



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**

**CARRERA MEDICINA HUMANA**

TEMA:

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y  
PRÁCTICAS EN LA SALUD SEXUAL Y  
REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES  
Y JÓVENES DE LA CIUDAD DE LOJA**

*Tesis de grado previa a  
la obtención del título de  
Médico General.*

**AUTOR:**

José Fernando Morocho Guadalima

**DIRECTOR:**

Dr. Mg. Sc. Tito Carrión Dávila

*Loja - Ecuador  
2013*

## CERTIFICACIÓN

Dr. Mg. Sc.

Tito Carrión Dávila

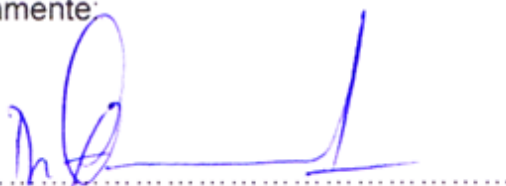
**DOCENTE DEL AREA DE LA SALUD DE LA UNL Y DIRECTOR DE TESIS**

### CERTIFICA:

Que el presente trabajo investigativo titulado: **“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES Y JOVENES DE LA CIUDAD DE LOJA”**, de la autoría del estudiante de la carrera de Medicina Humana, señor José Fernando Morocho Guadalima, previo a optar el título de Médico General, ha sido revisado y dirigido de acuerdo a los reglamentos de graduación de la Universidad Nacional de Loja hasta su conclusión, por lo que autorizo su presentación ante el tribunal correspondiente.

Loja, Octubre 2013

Atentamente:



Dr. Mg. Sc. Tito Carrión D.

**DIRECTOR DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo, José Fernando Morocho Guadalima declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

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



-----  
**Autor:** José Fernando Morocho Guadalima

**Cédula:** 110391324-8

**Fecha:** 30 de octubre del 2013

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, José Fernando Morocho Guadalima, declaro ser autor de la Tesis titulada: "Conocimientos, actitudes y prácticas en la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes de la ciudad de Loja, como requisito para optar al 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 de este trabajo 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 copia de la Tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la Ciudad de Loja, a los 30 días del mes de Octubre del dos mil trece, firma el autor.



-----  
**Autor:** José Fernando Morocho Guadalima

**Cédula:** 1103913248

**Dirección:** Loja. Av. Eduardo Kingman y Gonzanama

**Correo electrónico:** jos182fer@hotmail.com

**Teléfono:** 072586715

**Celular:** 0988168399

### DATOS COMPLEMENTARIOS

**Director de Tesis:** Dr. Mg. Sc. Tito Carrión Dávila

**Tribunal de Grado:** Dr. Nelson Samaniego PRESIDENTE TRIBUNAL

Dr. José Miguel Cobos MIEMBRO TRIBUNAL

Dra. Patricia Guerrero MIEMBRO TRIBUNAL

## DEDICATORIA

En primer lugar el presente trabajo está dedicado a *Dios*, por concederme la vida y brindarme la capacidad de entendimiento para mis estudios; y a la *Virgen del Cisne* por ser mi guía y protectora espiritual y permitir seguir en la lucha para lograr este sueño plasmado en este paso más de mi formación profesional.

A mis queridos padres, *Ana María* y *Luis Amable*, guía y ejemplo de superación, constancia y empeño; quienes con su apoyo, ánimo y cariño, me han ido formando en cada etapa de mi vida. Gracias a ellos por enseñarme el valor de la vida, el significado del esfuerzo, y la satisfacción de lograr los objetivos planteados. Por cada sufrimiento y alegría compartidos, por cada error ayudado a enmendar, por todo esto este triunfo es suyo también. A mis hermanos *Gabriela Maribel*, *Anita Paulina* y *Juan Pablo* por su apoyo diario, por brindarme ánimos constantes y brindarme su ayuda en este paso formativo.

A mi adorada familia: *Katty*, *Luis Fernando*, y *el pequeño bebé* por su paciencia, por su amor y comprensión, por ser mi compañía diaria, por ser las personas que siempre me dan su aliento, los pilares fundamentales en mi vida, y la razón de seguir luchando en este sueño de cada día alcanzar nuevas metas.

A todas las personas, amigos y familiares que, directa o indirectamente, con sus consejos u observaciones me apoyaron e incentivaron seguir adelante y llegar a culminar este gran sueño propuesto.

**JOSÉ FERNANDO MOROCHO G.**

## **AGRADECIMIENTO**

Por medio del presente trabajo investigativo, dejé constancia de mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, por permitir mi formación profesional en sus aulas, y de la misma manera a cada uno de mis maestros, quienes supieron brindarme los conocimientos adecuados para lograr el objetivo final, que es la consolidación de mi carrera.

De igual manera a cada una de las personas de las unidades de salud que en este arduo camino supieron encaminarme de la mejor manera para lograr una interacción necesaria con quienes son lo más importante en esta carrera: los queridos pacientes.

A las autoridades de la Universidad Nacional de Loja en especial a los docentes del Área de la Educación, el Arte y la Comunicación, y el Área Jurídica, Social y Administrativa de nuestra querida Alma Mater, y de la misma manera a los señores, señoritas y señoras estudiantes de las mismas; ya que sin su ayuda desinteresada no se hubieran podido llevar a cabo el proceso investigativo, y obtener los resultados planteados.

A la Dra. Margarita Sotomayor, docente del Área de la Salud por su invaluable ayuda en el proceso de enseñanza-aprendizaje y por permitir llevar a cabo de la mejor manera el proceso investigativo.

Al Dr. Tito Carrión D. distinguido docente de la institución, quien con sus conocimientos, su gran experiencia y sobre todo infinita paciencia contribuyó de la mejor manera, con sus conocimientos profesionales y sus acertados comentarios y guías, a llevar a efecto todo este proceso, para desarrollar la presente Tesis de Grado.

