

anticonceptiva representada por el 32,13% en varones y 36,98% en las mujeres.

Los varones han tenido su primera relación sexual por debajo de los 12 años

representado por el 3,00% mientras que las mujeres entre los 13 a 14 años

representado por el 16,67%, existe un pico de inicio en común entre los dos géneros

que es alrededor de los 15 a 16 años, siendo así en los varones el 59,00% y en las

mujeres el 61,11%.

La fuente de información que los adolescentes prefieren sobre la sexualidad es la

terciaria, particularmente la red internet tanto en varones como mujeres

representado por el 25,75% y 23,77% respectivamente.

Palabras Clave: Educación Sexual, Actividad Sexual Precoz, Sexualidad.

2

SUMMARY

Adolescence is a stage in human development that is subject to various changes

which includes both the physical, biological, psychological and social, demonstrating

that it has the ability to attach to constant changes throughout its development. It was

proposed in the research paper "Knowing the quality of sex education and how it

influences the early onset of sexual activity in the / as teenagers Colleges:" Eugenio

Espejo "," February 27 "and" Daniel Alvarez Burneo "of Loja City, Third Year

Bachelor; evaluate the perception with the kind of sex education they receive, identify

the gender and age of onset of sexual relations, identify the main sources of

information that adolescents choose and promote a number of workshops on the

subject.

In the study 297 adolescents took part and the results show that 75.56% of males

and 67.90% of women report that sex education is of poor quality because they

generate more questions, and only receive contraceptive information represented by

the 32.13% in males and 36.98% in women.

The boys have had their first sexual intercourse under age 12 represented by 3.00%

while women aged 13 to 14 years represented by 16.67%, there is a common peak

onset between the two genders which is around 15-16 years, and thus the 59.00%

males and 61.11% women.

The source of information that adolescents prefer on sexuality is the Tertiary,

particularly the internet both men and women represented by 25.75% and 23.77%

respectively.

Key words: Sexuality Education, Early Sexual Activity, Sexuality.

3

INTRODUCCIÓN

a adolescencia que es definida como el periodo del ciclo de vida humano comprendido entre la niñez y juventud, que de acuerdo a la OMS, oscila entre los 10 y 19 años, el Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador lo establece entre los 12 a los 18 años que comprende cambios significativos en la vida del niño y niña: maduración sexual, desarrollo del pensamiento lógico y formal, así como en el relacionamiento social, es decir una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales, igualmente ha sido clasificada para mayor compresión según la OMS en: adolescente menor que comprende de 10 a 13 años, adolescente medio de 14 a 16 años y adolescente mayor que va de 17 a 19 años.(34)

Actualmente, la sociedad incluyendo los adolescentes de manera más preocupante, vive profundos cambios en sus códigos morales y sociales. Esto se puede ver reflejado en la temprana práctica sexual en ellos y la visión o reacción de la sociedad frente a este fenómeno, ya que dichas conductas han tomado rumbos muy distintos, comparado a generaciones pasadas. Entendemos como actividad sexual precoz como la prematura conducta sexual sin estar mentalmente preparado, esto es un desajuste mente-cuerpo que lleva a una exagerada conducta pseudo-adulta sexual. Existen diversas situaciones en las que la o el adolescente se ve obligado de alguna manera a escuchar o ver situaciones relacionadas con drogas, alcoholismo, tabaquismo, y por supuesto el inicio precoz de la actividad sexual, pero no informada correcta ni adecuadamente, ya que muchas de las veces ese conocimiento proviene de personas muy mal informadas u orientadas sobre el tema

Es por ello que se pide urgentemente que los Centros Educativos de instrucción secundaria sean un medio más de apoyo al adolescente y dando mayor énfasis en un problema que crece a diario de manera preocupante como es el inicio precoz de las relaciones sexuales, los docentes de estas instituciones se deberían preparar a través de talleres proporcionados por personal de la salud que trabaja en estos aspectos promoviendo una Educación Sexual segura e informada, evitando una educación errónea por falta de preparación, recursos vanos, bibliografía antigua, miedo o porque los métodos que el personal docente aplica son ineficaces para llegar al estudiantado al que se le imparte este tema sobre la realidad actual de los

problemas sociales como la sexualidad y sus consecuencias siendo así las enfermedades venéreas a corto plazo y procesos cancerígenos a largo plazo donde los adolescentes no están conscientes de ello ya que se lo sigue considerando como un tema aislado, árido y no muy accesible para los adolescentes, siendo un parámetro más de calificación en el Instituto que de información y preparación misma en ellos.(28)

Es así que el presente estudio denominado "Influencia de la Calidad de Educación Sexual en el inicio precoz de la actividad sexual en los y las adolescentes de los colegios "Eugenio Espejo" "27 de Febrero" y "Daniel Álvarez Burneo de la Ciudad de Loja" pertenecientes al Tercer Año de Bachillerato; se propuso: Evaluar la percepción del tipo de educación sexual que reciben estos estudiantes; identificar el género y edad de inicio de las relaciones sexuales; determinar las principales fuentes de información que optan los adolescentes y promover una serie de talleres sobre la temática.

La metodología usada en la investigación es de tipo Descriptiva Transversal, utilizando la encuesta como medio de recolección de datos, teniendo una muestra de 297 adolescentes; arrojando resultados donde muestran que el 75,56% de varones y el 67,90% de mujeres manifiestan que la educación sexual es de mala calidad ya que generan más dudas, y que solamente reciben información anticonceptiva representada por el 32,13% en varones y 36,98% en las mujeres..

Los varones han tenido su primera relación sexual por debajo de los 12 años representado por el 3,00% mientras que las mujeres entre los 13 a 14 años representado por el 16,67%, existe un pico de inicio en común entre los dos géneros que es alrededor de los 15 a 16 años, siendo así en los varones el 59,00% y en las mujeres el 61,11%.

La fuente de información que los adolescentes prefieren sobre la sexualidad es la terciaria, particularmente la red internet tanto en varones como mujeres representado por el 25,75% y 23,77% respectivamente.

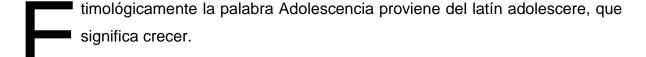
Frente a toda esta realidad hay que reconocer que la educación sexual debe ser una participación continúa y activa de cuatro grupos sociales fundamentales que son: el adolescente, los padres, docentes y el personal de salud, esta combinación logrará cambiar y romper tabués que hasta ahora en la actualidad se mantienen, logrando un desarrollo normal durante la adolescencia recibiendo el apoyo que necesita para poder formar su personalidad, carácter y lograr en ellos una práctica segura de su sexualidad.

Así mismo las instituciones de formación superior, específicamente el Área de la Salud Humana a través de la Carrera de Medicina participe junto al Ministerio de Salud Pública en eventos que permitan informar a los adolescentes sobre los procesos fisiológicos de su cuerpo realizando campañas que enfaticen el conocimiento del cuerpo y sus cambios en la adolescencia, la prevención de las relaciones sexuales tempranas y sus consecuencias y no solo un tipo de educación concepcional.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. ADOLESCENCIA.

1.1. DEFINICIÓN



Se describe la adolescencia como el período del ciclo de vida humano comprendido entre la niñez y la juventud, durante el cual se observan cambios significativos en la vida de las personas: en la maduración sexual, en el orden fisiológico, en el pensamiento lógico y formal, así como en el relacionamiento social. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años, que incluye cambios biológicos, sicológicos y sociales. En cambio, el Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador considera que adolescente es la persona de ambos sexos entre 12 y 18 años. Para efectos legales de protección integral y especial se tomarán en cuenta estos dos conceptos.(18,20)

La adolescencia se percibe como una época tormentosa y emocionalmente agresiva, llena de enfrentamientos entre los adultos y los jóvenes, sobre todo entre la familia. Se considera una etapa en que se produce, el desarrollo físico y los cambios emocionales más frecuentes y rápidos en la historia de cada persona.

La adolescencia es percibida como una etapa de vida problemática con los adultos Las preocupaciones de los padres y madres de adolescentes suelen ser bastante más serias que habitaciones desordenadas, cambios de tallas en ropa y calzado, o el olor de las zapatillas deportivas. Las familias que tienen un preadolescente en casa se preocupan por el paso de primaria a Secundaria, los cambios de humor, las influencias de los amigos, el riesgo de fracaso escolar, el posible consumo de drogas, la información sexual, y otras cuestiones de similar importancia.(26)

Los estudios científicos confirman que si bien es cierto que algunos adolescentes encuentran obstáculos, la mayoría los superan llegando a ser adultos que

encuentran su lugar en la vida, se relacionan satisfactoriamente y llegan a ser buenos ciudadanos. (26)

1.2. CARACTERÍSTICAS SEXUALES

1.2.1. ASPECTOS SEXUALES

El desarrollo sexual se refiere a los cambios secuenciales que el niño o niña experimentan en su anatomía y a la aparición y funcionamiento de las características sexuales secundarias, que permiten la conformación del cuerpo masculino y femenino (dimorfismo sexual).(15,27)

Se producen cambios fisiológicos, morfológicos, maduración de los órganos reproductivos y de los caracteres secundarios, lo que lleva a obtener la capacidad de reproducirse.

Es importante el impacto en el estado nutricional, información que es llevada al hipotálamo por la leptina. Esto tiene que ver con los trastornos de la alimentación, como la anorexia nerviosa, donde se retrasa este proceso. También se ha visto que pacientes obesos tienen una pubertad más precoz que los pacientes con peso normal.(27)

1.2.1.1. LA ADRENARQUIA

Es el proceso de activación de las glándulas suprarrenales que producen ciertas hormonas. Es lo primero que pasa en el desarrollo puberal y ocurre entre los 6 y 8 años, precede a la gonadarquia más o menos en 2 años. Se produce un desarrollo de la zona reticular de la glándula suprarrenal que produce las hormonas (DHEA, DHEA-S y androstenediona) que van a participar en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y también en la maduración esquelética.

Estas hormonas, además, tienen acción clínica en ambos sexos, que es la aparición del sudor con olor, del vello pubiano y axilar, que será el hecho que marca el inicio de este proceso puberal.

En el hombre: el desarrollo muscular, laríngeo (permite cambio de voz), crecimiento óseo, de los genitales, aparición del vello facial y del acné.

En la mujer permiten: la maduración ósea y el acné. (18)

1.2.1.2. LA GONADARQUIA

Segundo efecto importante durante el inicio de la pubertad. Se produce la activación del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal con la producción de las hormonas hipofisarias que llevan a la producción de las hormonas gonadales. Se produce un cambio en el patrón pulsátil que lleva a un aumenta en la producción de FSH y LH y que a su vez estimulan a las gónadas para la producción del resto de las hormonas.

En niños, la FSH determina el crecimiento testicular y producción espermática y la LH tiene acción sobre las células de Leydig y determina la producción de testosterona. Y es la testosterona la que permite el gran desarrollo muscular y laríngeo, el vello facial, axilar y pubiano, y el crecimiento genital y óseo.(4)

En niñas, la LH y FSH, estimulan al ovario determinando la producción de estrógeno y progesterona. El estrógeno es el responsable del crecimiento mamario y del útero, que se produce en forma posterior, la maduración ósea y el cierre de los cartílagos del crecimiento, es por eso que cuando las niñas llegan a la pubertad la velocidad de crecimiento se detiene. Y la progesterona junto con el estrógeno, participa en el desarrollo de los ciclos menstruales.(4,19)

1.2.1.3. EVENTOS PUBERALES MASCULINOS Y FEMENINOS

Para valorar el desarrollo sexual se utiliza el método de Marshall-Tanner que tienen como finalidad:

- Proporcionar una explicación que disminuya la tensión que este tipo de examen puede crear.
- Unificar y estandarizar(15,18)

La secuencia de los cambios en las niñas como la aparición del olor axilar, aparición del botón mamario (telarquia), aparición del vello púbico (pubarquia), aparición del vello axilar, menarquia.

La telarquia, puede ser unilateral o bilateral, es la primera manifestación y seguida inmediatamente de la pubarquia, en Ecuador toma como referencia el MSP los 10,5 años con una duración de 4 años y un rango de 8-13 años.

El estirón puberal se inicia en el estadio II de Tanner, que coincide con la aparición del botón mamario y alcanza pico máximo de velocidad de crecimiento en el estadio III.

La menarquia ocurre 1,5 a 2 años después del inicio del proceso de pubertad. En general esta coincide con el estadio IV de Tanner, aunque el 25% de las niñas pueden tener la menarquia en un estadio III. En nuestro país esto ocurre generalmente a los 12,5 años.(15)

Los ciclos menstruales (esto es importante) tienen a ser anovulatorios hasta en un 50% en los dos primeros años después de la menarquia. Esto es importante ya que muchas veces se consulta por irregularidades menstruales y hay que saber que obviamente si no hay ciclos ovulatorios siempre, las menstruaciones no siempre van a ser regulares. Es por esto que hay que explicar que esto se debe a un tema de inmadurez, siempre descartando algunas patologías que puedan causar algún problema menstrual como patologías tiroideas, hiperprolactinemia, etc.(15)

En el hombre primero ocurre un aumento del volumen testicular, después la aparición del vello púbico que también se llama pubarquia, desarrollo peneano y la aparición del vello axilar. La primera manifestación es el aumento del volumen testicular y de la bolsa escrotal, la cual cambia su coloración, adquiere mayor rugosidad y en general se produce alrededor de los 12 años. Esta etapa está influenciada y mediada por la FSH. La espermatogénesis es un evento puberal precoz que se inicia habitualmente entre las etapas VP II y VP III de Tanner.

El vello axilar aparece en promedio 2 años después del pubiano. El desarrollo del vello facial ocurre en etapas tardías, habitualmente después de los cambios en la voz.

Luego el vello pubiano puede aparecer simultáneamente, pero en general lo hace unos 6 meses después de que aumenta el tamaño testicular. El volumen testicular va cambiando:

Prepuberal: 1 a 3 ml

Inicio de pubertad: 4 ml

pubertad media: 10 a 12 ml.

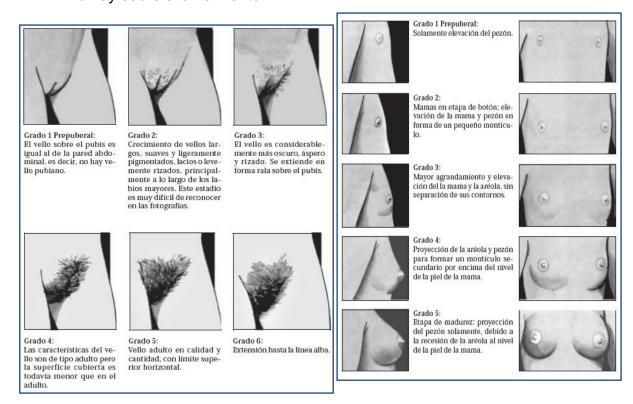
o Adultos: 15, 20 ó 25 ml

1.2.1.4. ESCALA DE TANNER EN LA MUJER

La escala de Tanner que nos permite unificar y estandarizar el desarrollo de la mujer. Esta la describe en distintos momentos, permitiéndonos hacer una correlación en el fondo y dando una escala. En la mujer hay dos escalas de Tanner, una mamaria y una de vello pubiano. (15,18)

La escala de Tanner va de 1 a 5:

- Grado 1 prepuberal: Se observa un pezón, que tiene una baja coloración pero no hay sobrelevantamiento.



- Grado 2: Se denomina botón mamario, donde aparece sobrelevantamiento del botón, al palpar se siente y se dice comunmente que tiene características "como una pelotita" y que muchas veces es sensible.
- Grado 3: Hay un mayor agrandamiento y elevación de la mama. Pero sigue siendo mama y areola sin la separación de ambas cosas.
- Grado 4: Se ve una proyección de la areola por sobre la mama, más la proyección de la mama por sobre la pared torácica.

 Grado 5: Es la mama adulta, donde hay proyección del pezón solamente debido a la recesión de la areola.

En cuanto al vello pubiano:

- Grado 1 prepuberal: Cuando no hay presencia de vello.
- Grado 2: Empiezan a observarse pocos vellos suaves parecidos a los vellos faciales, muy delgados y poco pigmentados.
- Grado 3: Ya es un vello que es más oscuro, más rizado y está iniciándose en el pubis.
- Grado 4: Las características del vello son de tipo adulto, pero la superficie cubierta no es la triangular del adulto.
- Grado 5: Vello adulto en forma de triángulo con base superior.
- Grado 6: Extensión hasta la línea alba, esto se da en los hirsutismos, donde en vez de tener este triángulo existe como un "doble triangulo", invertido arriba y un triángulo abajo.

1.2.1.5. ESCALA DE TANNER EN EL HOMBRE

Se evalúan el crecimiento testículo-peneano y el desarrollo del vello.



Grado 1 Prepuberal: Los testículos, escroto y pene son del mismo tama no y proporciones que en la primera infancia. Estadio Pre-puberal.



Grado 2: Agrandamiento del escroto y testículos. La piel del escroto se congestiona y cambia de textura. En esta etapa hay poco o ningún agrandamiento del pene.