**EL AUTOR**

# **TÍTULO**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LA  
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE  
ADOLESCENTES Y JOVENES DE LA CIUDAD DE LOJA**

## RESUMEN

Los jóvenes debido a sus cambios físicos y psicológicos llegan a una madurez sexual antes de estabilizarse emocional, social y cognitivamente. Esto provoca un ambiente de experimentación en el ámbito sexual; en donde las relaciones sexuales, la promiscuidad, desconocimiento de métodos anticonceptivos, y uso de sustancias estimulantes se vuelvan permanentes. Considerando este problema, se realizó la investigación titulada: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES Y JOVENES DE LA CIUDAD DE LOJA, que tiene como objetivos establecer el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes de la ciudad de Loja; determinando el grupo etario y de género más afectados por la falta de conocimientos y malas actitudes; y de esta manera poder plantear estrategias de formación continuas y permanentes en Sexualidad y Reproducción.

La presente investigación es de carácter descriptivo, de campo y de corte transversal y muestreo no probabilístico, aplicado a 195 jóvenes, con un pilotaje previo.

Los datos obtenidos fueron recolectados mediante la encuesta “MI SEXUALIDAD Y YO” , conformada por 142 ítems agrupados en tres dimensiones (salud sexual y reproductiva, VIH/SIDA y uso del condón), y tres categorías: conocimientos, actitudes y prácticas. Se elaboró de manera personal, tomando como referencias los test YRHBS, DSFI, SKAT y CHIP, además de dos encuestas Latinoamericanas.

El mayor porcentaje se ubicó dentro de conocimientos *medianamente adecuados*; y de la misma manera las actitudes y prácticas fueron consideradas como *medianamente adecuadas*, exceptuando la temática de VIH/SIDA, en donde los conocimientos y las prácticas fueron *adecuados*; siendo los jóvenes del género masculino y el grupo etario de 18 años los más afectados.



Es así que el presente trabajo investigativo sirve como fuente de datos acerca de conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes adolescentes y jóvenes; y contribuye a establecer factores de riesgo y de protección de la población juvenil de la Ciudad de Loja en el ámbito sexual y reproductivo; para plantear estrategias de alta calidad que coadyuven a disminuir la problemática existente y fomentar hábitos adecuados de salud sexual en los jóvenes.

**Palabras clave:** Adolescentes, jóvenes, sexual, reproductiva, VIH, SIDA, preservativo.

## SUMMARY

Teenagers reach sexual maturity before they are emotionally, socially and cognitively stable. This leads to an experimentation environment, where sexual relations, promiscuity, a lack of use of contraceptive measures and the use of drugs are permanent occurrences. Seeing this problem, an investigation work has been done, which has been entitled KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES ON SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH IN TEENAGERS AND YOUNG ADULTS FROM LOJA CITY. Its focus is to form a clear picture of the level of knowledge, attitudes and sexual health practices of teenagers and young adults in Loja City, establishing the age and gender group that is affected the most by the lack of knowledge and inappropriate attitudes. This way, it will be possible to plan strategies for permanent and continuous education in the topics of sexuality and human reproduction.

This investigation work has a descriptive and observation based nature, with field research and multidisciplinary reach, using non probabilistic sampling. It was applied to one hundred and ninety-five people, with a previous testing.

The retrieved data was collected using a personal survey entitled "MY SEXUALITY AND I", which includes one hundred and forty two items grouped in three sections (sexual and reproductive health, HIV/AIDS, and condom use) and three categories: knowledge, attitudes and practices. Some surveys were used as reference, including YRHBS, DSFI, SKAT, CHIP, and two surveys carried out in Latin America.

Most of the knowledge shown by the people who filled the surveys was in the "half adequate" category, same as the attitudes and practices; with the exception of those related to HIV/AIDS, where knowledge and practices were considered to be in adequate. The most affected people in the categories were eighteen years olds, as well as males.

This investigation work serves as a source of data about knowledge, attitudes and practices about sexual and reproductive health of teenagers and young

adults. It contributes to identify risk and protection factors for the young population of Loja City; and to the planning of high quality strategies and programs to diminish the existing problems and to promote basic sexual health habits in teenagers and young adults.

**Keywords:** Teenagers, Young adults, sexual, reproductive, HIV, AIDS, preservative.

# **INTRODUCCIÓN**

## INTRODUCCIÓN

Promover la Salud es buscar el desarrollo de hombres y mujeres, un desarrollo de manera integral y tendiente siempre a mejorar la calidad de vida de cada uno. Y son la sexualidad y la reproducción componentes primordiales del desarrollo de los seres humanos, y como tales deben ser atendidos de manera correcta desde las primeras etapas de vida, ya que es aquí en donde el individuo irá formando de manera correcta su personalidad, sus acciones y sus actitudes y respuestas hacia el medio que lo rodea.

Los estilos de vida que adoptan los jóvenes en la actualidad se ven influenciados por el escaso acceso a servicios de salud, la facilidad para obtener falsa información por medios de divulgación colectiva, y la falta de diálogo con sus familiares más cercanos, esto hace que el ámbito sexual se vuelva un campo de experimentación y aprendizaje.

*“Desafortunadamente la actividad sexual de los y las adolescentes no va aparejada con información y educación científica y oportuna en temas de sexualidad, salud reproductiva y en sus derechos y responsabilidades.*

*A ésta se suma la falta o insuficiencia de servicios de calidad, adecuados para las y los adolescentes y accesibles a todos ellos y ellas”*<sup>1</sup>

En general, en América Latina y el Caribe la edad de la primera relación sexual es más baja para los hombres que para las mujeres. Se encontró que la edad promedio de la primera relación sexual para los varones varía de 12.7 años en Jamaica, a 16.0 años en Chile; para las mujeres varía de 15.6 años en Jamaica a 17.9 años en Chile.<sup>2</sup>; en el Caribe más de la mitad de los varones sexualmente activos y alrededor de un cuarto de las mujeres adolescentes sexualmente activas tuvieron menos de 10 años al momento de su primera experiencia sexual.<sup>3</sup>; mientras que en México el 17% de varones y 5% de las mujeres de 15 años ya habían tenido relaciones sexuales.<sup>4</sup> En el Ecuador para el año 2012 el promedio de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes era de 15 años para las mujeres y 14 para los varones (Endemain).<sup>5</sup>

Los métodos anticonceptivos son conocidos en un alto porcentaje por los jóvenes, así por ejemplo: Bolivia (74%), Guatemala (68%), y Paraguay (89%)<sup>6</sup>; pero a pesar de esto su uso es bajo: En el Perú, el 27% usa métodos modernos, el 42% usa métodos tradicionales (ritmo o retiro) y el 28% no usa actualmente un método anticonceptivo.<sup>7</sup> En Colombia, los porcentajes son 50%, 30% y 19%, respectivamente<sup>8</sup>; en El Salvador, solo el 10% los usa<sup>9</sup>.

El embarazo es frecuente entre las adolescentes de nuestras regiones. Es así que en Bolivia, el 14% de las adolescentes ya son madres o están gestando por primera vez<sup>10</sup>, en Brasil, el 17% de las adolescentes ha dado a luz alguna vez<sup>11</sup>. Y en nuestro país el 20% de las adolescentes ha tenido por lo menos un embarazo<sup>12</sup>, haciendo que la tendencia de fecundidad adolescente en el Ecuador sea la más alta de la región andina, ya que según las cifras del último censo de población del Inec del 2010, en el país hubo 2 609 niñas de entre 12 y 14 años que tuvieron al menos un hijo nacido vivo. En la provincia del Guayas se registró el mayor número (653 casos). Le siguió Manabí (300), Los Ríos (240) y Pichincha (218). Para el 2012 el número de mujeres embarazadas o en periodo de lactancia de 12 a 17 se ubicó en 19 112<sup>13</sup>.

El uso del preservativo es un punto alarmante ya que por ejemplo en el Perú, el 50% de varones sexualmente activos y el 70% de mujeres sexualmente activas reportaron nunca haber usado un condón<sup>4</sup> y adicionalmente el 23% de varones tenía una ITS<sup>2</sup>.

En el caso del VIH/SIDA, se ha convertido en un problema que está afectando a un número creciente jóvenes, especialmente a las mujeres, representando más de un tercio de los casos en el Caribe<sup>14</sup>; en Trinidad y Tobago, el número de mujeres entre 15 y 19 infectadas por el VIH supera cinco veces al de sus coetáneos varones<sup>4</sup>.

Algunos proyectos en Latinoamérica se han implementado para mejorar esta problemática, ya que “el nivel educativo superior, donde se encuentran los Colleges y Universidades, es un espacio importante para desarrollar programas de promoción y prevención en salud y establecer servicios especializados para

la población estudiantil”<sup>15</sup>. En Colombia, por ejemplo un proyecto de PROFAMILIA logró un incremento del 37% en las visitas de los adolescentes para anticoncepción durante los primeros seis meses del proyecto en comparación a las visitas antes del proyecto. También se logró un incremento de 61% en las visitas ginecológicas y de 64% en las pruebas de embarazo para adolescentes.<sup>16</sup>

En el Brasil, un proyecto de BEMFAM, logró un incremento del 14% en el conocimiento correcto de la transmisión de ITS/VIH, 5% en uso del condón en la última relación sexual y 10% en el conocimiento de dónde encontrar tratamiento para las ITS.<sup>17</sup>

En Ecuador se ha puesto en marcha la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enipla), con campañas de educación a cargo de varios ministerios del frente social. *'Habla serio, sexualidad sin misterios'* es el eslogan de la campaña, en la que se pretende "erradicar los mitos y tabúes" en torno a la sexualidad.

Evidenciando que la problemática sobre sexualidad y reproducción es de carácter global y no solo regional, se ha propuesto el tema de Investigación: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES Y JOVENES DE LA CIUDAD DE LOJA; que persigue como objetivo principal establecer el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes de la ciudad de Loja; y específicamente determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de salud sexual y Reproductiva, VIH/SIDA y uso del preservativo en los jóvenes de la Ciudad de Loja, así como también determinar cuál es el grupo etario y de género más afectado por la falta de conocimientos y por una mala actitud frente a estos temas; para de esta manera poder plantear estrategias para la creación de talleres y programas de alta calidad en relación a la salud sexual en procura de coadyuvar a disminuir la problemática existente y fomentar hábitos básicos de salud sexual en los jóvenes.

El presente trabajo de carácter observacional descriptivo, de campo y de corte transversal, con un muestreo no probabilístico tomó como universo de estudio el Área de la Educación, el Arte y la Comunicación, y el Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja; en donde la muestra la constituyeron alumnos de los 2dos. y 4tos. Módulos de las carreras seleccionadas que aplicaron a los criterios de inclusión y exclusión, en un total de 195 encuestados. Se recolectó los datos mediante una encuesta elaborada de manera personal y titulada “MI SEXUALIDAD Y YO”, la cual está conformada por 142 ítems agrupados en las tres dimensiones (salud sexual y reproductiva, VIH/SIDA y uso del condón) y tres categorías (conocimientos, actitudes y prácticas). La elaboración de este instrumento de recolección está apoyado en encuestas como el YRHBS (Youth Risk Health Behaviour Surveillance), el DSFI (Derogatis Sexual Functioning Inventory), el SKAT (Sexual Knowledge and Attitude Test) y el CHIP (Child Health and Illness Profile), y dos encuestas Latinoamericanas realizadas en Cauca y Cundinamarca.

El estudio demostró que en cuanto a *salud sexual* y reproductiva el **53,33%** de los jóvenes presentan *conocimientos adecuados*, el **53,89%** indica *actitudes adecuadas* y el **68,89%** presenta *prácticas medianamente adecuadas*. En cuanto se refiere al uso del preservativo o condón los datos registrados fueron de **58,33%** en *conocimientos inadecuados*, el **44,44%** se enmarca en *actitudes adecuadas*, y el **48,89%** presenta *prácticas inadecuadas*. La temática sobre VIH/SIDA, demuestra resultados un tanto más alentadores ya que en cuanto a conocimientos se señala el **57,78%** como *conocimientos muy adecuados*, el **46,11%** dentro de *actitudes medianamente adecuadas*, y el **67,22%** realizan *prácticas adecuadas*. En cuanto a lo que tiene que ver a los grupos etarios que se ven más afectados por *conocimientos inadecuados* son: en salud sexual y reproductiva los comprendidos entre **19 y 20 años (4,26%)**, en VIH/SIDA los jóvenes de **18 años (11,29%)**; y, en uso del preservativo los jóvenes comprendidos entre **19 y 20 años (36,17%)**. Tomando en cuenta el género las *mujeres* presentan conocimientos inadecuados en relación a *salud sexual y reproductiva (3,39%)* y *uso del preservativo (32,20%)*; en tanto que los *varones*