Grado 3: Agrandamiento del pene que tiene lugar al principio sobre todo en longitud. Los testículos y el escroto siguen desarrollándose.



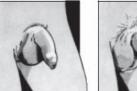
Grado 4:
Aumento de tamaño del pene que crece en diámetro, y desarrollo del glande.
Los testículos y escroto se hacen grandes, la piel del escroto se oscurece.



Grado 5: Los genitales son adultos en tamaño y forma.

 Grado 1 prepuberal: Los testículos y los escrotos son de pequeño tamaño, no hay coloración del escroto, no hay rugosidades.

- Grado 2: Se agranda el escroto y los testículos, la piel del escroto aumenta la
 - coloración, aumenta la textura y no hay grandes cambios en cuanto al pene.
- Grado 3: Se produce el agrandamiento del pene que crece longitudinalmente primero y luego en grosor.
- Grado 4: Hay aumento del tamaño del pene que crece longitudinalmente y en diámetro
- Grado 5: Son el tamaño adulto finalmente.



Grado 1 Prepuberal: El vello sobre el pubis es igual al de la pared abdominal, es decir, no hay vello pubiano.



Grado 2: Crecimiento de vellos largos, suaves y ligeramente pigmentados lacios o levemente rizados, principalmente en la base del pene. Este estado es muy difícil de reconocer en las fotografías.



Grado 3: El vello es considerablemente más oscuro, áspero y rizado. Se extiende en forma rala sobre el pubis.



Grado 4: Las características del vello son del tipo adulto pero la superficie cubierta es todavía menor que en el adulto. No hay extensión a la superficie medial de los



Grado 5: Vello adulto en calidad y cantidad. Extensión hasta la superficio medial de los muslos.



Grado 6: Extensión hasta la línea alba.

En cuanto al vello pubiano:

- Grado 1 prepuberal: Existe un vello muy fino.
- Grado 2: Existe un crecimiento de vellos que son largos, pero también más delgados y menos pigmentados.
- Grado 3: El vello es más oscuro, áspero y rizado. Se empieza a extender sobre el pubis
- Grado 4: Vello adulto pero la superficie cubierta es todavía menor.
- Grado 5: Vello adulto en cantidad y calidad.
- Grado 6: Corresponde a cuando hay mayor cantidad de testosterona, se dirige hacia la línea alba y en los hombres se considera anormal.(15,19)

1.2.2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

Durante la adolescencia el individuo se ve amenazado por una serie de tentaciones debida la reaparición de sus deseos instintivos reprimidos, que van a producir una gran angustia. Frecuentemente hay padres que se quejan de del gran egoísmo de sus hijos y de la frialdad de sus relaciones afectivas con la familia. Los adolescentes son también capases de los mayores sacrificios o de establecer una relación de amistad o de amor.

Pueden igualmente pasar de un comportamiento ascético a una actitud de entrega a cualquier tipo de sensación que les produzca placer. Estas oscilaciones y cambios de humor y de carácter se han justificado, desde una perspectiva psicológicos que se producen a partir de la pubertad y el otro establecería estos como la señal de que el individuo ha llegado a su madures anímica.

En relación con el impulso sexual, se produce en la adolescencia con un conjunto de cambios que conviene en reseñar. Al comienzo de este periodo, se registra a un aumento cuantitativo de los impulsos, se reactivan los institutos que componían la sexualidad infantil, reafirmándose una serie de conductas agresiva sexuales propias de los primeros años de vida del niño.(30,26)

1.2.3. ASPECTOS AFECTIVOS - AMISTAD

El adolescente necesita y requiere de las relaciones sociales con sus pares de edades similares, porque ello permite un nivel de maduración relevante para su crecimiento. La inteligencia emocional, juega un papel fundamental, el adolescente busca la socialización con personas con sus mismos intereses, como el deporte o la música y en la mayoría de las ocasiones con sus mismas características, de esa forma el joven adolescente quiere sentirse adaptado e incluido en una microsociedad. (24)

1.2.4. ASPECTOS SOCIALES

La sociabilidad resulta ser aquella calidad o cualidad de sociable que presenta una persona, es decir, aquel que de manera natural tiende a vivir en sociedad y también, a aquel individuo preeminentemente afable que le gusta relacionarse con el resto de las personas. Los seres humanos somos por naturaleza animales sociales, nos encontramos naturalmente inclinados a la vida en sociedad, es prácticamente imposible que un ser humano viva para sí mismo, de alguna manera, todos, hasta el más egoísta, en algún momento necesita del relacionamiento con los otros.(30)

En la sensibilidad social se distingue la sensibilidad social: se distingue entre sensibilidad ante la persona y la sensibilidad a las normas del grupo. Son estos dos aspectos los que se manifiestan en las relaciones con los otros, como característicos en la adolescencia. (25)Rivero Andrea

Son cambios radicales y dinámicos tanto a nivel físico y psicológico producido dentro de la sociedad por el adolescente sobre las responsabilidades, las experiencias de una forma individualizada de la libre conciencia, la sensibilidad sobre el medio ambiente y una mayor preocupación sobre la propia imagen corporal.(26)

La búsqueda de la identidad es la tarea más difícil de un adolescente, pero esta cuestión no solo es una crisis en la adolescencia si no que va a ser constante a lo largo de toda la vida. Los repentinos cambios temporales desconciertan a los jóvenes y les hace preguntarse qué personas han sido hasta ahora y en quiénes se están convirtiendo, les preocupa descifrar lo que serán en la vida y muchas veces terminan sintiéndose confusos. Esta confusión se refleja en el tiempo excesivo que emplean algunos chicos para elegir una profesión y es justamente en esta etapa cuando muchos deciden tomarse un tiempo para viajar por el mundo de mochila. Durante esta fase muchas personas resuelven su propia crisis de identidad, especialmente en relación con sus objetivos profesionales y es en esta etapa también donde los adolescentes exploran nuevos intereses, se autoevalúan en nuevas competencias, entran en contacto con los valores en los que creen.

Entre los adultos existe la idea de que es en la adolescencia la etapa de LA REBELIÓN ADOLESCENTE, esto debido a que la delincuencia es más frecuente en la adolescencia que en ninguna otra época de la vida pero la rebeldía en la adolescencia existe porque creemos demasiado en ella, estos suelen ser parte de

una profecía que se cumple a sí misma dado que como la sociedad espera que los jóvenes sean rebeldes les está inculcando ser así por medio de la publicidad y los programas de televisión y cine.(12)Hernández Sandra

Lo peor que la sociedad puede hacer por un adolescente es truncarle su desarrollo, obligándolo a seguir siendo niño cuando ya no lo es o a ser adulto antes de tiempo. Ocurre cuando no se les otorgan libertades y responsabilidades, o cuando debe trabajar para sostenerse, cuando es explotado por alguien, cuando lo prostituyen, cuando le llevan a un lugar de reclusión, cuando tiene que migrar lejos de su entorno o cuando tiene una maternidad o paternidad precoz.(34)(UNICEF)

1.2.5. ASPECTOS FÍSICOS.

Aunque los componentes del desarrollo sexual que hemos mencionando no son necesariamente visibles, el desarrollo físico lo es, en especial el desarrollo genital. Todos sabemos que la ebullición de las hormonas y el pico de crecimiento comienzan en la adolescencia. Pero no nos engañemos: los niño/as son sexuales mucho tiempo antes del inicio de la pubertad. Los varones pequeños tienen erecciones y las niñas pequeñas lubricación de la vagina. La masturbación en la infancia no es poco usual. La orientación sexual no requiere el desarrollo físico de la pubertad.

2. SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA

La sexualidad es una parte integral de nuestras vidas desde el nacimiento hasta la muerte. Para los adolescentes, el hacerse cargo de su emergente sexualidad es parte del proceso natural de transformación en adulto. La sexualidad debe ser considerada dentro del contexto del desarrollo humano, no como un secreto a ser guardado por el silencio adulto. Las opiniones y las percepciones acerca de los roles del adolecente y del adulto deben basarse en el respeto mutuo y deben ser examinados dentro del contexto de las realidades y expectativas sociales. El tema crucial es la calidad de la vida para todos los niños y adolescentes; la proporción de que ellos almacenen su potencial y que cuando el camino sea duro, recibirán apoyo

y ayuda." (Comité sobre embarazo adolecente del estado en nueva jersey, EUA, 1988).

Para entender la sexualidad en la adolescencia debemos considerar el desarrollo de la adolecente y la sexualidad humana en su sentido más amplio.

2.1. CICLO MENSTRUAL

El ciclo menstrual, entendido como el período comprendido entre el día de inicio del sangrado menstrual y el primer día del próximo episodio de sangrado normal, tiene en promedio una duración de 28 días, con rango de 24 a 30, ó hasta 34; sin embargo existen reportes de límite inferior 21 días. La duración normal del sangrado fluctúa entre 3 y 5 días con valores extremos reportados de 1 a 8 días(15); la cantidad total del flujo sanguíneo menstrual se ha calculado en 40 ml como promedio, teniendo 80 ml como límite máximo para considerar un sangrado excesivo (4,15).

El ciclo menstrual - ovulatorio puede ser descrito dividiéndolo en tres fases: Fase Folicular, Ovulación y Fase Lútea:

2.1.1. FASE FOLICULAR

En el momento del nacimiento el ovario contiene aproximadamente 2.000.000 de folículos primordiales, sin embargo durante la infancia la gran mayoría llegan al estado de atresia y así, en la menarca sólo existen alrededor de 400.000, de los cuales el 99% sufrirán atresia durante la vida reproductiva (2,4). El inicio del desarrollo folicular a partir del folículo primordial y hasta la fase preantral es independiente del estímulo de las gonadotrofinas, por el contrario, la diferenciación celular y el crecimiento folicular progresivo son dependientes de las hormonas gonadotróficas y de la esteroidogénesis ovárica; una vez iniciado el proceso es irreversible hasta lograr la madurez ó la atresia folicular (2).

Factores reguladores del desarrollo folicular:

Es claro que el ciclo menstrual obedece a los cambios que se efectúan en el ovario y más exactamente en el folículo ovárico; se ha determinado una serie de factores que contribuyen al desarrollo folicular y por ende a la consecución de un ciclo menstrual normal (19):

Gonadotrofinas Hipofisiarias:

FSH (Hormona Folículo Estimulante): Considerada el principal factor estimulante del crecimiento y desarrollo folicular, su efecto primordial es favorecer la aromatización de andrógenos hacia estrógenos, la cual se realiza en las células de la capa granulosa; también es su función estimular la síntesis de receptores para FSH y para LH (Hormona Luteinizante). Estimula igualmente la producción de Inhibina, Activina y Factor de Crecimiento Similar a la Insulina (IGF) 1, los cuales tiene funciones inhibidoras y estimulantes en el proceso de crecimiento folicular. Existe tambien evidencia que la FSH estimula la división de las células de la granulosa.(4,15,19)

LH (Hormona Luteinizante): Estimula la producción de andrógenos en la teca (principalmente Androstenediona), la cual atraviesa la membrana de las células granulosas y es aromatizada a Estradiol; el aumento brusco de las concentraciones de LH en la mitad del ciclo, es responsable de la ovulación y además del remodelamiento de las células granulosas en el proceso de luteinización.

Prolactina: Se le atribuye el papel de aumentar y mantener el número de receptores para LH en el cuerpo lúteo. Los niveles bajos de prolactina en el folículo preovulatorio pueden tener un papel en el proceso ovulatorio por inhibición del activador del plasminógeno.

Esteroides Sexuales:

Progesterona: Esteroide de 21 carbonos, derivado de la pregnenolona y ésta a su vez del colesterol, caracterizada por su doble enlace en el carbono 4 (delta 4) y sus dos radicales cetona (carbonos 3 y 20), precursora de todos los esteroides delta 4, tanto sexuales como mineralo y glucocorticoides.(19)

Su producción es principalmente ovárica y se incrementa bruscamente en el periodo ovulatorio; prácticamente comanda la fase post ovulatoria. Tiene efectos en el

proceso de ruptura folicular y en la maduración del endometrio en la segunda fase; su efecto en el organismo necesita el estímulo previo de los estrógenos en el órgano blanco.

A nivel endometrial: ejerce su efecto principal llevando el endometrio proliferado por los estrógenos a secretor, generando cambios glandulares en la primera semana de la fase luteínica como: vacuolización del citoplasma, dilatación de los conductos glandulares, disminución de la altura del epitelio y alineamiento de los núcleos cerca de la base; en la segunda semana: cambios estromales con edema, reacción predecidual, desarrollo del aparato vascular y aparición de granulocitos. Otros efectos son: aumento de la producción de glucógeno por las glándulas acumulándose en vacuolas, aumento de la anhidrasa carbónica y depósito de fosfatasa alcalina en el endotelio vascular que luego es vaciada en los epitelios glandulares.(4,19)

Estrógenos: Esteroides de 18 carbonos. Debido a su capacidad para inhibir la liberación de gonadotrofinas a nivel hipofisiario, juegan un importante papel en el desarrollo folicular. Desde el punto de vista clínico el estrógeno principal es el Estradiol, por su mayor afinidad con los receptores; los niveles en ascenso de estradiol en la fase media folicular resultan en disminución de los niveles de FSH y a su vez, la caída de la FSH es uno de los factores que propician la selección de un folículo dominante. Otras funciones de los estrógenos son las siguientes: incrementar el número de receptores para FSH en las células de la granulosa, estimular la proliferación de dichas células (al parecer mediado por el IGF) y aumentar la reacción de aromatización de andrógenos a estrógenos.

Andrógenos: Producidos en la teca por estímulo de la LH, siendo de mayor producción la Androstenediona, la cual es convertida a Estradiol en las células granulosas por efecto de la FSH. En caso de no haber suficiente FSH para la aromatización de todos los andrógenos producidos, el exceso de Androstenediona es convertido a Dihidrotestosterona, potente andrógeno que puede inhibir el proceso de crecimiento folicular y llevar a la atresia.(19)

Péptidos Ováricos:

Recientemente ha sido descrito el papel que desempeñan algunas sustancias peptídicas producidas en el ovario, las cuales pueden tener efectos auto y paracrinos ó como hormonas.

Inhibina: Considerada un potente inhibidor de la liberación de FSH en la fase folicular, en forma reciente se ha demostrado que no hay aumento progresivo de ella como de estradiol en ésta fase y que su papel es complementario del estradiol en dicha inhibición. Durante la fase lútea existe secreción de inhibina por el cuerpo lúteo y sus niveles se incrementan, siendo evidentemente sumatoria al estradiol en la inhibición de la liberación de FSH y LH durante ésta fase; como consecuencia, en la fase lútea media cuando los niveles de inhibina y estradiol aumentan y los de FSH disminuyen, se inhibe el desarrollo folicular. Luego en la fase lútea tardía al declinar el cuerpo lúteo y disminuir la producción de inhibina y estradiol, el cese de la inhibición permite aumento gradual de los niveles de FSH, el cual es estímulo para la selección del folículo para el próximo ciclo.(19)

Activina: Antagonista funcional de la inhibina, estimula la secreción de FSH. Su efecto *in vivo* no es claro, dado que puede inhibir más que estimular, la secreción de FSH en la fase preovulatoria.(15)

Además de su efecto a nivel pituitario como hormonas, la activina y la inhibina ejercen un efecto local en forma autocrina y paracrina en las células de la granulosa y la teca. Se considera que la inhibina es un inhibidor de la aromatización, sin embargo su verdadero efecto como regulador autocrino es controversial. La activina como regulador autocrino tiene un efecto positivo en la aromatización y promueve la mitogénesis de las células de la granulosa, también se ha demostrado que disminuye la producción de andrógenos estimulada por la LH en la teca. De otra parte la activina estimula la secreción de progesterona e induce la producción de receptores para FSH y LH en las células de la granulosa no diferenciadas, mientras en las células granulosas del folículo preovulatorio inhibe la producción de progesterona y previene la luteinización espontánea.(19)

Folistatina: Péptido de estructura similar a inhibina y activina, con función básicamente antagonista de la activina; en la actualidad la información sobre su

actividad proviene de estudios en animales; es producida en las células de la granulosa y su secreción es regulada por la FSH. Actuando como hormona la folistatina inhibe la liberación de FSH en la pituitaria de ratas. En su efecto autocrino reduce la síntesis de receptores para FSH mediada por la activina; también hay evidencia que la folistatina puede ser una proteina que se une y transporta a la activina(19)

Factores de Crecimiento Similares a la Insulina (IGF): Son reguladores importantes del crecimiento folicular, descritos inicialmente como polipéptidos con iniciación y mantenimiento relacionados del crecimiento de teiido mesenquimatoso en todo el cuerpo. Los estudios relacionados con su papel en el crecimiento folicular se han centrado en el IGF 1, el cual se produce en las células de la granulosa; su secreción puede ser fomentada por la FSH y a su vez ejerce un efecto autocrino en las células de la granulosa estimulando la aromatización de androstenediona mediada por FSH y promoviendo la mitogénesis de dichas células. En la fase folicular tardía IGF 1 aumenta la capacidad de la FSH para inducir receptores de LH, como tambien la secreción de progesterona por las células de la granulosa; finalmente su efecto paracrino le permite sinergizar con la LH en la producción de Androstenediona. Existen sólidas evidencias del papel que IGF I-II ejercen en la diferenciación y división de las células ováricas (7); los receptores para éstos factores de crecimiento son intercambiables con la Insulina, lo cual permite una aproximación fisiopatológica a alteraciones del ciclo folicular en las cuales existe aumento de los niveles de insulina ó resistencia periférica a ésta, como en ciertos estados hiperandrogénicos.(15,19)

2.1.1.1. DESARROLLO FOLICULAR

Cuando se produce el aumento de FSH en la fase inicial del ciclo menstrual existe una cohorte de folículos en período preantral y antral temprano entre 2 y 5 mm; la cohorte folicular sufre un proceso de "reclutamiento" hasta la "selección" del folículo "dominante", siendo éste último responsable de los aumentos de estradiol y proliferación endometrial (4).