los presentan en *VIH/SIDA* (**4,52%**). La mayor parte de *actitudes inadecuadas* se presentan en los jóvenes de **18 años** en *salud sexual y reproductiva* y en *VIH/SIDA/ITS* el **14,52%**; y los jóvenes de **21 y 22 años** presentan estas actitudes inadecuadas en el *uso del preservativo* (**29,58%**). En cuanto a género son los *varones* los involucrados en estas deficientes actitudes, así: en *salud sexual y reproductiva* el **6,45%** de la totalidad, en *VIH/SIDA* el **19,35%**, y en el *uso del preservativo* el **24,19%**. Las *prácticas inadecuadas* se evidencian en los jóvenes de **18 años** en *salud sexual* con el **4,23%** y en *VIH/SIDA* con el **14,52%**; y los jóvenes de entre **19 y 20 años** en el *uso del preservativo* el **55,32%**. En lo concerniente al género las *mujeres* presentan *prácticas inadecuadas* en relación a *salud sexual y reproductiva* (**1,61%**), y al *uso del preservativo* (**58,47%**); mientras que los *varones* manifiestan estas prácticas en la *salud sexual y reproductiva* (**1,69%**) y en temas de *VIH/SIDA* (**20,97%**).

# **REVISIÓN DE LITERATURA**

## CAPITULO 1

### SEXUALIDAD HUMANA

La **sexualidad** es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas del mundo animal que caracterizan cada sexo. También es el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo.<sup>18</sup>

Durante siglos se consideró que la sexualidad en los animales y en los hombres era básicamente de tipo instintivo. En esta creencia se basaron las teorías para fijar las formas no naturales de la sexualidad, entre las que se incluían todas aquellas prácticas no dirigidas a la procreación.

Hoy, sin embargo, se sabe que también algunos mamíferos muy desarrollados, como los delfines o algunos pingüinos, presentan un comportamiento sexual diferenciado. La psicología moderna deduce, por tanto, que la sexualidad puede o debe ser aprendida<sup>18</sup>

#### **DEFINICIÓN DE SEXUALIDAD**

La sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como: *"Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales"*

Se propone que la sexualidad es un sistema de la vida humana que se compone de cuatro características, que significan sistemas dentro de un sistema. Estas características interactúan entre sí y con otros sistemas en todos los niveles del conocimiento, en particular en los niveles biológico, psicológico y social; estas son: el erotismo, la vinculación afectiva, la reproductividad y el sexo genético (Genotipo) y físico (Fenotipo) El erotismo es la capacidad de sentir placer a través de la respuesta sexual, es decir a través del deseo sexual, la excitación sexual y el orgasmo.<sup>18</sup>

La vinculación afectiva es la capacidad de desarrollar y establecer relaciones interpersonales significativas. La reproductividad es más que la capacidad de tener hijos y criarlos, incluye efectivamente los sentimientos de maternidad y paternidad, las actitudes de paternaje y maternaje, además de las actitudes favorecedoras del desarrollo y educación de otros seres.<sup>18</sup>

La característica del sexo desarrollado, comprende el grado en que se vivencia la pertenencia a una de las categorías dimórficas (femenino o masculino). Es de suma importancia en la construcción de la identidad, parte de la estructura sexual, basado en el sexo, incluye todas las construcciones mentales y conductuales de ser hombre o mujer.<sup>18</sup>

### **CONCEPTOS BÁSICOS<sup>19</sup>**

Algunos términos utilizados en el lenguaje de la sexualidad deben ser bien entendidos por los jóvenes, para de esta manera poder propiciar su correcta utilización, así por ejemplo tenemos algunos de ellos:

**SEXO:** El término “sexo” se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos

**SEXUALIDAD:** El término “sexualidad” se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de

factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales<sup>19</sup>

Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos<sup>19</sup>

*SALUD SEXUAL:* La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.<sup>19</sup>

La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.

*GÉNERO:* El género es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer.

*IDENTIDAD DE GÉNERO:* La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia

*ORIENTACIÓN SEXUAL:* La orientación sexual es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede

manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos.

*IDENTIDAD SEXUAL:* La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.

*EROTISMO:* El erotismo es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y, que por lo general, se identifican con placer sexual. El erotismo se construye tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano.

*VÍNCULO AFECTIVO:* La vinculación afectiva es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones. El vínculo afectivo se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo.

*ACTIVIDAD SEXUAL:* La actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual.

*PRÁCTICAS SEXUALES:* Las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles

*RELACIONES SEXUALES SIN RIESGO:* La expresión “relaciones seguras sin riesgo” se emplea para especificar las prácticas y comportamientos sexuales

que reducen el riesgo de contraer y transmitir infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH.

**COMPORTAMIENTOS SEXUALES RESPONSABLES:** El comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. La persona que practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación. Una comunidad fomenta los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas

### ***EDUCACIÓN SEXUAL***

La salud sexual y reproductiva no atañe solo al periodo reproductivo sino que enfatiza la salud a lo largo del ciclo de la vida de los individuos.

Se considera como un elemento constitutivo de la salud ya que contribuye a determinar los niveles de ésta a lo largo del curso de vida de las personas: niñez, adolescencia, periodo reproductivo, menopausia y vejez de hombres y mujeres.

Es un derecho que incluye el derecho a la integridad sexual, a la seguridad sexual del cuerpo, a la privacidad, a la igualdad al amor, a la expresión, al derecho a elegir, y a la educación y acceso a la atención de salud.<sup>20</sup>

La mayoría de las leyes existentes se refieren a la educación sexual y a los embarazos adolescentes. En el área de educación sexual, varios países de la región como Colombia, Bolivia o Ecuador, tienen leyes, mientras que otros como Brasil o Perú han elaborado políticas que establecen de alguna manera la educación sexual.<sup>21</sup>

El momento más relevante para el reconocimiento de la sexualidad, para el aprendizaje del cuerpo y, con mucha frecuencia, para la toma de decisiones sobre las potencialidades reproductivas, es el tiempo de la adolescencia. La adolescencia es una etapa que está marcada por cambios biológicos,

psicológicos y sociales, acompañados por notorios sentimientos de atracción sexual y profundas meditaciones sobre la capacidad de decidir. Los y las adolescentes son también actores sociales que viven sus inclinaciones, sus aspiraciones y sus relaciones de acuerdo con las circunstancias en las que les ha tocado crecer y formarse, para un futuro generalmente incierto y complejo.

## **LOS CUERPOS SEXUADOS Y EL LENGUAJE UTILIZADO**

Las palabras que se utilizan habitualmente para hablar de sexualidad corresponden al rígido modelo sexual impuesto por el patriarcado con las siguientes características:

El lenguaje sobre sexualidad está asociado fundamentalmente a la genitalidad. Contamos con muchísimas palabras que nombran los genitales masculinos y femeninos. Estas palabras tienen algunas peculiaridades:

1. A veces se mencionan las zonas genitales recogiendo las palabras utilizadas en medicina y en biología. En otras ocasiones, la referencia a los genitales se realiza mediante palabras cariñosas y muy personales o típicas de determinadas regiones o localidades, que sirven sobre todo para los niños y niñas de menor edad. Pero, como señalan Concepción Jaramillo y Graciela Hernández en su libro sobre sexualidad infantil<sup>22</sup>, estas palabras pueden ser útiles en la infancia; a medida que se va creciendo se necesitan otros términos que describan que esos genitales han cambiado.

2. También ocurre muchas veces, que se alude a los genitales mediante palabras que además tienen otras connotaciones como la del insulto, la vulgaridad o ser malsonantes; estas son palabras muy habituales en el lenguaje cotidiano porque se utilizan para nombrar, pero también para infravalorar, ofender, expresar sorpresa, expresar desagrado.

Dentro del lenguaje peyorativo de lo genital, la descripción de la genitalidad femenina es la que se lleva la peor parte, porque las palabras usadas para nombrar los genitales femeninos son también usadas para despreciar o para calificar de manera despectiva (esto es un *coñazo*, ponerse *histérica*, estar con



el *mes*, estar *menopáusica*...); mientras que la genitalidad masculina es nombrada frecuentemente con palabras que también se utilizan para nombrar el poder, algo bueno, algo divertido, algo que revela el valor de las personas, etc. (por ejemplo expresiones como *por mis huevos*, esto es *cojonudo*...). El resultado es un lenguaje que devuelve a las mujeres una imagen sucia e indigna (despectiva) de su genitalidad y de los procesos a ella asociados. Y que del mismo modo devuelve a los hombres la idea de una genitalidad asociada al ejercicio del poder y de la violencia, que como ya sabemos son aspectos considerados como valores por una parte de nuestra sociedad<sup>23</sup>.

La mayor parte de las referencias a los cuerpos sexuados, tanto de hombres como de mujeres, se hacen desde un punto de vista androcéntrico; así la palabra *falo*, además de referirse al órgano sexual masculino, se identifica como símbolo de poder. O también *testículo* que es una palabra con la misma raíz que *testigo*, es decir, la persona que da fe de algo, cuyo *testimonio* es fiable (en el derecho clásico, el discurso de las mujeres tenía una menor representatividad en la esfera pública)<sup>24</sup>.

En el cuerpo femenino, *vagina* significa en latín «vaina para la espada»<sup>5</sup>, la palabra *útero*, que significa «cavidad», indica únicamente su función de albergar y *clítoris*, que viene del griego, significa «cerrar»; probablemente aludiendo a la situación de este órgano, encerrado entre los pliegues de la vulva. También he encontrado que en ocasiones este órgano se ha considerado como un «pene pequeño» o atrofiado. Las palabras vagina, útero o clítoris tienen originalmente significados que aluden a lo que esos órganos significan para el hombre, designando la función que ellos perciben y omitiendo el significado que cada uno de estos órganos tendría para las mujeres. Igualmente *coito* que en principio alude a «juntar, unir», ha quedado en nuestro vocabulario con el significado predominante de introducir el pene en la vagina (sin valorar otras posibilidades de coito) y como expresión máxima de sexualidad (obviando otras infinitas expresiones).<sup>25</sup>

Se da con frecuencia una importancia primordial a los patrones de apreciación visual y al concepto de cantidad. Es decir, se especula sobre la sexualidad de las personas en función de patrones externos que las clasifican de manera

inconcebible; así nos podemos encontrar con expresiones tan increíbles como «rubia peligrosa» y en función de ella muchas personas pueden llegar a creer ideas tan peregrinas como que una mujer rubia y guapa es fundamentalmente un cuerpo desprovisto de intelecto y sentimientos. O se dan consideraciones tan curiosas como que la normalidad de un cuerpo sexuado viene determinada por uno o varios números: hay que tener un número determinado de relaciones, un determinado número de contorno de pecho, un determinado peso, unas supuestas medidas del pene, etc. Y en esto, el lenguaje es también incisivo para los hombres, cuando continuamente les está recordando lo grande que debe ser su pene o que una buena parte de su masculinidad gira en torno a la cantidad de mujeres con las que consiguen establecer relaciones sexuales coitales, independientemente del afecto.

## LA ATRACCIÓN SEXUAL

La **atracción sexual** hace referencia a la capacidad para atraer el interés sexual de potenciales parejas reproductivas. En el ser humano se entiende como la habilidad para generar interés erótico en otras personas. Recientemente un estudio coordinado por Jim Pfaus, profesor de neurociencia y psicología de la Universidad Concordia (Canadá) (*Concordia University*) y en el que han participado especialistas de la Universidad de Siracusa (*Syracuse University*), Universidad de Virginia Occidental (*West Virginia University*) y del Hospital universitario de Ginebra (Suiza) (*Hôpitaux Universitaires de Genève*) y publicado en “*Journal of Sexual Medicine*” han descubierto que en el sistema límbico, incluyendo el hipocampo y la amígdala, es decir, situado en la arquicorteza, es donde se localiza tan poderoso proceso fisio-psicológico.<sup>26</sup>

En este sentido, la atracción puede ser potenciada por elementos tales como la vestimenta, los olores (p.ej. perfume), forma de moverse o actuar. Según los resultados actuales, existen componentes genéticos, psicológicos y culturales, entre otros, tanto en los estímulos que generan atracción física y sexual como en las respuestas manifiestas de atracción.