Se distinguen los siguientes estados en el desarrollo folicular:

Folículo Primordial: Una capa simple de células cuboidales rodea el oocito, son los más abundantes en el ovario fetal, constituyen el pool a partir del cual se desarrollarán continuamente folículos hacia el estado más avanzado de crecimiento. El oocito se encuentra en el estado de diplotene, en la profase de la primera división meiótica.(4,15)

<u>Folículo Primario</u>: Representa el primer paso en el proceso de diferenciación y crecimiento, existen una ó dos capas de células granulosas rodeando el oocito y algunas células de la teca por fuera de aquellas, sin constituir una capa definida; el oocito crece durante éste período.(4)

Folículo Preantral: Se forma cuando hay por lo menos dos capas de células granulosas alrededor del oocito, las cuales se dividen hasta alcanzar ocho ó más capas de células, también la teca continúa su desarrollo hasta alcanzar, en las etapas finales de la fase preantral, una verdadera capa de células. El oocito crece rodeado de una membrana llamada **zona pelúcida**.

<u>Folículo Antral</u>: Se caracteriza por una producción de fluido en su centro que se expande rápidamente en forma de lagos intercelulares, los cuales luego coalescen y forman una cavidad llamada antro; el líquido folicular permite la nutrición del oocito y las células granulosas por un medio endocrino exclusivo para cada folículo. Hay mayor desarrollo de la capa de la teca.(4,15)

Se hace evidente en ésta fase la interacción entre las gonadotrofinas hipofisiarias: la LH estimula la producción de andrógenos en la teca y la FSH su conversión a estrógenos en la granulosa; los estrógenos ejercen su acción inhibidora central sobre ambas gonadotrofinas, mientras facilitan la síntesis de receptores para FSH en el folículo.

En los folículos menos desarrollados la retroacción negativa de estrógenos sobre FSH es suficiente para disminuir la acción de aromatasas en ellos y derivar la esteroidogénesis a una menor producción estrogénica, interrumpiendo así la

proliferación de las células granulosas y generando un medio androgénico dentro del folículo que lo lleva a la atresia.

Un folículo en cada ciclo normal es escogido para llegar a la madurez (**folículo dominante**), por un mecanismo aún desconocido de sensibilidad a la FSH; su producción de estrógenos e inhibina en grandes cantidades, contribuye a disminuir los niveles circulantes de FSH, lo que a su vez lleva a la atrofia a los demás folículos. Otro factor que contribuye a éste desbalance, es el aumento del aporte sanguíneo al folículo dominante, mediado por el factor de crecimiento vascular endotelial, permitiendo un aporte adecuado de FSH a pesar de niveles circulantes de ésta hormona en descenso. Estos cambios se efectúan a los 5 - 7 días de iniciado el ciclo, detectándose una asimetría en la producción estrogénica (medida en las venas ováricas), correspondiente a la caída en los niveles de FSH observada en la fase media folicular.(19)

Para el día 90 la vascularización del folículo dominante es el doble en relación a la de otros folículos antrales. La FSH promueve la aparición de receptores para LH en las células de la granulosa del folículo antral mayor y éste fenómeno se incrementa con la exposición al estradiol; es en éste momento cuando la producción acelerada de estradiol logra niveles elevados (200 picogramos/ml por más de 48 horas) que tienen un efecto paradójico central, estimulando la producción de LH y ocasionando el pico de ésta, mientras sostienen su efecto inhibitorio sobre la FSH (6).

Folículo Preovulatorio: Similar al folículo antral pero con rápido crecimiento. Es el estado de máximo desarrollo; puede haber más de 50.000.000 de células de la granulosa, algunas de ellas se unen al oocito y lo rodean conformando la corona radiada y otras lo unen a la pared del folículo constituyendo el cúmulus ooforus. En éste período la producción de estradiol es máxima, existiendo altos niveles de andrógenos, progesterona, y estradiol en el líquido folicular; la LH estimula la luteinización de las células granulosas y la producción de progesterona, la cual aumenta significativamente el día del pico de LH unas 12 a 24 horas antes de la ovulación.(15)

Endometrio:

Por efecto de los elevados niveles estrogénicos en la primera fase del ciclo, en el endometrio se realiza un proceso de reparación y crecimiento con notable respuesta glandular.(4)

Inicialmente las glándulas son delgadas y tubulares cubiertas de un epitelio bajo de células columnares; se observa pseudoestratificación y prominentes mitosis que dan como resultado extensión del epitelio glandular, unión de los segmentos vecinos y formación de un epitelio continuo sobre la superficie endometrial. El estroma evoluciona desde su estado celular denso en la fase menstrual hasta un estado sincitial; los vasos espirales a través del estroma llegan sin ramificaciones hasta debajo de la membrana de unión epitelial, formando a ése nivel una fina red capilar.(15)

Durante la fase de proliferación, el endometrio progresa de un grosor de 0,5 mms hasta 5 mm (6). La restauración tisular se obtiene por crecimiento debido a los estrógenos y acúmulo de iones, agua y aminoácidos; la sustancia estromal se reexpande de su colapso menstrual. El principal elemento de crecimiento del grosor endometrial es, más que el desarrollo tisular, un "hinchamiento" del estroma (4,15).

2.1.2. OVULACION:

Es el proceso de expulsión del oocito. Se produce 10 - 12 horas después del pico máximo de LH (5). Son requeridas modificaciones en el folículo, el cual ha alcanzado un diámetro que oscila entre 17 y 25 mm(10), generalmente en el día 14 del ciclo normal. La elevación brusca de gonadotrofinas origina todos los cambios mencionados y en condiciones normales, se acompaña de ruptura folicular y expulsión del oocito; sin embargo no es un proceso abrupto.(15,19)

El pico de LH genera la reasunción de la meiosis por parte del oocito aproximadamente veinte horas después de iniciada su elevación (completando la primera división a las 25 - 30 horas); ocasiona también luteinización de las células de la granulosa y síntesis de prostaglandinas, necesarias para la ruptura del folículo (posiblemente debido al liberación de enzimas de los lisosomas y contracción de las fibras musculares que pudieran encontrarse en la teca externa). Coincidiendo con el pico de la LH decrecen los niveles de estrógenos.(4,19)

El aumento del AMPc por la LH puede ser el mediador de la maduración del oocito y la luteinización de las células de la granulosa; a su vez éste efecto podría corresponder a un bloqueo de la acción inhibitoria de: IMO (Inhibidor de la Maduración del Oocito) e IL (Inhibidor de la Luteinización), factores locales de regulación no esteroides. Existiría un factor Estimulante de la Luteinización (EL) que se opondría al IL, manteniendo un equilibrio de acuerdo a la fase del desarrollo(4).

Existe un pico de FSH menos pronunciado que el de la LH, probablemente dependiente de la progesterona en aumento, y posiblemente un efecto no demostrado del estrógeno, a nivel de los gonadotropos hipofisiarios. El aumento de FSH se ha relacionado con la activación del plasminógeno hacia plasmina (proteolítica), también se ha asociado con la incorporación de ácido hialurónico en el cúmulus, expandiéndolo y separando el oocito de la pared folicular, y como inductor de receptores para LH en las células de la granulosa.(19)

2.1.3. FASE LUTEA

Cuerpo Lúteo: Una vez se produce la ovulación, el antro folicular se llena de sangre y linfa, se agrandan las células de la granulosa acumulando lípidos y pigmentos luteínicos (amarillos), adquiriendo la apariencia vacuolada característica; se conforma así el cuerpo lúteo ó cuerpo amarillo, y se inicia la segunda fase del ciclo. (4,18)).

Se ha reconocido al cuerpo amarillo, como una estructura de complejas y múltiples funciones, por su capacidad para sintetizar no sólo hormonas esteroides, sino también péptidos endocrinos, citocinas, y factores de crecimiento (4,18).

La adecuada formación y función del cuerpo lúteo exigen una óptima fase folicular. La producción de progesterona depende de las lipoproteinas de baja densidad (LDL)(1,6,7); la falta de vascularidad de la granulosa en la fase folicular se correlaciona con la baja producción de progesterona en ésta fase.

Desde las células de la teca se desarrolla una fina red de capilares que penetra a la capa granulosa, la cual permanecía avascular en la fase folicular; la vascularidad aumentada a nivel de la granulosa permite en el cuerpo lúteo que las LDL alcancen las células luteinizadas y produzcan progesterona (18,19)), cuyos valores aumentan

en forma aguda después de la ovulación y continúan en aumento hasta los ocho días post ovulatorios, alcanzando un pico en conjunto con el estradiol, después de lo cual, empiezan a disminuir gradualmente.

El cuerpo lúteo es la principal fuente de progesterona, debido a lo cual la cuantificación de ésta mide indirectamente la función de aquel. El nivel sérico de progesterona es muy variable debido a su secreción pulsátil, sin embargo se acepta que valores mayores de 3 ng /ml indican ovulación y mayores de 10 ng /ml en fase lútea media (día 7 - 8 post ovulatorio), sugieren una adecuada fase secretora. Es de anotar que no hay directa correlación entre el nivel de progesterona y el grado de madurez endometrial, porque se ha observado endometrio secretor con valores de progesterona tan bajos como 2,3 ng / ml y desarrollo endometrial adecuado con valores de 6,6 ng / ml (19).

La duración promedio normal de la fase lútea es de 14 días (4,15), contando desde el pico de LH hasta el inicio del sangrado menstrual, considerándose rangos de 12 a 16 días; aún en casos de aplicación de LH exógena en forma persistente, no es posible sostener indefinidamente la función del cuerpo lúteo, lo cual sugiere un factor luteolítico (desconocido), como limitante de su actividad. El cuerpo lúteo declina rápidamente después del 9no día post ovulatorio y aunque existe considerable evidencia a favor que el estradiol juega importante papel en su declinación, no se ha definido el factor regulador (4).

En caso de embarazo, la supervivencia del C.L se garantiza por el estímulo de la Gonadotrofina Coriónica Humana (H.C.G), la cual es producida por el trofoblasto desde los dias 9 a 13 post ovulatorios, manteniendo su función hasta aproximadamente la semana 10 de gestación, cuando la placenta asume su papel esteroidogénico. En ésta situación (gestación), el cuerpo lúteo duplica su tamaño en las primeras seis semanas (4,19).

Endometrio: El endometrio muestra una reacción combinada al estímulo de estrógenos y progesterona; el crecimiento endometrial en altura se detiene al nivel alcanzado en la fase preovulatoria, aún a pesar de niveles adecuados de estrógenos (ésto parece ser inducido por la progesterona); dicho crecimiento genera glándulas tortuosas y arrollamiento de los vasos espirales. La secreciónglandular, que progresa de intracelular en vacuolas a intraluminal, se presenta en el día 70 post ovulatorio; al finalizar éste proceso, las glándulas muestran tortuosidad luminal,

superficie celular fragmentada, estroma edematoso, los vasos espirales prominentes y muy ensortijados (4,19).

Menstruación: La disminución en los niveles de estrógenos y progesterona en la fase lútea tardía, propicia los eventos que llevarán a la caída del endometrio previamente estimulado por ésta (15), sin embargo, no es claro si la caída de la progesterona *per se* es la causante de los cambios endometriales, ó existen agentes mediadores.

La disminución en el grosor del endometrio se acompaña a su vez, de disminución del flujo sanguíneo en las arteriolas espirales, disminución del flujo venoso y vasodilatación, seguidas de contracciones rítmicas de las arteriolas espirales con fase de contracción cada vez más prolongada, llevando a isquemia del endometrio, la cual se evidencia en las 24 horas previas al sangrado menstrual (15,18). Se produce migración de células blancas por la pared capilar que se extienden al estroma; también escapan células rojas al intersticio durante los cambios vasomotores arteriolares, con aparición de complejos trombina-plaqueta en vasos superficiales.

Existe hemorragia intersticial por ruptura de capilares y arteriolas, con salida de sangre a la cavidad endometrial por ruptura de la membrana de unión. Al progresar la desorganización tisular, el endometrio se reduce y se genera necrosis celular por isquemia. El plano de clivaje entre la capa basal y la esponjosa se abre, permitiendo la descamación y el colapso; esto último origina que el endometrio menstrual sea denso y adelgazado. Durante la menstruación se pierde un 60 % del endometrio funcional. El sangrado menstrual se detiene por vasoconstricción prolongada, colapso tisular, estasis vascular y "reparación" inducida por estrógenos. La recuperación del endometrio se realiza a partir de la esponjosa.

2.2. MENARCA O MENARQUÍA

Es el día en el que se produce el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual que experimentan las adolescentes, por lo tanto la menarca es un fenómeno funcional que ocurre durante el estadio avanzado de la pubertad, coincidiendo con el momento de máxima desaceleración que tiene lugar tras el pico de velocidad del crecimiento. Los padres y las jóvenes interpretan este hito como el

comienzo de la adolescencia, debido a que es un hecho fácilmente identificable y se utiliza socialmente para realizar comparaciones de la madurez sexual.

Es indiscutible que la menarca constituye un hecho trascendente en la vida de la mujer. Su clara aceptación representa un importante para la salud psicosomática posterior de la mujer. La mayoría de las adolescentes aceptaran con naturalidad su menarca, con las ansiedades y expectativas lógica por lo nuevo, ya que de alguna manera verá en ello el inicio de su real feminidad y futura maternidad. Un grupo pequeño por lo contrario, la rechazara provocándole intensa angustia por distintos mecanismos. Puede estar expresando su actitud de no abandonar su etapa infantil, o bien un rechazo a su feminidad, o porque el ser mujer significa rivalizar con su madre, cuando las relaciones con esta son conflictivas. Las causas pueden ser múltiples y le corresponde al médico su detección, comprendiendo la importancia de estos hechos parta la vida futura de la mujer.(15,18,19)

Habitualmente el medico investiga la menarca en su atención rutinaria a la paciente, haciendo referencia solamente a la fecha aproximada en que se produjo, sin valora el significado que tuvo la misma en ese momento para la adolescente, situación que puede tener importancia en los problemas menstruales futuros.

Inicio y regulación de la menarca.- Desde el punto de vista biológico la edad promedio de aparición de la menarca en algunos países de Latinoamérica es de 12.5 años, pero con un rango de normalidad amplio de 9 a 15 años. Antes de los nueve se considera una menarca precoz y después de los 16 una menarca tardía. En ambos casos debe referirse a la consulta del especialista.

Hoy sabemos que el factor que más modifica el inicio de los ciclos menstruales es el factor nutricional, sobre un factor genético determinado.

Cuando se produce la primera menstruación, el útero se encuentra en un estado avanzado de crecimiento, lo que no implica un paralelismo con el grado de fertilidad, ya que los dos primeros años de los ciclos menstruales son anovulatorios. Una vez ocurrida la primera menstruación, el 50% continúan con ciclos regulares ovulatorios y fértiles. La otra mitad presenta irregularidades porque aún no se instala el sistema ovulatorio, que requiere cierto grado de maduración del sistema hipotálamo-hipofiso-ovárico (ciclos estériles). En este grupo, un 35% regularizaran su ciclo durante los tres primeros años posteriores a la menarca. En el resto (15%) persistirán las alteraciones menstruales (oligomenorrea, amenorrea, ciclos muy espaciados)

después de haber completado su maduración biológica. Este último grupo debe ser estudiado para su tratamiento oportuno.(4)

Cuando las adolescentes ene 12 y 15 años de edad o de 2-3 años de edad ginecológica, presentan ciclos irregulares debe evaluarse y corregirse los hábitos de vida perjudiciales para el establecimiento de la ovulación: dietas inadecuadas, excesivo descenso de peso, actividad física exagerada, pocas horas de sueño, consumo de drogas etc. También debe investigarse necesidades emocionales que se traduzcan por un excesivo temor al crecimiento y a aceptar el rol femenino (adolescentes asexuadas, tímidas, poco sociales, muy concentradas en los aspectos intelectuales, muy dependiente de la madre, vida sedentaria, etc.) El apoyo psicológico adecuado contribuirá adecuadamente a regularizar los ciclos sin necesidad de medicación hormonal y además ayudara a fortalecer su salud reproductiva y aceptar su feminidad.(15)

Cuando la menstruación es se vuelven regulares y sucesivas, acompañadas de algunos signos de ovulación, se está frente a una joven capaz de reproducirse para perpetuar la especie, o sea la pubertad esta completada.