## ORIENTACIÓN E IDENTIDAD SEXUAL

El proceso de desarrollo de la identidad sexual está vinculado a múltiples aspectos de lo humano que se integran en un todo altamente complejo y por sí irreductible a sus partes. En este sentido, la sexualidad humana implica la integración de diversos procesos de carácter biológicos, emocionales, cognitivos y sociales. De esta forma, la sexualidad es un fenómeno que abarca la genitalidad relacionada con aspectos biológicos y múltiples complejos psicológicos como son el logro de una identidad sexual.

Para poder entender la formación de la identidad sexual en el ser humano es importante tener en cuenta cuáles son los componentes de la sexualidad y los aspectos que la constituyen<sup>27</sup>:

*Sexo Biológico*: caracteres morfofuncionales, está integrado por diferentes componentes, como el sexo cromosómico, sexo gonadal, los genitales externos e internos, los componentes neuroencefálicos y neuroendocrinos. Es según estos caracteres que se le asigna el sexo al recién nacido.

*Identidad de Género*: es la convicción íntima, el sentimiento básico internalizado de una persona, la experiencia psicológica interna de sentirse a sí mismo como mujer u hombre. Normalmente este sentimiento íntimo se define a los 3 años de vida y generalmente corresponde al sexo asignado.

*Rol de Género*: se refiere al comportamiento definido como masculino o femenino en diferentes épocas y en una cultura determinada.

Estas conductas también se encuentran generalmente en concordancia con el sexo biológico y la identidad de género.

*Orientación Sexual*: es la dirección de los intereses eróticos y afectivos, es la preferencia o atracción que tiene un individuo por otro, ya sea heterosexual, homosexual o bisexual.

La identidad de género, el rol de género y la orientación sexual constituyen la identidad sexual de una persona, siendo la sexualidad la expresión de esta identidad sexual en una persona.

Cada uno de los aspectos descritos va evolucionando en el proceso del desarrollo desde el recién nacido hasta el adolescente, dándole un sentido en el logro de la identidad sexual<sup>27</sup>.

## EXPRESIONES Y DESARROLLO DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL

En el límite de las formas ampliamente aceptadas de conductas sexuales, se encuentran las llamadas *expresiones del comportamiento sexual*; como la masturbación, homosexualidad, éstas hasta no hace poco tiempo eran consideradas parafilias o perversiones de personas degeneradas o moralmente degradadas en gran parte por la influencia religiosa en la sociedad. La evolución en los usos y costumbres y el ensanchamiento del margen de tolerancia ha hecho que estas conductas se admitan como válidas en el marco de los derechos hacia una sexualidad libre.

Sólo en los casos de malestar o de conflicto del propio individuo con sus tendencias, o en aquellos en los que se pone en riesgo la integridad física y moral de terceros, podemos hablar de trastornos sexuales y en estos casos se encuentra la necesidad de tratamiento psicoterapéutico e incluso farmacológico.

La mayor parte de las culturas tienen normas sociales sobre la sexualidad. Por ejemplo, muchas culturas definen la norma sexual como una sexualidad que consiste únicamente en actos sexuales entre un hombre y una mujer casados. Los tabúes sociales o religiosos pueden condicionar considerablemente el desarrollo de una sexualidad sana desde el punto de vista psicológico.<sup>28</sup>

### **Prácticas sexuales**

#### ***Coito***

Es la introducción del pene en la vagina o en el ano de otra persona, llamándose coito vaginal o coito anal respectivamente.

#### ***Masturbación***

Es la excitación de los órganos sexuales que se realiza el mismo individuo, u otro, con el objeto de obtener placer sexual, pudiendo llegar o no al orgasmo.

### ***Sexo oral***

Es una práctica sexual en la que un individuo (o varios) estimula los órganos genitales de otro con los labios y la lengua. Llamándose cunnilingus si es en la vulva y felación si es en el pene y anilingus si es en el ano.

### ***Sexo anal***

Práctica sexual que involucra la introducción del pene en el ano. La inserción de juguetes sexuales en el ano también es considerado como sexo anal.

## **EDUCACIÓN SEXUAL Y COMPORTAMIENTO SEXUAL RESPONSABLE**

La educación sexual no se reduce a simple materia de enseñanza o a sólo conocimientos teóricos; no consiste en un programa a desarrollar de manera progresiva, sino que tiene un objetivo específico: la maduración afectiva del alumno, el hacerlo llegar a ser dueño de sí y el formarlo para el recto comportamiento en las relaciones sociales.

Es muy importante que los jóvenes y no solo ellos tengan conciencia de sus actos y tengan una sexualidad responsable para así prevenir situaciones que les pueda afectar en su salud, o socialmente.

El conocimiento sexual nos ayuda a crecer como personas. Aprender a ser felices es un reto permanente del ser humano, y la educación sexual contribuye, de una manera importante, a lograr esa felicidad, dando respuesta a las necesidades de aprendizaje vividas activamente por los jóvenes.

Si por el contrario nos limitamos a hacer una educación sexual centrada en lo exclusivamente biológico estaremos negando la posibilidad de construir una personalidad sana y de modificar aquellas ideas que, en muchos casos, están cargadas de prejuicios e impregnadas de estereotipos sexistas. No olvidemos que en todo momento, de una u otra manera, estamos haciendo educación

sexual, ya que cada manera de entender la educación tiene en todo momento como referente un modelo de sexualidad.<sup>29</sup>

Una educación sexual es básicamente importante darla a conocer a las personas desde una temprana edad; es desde el preescolar donde se debe comenzar para ir fortaleciéndola en el tiempo.