2.3. ASPECTOS BÁSICOS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL.

Cuando una persona piensa en "SEXO", en general piensa en la conducta sexual. Sin embargo el sexo, o la sexualidad son mucho más que el comportamiento. La sexualidad también influye: (8,16,)

- Desarrollo de la identidad genérica
- Desarrollo del rol sexual
- Desarrollo de las actitudes y valores
- Desarrollo de la orientación sexual
- Desarrollo del comportamiento sexual
- Desarrollo del conocimiento sexual
- Desarrollo de las habilidades sexuales

2.3.1. LA IDENTIDAD GENÉRICA

Los esquemas cognoscitivos que le permiten al niño o niña categorizarse como varón o mujer están establecidos a los 2 años de edad. Identidad genérica es, la identificación que el niño/a establece en un sexo o género determinado. Se nace con una propensión genética hacia una determinada identidad genérica, usualmente afín con los respectivos genitales. (8,17)

La diferenciación anatómica-sexual se da en respuesta a los efectos de los andrógenos fetales, en particular sobre el hipotálamo y la amígdala entre las semanas 6 y 12 del desarrollo fetal. Si hay testículos embrionarios el feto se desarrolla como un varón, sino como una niña.

Sobre este basamento biológico la cultura influye para moldear y afianzar la identidad genérica y el correspondiente papel genérico, el cual está firmemente establecido hacia los 5 a 6 años.(8,21)

El papel genérico se refiere a la identificación que el niño/a establece con actitudes, valores, intereses, actitudes, lenguaje, destrezas, habilidades y aun pensamientos, y que la cultura correspondiente prescribe como estereotípicos y apropiados para uno y otro sexo.

La identidad genérica normalmente es firme y consistente. El papel genérico, en cambio es más maleable. La primera, es decir la identidad genérica se establece más tempranamente (2 años); el papel genérico, por el contrario toma más tiempo en diferenciarse y establecerse (5 a 6 años).

Hay diferenciación específica entre ambos sexos en lo per-ceptual, en el procesamiento de información, en la orientación espacial y en la coordinación visual motora. Las mujeres son más expresivas; los hombres, más "instrumentales". Los niveles mayores de testosterona fetal en el niño retrasan el desarrollo del hemisferio derecho y favorecen un desarrollo y diferenciación más especializada del hemisferio izquierdo.(21)

2.3.2. EL ROL SEXUAL

El rol sexual es como nos comportamos como varones y como mujeres, es decir que comportamiento se tiene frente a diversas situaciones durante el desarrollo normal del adolescente. (4,21)

El factor biológico influye mucho en la definición del rol sexual. Los hombres son más agresivos y dominantes; las mujeres, más inclinadas al cuidado, protección y enseñanza de los niños. La sexualidad en el hombre tiene una expresión más física; en la mujer, más afectuosa y de relación. El lenguaje en el hombre es más concreto y analítico; en la mujer, más fluido y verbal y de más rico contenido afectivo. En general el hombre tiene una lateralización cerebral izquierda, la mujer derecha.(4,25)

Una expectativa del rol sexual, que los niños recogen muy temprano, es no actuar como si se fuera de otro sexo. Tales calificaciones ejercen un efecto de restricción sobre los jóvenes varones, a quienes se les desanima el explorar las inclinaciones que pueden tener hacia la danza, la música, las artes en general, actividades que a menudo se identifican como "femeninas". (4)

La mayoría jóvenes tienen que lidiar toda la vida con aspectos del rol sexual especialmente ahora que la sociedad está en una etapa de transición en su comprensión de cuáles son las funciones apropiadas del varón y de la mujer. De hecho el rol sexual es uno de los temas subyacentes a la controversia contemporánea acerca de la educación sexual: ¿vamos a enseñar a los jóvenes los roles sexuales "tradicionales" o roles nuevos?

2.3.3. LAS ACTITUDES Y VALORES

Uno de los aspectos más influyentes de nuestra sexualidad incluye nuestras actividades y valores acerca del comportamiento sexual, el género y el rol sexual.(4) Como individuos tenemos nuestros propios sentimientos y creencias acerca de lo que es apropiado que nosotros hagamos (o lo que "debemos hacer")

Como varones o mujeres, y nuestras propias actitudes individuales se arraigan en las expectativas de nuestra familia, rara vez están sincronizadas con ellas en un cien

por ciento. Además, las actitudes individuales y familiares están también influenciadas por las actitudes culturales.(17)

Aunque a menudo no estamos conscientes de que enseñamos actividades y los valores, los niños recogen con astucia lo "enseñado" en sus más mínimos detalles. A una edad muy temprana, por ejemplo, descubren que cuando se tocan diferentes partes de su cuerpo –codo, dedos del pie, genitales –provocan reacciones bastantes diferentes de parte de los adultos. Aprenden que unas partes de su cuerpo se describen con eufemismos –"el asunto", "las unas partes de su cuerpo se describen con eufemismos" "la cosita", "lo de abajo"-o quizás, que no se describen en absoluto. La ironía es que los adultos piensan q enseñar a los adolescentes acerca de la sexualidad en las escuelas secundarias impartirá de algún modo información peligrosa a individuos carentes de valores o de moralidad propia. (8)

Cuando los niños llegan a la adolescencia, ya están profundamente imbuidos de las actividades y los valores de su familia, de la cultura en general y de las subculturas específicas. Los valores y las actitudes tienen mayor influencia q ningún otro factor. Supongamos que dos personas tienen una relación sexual. Una piensa que la cópula es la expresión más maravillosa y bella del amor; la otra piensa que es degradante, repugnante y horrible. El mismo acto, en el mismo momento, puede ser vivido enteramente diferente por los dos participantes.(8,21)

Su experiencia no se basa en el acto mismo si no en las actitudes hacia el acto.

2.3.4. LA ORIENTACION SEXUAL

Se refiere a la preferencia sexual, por hombre o mujeres, de un individuo. La orientación sexual tiene 4 componentes:

1) Imágenes (sueños diurnos, fantasías masturbatorias); 2) Erótica (revistas, afiches, cine porno, etc); 3) atracción erótica; y 4) experiencias reales con compañeros sexuales, conyugue, amantes, etc.(4)

Estudios biológicos, radiológicos, genéticos, hormonales y psicoanalíticos han evidenciado la importancia de factores biológicos en la génesis de la homosexualidad. Varios hallazgos neuromorfológicos recientes, cuyo significado y

relevancia aún no han sido establecidos, muestran cambios en el cerebro de algunos homosexuales, a saber; mayor tamaño en cerebro de algunos, mayor tamaño del núcleo supraquiasmático del hipotálamo, aumento de la comisura anterior; y disminución del tamaño del núcleo sexual dimórfico del hipotálamo anterior, todos ellos citados le dan un cierto soporte al componente biológico de la homosexualidad.

La mayoría de los seres humanos desarrollan atracción hacia el sexo opuesto, una proporción más pequeña hacia el mismo sexo y algunas hacia ambos sexos.

Cualquiera sea el caso, no es algo que ellos decidan conscientemente llega un momento en que los jóvenes toman conciencia de quien o que les atrae y/o excita. Ellos e dan cuenta de que no necesitan acercarse a alguien, que los arrasa una emoción poderosa. La atracción es impulsada por los cambios hormonales que vienen con la pubertad.(5,8,25)

2.3.5. EL COMPORTAMIENTO SEXUAL

Durante la adolescencia temprana, los jóvenes han desarrollado el sentimiento de quien y que los atrae. Contrariamente a las suposiciones populares, al darse cuenta de esa situación no implica automáticamente el tener relaciones sexuales. El comportamiento sexual puede ser una decisión tanto de no hacer como de hacer algo, incluyendo el beso, tomarse de las manos, masturbarse y una gama completa de otros comportamientos (de los cuales el acto sexual es uno más).(21,25)

2.3.6. LAS HABILIDADES SEXUALES

Quizás el último componente del aprendizaje sexual sea la adquisición de las "habilidades" sexuales. Nuevamente los mitos predominantes enseñan que el sexo puede ser "maravilloso" o "sucio", que en cualquier caso, instintivamente "sabemos cómo hacerlo" desde el comienzo, y que si no sabemos algo debe andar mal con nosotros. De hecho, como muchas otras actividades, realmente no lo hacemos bien sino después de repetir la experiencia varias veces.(21)

2.4. RELACIONES SEXUALES

2.4.1. FANTASÍAS SEXUALES.

Los sueños y las fantasías sexuales se toman más frecuentes y explícitos en la adolescencia muchas veces como elementos auxiliar de la masturbación. Parece ser que la fantasía de la adolescencia, cumple barios cometidos: Realza por la general el placer de la actividad sexual; Original hesitación o provoca orgasmo, en fin, supone un medio de experimentación sexual sin riesgo controlable y nada conmocionarte. La experiencia del adolescente, en cuanto a la exploración del alcance en su actividad sexual y en las propias seguridades la hora de desempeñarse sexualmente en fases posteriores.(4,25)

A). Independencia.

A medida que el adolescente pugna por consolidar un sentido de identidad e independencia personal con respetar a sus padres y a otras, adquiere gran importancia con los compañeros y compañera de las mismas aparecida edad.

Las presiones del grupo de edad ha que pertenece el adolescente Varía según con la colectividades sociales.

B). Reacciones paternas.

Muchos adultos dan la impresión de sentirse amenazado por las pautas del adolescente en esta metería demuestra el hecho de que se pretenda suprimir en la escuela sobre el método anticonceptivos. Por fortuna notado los padres adoptar una visión negativa de sexualidad juvenil en algunos casos asumen por postura más liberales. También es importante contactar que la conducta sexual del adolescente puede crear inquietud en lo progenitores. Los padres también se inquietan, y no sin motivo, que sus hijos adolescentes puedan contraer una enfermedad venérea.(21)

C). Pauta de conducta sexual

La masturbación cumple en los adolescentes funciones de importancia, como son el alivio de la tensión sexual, constituir una forma inusual, la mejora la auto confianza, el dominio de los impulsos sexual, la mitigación de la soledad y escape de la tensión y el entre generales.

D). Las caricias (Petting).

El Petting debe contemplarse a la luz de actitud que hoy se observa en la conducta sexual del adolescente. Mucho de los adolescentes de nuestros días han prescindido de la costumbres de ``salir `` ha darse cita con compañero o compañera y se entienden pauta de interacción social menos estructurados.(21)

E). El coito.

La primera experiencia coital puede constituir un episodio de dicha, gocé, intimidad y satisfacción o, por el contrario original inquietud, desengaña y culpa también debe tenerse en cuenta que no poco adolescente no son vírgenes realizan el acto sexual con escasos frecuencias. En el caso de algunos muchachos que "probaron" efectuar la copula por el afán de experimentar el misterio hayan menos intrigado apetecible la relación sexual y pasar largos periodos sin hacer el amor o copulando a veces por el deseo de encontrar "La persona adecuada." Los adolescentes que mantienen una relación amorosa que permanecen desde hace tiempo, suele realizar el coito con bastante regularidad.(21,25)

Por suerte las culturas son dinámicas, y todas y todos somos parte de la sociedad que define la cultura en que vivimos. Podemos y debemos actuar para cambiar aquellas expectativas asignadas a los géneros que no parezcan injustas, desigualdades, discriminatorias y que van enconara del ejercicio de los derechos de la persona.

2.4.2. AFECTIVIDAD

La afectividad es una dimensión del desarrollo humano, se refiere a un conjunto de emociones, estados de ánimo y sentimientos que permean los actos de las personas, incidiendo en el pensamiento, la conducta y la forma de relacionarse con uno mismo y con los demás.(25)

Una afectividad sana se desarrolla a partir de diversos componentes, entre los cuales se encuentran los vínculos tempranos de apego y cuidado, la conformación de una autoestima positiva y la posibilidad de desarrollar relaciones de confianza e intimidad con otros. Un desarrollo afectivo sano apunta directamente al desarrollo de

una sexualidad sana y responsable. Por lo tanto, formar en sexualidad implica la educación responsable de la misma, ligada a la dimensión emocional y afectiva, que debe apuntar al desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes que permitan a niños y jóvenes tomar decisiones informadas, autónomas y consecuentes.

2.4.3. LA MASTURBACIÓN

La masturbación, el prototipo de la actividad sexual solitaria es un tópico complejo. Se ha sugerido que la masturbación produce más culpa, ansiedad y miedo que ninguna otra actividad sexual. La masturbación es común en los adolescentes a raíz de sus vivencias eróticas, incrementadas. Se ha postulado que la masturbación es un comportamiento de importancia crítica, dado que establece la respuesta sexual al futuro compañero/a.(16,17)

La masturbación implica el uso de la fantasía, a menudo de origen prohibido. Las enseñanzas religiosas, los mitos tradicionales, la ignorancia de los pares contribuyen a las creencias que la masturbación no solo es pecaminosa sino también peligrosa. Muchos adolescentes creen que las consecuencias de la masturbación van desde la locura hasta la muerte prematura. Esas creencias irracionales son bastantes resistentes al cambio, un en presencia de cursos e educación sexual. El clínico debe reiterar que no hay complicaciones médicas de la masturbación. Además debe clarificar que es tan normal el masturbase como el no hacerlo.

3. CONSECUENCIAS DEL INICIO PRECOZ DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN EL Y LA ADOLESCENTE.

Los adolescente al iniciar de manera temprana las actividades sexuales y sin responsabilidad y conocimiento oportuno conlleva una serie de cambios físicos, psicológicos, hormonales, sociales, académicos entre otros, de los cuales no estaba preparado para asumirlo, estas consecuencias son muy poco tratadas dentro de instituciones educativas y sanitarias, por lo que el crecimiento del inicio precoz de las relaciones sexuales sigue aumentando, ya que si se tomara en cuenta diversos aspectos fundamentales dentro de las consecuencias que conlleva esta práctica temprana se disminuiría eventos desfavorables como el cáncer cervico-uterino y muchas otras. (1,20)

En el caso de las adolescentes el inicio de las relaciones sexuales en edad temprana sin protección y con varios compañeros sexuales está asociado al riesgo de neoplasia cervical, debido a que tiene un mayor riesgo de contraer el HPV ya que no existe las medidas de protección y cuidado debido; por ende se incluye a edades tempranas en el grupo de riesgo a esta patología; las mujeres que postergan el inicio de sus relaciones sexuales hasta después de los 19 años tienen dos veces menos riesgo que quienes comenzaron antes de los 15 años. (29)

El inicio temprano de las relaciones sexuales se ha asociado, en numerosos estudios, con el incremento en el riesgo de padecer cáncer cervical: esa relación se ha explicado con base en la consideración de que la zona de transformación del epitelio cervical, la más proliferativa durante la pubertad y la adolescencia (el llamado "periodo vulnerable"), es especialmente susceptible a alteraciones que pueden ser inducidas por agentes transmitidos sexualmente, entre ellos el VPH. Lo anterior es congruente con la idea de que las infecciones por VPH durante la adolescencia tienen una probabilidad más alta de convertirse en infecciones crónicas y que implican un mayor riesgo de contraer cáncer cervical. Ese riesgo se reduce al postergar el inicio de las relaciones sexuales.(14,29)

En un estudio se observó que el incremento en el riesgo de que se presente la neoplasia cervical cuando la vida sexual da comienzo antes de los 15 años de edad se duplica respecto a la posibilidad de haber postergado esa actividad hasta después de los 19 años, y que es importante señalar que esta asociación es independiente del número de compañeros sexuales, ya que no varió al ajustarla por esa variable. Existen diversos estudios realizados en México que coinciden con estos resultados.

Otro punto que aquellas que usan anticonceptivos hormonales aumenta el riesgo de cáncer cervical en relación con las mujeres que utilizaron anticonceptivos no hormonales, he ahí un gran problema que muchas de las veces dentro de la educación sexual, se imparte el uso indiscriminado de anticonceptivos pero no se conoce o solo el personal médico se centra a evitar el embarazo en las adolescentes, constituyendo un grave problema.

Una cosa es que el cuerpo esté preparado biológicamente para tener relaciones sexuales e hijos desde la menstruación y otra cosa es que esto vaya acompañado de una capacidad maternal o de todo lo que implica una vida sexual activa. Y estas dos cosas no corren paralelas. El cuerpo está preparado y la cabeza no.

Con lo cual, iniciarse muy tempranamente es a veces hacerlo en las peores condiciones, no estando muy convencidas, sin poder disfrutar, sin elegir la persona ni el momento. Puede dejar algunas secuelas, aunque no quiere decir que sean irreparables, que después no se pueda tener una vida sexual adecuada.(29,30) Dado que, nuestro trabajo se basa en las representaciones sociales en adolescentes, realizamos una encuesta a los alumnos de Polimodal San Roque (que cuentan con una edad de 14 a 18 años), jóvenes ajenos a la institución (que cuentan

con una edad de 17 y 18 años) y acortamos la encuesta, para los alumnos de 9° EGB, basándonos simplemente en los conocimientos biológicos y prácticos para

determinar el conocimiento al respecto.

No se puede dejar a un lado una de las más graves consecuencias que comprenden varios tipos de enfermedades que normalmente se transmiten o contagian durante las relaciones sexuales con penetración. Las principales vías de transmisión son las mucosas de la boca, los órganos genitales y el ano durante la relación coital.(23,30,31)

Están causadas por virus, microbios, gérmenes microscópicos, y bacterias. Algunas enfermedades transmitidas sexualmente apenas presentan síntomas apreciables al inicio, lo que quiere decir que el adolescente infectado puede seguir propagando la enfermedad durante mucho tiempo, sin ni siquiera ser consciente de ello. Además las enfermedades de transmisión sexual pueden afectar a la persona repetidamente porque no generan protección y no hay vacunas contra ellas.

Bastantes ETS, si no se tratan, pueden ocasionar serias y permanentes consecuencias como ceguera y esterilidad, siendo de gran impacto durante este período de edad. Muchos de los síntomas no son fácilmente detectables, y con el tiempo se pueden extender a diversas partes del organismo. Los síntomas incluyen: picores, inflamación de los órganos genitales, escozor al orinar, trastornos menstruales, dolores abdominales, ulceras en las zonas de contacto, secreciones vaginales y purulentas de la uretra, etc. Entre las ETS se encuentran las siguiente: gonorrea, clamidiasis, sífilis, herpes, condiloma, tricomoniasis, candidiasis... y el VIH/SIDA.(30,31)

Prevenir es el mejor modo de evitar las ETS, muchas de las veces se recomienda el uso de anticonceptivos, preservativos, pero la prevención va más allá de dar de manera indiscriminada métodos anticonceptivos, más bien en las instituciones sanitarias, impulsar la prevención con una sexualidad responsable y a una edad que evite graves consecuencias.

Además, el adolescente puede sufrir algún tipo de disfunción con el trascurrir del tiempo, es otro de los riesgos a los que se exponen. Los expertos afirman que los adolescentes al tener relaciones sexuales con rapidez, a escondidas, en el escaso tiempo del que disponen para estar solos, y al separar la afectividad de la sexualidad, se predisponen a tener disfunciones sexuales en la etapa adulta. Entre las que pueden desarrollar son: eyaculación precoz, anorgasmia (falta de orgasmo) o alteraciones en el deseo sexual.(23,31)

Los problemas o consecuencias emocionales también son de importancia, muchas adolescentes que iniciaron su vida sexual temprana, tienen problemas matrimoniales en su vida adulta, adaptación social mucho más en el caso de las adolescentes, como también desajustes familiares.

Según los expertos de la OPS y la Sociedad Mexicana de Educación Sexual, los cambios que hormonales provoca en el cuerpo adolescente son los siguientes:

- Brote estatural y ponderal. Normalmente en el desarrollo del adolescente ocurre un repentino y brusco crecimiento y aumento del peso. Es notorio para los padres porque en dos o tres meses la ropa les queda pequeña. Los brazos y piernas dan la impresión de ser muy largos y desproporcionados con respecto al tronco, pero esto se altera cuando el inicio de las relaciones sexuales interrumpen el proceso normal de desarrollo en la pubertad y adolescencia, produciéndose talla baja y sobrepeso en muchos casos, evitando el crecimiento normal, debido a que el cierre del cartílago de crecimiento se da de manera muy temprana, no alcanzando su desarrollo normal.(31)
- Crecimiento de los genitales externos e internos. La producción hormonal de los ovarios y testículos los hace crecer y madurar, en aquellos adolescentes donde

inician las actividades sexuales a edades muy tempranas, hay una inmadurez genital, que va a provocar en las adolescentes que aumente la intensidad de dolor durante la menarquía que también aparece de manera prematura debido a la alteración hormonal provocada por las relaciones sexuales, al mismo tiempo los caracteres sexuales secundarios que Son cambios que vienen a diferenciar los cuerpos hasta ahora muy parecidos de niños y niñas. No logra redistribuirse la grasa corporal en forma diferente, dando a lugar una falta de maduración en los caracteres sexuales secundarios y al mismo tiempo alteraciones emocionales y psicológicas en el adolescente.(31)

La falta de interés escolar asociado a bajo rendimiento escolar es otra de las consecuencias que el adolescente desarrolla por haber iniciado la actividad sexual en edades muy tempranas, muchos autores mencionan que es debido a que el adolescente no se logra concentrar, por la preocupación de que se haya contagiado ya que existe un gran índice de que no acuden al médico cuando tienen dudas, y mucho menos a los familiares, llevando consigo una preocupación durante la etapa escolar que no lo deja concentrar y que se refleja por el bajo interés y las calificaciones escolares.(31)

En la mujer es similar ya que tiene el miedo de estar contagiada o embarazada, estos adolescente viven un drama emocional y psicológico que no les permite seguir desarrollándose de manera normal, por lo que terminan retirándose de la institución académica. Muchas de las veces creen que la vida sexual activa especialmente en el género masculino les va a solucionar su vida tanto en esta etapa como en la adulta, y no logran tomar conciencia del valor que tiene la educación para un buen desarrollo profesional a futuro.(30, 32)

Existe poca literatura y teoría sobre las consecuencias biológicas, emocionales, psicológicas, físicas y sociales de los adolescentes cuando optan por el inicio precoz de las actividades sexuales, siendo de muy difícil acceso en la actualidad, ya que la mayoría de autores se centran en el desarrollo sexual, y sobre todo de manera particular a nivel mundial el uso adecuado de anticonceptivos y no las consecuencias personales en el adolescente.(1)Abreu Reyes

4. EL ADOLESCENTE HOMOSEXUAL Y LA ADOLESCENTE LESBIANA

En el pasado los clínicos consideraban que la homosexualidad era una anomalía (desviación). Muchos trataron a través de tratamientos de "corregir" el problema, a veces con medidas extremas como el choque eléctrico y la terapia e adversion ("tratamientos" que todavía se emplean hoy).

Las investigaciones sobre las causas de homosexualidad, sin embargo, no respaldan el criterio de que se trata de una enfermedad, ni de que es causada por modelos familiares específicos. La teoría desgastada de que la homosexualidad masculina se genera e familias, con madres frisa e intrusivas y padres distantes, es poco aceptada en la actualidad. Muchos estudios han documentado que las personas homosexuales experimentan los mismos problemas de salud y enfermedades mentales y estilos familiares que los que se encuentran ente las personas heterosexuales (lo que es sorprendente, considerando el estigma y la discriminación que deben enfrentar las personas homosexuales).(31)

4.1. El desarrollo de la identidad homosexual: aislamiento creciente

¿Qué sucede con el desarrollo psicosocial cuando un adolescente empieza a descubrir sentimientos y atracciones hacia el mismo sexo? Para la mayoría, la experiencia más profunda de todas es la de sentirse aislado. "Seguramente soy la única persona así".

4.2. Distanciamiento emocional

Como respuesta, conociendo la aversión que la cultura contemporánea manifiesta hacia todo lo que sea homosexual, dichos jóvenes empiezan a distanciarse emocionalmente de otras personas. No quieren que nadie sepa lo que sienten y por eso aíslan a los demás. ¿Y quiénes son los "demás"?, en general, las personas y las instituciones que antes les era muy importantes: los miembros de la familia, los amigos y la comunidad religiosa.

El conflicto por la discrepancia ente el verdadero ser y los estereotipos culturales.

Muchos jóvenes no conocen personas homosexuales, lesbiana o bisexuales sanas, solo tienen acceso a los estereotipos que la sociedad difunde (afeminados, solteronas, drogadictos, enfermos de SIDA, viejos obscenos). A menudo, dicha discrepancia hace que sea muy difícil a los adolescentes entender sus propios sentimientos "porque yo no soy así".(33)

4.3. Sentimiento de que uno no vale nada

Muchas personas rechazan los sentimientos que estos jóvenes sienten, por ende, estos jóvenes concluyen que debido a sus sentimientos homosexuales ellos sin inferiores; no valen.

4.4. La expectativa del rechazo

Nuevamente los homosexuales hombres y las jóvenes lesbianas tal vez deseen contarle a alguien, romper su aislamiento, pero temen- a menudo con motivo bien fundados- que el hacerlo evitaría el rechazo y con frecuencia a la violencia.(31)

4.4.1. La búsqueda de la aceptación basada en mentiras

Estos jóvenes suelen estar dolorosamente conscientes de que la fórmula para mantener la aceptación por parte de los compañeros y los adultos es el engaño, mentirles acerca de todo lo que piensan y sienten, fingir que piensan y sienten "como todos los demás". Nada de lo que hacen puede ser espontaneo. Aun cuando parezcan comportarse espontáneamente, se está vigilando para que los demás no descubran sus sentimientos secretos. En general a los jóvenes cuyo comportamiento o estilo no se adecua a las definiciones culturales de lo que se constituye masculinidad o feminidad se les tilda de homosexuales, lo sean o no. Tantos los que se asumen su homosexualidad, como los que no logran permanecer "invisibles" a menudo son objetos de burlas, son atacados, y/o son expulsados del hogar y de la comunidad.(22)

La experiencia sexual tiende a desarrollarse en forma diferentes entre los varones y las mujeres jóvenes, si bien ambos se encuentran bajo la presión de tener relaciones sexuales heterosexuales para "probar" que no son homosexuales varones o lesbianas.

En general, las primeras relaciones sexuales con personas del mismo sexo en muchachos homosexuales tienden a ser despersonalizadas, con personas que no conocen ni desean conocer. Estas experiencias tienden a suceder en baños públicos, en parques y en viajes por "auto-stop", situaciones que son peligrosas, desagradantes y abrumadoras. El joven tal vez no tenga idea con quien está ni si la persona puede tener una enfermedad sexualmente trasmisible.(13,22)

En general, las adolescentes lesbianas tienden a tener una seria de lazos emocionales intensos con otras adolescentes y mujeres. Aquellas que tienen experiencias sexuales tienden a tener parejas que son de más edad que ellas. Cuando las adultas lesbianas y bisexuales experimentan con un varón, es más probable que elijan los hombres homosexuales y bisexuales, con el consiguiente peligro de contraer la infección por VIH.

4.5. EL PROCESO DE ASUMIR LA HOMOSEXUALIDAD.

Para el adolescente homosexual el proceso de crecer en una cultura homofóbica ejerce el efecto de impedir su desarrollo psicosocial durante la juventud. Los homosexuales, las lesbianas y los bisexuales jóvenes a menudo pasan por su adolescencia sintiéndose aislados y distanciados, no pueden aprender "quien soy" en un contexto social, ni aclarar sus valores a través de la interacción social. Tampoco pueden tener la vivencia de relaciones emociones y sexuales con intimidad, ni pueden desarrollar independencia física y emocional. Para muchas personas, el proceso de asumir su homosexualidad, ya sea a los 20, a los 40 o 60 años, se convierte en un período de volver a vivir la adolescencia, un período de insertarse en el contexto social, emocional y físico necesario para pasar efectivamente por las etapas del desarrollo psicosocial adolescente.(22)

Si hemos de evitar que la juventud homosexual siga marginada, susceptible a la degradación, la depresión, el suicidio, las enfermedades venéreas y la transmisión de la infección por el VIH, debemos ser relevantes en la vida de estos adolescentes.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Tipo de estudio: Descriptivo Transversal.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población fueron los varones y mujeres adolescentes matriculados en los Centros Educativos: Eugenio Espejo, 27 de Febrero y Daniel Álvarez Burneo, y la muestra lo constituyeron los estudiantes del Tercer Año de Bachillerato en los Centros Educativos mencionados con un número total de 297 estudiantes, siendo 162

mujeres y 135 varones, datos obtenidos de las listas académicas de las Instituciones

previamente mencionadas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se utilizó para la selección de la muestra el muestreo no probabilístico intencional o deliberado ya que la muestra debía cumplir como característica principal que se

encuentren dentro del rango de adolescencia según la OMS entre los 10 – 19 años.

Criterios de Inclusión: Se tomó en cuenta a los y las adolescentes de 3er año de bachillerato, matriculados en los Centros Educativos a estudiar, que se encuentren

dentro del rango de 10 a 19 años de edad.

Criterios de exclusión: Se excluyeron del estudio los alumnos que sean mayores de 19 años de edad, los que no quieran participar en el trabajo investigativo y los que no puedan participar por encontrarse en eventos institucionales que no puedan

ser interrumpidos.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

Se utilizó como método:

- La encuesta dirigida que nos ayudó a evaluar la percepción de los estudiantes sobre la calidad de educación sexual que se da en la institución, además el

grupo etario y género en relación al problema planteado.

- La encuesta consta de 48 preguntas donde las 17 primeras son generales, que nos permitieron que el estudiante se sienta confiado y no preguntar

46

directamente las relacionadas a la sexualidad.

 Las preguntas 21 y 22 correspondientes al gráfico 05 y 06 se usó puntuación numerada de acuerdo a la importancia que el estudiante le dio. Los resultados fueron valorados de acuerdo a la suma de la puntuación dada a cada literal.

PROCESAMIENTO DE DATOS

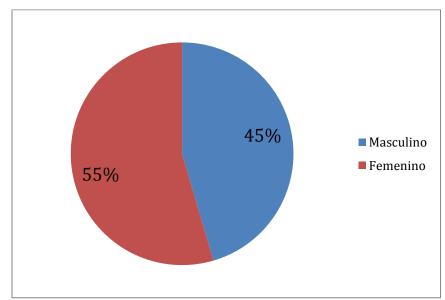
Una vez aplicado el instrumento de investigación (la encuesta) se procedió al procesamiento de los datos recabados, lo que implica el cumplimiento de las siguientes actividades:

- Tabulación de los datos.- Para lo cual se usó los datos recolectados de la encuesta que nos ayudó a evaluar la percepción de los estudiantes.
- Organización de la información.- Actividad que se cumplió teniendo como referente los objetivos específicos de la investigación. De esta manera, los datos se integraron, independientemente del instrumento y sector del que proceda, en función de cada una de las variables que se investigó.
- Representación gráfica de los datos.- Para facilitar su comprensión e interpretación, para esta actividad se hizo uso de las características descriptivas y del programa informático Microsoft Excel.
- Análisis e interpretación de los datos.- Al final de cada una de las tablas y gráficos se procedió a analizar e interpretar los datos encontrados haciendo uso de los planteamientos de la teoría que consta en el desarrollo del marco teórico de la investigación. Este momento del proceso permitió arribar a conclusiones parciales que serán de mucha ayuda al momento de la contrastación con los objetivos planteados.
- Formulación de conclusiones.- Como resultado del proceso investigativo ejecutado, se formularon conclusiones en las que se tomaron en cuenta los principales resultados de los objetivos que orientaron el trabajo investigativo.

RESULTADOS

GRÁFICO # 01

ADOLESCENTES SEGÚN EL GÉNERO DE LOS COLEGIOS EUGENIO ESPEJO, DANIEL ÁLVAREZ BURNEO Y 27 DE FEBRERO.

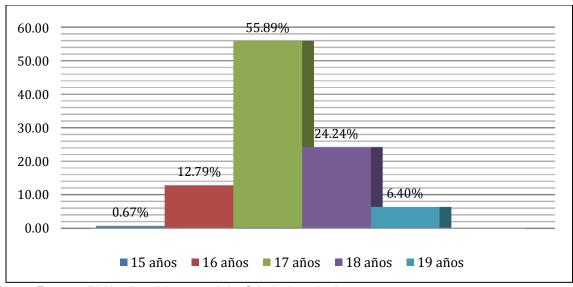


Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes de los Colegios investigados.

Autor: Kim Calvas Serrano

El grupo de estudio es de 297 estudiantes que constituyen el 100%, la mayor parte pertenece al género femenino que representa el 54,55% y el género masculino representa el 44,45%.

ADOLESCENTES SEGÚN LA EDAD DE LOS COLEGIOS EUGENIO ESPEJO, DANIEL ÁLVAREZ BURNEO Y 27 DE FEBRERO

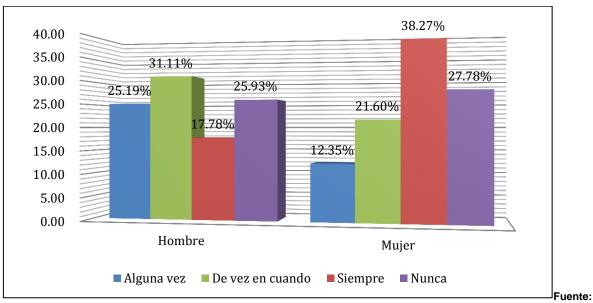


Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes de los Colegios investigados.

Autor: Kim Calvas Serrano

El grupo de adolescentes con una totalidad de 297, el grupo que predomina son los adolescentes entre 17 años siendo un porcentaje del 55,89% existiendo un menor porcentaje de adolescentes de 18 años representado por el 24,24%, y en un porcentaje mínimo adolescentes de 15 años de edad con 0,67%, por lo que la mayoría se encuentran en un rango promedio para estar en Tercer año de bachillerato de acuerdo a índices etarios de población por niveles de educación.

GRÁFICO # 03
ADOLESCENTES QUE HABLAN SOBRE SEXUALIDAD CON SUS PADRES



Encuesta dirigida a los adolescentes de los Colegios investigados.