La sexualidad de las personas es organizada, educada y controlada de formas distintas en cada sociedad. No sólo se dictan normas y leyes de manera explícita, sino que también, los modelos sociales configuran los usos y consecuencias de nuestra sexualidad.

La sexualidad involucra aspectos biológicos, emocionales, sociales, culturales, valóricos, éticos y filosóficos. Si bien las personas nacen con una determinada carga genética que define su sexo biológico, el proceso a través del cual se llega a asumir la propia sexualidad como una dimensión personal y relacional, se ve fuertemente ligado a condiciones del medio ambiente y a las relaciones interpersonales, en especial, las relaciones afectivas que se establecen a través del tiempo.

De esta forma, la sexualidad es una dimensión constitutiva de las personas, que comienza y termina conjuntamente con la vida. En este proceso la familia juega un rol protagónico, constituyéndose los padres como los primeros y principales educadores sexuales de sus hijos e hijas.

La formación en sexualidad es un proceso de permanente aprendizaje para la vida, unido al crecimiento y desarrollo del ser humano. Es mucho más que entregar conocimientos de la biología y acerca de los elementos que intervienen en el proceso reproductivo de la especie. Consiste en un aprendizaje para vivir en sociedad, para el desarrollo socio-afectivo, social, cultural, valórico y espiritual de hombres y mujeres.

## **LOS LÍMITES DE LA SEXUALIDAD**

En la sexualidad no todo vale. Cualquier encuentro corporal ha de ser buscado y agradable para las dos personas. Para ello, es necesario, no sólo respetar los

propios deseos, sino también los de las otras personas. Esto supone saber gestionar la propia frustración cuando la otra persona dice "no". Con estas premisas, es fácil reconocer la violencia que existe en la pornografía o en la prostitución cuando, en vez de relaciones sexuales, sólo hay uso del otro cuerpo.

Asimismo, les será más fácil reconocer el abuso sexual cuando éste se dé. Éste ocurre cuando una persona busca obtener placer sexual forzando a otra a realizar determinadas prácticas. Cualquier relación sexual entre un o una menor y una persona adulta o con una diferencia de edad considerable es abuso, ya que:

- La sexualidad infantil no se expresa a través de las relaciones sexuales, tal como las entendemos las personas adultas. De tal modo, que su cuerpo se convierte en un mero objeto de placer para la persona adulta.
- Hay una relación de poder en la medida en que el o la menor no entiende ese lenguaje corporal que nada tiene que ver con la vivencia corpórea de la infancia y, por tanto, no es capaz de expresarse con libertad.
- Cuando se trata de una persona adulta en la que confía, la niña o el niño puede sentirse en la obligación de agradar o de obedecer, sintiendo una fuerte desorientación y desprotección.<sup>30</sup>

## **DERECHOS SEXUALES**

La OMS orienta la necesidad de atender y educar la sexualidad humana. Para esto es de suma importancia, reconocer los derechos sexuales, los cuales se resumen de la siguiente manera:

- El derecho a la libertad sexual.
- El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.
- El derecho a la privacidad sexual.
- El derecho a la equidad sexual.
- El derecho al placer sexual.
- El derecho a la expresión sexual emocional.

- El derecho a la libre asociación sexual.
- El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.
- El derecho a información basada en el conocimiento científico.
- El derecho a la educación sexual integral.
- El derecho a la atención de la salud sexual.

En la medida que estos Derechos sean reconocidos, ejercidos y sobre todos respetados por cada una de las personas, tendremos sociedades más sanas sexualmente más libres.



## CAPITULO II

### REPRODUCCION

#### DEFINICIÓN

La **reproducción** es un proceso biológico que permite la creación de nuevos organismos, siendo una característica común de todas las formas de vida conocidas.

La reproducción del ser humano no sólo tiene como objetivo conservar y perpetuar la especie, también tiene valores afectivos muy fuertes. Cuando una pareja decide tener hijos, los planea y los ama aun sin conocerlos. Pero tener hijos es una gran responsabilidad porque se les debe brindar cuidados, afecto, educación y alimento.

La reproducción humana es de tipo sexual, ya que intervienen los dos sexos: masculino y femenino. La fecundación se lleva a cabo dentro del cuerpo de la mujer. Transcurridas 40 semanas de embarazo, el feto estará completamente desarrollado y listo para salir al exterior. En ese momento se produce el parto.<sup>31</sup>

#### EL AMOR, LA SEXUALIDAD Y LA REPRODUCCIÓN

En la sexualidad ocupa un espacio importante la administración de los estímulos. El deseo puede inhibirse o activarse en función de la calidad de todo el proceso.

En tal sentido, se plantea como algo fundamental promover la educación sexual en los ámbitos más variados, pero principalmente desde la educación en las escuelas. “Es necesario educar los placeres. El placer, como concepto, tiene que aclararse, no siempre que uno habla de placer está refiriéndose al sexo. Hay que disociar ambos términos, el placer es muchas cosas. Ahora bien, cuando involucra elementos genitales estamos hablando de sexualidad,

amor y reproducción, pero son tres cosas independientes. Amor, sexo, y reproducción pueden ir juntos, pero también separados”<sup>32</sup>

El amor romántico es, precisamente, ese que descubrimos en la adolescencia. También es frecuente que el sentimiento de amistad aparezca en esta etapa de la vida. Pero lo que todos recordamos de nuestros años adolescentes suele ser el descubrimiento del amor romántico. Y este tipo de amor está definido por algunas características:

**Deseo.** La atracción sexual suele ser la primera manifestación del amor romántico aunque no siempre es así. Pero es frecuente que los jóvenes comiencen a experimentar una atracción física -deseo de estar junto a esa persona- y casi siempre también una atracción sexual -deseo de tocar, besar y tener relaciones sexuales con esa persona- cuando experimentan el amor romántico. Esa emoción que generalmente para los adolescentes es muy nueva es una de la que les provoca más turbación, falta de confianza y nerviosismo. Generalmente con el paso del tiempo cuando la han experimentado más y cuándo la conocen mejor, esas sensaciones negativas unidas al deseo suelen desaparecer. La adolescencia es también el momento de la aparición de las primeras relaciones sexuales, del descubrimiento de la propia orientación sexual y cuando los chicos y las chicas buscan respuestas a sus dudas sobre sexo.