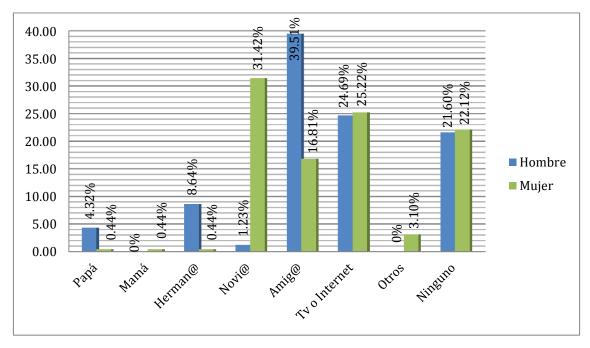
Autor: Kim Calvas Serrano

El diálogo entre padres e hijos sobre sexualidad demuestra las diferencias de género ya que los hombres no hablan con mucha frecuencia con sus padres sobre estas temáticas, sino haciéndolo "de vez en cuando" representando el 31,11%, así mismo otro grupo importante de adolescentes refiere que nunca han hablado con sus padres sobre sexualidad lo que representa el 25,93%. A diferencia con el grupo femenino que en cambio demuestra que hay una mayor comunicación con los padres ya que refieren que "siempre" hablan sobre sexualidad y sus riesgos, lo que representa el 38,27%, pero también hay mujeres adolescentes que nunca han hablado sobre esta temática siendo un porcentaje del 27,78%.

GRÁFICO # 04

PERSONAS O MEDIOS DENTRO DE LA SOCIEDAD QUE MOTIVAN A LOS

ADOLESCENTES A TENER RELACIONES SEXUALES



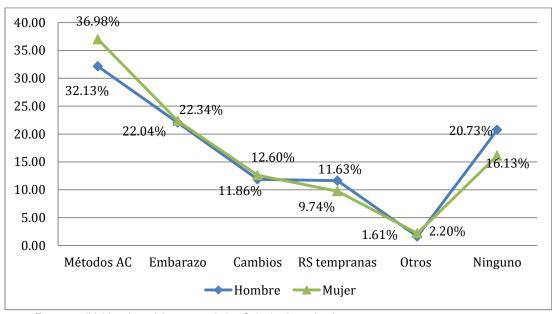
Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes de los Colegios investigados.

Autor: Kim Calvas Serrano

Es importante la influencia que tienen los grupos pares en los adolescentes varones ya que un gran porcentaje que corresponde el 39,51% manifiestan haber sido motivados por sus amigos más de una vez en el inicio de la actividad sexual temprana, las mujeres en cambio un gran porcentaje expresa que el novio es el que las influye a tener relaciones sexuales representando un porcentaje del 31,42%, también tanto varones como mujeres piensan que la red internet y la TV promocionan las relaciones sexuales tempranas representado por el 24,69% y 25,22% respectivamente.

GRÁFICO # 05

CONTENIDOS SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL QUE SE IMPARTEN EN LAS INSTITUCIONES CON MAYOR IMPORTANCIA DE ACUERDO AL PUNTAJE DADO POR LOS ADOLESCENTES INVESTIGADOS.



Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes de los Colegios investigados.

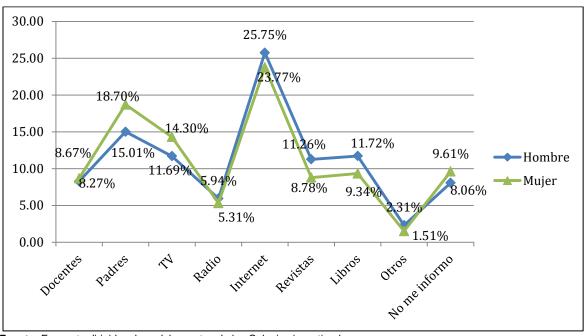
Autor: Kim Calvas Serrano

De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría tanto varones como mujeres manifiestan haber recibido educación sexual en el ámbito anticonceptivo lo que representa el 32,13% y 36,98% respectivamente, seguido por información relacionada con el embarazo con el 22,04% en el caso de los varones y 22,34% mujeres, es considerable la falta de educación sobre ostros aspectos fundamentales como los cambios fisiológicos-hormonales y los riesgos de las relaciones sexuales sin responsabilidad.

GRÁFICO # 06

MEDIOS QUE PREFIEREN ACUDIR LOS ADOLESCENTES PARA

INFORMARSE SOBRE SEXUALIDAD

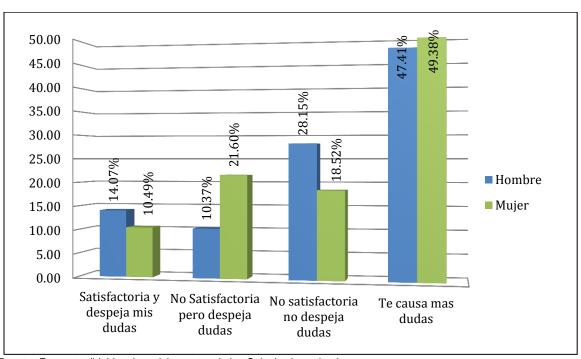


Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes de los Colegios investigados.

Autor: Kim Calvas Serrano

Los adolescentes varones y mujeres preferiblemente optan como medio de información las fuentes terciarias como es la red internet con un porcentaje del 25,75% y 23,77% respectivamente, debido a la mayor accesibilidad a este servicio en los últimos años, como segunda opción eligen la información primaria a través de los padres, en el caso de adolescentes varones representa el 15,01%, mientras que las adolescentes tienen una mayor comunicación con sus padres sobre esta temática representando así el 18,70%, además prefieren no informarse que el de conversar sobre sexualidad con sus docentes.

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE EDUCACIÓN QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DADA EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS.

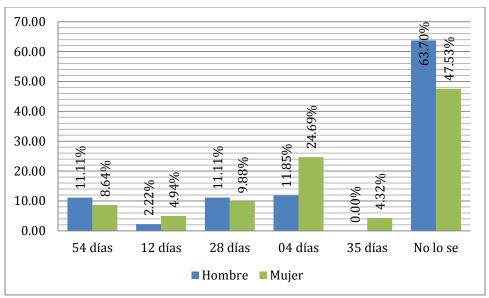


Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes de los Colegios investigados.

Autor: Kim Calvas Serrano

La información obtenida por los adolescentes sobre educación sexual de las diferentes fuentes les genera más dudas y se aprecia una ligera diferencia de género ya que en los adolescentes varones el porcentaje es del 47,41% y en las mujeres se encuentra representado por el 49,38%.

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES INVESTIGADOS SOBRE LA DURACIÓN TOTAL DEL CICLO MENSTRUAL EN LA MUJER.

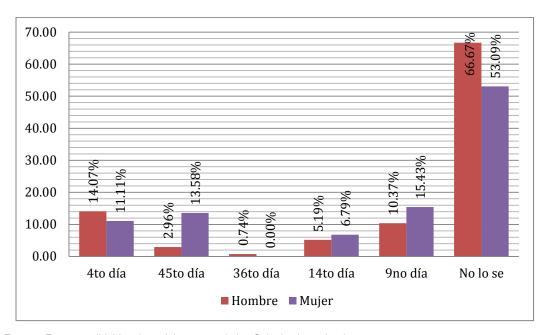


Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes de los Colegios investigados.

Autor: Kim Calvas Serrano

Es llamativo observar que casi en su totalidad de adolescentes varones y mujeres no conocen cuánto dura el ciclo menstrual representado por el 88,88% y el 90,12% respectivamente, mientras que solamente el 11,11% de varones y el 9,88% de mujeres están seguros que el ciclo menstrual normal o regular debería durar 28 días.

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES INVESTIGADOS SOBRE EL PERÍODO FÉRTIL DEL CICLO MENSTRUAL EN LA MUJER.

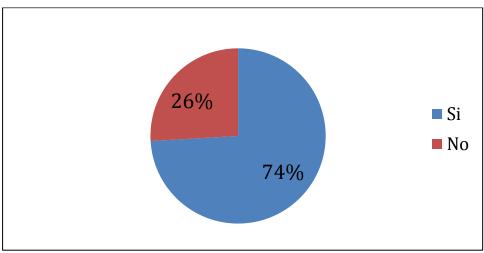


Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes de los Colegios investigados.

Autor: Kim Calvas Serrano

Los datos demuestran que la falta de conocimiento sobre procesos fisiológicos básicos provoca casi en su totalidad que adolescentes varones como mujeres no conozcan a la altura del nivel de educación que poseen, sobre el día probable de embarazo representado por el 94,81%, y solamente el 5,19% manifiesta que el día probable de embarazo en una mujer es el día 14. En el caso de las mujeres el 93,21% que es la mayoría no saben el día probable que una mujer puede quedar embarazada durante el ciclo menstrual, mientras que solamente el 6,79% manifiestan que el día probable de embarazo es alrededor del día 14 del ciclo menstrual.

GRÁFICO # 10
INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES EN LOS VARONES
ADOLESCENTES

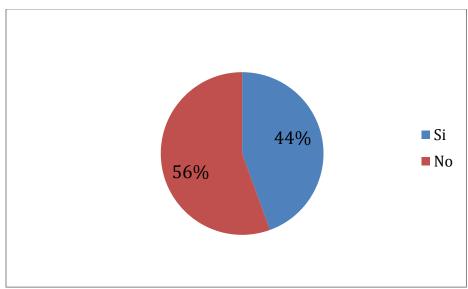


Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes de los Colegios investigados.

Autor: Kim Calvas Serrano

En lo que respecta al inicio de las relaciones sexuales de la totalidad de 135 adolescentes varones que representa el 100%, 100 que corresponde al 74,07% ya han iniciado las relaciones sexuales y el 25.93% aún no las ha iniciado.

GRÁFICO # 11
INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES EN LAS MUJERES
ADOLESCENTES

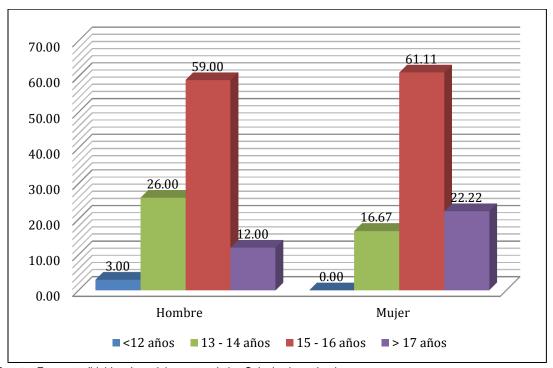


Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes de los Colegios investigados.

Autor: Kim Calvas Serrano

Las adolescentes que han iniciado las relaciones sexuales corresponden al 44.44% y el 55,56% no han iniciado ya sea debido al temor de quedar embarazadas, la comunicación con los padres o debido a las creencias religiosas personales.

EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES EN LOS ADOLESCENTES INVESTIGADOS DE LOS COLEGIOS EUGENIO ESPEJO, DANIEL ÁLVAREZ BURNEO Y 27 DE FEBRERO.

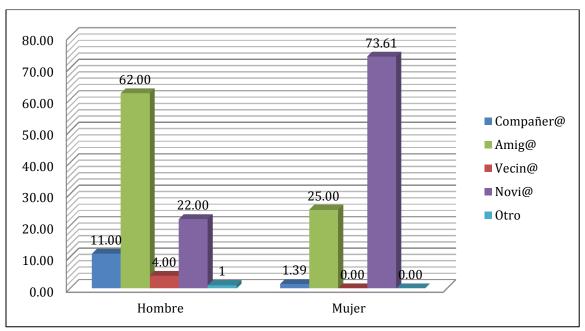


Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes de los Colegios investigados.

Autor: Kim Calvas Serrano

Referente a la edad de inicio de las relaciones sexuales hay similitudes y diferencias ya que la edad de inicio en los varones se sitúa en menos de 12 años en cambio en las mujeres se inicia entre los 13 y 14 años; llama la atención que en ambos sexos un gran porcentaje en el caso de los varones el 59.00% y en las mujeres el 61.11% han iniciado las relaciones sexuales entre los 15 a 16 años, luego se observa que a los 17 años bajan estos porcentajes.

GRÁFICO # 13
PERSONA CON QUIEN LOS ADOLESCENTES HAN TENIDO SU PRIMERA
RELACIÓN SEXUAL.



Fuente: Encuesta dirigida a los adolescentes de los Colegios investigados.

Autor: Kim Calvas Serrano

Se observan diferencia de genero relacionados con las personas q iniciaron la actividad sexual ya que en el caso de los hombres su primera relación sexual fue con una amiga que representa el 62,00% y en menor porcentaje con la novia que es el 22,00%, en el caso de las mujeres los resultados son distintos ya que ellas tuvieron su primera relación sexual con su novio que representa el 73,61%, seguido en menor porcentaje con un amigo que es el 25,00%.

DISCUSIÓN

Se realizó un estudio en Venezuela denominado "Conocimientos Generales sobre sexualidad en adolescentes del área urbana de Punto Fijo" en el año 2012 realizado por Lugo Flores, se encuestaron a 593 alumnos de Educación Básica y Diversificada en relación a la educación sexual, mostrando que el 62,69% de los adolescentes encuestados tienen un conocimiento pobre sobre sexualidad e Infecciones de Transmisión Sexual.(8)

Así mismo en el Municipio San Miguel del Padrón, de la Ciudad La Habana, en el año 2002 se realizó una investigación sobre "Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de sexualidad", participaron 100 adolescentes entre 10 y 19 años, los resultados demuestran que el grupo 10 a 13 años de edad no conocen sobre las enfermedades de transmisión sexual.(9)

En la Región Litoral del Ecuador en 60 instituciones educativas en los cantones Playas, Montecristi, Santa Elena y las Naves de la Provincias de Guayas, Santa Elena, Manabí y Bolívar a través de la SENPLADES en su investigación denominada "Patrones Culturales que influyen en la Educación para la sexualidad de niñas, niños y adolescentes" desarrollado en el año 2012, muestra que la edad de inicio de las relaciones sexuales es alrededor de los 10 años de edad.(22)

Nuestra investigación, demuestra que el 75,56% de varones y el 67,90% de mujeres tienen un conocimiento sobre sexualidad de mala calidad ya que les genera más dudas, concordando con los trabajos investigativos realizados en Venezuela y la Habana, sin embargo se preguntó sobre la duración del ciclo menstrual donde el 89,13% de varones y el 89,54% de mujeres no lo saben, que difiere con los estudios de Venezuela ya que solamente el 25,3% de varones y el 28,6% de mujeres desconocen la duración del mismo, la información de nuestro grupo investigado es netamente anticonceptiva representado por el 31,90% en varones y 37,10% en las mujeres y el inicio de las relaciones sexuales en los

varones es a los 12 años, relacionándose con la investigación realizada en la Ciudad de Cali y el estudio desarrollado por el PLAN SENPLADES en nuestro país, las mujeres del estudio hecho en Colombia iniciaron su actividad sexual a los 16 años,(7) teniendo similitud con nuestro estudio que demuestra que iniciaron a los 15 – 16 años de edad.

La Dra. Jacqueline Shimabukuro, Ginecóloga latinoamericana menciona que una mujer a más temprana edad inicie las relaciones sexuales, tiene un mayor riesgo de contraer el papiloma virus y con ello, aumentar de manera significativa las posibilidades de desarrollar cáncer cervical.(29)

Se evidencia con estos resultados la necesidad de iniciar una educación sexual de calidad en nuestro país y mundo desde niveles primarios por profesionales capacitados, actualizados y sin prejuicio alguno, dejando tabúes, informando y formando adolescentes seguros capaces de iniciar una vida sexual responsable y con los cuidados debidos ya que existe un porcentaje importante de adolescentes que inician precozmente su actividad sexual sin el conocimiento oportuno y de calidad, presentando actitudes desfavorables y siendo vulnerables a muchos factores de riesgo.

CONCLUSIONES

- Sobre la educación sexual en los adolescentes, la información que poseen es netamente anticonceptiva representado por el 32,13% en varones y el 36,98% en mujeres.
- El inicio de las relaciones sexuales en los varones es por debajo de los 12 años y con una amiga, mientras que las mujeres tuvieron su primera relación sexual alrededor de los 13 – 14 años siendo la primera vez con el novio.
- Las fuentes de información en primer lugar es la red internet, en segundo lugar la comunicación con los padres; y finalmente la televisión, existe un porcentaje de adolescentes que prefieren no informase.
- Se elaboró una medida intervencionista guiada por niveles desde el básico hasta el avanzado y por grupos etarios. Referirse al ANEXO 5, pág: 82

RECOMENDACIONES

Se recomienda lo siguiente:

- Profundizar la enseñanza de la sexualidad de manera continua desde la primaria, secundaria y en nivel superior permitiendo a los adolescentes interactuar y formando parte activa de la enseñanza, que garantice el cuidado y autocuidado propio.
- Capacitar a los padres de familia por personal formado en esta temática para que se incluyan directamente en la educación de sus hijos logrando una comunicación guiada por el respeto y aceptación preparándolos desde edades tempranas para que posteriormente las instituciones educativas complementen esta información logrando adolescentes seguros y sin tabúes sexuales.
- Realizar un texto guía interactivo que permita fomentar la sexualidad como algo natural y sano, dentro de la malla curricular, evitando que el adolescente se desoriente y tenga dudas visitando páginas en internet que fomenten una sexualidad insegura y llena de riesgos.

BIBLIOGRAFÍA

- ABREU R, REYES O, GARCÍA G, LEÓN M, NARANJO M; Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes; Sum Gacet Espirit; 10(2); 97 99; [Sitio en internet] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10. (2)_01/p1.html. Acceso el 18 de Diciembre del 2012.
- 2) BENSON, R; *Menstruación normal y anormal;* Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos 4o Edición. México. El Manual Moderno;1986: 134 157.(Actualizado el 18 de Septiembre del 2014)
- 3) BLOUIN, Maurice et Caroline Bergeron. *Dictionnaire de la réadaptation*, tome 2: Índice Internacional y Diccionario de la Rehabilitación y de la Integración Social; 1997, 164 p., p. 37; [Sitio en internet]; Disponible en: http://www.med.univ-rennes1.fr/iidris/cache/es /23/2330.html;_Acceso el 23 de Diciembre del 2012.
- 4) BOTERO, W y J., Jubiz, A, *Ciclo Menstrual* G. Obstetricia y Ginecología texto integrado. 4o Edición. Medellín.2010: 46 50.
- 5) CÁRDENAS, Alfonso; *Adolescentes se inician temprano en vida sexual*; Diario Mercurio de Cuenca; Publicado el 25 de Junio del 2011.
- 6) CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO). Estimaciones del CONAPO con base en Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud 1987, Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 y Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006 y 2009. Visitado Enero 20 de 2011. Disponible en:www.conapo.gob.mx/publicaciones/Cua Tec/pdf/tenden ciasfecun.pdf.
- 7) COMITÉ SUBREGIONAL ANDINO; Prevención de Embarazo en las Adolescentes; *Embarazo en Adolescentes en la Subregión Andina*; [Sitio en internet] Disponible en: http://www.sexualidadsinmisterios.com

- /publicaciones/investigaciones-debates/28-el-embarazo-enadolescentes-enla-subregion-andina; Publicado en Marzo del 2008; Acceso el 19 de Diciembre del 2012.
- 8) FLORES N, A. Lugo, D Lugo y E Moya 1998. *Conocimientos generales sobre sexualidad en adolescentes del área urbana de la ciudad de Punto Fijo.* Revista Venezolana. [online]. Junio.-nov.1998 [citado el 15 de Julio del 2013]; Disponible en: http://www.indexmedico.com/publicaciones/journals/revistas/venezuela/card on/edicion3/adolescencia.
- 9) GARCÍA Imia, I, E Avila Gálvez, A Lorenzo Gonzalez y M. Lara Carmona 2002. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de sexualidad. Rev Cubana Pediatr. [online].sep.-dic. 2002 [citado 24 Octubre 2007];74 (4): 0-0. Disponible: http://64.233.169.104/search?q= cache:B91IO e1ySY J:scielo.sld.cu/scielo.php%3Fpid%3.
- 10)GEZA Fabricie; La amistad en la Adolescencia; [Sitio en internet]; Disponible en: http://www.tuobra.unam.mx/publicadas/051022152150. pdf; p.2-8; Acceso el 03 de Enero del 2013.
- 11)GROGG, Patricia; *Riesgos de la Sexualidad Temprana*; LA HABANA, junio de 2003 (IPS) Las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo no deseado, el aborto o la maternidad precoz amenazan a los adolescentes que despiertan cada vez más temprano a la actividad sexual, con poca información y baja percepción de riesgos; En línea[http://www.edualter.org/material/VHS-Sida/cuba.pdf]
- 12) HERNÁNDEZ S; *Desarrollo Social Y De La Personalidad En El Adolescente*; [Sitio en internet]; Disponible en: http://atencionatupsique.wordpress.com/desarrollo-social-y-de-la-personalidad-en-la-adolescencia.html; Publicado el 12-Julio-2012; Acceso el 29 de Diciembre del 2012.

- 13)HERRERA J; *Temas de Medicina Familiar*; Bogotá; Sep. 8 del 2011; (actualizado el 10 de Abril del 2012); [Sitio en Internet]. Disponible en: http://preventiva.wordpress.com/2011/10/01/sindromepremenstrual/html. Acceso el 12 de Enero del 2013.
- 14) JIMENEZ, Y; La Sexualidad temprana en la Adolescencia, un problema actual [Sitio en internet] Disponible en: http://paidopsiquiatria.com/rev/2009/2009(1).pdf Acceso el 18 de Diciembre del 2012.
- 15) JONES H, JONES G; Desarrollo Puberal y Menstruación. Tratado de Ginecología de Novak. 10o Edición. México: Interamericana; 1986: 108 – 138.
- 16)MINISTERIO DE EDUCACIÓN; *Bachillerato General Unificado;* (actualizado cada 3 meses); [Sitio en internet] Disponible en: http://www.educacion.gob.ec/bachillerato-general-unificado-bgu.html. Acceso el 19 de Diciembre del 2012.
- 17)MINISTERIO DE EDUCACIÓN; *Proyectos desarrollados en Bachillerato;* [Sitio en Internet]; Disponible en: http://www.educacion.gob.ec/proyectos-desarrollados/bachillerato-eed.html; Acceso el 20 de Diciembre del 2012.
- 18)MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA; Dirección de normatización del Sistema Nacional de salud; Protocolos de Atención Integral a Adolescentes. Protocolos de Salud Sexual y Reproductiva; República del Ecuador 2009. Cap2. Pp. 50-69; Fecha de consulta: 08 de Enero del 2013.
- 19) PACHECO, C. Endocrinología del ciclo menstrual.; Endocrinología Ginecológica Tomo Uno Fisiología. Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Bogotá; 1990: 131 – 136.

- 20)PADILLA DE GIL M. 2001 Salud Sexual de los y las adolescentes en el Salvador. Revsogia [En línea] [2007 de AbstractOctubre 23]; 8(3):85-94 Disponible: http://www.bvs.edu.sv/adolec/tc/sexualidadadole 21.pdf
- 21)PICK S, Givaudan M, Saldívar-Garduño A. La importancia de los factores psicosociales en la educación sexual de los adolescentes. Perinatol Reprod Hum 1996;10:143-50; Fecha de consulta 15 de Julio del 2013.
- 22) PLAN SENPLADES; *Patrones Culturales que influyen en la Educación para la Sexualidad de niñas, niños y Adolescentes;* (con base de datos 2011), Guayas, Manabí, Santa Elena, Bolívar; [Sitio en internet] Disponible en: http://www.sexualidadsinmisterios.com/publicaciones/investigacionesdebates/39patrones-culturales-que influyen en la educación para la sexualidad de ninas niños y adolescentes. Acceso el 18 de Diciembre del 2012.
- 23)PRADO, Andrés; Sexo Precoz, adolescentes en riesgo [Sitio en internet] Disponible en: http://www.comtf.es/hebiatria/Congreso_ AEP_2000.html. Acceso el 15 de Diciembre del 2012.
- 24)REAL ACADEMIA ESPAÑOLA; Diccionario; Definición ABC; **Sociabilidad**; [Sitio en internet]; Disponible en: http://www.definicionabc.com/social/sociabilidad.php Acceso el 29 de Diciembre del 2012.
- 25)RIVERO A, "*El Desarrollo Social Del Adolescente*", [Sitio en Internet]; Disponible en: http://es.scribd.com/doc/53453860/El-Desarrollo-Social-Del-Adolescente. Acceso el 28 de Diciembre del 2012.

- 26)RODRIGUEZ G; *Cómo ayudar a su hijo durante los primeros años de la adolescencia;* Departamento de Educación de los Estados Unidos; Washington, D.C., 20202; (actualización el 15 de Febrero del 2012); [Sitio en internet]; Disponible en: http://www.asturias.es/Asturias/ ARTICULOS/ adolescentes-guia.pdf. p.2; Acceso el 28 de Diciembre del 2012.
- 27) SCIELO; *Características Sexuales femeninas;* [Sitio en internet]; Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.html. Acceso el 06 de Enero del 2013.
- 28)SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO; Gobierno de la República Nacional del Ecuador; *Plan Nacional Para el Buen Vivir;* [Sitio en internet] Disponible en: http://plan.senplades.gob.ec/c/document_library. Acceso el 18 de Diciembre del 2012.
- 29)SHIMABUKURU Jackeline; *Los Riegos de una vida sexual Temprana*; [citado el 13 de Julio del 2013]; En línea: [http://peru.com/2012/08/06/mujeres/cuidado-y-salud/riesgos-vida-sexual-temprana-noticia-79057].
- 30)SIN AUTOR; *Educación Sexual en la Adolescencia;* [Sitio en Internet]; Disponible en: http://www.educacionsexual.org/; Acceso el 23 de Diciembre del 2012.
- 31)STEINER M, Peer M et al. *Adolescent homosexual;* An updated version; Journal of Affective Disorders 2011; Fecha de consulta: 08 de Enero del 2013.
- 32)VIVARI, José; *Embarazos de niñas sube 74% y ubica al Ecuador primero en la región andina*; Diario Hoy del Ecuador; Publicado el 27/Febrero/2012.

- 33) VRIES Roberto; **Sexualidad Precoz** ¿**Jugando A Ser Mayor**? [Sitio en internet] Disponible en: http://elfindelainocencia.blogspot.com/2007/10 /sexualidad-precoz.html. Acceso el 15 de Diciembre del 2012.
- 34)UNICEF; Vigía de los Derechos de la Niñez y Adolescencia; IDN(12 a 17 años); *La Adolescencia*; Reforma No. 645; Agosto De 2006(3); [Sitio en internet]; Disponible en: http://www.unicef.org/lac/indice_adolescencia _ mexico2006.pdf. p.2-15; Acceso el 03 de Enero del 2013.

Loja, 30 de Abril del 2013

Lcd. Mg. Manuel Abarca

RECTOR DEL COLEGIO PARTICULAR "EUGENIO ESPEJO"

Ciudad.-

De nuestras consideraciones,

Nos dirigimos a usted con un cordial y afectuoso saludo, a la vez desearle éxitos en la

función a su cargo.

Conocedores de su alto espíritu de colaboración solicitamos a Ud. de la manera más

comedida y respetuosa se nos de la autorización y apertura para la realización de una

encuesta de la investigación "INFLUENCIA DE LA CALIDAD DE EDUCACIÓN SEXUAL

EN EL INICIO PRECOZ DE LA ACTIVIDAD SEXUAL, EN LOS/LAS ADOLESCENTES

DE LOS COLEGIOS DE LOJA que se realizará en algunos centros educativos de la

ciudad, incluido el colegio que usted acertadamente dirige. El tiempo de aplicación de

la encuesta tiene una duración de 15 a 20 minutos y se lo realizará en los estudiantes

que cursan el Tercer año de Bachillerato previa firma del consentimiento informado

para participar en la investigación.

Esperando que nuestra petición sea atendida favorablemente le antelamos nuestro

más sincero agradecimiento, se le adjunta una copia del formato de la encuesta que se

realizará en los Centros Educativos, así como el formato del consentimiento

informado. Al final de la investigación haremos conocer a su autoridad los resultados

de tan importante trabajo.

Atentamente,

Dra. Beatriz Bustamente García HEBIATRIA – DIRECTORA DE TESIS

Sr. Kim Calvas Serrano
ESTUDIANTE INVESTIGADOR DEL 10
MÓDULO DE LA CARRERA DE
MEDICINA.

75

Loja, 30 de Abril del 2013

Dr. Mg.

Genaro Sarango

RECTOR DEL COLEGIO FISCAL "27 DE FEBRERO"

Ciudad.-

De nuestras consideraciones,

Nos dirigimos a usted con un cordial y afectuoso saludo, a la vez desearle éxitos en la

función a su cargo.

Conocedores de su alto espíritu de colaboración solicitamos a Ud. de la manera más

comedida y respetuosa se nos de la autorización y apertura para la realización de una

encuesta de la investigación "INFLUENCIA DE LA CALIDAD DE EDUCACIÓN SEXUAL

EN EL INICIO PRECOZ DE LA ACTIVIDAD SEXUAL, EN LOS/LAS ADOLESCENTES

DE LOS COLEGIOS DE LOJA que se realizará en algunos centros educativos de la

ciudad, incluido el colegio que usted acertadamente dirige. El tiempo de aplicación de

la encuesta tiene una duración de 15 a 20 minutos y se lo realizará en los estudiantes

que cursan el Tercer año de Bachillerato previa firma del consentimiento informado

para participar en la investigación.

Esperando que nuestra petición sea atendida favorablemente le antelamos nuestro

más sincero agradecimiento, se le adjunta una copia del formato de la encuesta que se

realizará en los Centros Educativos, así como el formato del consentimiento

informado. Al final de la investigación haremos conocer a su autoridad los resultados

de tan importante trabajo.

Atentamente,

Dra. Beatriz Bustamente García HEBIATRIA – DIRECTORA DE TESIS Sr. Kim Calvas Serrano ESTUDIANTE INVESTIGADOR DEL 10 MÓDULO DE LA CARRERA DE MEDICINA.

76

Loja, 30 de Abril del 2013

Hno.

Mariano Morántez

RECTOR DEL COLEGIO TÉCNICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"

Ciudad.-

De nuestras consideraciones,

Nos dirigimos a usted con un cordial y afectuoso saludo, a la vez desearle éxitos en la

función a su cargo.

Conocedores de su alto espíritu de colaboración solicitamos a Ud. de la manera más

comedida y respetuosa se nos de la autorización y apertura para la realización de una

encuesta de la investigación "INFLUENCIA DE LA CALIDAD DE EDUCACIÓN SEXUAL

EN EL INICIO PRECOZ DE LA ACTIVIDAD SEXUAL, EN LOS/LAS ADOLESCENTES

DE LOS COLEGIOS DE LOJA que se realizará en algunos centros educativos de la

ciudad, incluido el colegio que usted acertadamente dirige. El tiempo de aplicación de

la encuesta tiene una duración de 15 a 20 minutos y se lo realizará en los estudiantes

que cursan el Tercer año de Bachillerato previa firma del consentimiento informado

para participar en la investigación.

Esperando que nuestra petición sea atendida favorablemente le antelamos nuestro

más sincero agradecimiento, se le adjunta una copia del formato de la encuesta que se

realizará en los Centros Educativos, así como el formato del consentimiento

informado. Al final de la investigación haremos conocer a su autoridad los resultados

de tan importante trabajo.

Atentamente,

Dra. Beatriz Bustamente García HEBIATRIA – DIRECTORA DE TESIS Sr. Kim Calvas Serrano ESTUDIANTE INVESTIGADOR DEL 10 MÓDULO DE LA CARRERA DE MEDICINA.



Colegio Particular "Eugenio Espejo"



Colegio Técnico "27 de Febrero"



Colegio Marista "Daniel Álvarez Burneo"

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es dirigida por la Doctora Beatriz Bustamante y realizada por el estudiante Kim Calvas de la Carrera de Medicina, Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja. La finalidad de este estudio es conocer la calidad de Educación Sexual que se imparte en los Centros Educativos de Loja, con la finalidad de aportar diversas estrategias que permita sustentar y reforzar la Educación Sexual y a su vez disminuir las consecuencias físicas, psicológicas, emocionales debido al inicio temprano de la actividad sexual.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta, Esto tomará aproximadamente 15 - 20 minutos de su tiempo.

La participación de este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la encuesta serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las encuestas, estas se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, dirigida por la Doctora Beatriz Bustamante y realizada por el estudiante Kim Calvas S. He sido informado (a) de que la finalidad de este estudio es conocer la educación sexual en los Centros Educativos de Loja, con la finalidad de aportar diversas estrategias que permita sustentar y reforzar la Educación Sexual y a su vez disminuir los las consecuencias por el inicio precoz de la actividad sexual.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una encuesta, lo cual tomará aproximadamente 15 a 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la Dra. Beatriz Bustamante al teléfono 2576595 o al estudiante Kim Calvas al teléfono 2585645.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Kim Calvas al teléfono anteriormente mencionado.

Firma del Participante	Fecha



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA - MEDICINA HUMANA ENCUESTA ANÓNIMA

Estimado estudiante, por favor contestar las siguientes preguntas con mayor seriedad y sinceridad posible, leyendo las preguntas completamente, si existe alguna pregunta hágalo saber.

sible	, leyendo las preguntas completamente, si existe alguna pregunta hágalo saber. Edad: Sexo: M() F()
1.	¿Qué actividad prefieres realizar cuando estas solo? Puedes elegir más de una opción. a) Jugar en la computadora b) Bailar c) Chatear o pasar en el Facebook d) Dormir e) Hacer algún deporte ¿Cuál f) Otros
2.	Qué actividad prefieres realizar cuando estas con tus amig@s? Elige una sola opción. a) Jugar algún deporte b) Bailar o Danzar c) Otros
3.	¿Estás dentro de un grupo? a) Grupo de Canto b) Grupo de deporte c) Grupo de Baile d) Grupo Religioso e) Otros f) Ninguno
4.	Si estas en un grupo. ¿Tus padres te apoyan o no te apoyan en el grupo que perteneces?
5.	¿Sientes que pasas mayor tiempo: a) Alegre c) Triste e) Otros b) Enojado d) Tranquilo
6.	¿Te enojas con más facilidad con tus padres? Si () No ()
7.	¿Has pensado fugarte de la casa? ¿A qué edad? a) < 10 años c) 16 a 19 años b) 11 a 15 años d) No he pensado fugarme
8.	¿Piensas irte de mochilero? Si () No () Tal vez ()
9.	¿Cuántos amigos tienes en tu colegio?
10.	¿Cuentas con un/@ mejor amig@? Si () No ()
11.	¿Tus amigos se sienten cómodos al estar contigo? Si () No ()

12.	¿Tienes problemas al relacionarte con tus amigos? Si () No () A veces ()
13.	¿Cuántos enamorad@s has tenido? ()
14.	¿Con frecuencia discutes o peleas con tus amig@s y/o compañeros? Si () No ()
a) b)	¿Tienes que cuidar a alguien en casa? Abuel@ d) Herman@ Ti@ e) Otros Mamá o papá f) A nadie
16.	¿Eres cariños@ con tus padres? Si () No () ¿Eres cariños@ con tus herman@s? Si () No () ¿Eres cariños@ con tu enamorad@? Si () No () ¿Eres cariños@ con tus amig@s? Si () No ()
17.	Si tienes pareja, ¿te tomas de la mano, se abrazan, se besan? Pocas veces Muchas veces Nunca
18.	¿Has hablado con tus padres sobre sexualidad? a) Alguna vez b) De vez en cuando c) Siempre d) Nunca
19.	¿Cómo se refieren tus papas a las relaciones sexuales tempranas?
20.	¿Te motivan a que tengas relaciones sexuales? a) Tu papá () e) Amig@ () b) Tu mamá () f) La Tv o Internet () c) Herman@ () g) Otros () d) Novi@ () h) Ninguno ()
22. ¿Te info	En tu colegio, ¿Los docentes a que información le dan más importancia sobre sexualidad? Puedes elegir más de una opción usando números del 1 - 6 e) Métodos Anticonceptivos y su uso () f) Embarazo () g) Cambios corporales en la adolescencia () h) Relaciones sexuales tempranas () i) Otros j) Ninguno () ¿Sobre que hablas con tus amigos de sexualidad? ormas sobre sexualidad? ¿De dónde la obtienes? Escribe en orden de preferencia a quienes usando un número del 1 al 9. Docentes Radio Libros
	PadresInternetOtros TelevisiónRevistasNo me informo
23.	La información que obtienes sobre sexualidad. a) Es satisfactoria y despeja tus dudas

	c)	No es satisfactoria pero despeja tus dudas No es satisfactoria y no despeja tus dudas Te causa más dudas			
24.	-	es videos o imágenes pornográficas? Si () No () or qué?	-		
25.	¿Qu	né es el ciclo menstrual?	_Elige	las	siguientes
	a) b) c) d)	ciones de acuerdo a la duración de un ciclo menstrual: 54 días 12 días 28 días 4 días 35 días No lo sé	_Linge	143	Siguicites
26.	las: a) b) c) d)	qué fecha del ciclo menstrual es probable que una mujer que siguientes opciones: 4to día 45to día 36to día 14to día 9no día No lo sé	de embar	razada?	Elige entre
27.	Si e	res mujer ¿A qué edad tuviste tu primera menstruación? Edad_			
28.	Si e	res hombre ¿A qué edad tuviste sueños húmedos? Edad			
29.	λ,	qué edad hubo crecimiento de vello púbico? Edad			
30.	Si e	res mujer ¿A qué edad notaste los primeros cambios en tus pecl	nos (senos	s)? Edad	
31.	¿На	as soñado con alguien teniendo fantasías sexuales? Si ()	No()		
32.	¿Те	e masturbas? Si () No ()			
33.	¿Tu	is amigos han tenido relaciones sexuales? Si ()	No()		
34.	Si r	ecuerdas ¿A qué edad tus amigos han tenido relaciones sexuales	s? Edad	_	
35.	¿На	as tenido relaciones sexuales? Si () No ()			
36.	¿Si	has tenido a qué edad? Edad			
37.	a) b)	nas iniciado las relaciones sexuales. ¿Con quién fue? Elige una so Compañer@ () d) Novi@ (Amig@ () e) Otro () Vecin@ () f) Con nadie. ()	la opción. ()		
	¿No	uál fue el motivo por el cual tuviste relaciones sexuales? otaste algún cambio en tu cuerpo, luego de haber tenido relacion)¿Qué cambio? No ()	ies sexual	es?	

40.	¿Cómo te sentiste luego de tu primera relación sexual? a) Mejor que antes () d) Frustrad@ () b) Igual que antes () e) Avergonzad@ () c) Mal () f) Otro
41.	Luego de tu primera relación sexual: a) Te dedicas más a tus estudios b) Estudias igual c) Te dedicas menos a tus esudios
	Si no has iniciado ¿Cómo te sientes el no haber iniciado temprano las relaciones sexuales? a) Bien () d) Mal () b) Igual que antes () e) Avergonzad@ () c) Peor () f) Frustrad@ () g) Otro
42.	¿Le has contado al alguien que has tenido relaciones sexuales? Si () No () Si tu respuesta es si, ¿A quién? ¿Qué te respondió?
	Si no has iniciado ¿Has hablado con alguien que deseas tener relaciones sexuales? Si () No () Si tu respuesta es Sí, ¿Con quién? ¿Qué te respondió?
43.	Si eres hombre. ¿Has acudido a una casa de citas (prostíbulo) y has tenido relaciones sexuales? Si () No () Si tu respuesta es Si ¿A qué edad? Si tu respuesta es No. ¿Por qué?
44.	¿Te sientes feliz y conforme siendo hombre? Si () No () En parte () ¿Te sientes feliz y conforme siendo mujer? Si () No () En parte ()
45.	¿Qué creencia actual tienes? a) Católica () d) Mormón () b) Evangélica () e) Otra () c) Testigo de Jehová () f) Ninguna ()
a) b) c)	¿La religión que prácticas: Apoya tu sexualidad () Prefieren no hablar del tema () No apoyan y juzgan tu sexualidad () Prohíben tu sexualidad () Otros
47.	En términos generales ¿Cuál es tu mayor anhelo de aquí en 5 años?
48.	¿Si tienes alguna duda o pregunta respecto a la sexualidad, puedes escribirlo a continuación:

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

CONTENIDOS PROPUESTOS PARA USARSE DENTRO DE LOS TALLERES DE EDUCACIÓN SEXUAL EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS.

NIVEL BÁSICO: 6-12 AÑOS

CONCEPTO CLAVE 1: LAS RELACIONES AFECTIVAS

Tema: Familia

Contenidos sugeridos:

- Los diferentes tipos de familia (por ejemplo, biparentales, monoparentales, familias encabezadas por menores o por apoderados, familias nucleares o ampliadas, familias no tradicionales, etc.).
- La familia como primer espacio donde aprender a relacionarnos con otros, a construir la autoimagen y asumir roles y responsabilidades.
- La familia como fuente de aprendizaje de valores y actitudes que influyen en el desarrollo de la sexualidad, afectividad y género.

Tema: Amistad, amor Contenidos sugeridos:

- Qué significa e implica la amistad, el amor.
- Diferentes formas de expresar amistad y amor.

Tema: Tolerancia y respeto Contenidos sugeridos:

- Los derechos y deberes de los niños, niñas y jóvenes.
- El valor de la tolerancia, el respeto, la aceptación de uno mismo y los demás, la no discriminación y la comunicación en las relaciones.

CONCEPTO CLAVE 2: VALORES, ACTITUDES Y HABILIDADES

Tema: Valores, actitudes Contenidos sugeridos:

- Cómo y dónde aprendemos valores.
- Cómo influyen nuestros valores y actitudes en las relaciones.
- Los valores y actitudes asociados a la sexualidad y al género.

Tema: Normas e influencia del grupo de pares Contenidos sugeridos:

- Las normas y reglas como consenso para relacionarnos con los otros.
- La autoimagen, el sentido de pertenencia, los grupos de pares.
- La influencia de los grupos de pares en mi comportamiento.

Tema: Tomar decisiones Contenidos sugeridos:

- La capacidad, posibilidad y derecho de las personas de escoger.
- La toma de decisiones como un aprendizaje y la responsabilidad progresiva.
- Habilidades necesarias para tomar decisiones.

Tema: Comunicaciones y habilidades Contenidos sugeridos:

- La importancia de la comunicación y los diferentes tipos de comunicación.
- La comunicación y las relaciones.
- La habilidad de comunicar sentimientos y emociones.
- Los conflictos, la habilidad de negociación y el rechazo.

Tema: Cómo encontrar ayuda y apoyo Contenidos sugeridos:

- Derecho a recibir ayuda y protección
- Las conductas de bienestar y autocuidado (la intimidad de la persona y su integridad corporal, responsabilidad con su cuerpo y el de los demás).
- Los adultos de confianza (los adultos como principales responsables de la integridad física y emocional de los niños y redes apropiadas de ayuda).
- Cuándo pedir ayuda y apoyo.

CONCEPTO CLAVE 3: CULTURA, SOCIEDAD Y DERECHOS HUMANOS

Tema: Sexualidad, cultura y legislación Contenidos sugeridos:

- Diferencias entre sexo, sexualidad y género.
- Los roles que asumimos como mujer u hombre en la familia, los grupos de amigos y la escuela.
- Los derechos y deberes de los niños, niñas y jóvenes.

Tema: Sexualidad y medios de comunicación Contenidos sugeridos:

- Los diferentes medios de comunicación.
- El impacto de los medios de comunicación sobre nuestras actitudes y comportamientos relacionados con la sexualidad.

Tema: La construcción social del Género Contenidos sugeridos:

- El género y los estereotipos de género (ejemplos de estereotipos basados en género son: creer que los hombres son mejores para las áreas de matemáticas y ciencias y que las mujeres son mejores en las áreas de humanidades o artísticas, creer que los hombres son más activos, agresivos y valientes y que las mujeres son más pasivas, sumisas e inseguras, entre otros).
- La familia y la escuela como fuentes de aprendizaje sobre género y estereotipos de género (en la familia y la escuela reproducimos creencias, valores y comportamientos sobre roles y normas culturales y sociales relacionadas con género).
- Importancia del enfoque de género (es importante porque nos permite reconocer las capacidades que tienen los hombres y las mujeres, que aun siendo diferentes, tienen el mismo derecho de disfrutar por igual de las oportunidades, los recursos y la valoración social).
- La importancia de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. (es importante porque se reconoce y se brinda tanto a hombres como a mujeres los mismos espacios, posibilidades y recursos para que desarrollen en plenitud todo su potencial como personas individuales y sociales.)

CONCEPTO CLAVE 4: EL PROCESO DE DESARROLLO HUMANO

Tema: Anatomía y fisiología sexual y reproductiva Contenidos sugeridos:

- Conocimiento del propio cuerpo como hombre y como mujer.
- Los cambios corporales y sociales a medida que las personas crecen.
- Características de la pubertad.
- La intimidad de la persona y su integridad corporal (conductas de autocuidado y bienestar corporal).

Tema: Imagen del cuerpo Contenidos sugeridos:

- El conocimiento sobre el propio cuerpo.
- Reconocer que todos los cuerpos son diferentes y merecedores de respeto.
- La importancia de valorar y sentirse cómodo con su propio cuerpo.
- La influencia de los ideales culturales y estereotipos sociales en la imagen corporal.

NIVEL MEDIA: 12 A 18 AÑOS

CONCEPTO CLAVE 1: LAS RELACIONES

Tema: Amistad, amor y relaciones Contenidos sugeridos:

- Los diferentes tipos de relaciones que establecemos a lo largo de la vida.
- Las relaciones basadas en respeto mutuo versus relaciones abusivas.
- Cómo influyen los estereotipos sociales en las relaciones.
- Expectativas y percepciones en sus propias relaciones.

Tema: Tolerancia y respeto Contenidos sugeridos:

- Los derechos y deberes de los niños, niñas y jóvenes.
- La importancia del respeto mutuo, la tolerancia, la no discriminación y la comunicación, el consentimiento y la responsabilidad en las relaciones.
- La importancia del respeto y la tolerancia hacia las diferencias físicas, imagen corporal y orientación sexual.

Tema: Compromiso a largo plazo, el matrimonio e hijos Contenidos sugeridos:

- El proyecto de vida, las expectativas personales en la relación de pareja.
- Principales responsabilidades del matrimonio y de los compromisos a largo plazo.
- Competencias parentales y responsabilidad de hombres y mujeres en la crianza de los hijos.

VALORES, ACTITUDES Y FUENTES DE APRENDIZAJE SEXUAL

Tema: Valores, actitudes y fuentes de aprendizaje sexual Contenidos sugeridos:

- Diferentes fuentes de valores, actitudes y aprendizaje sexual.
- La importancia de conocer las creencias, actitudes y valores propios y cómo influyen en nuestro comportamiento sexual y reproductivo.

Tema: Normas e influencia del grupo de pares en el comportamiento sexual Contenidos sugeridos:

- Cómo las normas sociales y la influencia de los grupos de pares afectan las decisiones y el comportamiento sexual.
- Habilidades para resistir la presión de grupos de pares.

Tema: Toma de decisiones Contenidos sugeridos:

- Ventajas, desventajas, consecuencias y responsabilidades de las decisiones en torno a nuestro comportamiento sexual.
- Las emociones como un factor importante en las decisiones sobre el comportamiento sexual.

Tema: Comunicación y habilidades de negociación y rechazo Contenidos sugeridos:

- La importancia de los derechos sexuales y reproductivos.
- Los límites personales en relación a nuestro comportamiento sexual.
- La asertividad en las relaciones de pareja.
- La importancia del mutuo consentimiento en las relaciones de pareja.

Tema: Cómo encontrar ayuda y apoyo Contenidos sugeridos:

- La legislación en relación al resguardo de derechos sexuales y reproductivos.
- Cómo identificar y denunciar relaciones abusivas.
- Diferentes fuentes apropiadas de ayuda.

CONCEPTO CLAVE 3: CULTURA, SOCIEDAD Y DERECHOS HUMANOS

Tema: Sexualidad y medios de comunicación Contenidos sugeridos:

- La influencia de los medios de comunicación en nuestro comportamiento sexual.
- Normas culturales y fuentes de mensajes de importancia relativos a la sexualidad.

Tema: La construcción social del género Contenidos sugeridos:

- Prejuicios y discriminación basados en género.
- Diferentes factores que influyen sobre el comportamiento sexual y la identidad de género.
- La desigualdad de género como factor que influye en la violencia, abuso y coerción sexual.
- Estrategias orientadas a reducir la violencia basada en género, la violencia y abuso sexual.

CONCEPTO CLAVE 4: EL PROCESO DE DESARROLLO HUMANO

Tema: Anatomía y fisiología sexual y reproductiva Contenidos sugeridos:

- Distinguir entre los aspectos biológicos y sociales del sexo y del género.
- Estrategias de reducción de riesgo destinadas a prevenir embarazos no planificados y las ITS.
- Fantasías y Masturbación.

Tema: Imagen del cuerpo Contenidos sugeridos:

- La imagen del propio cuerpo puede afectar la forma de relacionarnos con los otros.
- Estereotipos en torno a la imagen corporal.

CONCEPTO CLAVE 5: COMPORTAMIENTO SEXUAL

Tema: Intimidad, integridad del cuerpo y comportamiento sexual Contenidos sugeridos:

- Prácticas sexuales seguras.
- Diferentes expresiones de sexualidad durante el ciclo de vida.
- Actitudes acerca de la identidad sexual.
- Metodología Anticonceptiva

Tema: Barreras en la sexualidad Contenidos sugeridos:

- Formas de discriminación (misoginia, homofobia)
- Sexo versus género
- Uso de alcohol y otras sustancias
- Violencia en el noviazgo

Tema: Salud sexual y reproductiva. Factores de riesgo Contenidos sugeridos:

- La cultura, los grupos de pares y el género pueden afectar las decisiones personales sobre el comportamiento sexual.
- Los comportamientos sexuales, sus consecuencias y responsabilidades.
- El embarazo no planificado, la prevención del VIH/SIDA e ITS.
- Prevención del abuso sexual y la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes.

Tabla de contenido ADOLESCENCIA......8 1.2.1. ASPECTOS SEXUALES 9 2.3. ASPECTOS BÁSICOS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL.30 2.3.1. LA IDENTIDAD GENERICA.......31 **2.3.3.** LAS ACTITUDES Y VALORES......32 2.3.5. EL COMPORTAMIENTO SEXUAL34 2.4. RELACIONES SEXUALES.......35 **2.4.1. FANTASÍAS SEXUALES**......35 **2.4.3.** LA MASTURBACIÓN......37 **CONSECUENCIAS DEL INICIO PRECOZ DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN** EL ADOLESCENTE HOMOSEXUAL Y LA ADOLESCENTE LESBIANA .. 41 El desarrollo de la identidad homosexual: aislamiento creciente....42 <u>4.1.</u> Distanciamiento emocional 42 **4.2.** Sentimiento de que uno no vale nada43 4.3. 4.4. La expectativa del rechazo......43 La búsqueda de la aceptación basada en mentiras......43 4.4.1. 4.5. EL PROCESO DE ASUMIR LA HOMOSEXUALIDAD......44