**Intimidad o apego.** Es la conexión que se desarrolla hacia la persona objeto del amor romántico. Generalmente la existencia de amor romántico entre dos personas provoca también la aparición de un tipo de relación con un grado de intimidad mucho mayor que con el resto. Con la otra persona se comparten pensamientos y sentimientos que no se comparten con nadie más.<sup>33</sup>

### **El amor hacia sí mismo**

El ser humano es social por naturaleza, sin embargo, a veces no nos tratamos a nosotros mismos con el mismo respeto y cariño con el que tratamos a los

demás. El amor hacia uno mismo empieza por el respeto, la autovaloración, la confianza, el diálogo interior positivo, la aceptación de virtudes y defectos.

Se puede aprender a querer más y mejor a los demás pero también a uno mismo. La vida es un privilegio que nos viene dado. Merece la pena aprovechar la oportunidad que nos brinda el día a día para observar la realidad desde un punto de vista diferente. El cambio asusta, adaptarse a lo nuevo es difícil pero es posible mejorar y merece la pena hacerlo porque el camino de la felicidad empieza por una actitud mental positiva que tiende a minimizar los efectos del pensamiento negativo. El optimismo refuerza la autoestima.

Todos necesitamos lo mismo a cualquier edad: querer y sentirnos queridos y reconocidos por los demás. El poder de las palabras es infinito, por eso, conviene utilizarlas de forma que enriquezcan al otro y también a uno mismo. El amor, la amistad y el cariño potencian lo mejor del ser humano.

## **EL EMBARAZO**

El **embarazo** es el período que transcurre desde la implantación en el útero del cigoto, hasta la expulsión del producto en el momento del parto

Se producen en el cuerpo de la mujer varios cambios significativos, de tipo fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen con el fin de proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.<sup>34</sup>

El embarazo dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio

del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extraútero sin soporte médico).

Se denomina embarazo ectópico o extrauterino al que se produce fuera del útero, por una implantación anómala del óvulo fecundado (habitualmente en alguna de las dos trompas de Falopio) y con mucha menos frecuencia en la cavidad peritoneal (embarazo abdominal) y otros sitios.<sup>35</sup>

### ***Características generales***

El embarazo se produce cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del óvulo, fusionándose los núcleos y compartiendo ambos su dotación genética para dar lugar a una célula huevo o cigoto, en un proceso denominado fecundación. La multiplicación celular del cigoto dará lugar al embrión, de cuyo desarrollo deriva el individuo adulto.

La embriología es la parte de la medicina que estudia el complejo proceso de desarrollo embrionario desde el momento de la fecundación hasta la formación del feto, que es como se denomina al organismo resultante de este desarrollo cuando aún no ha tenido lugar el parto.

Dentro del útero, el feto está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el feto están envueltos en el saco amniótico, que está adosado al útero. En el cuello del útero, se forma un tapón de mucosidad densa durante el embarazo para dificultar el ingreso de microorganismos que provoquen infección intrauterina. Este tapón será expulsado durante el inicio del trabajo de parto.

Mientras permanece dentro, el cigoto, embrión o feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está anclada a la pared interna del útero y está unida al feto por el cordón umbilical. La expulsión de la placenta tras el parto se denomina alumbramiento.

### **CRECIMIENTO POBLACIONAL EN EL ECUADOR<sup>36</sup>**

Ecuador registró 14.306.876 habitantes al 5 de diciembre del 2010, un 14,6% más que lo reportado en el Censo del 2001, según los datos preliminares del Censo de Población y Vivienda por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). En comparación con los resultados del censo 2001, en donde la población llegó a los 12.481.925 habitantes, el país bordea una tasa de crecimiento intercensal anual de 1,52%.

El INEC anunció también los datos preliminares de población provincial; siendo Guayas la provincia que registró mayor número de habitantes con 3.573.003, le sigue Pichincha con 2.570.201 y en tercer lugar se encuentra Manabí con 1.345.779.

En cuanto a la densidad demográfica, los resultados preliminares del censo arrojan una densidad de 55,8 habitantes por Km<sup>2</sup> para el país. Las provincias con mayor densidad poblacional son Pichincha con 269,5 habitantes por Km<sup>2</sup> y Guayas con 227,5; mientras que las de menor densidad son Pastaza y Galápagos con 2,8 habitantes por Km<sup>2</sup> cada una.

## **CONTROL DE NATALIDAD**

### **Planificación familiar**

Planificar la familia quiere decir tomar la responsabilidad como pareja o familia de tener los hijos que se puede cuidar y mantener, entendiéndose como la disponibilidad de tiempo, alimentación, vestimenta, salud y ejemplo que necesitan.

En otras palabras, planificar la familia es planear el número de hijos que se va a tener de acuerdo a la posibilidad de cada familia y tomando en cuenta que las relaciones sexuales no necesariamente deben terminar en embarazo, sino que deben servir también para el goce de la pareja y el bienestar de la familia; además reconoce el valor de los hijos como nuevos seres y que vienen al mundo sin pedirlo.

Existen diferentes métodos para planificar la familia, pero todos tienen por objetivo final evitar un embarazo.

## MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

<b><u>Métodos eficaces</u></b>				
<b><i>MÉTODOS HORMONALES POR VÍA ORAL</i></b>				
<b><u>METODO</u></b>	<b><u>COMPOSICIÓN</u></b>	<b><u>FUNCIÓN</u></b>	<b><u>USO</u></b>	<b><u>ACOTACIONES</u></b>
LA PILDORA	estrógeno y una progestina (progestágeno)	Inhibir la ovulación	Toma de píldoras todos los días a la misma hora	El sangrado menstrual aparecerá con una periodicidad de 28 días
PILDORA DEL DIA DESPUES	Una hormona única(gestano)	Actúa alterando o retrasando la ovulación, aunque a veces interfiere el proceso de anidación.	Se la debe tomar la primera toma antes de transcurridas 72 horas postcoito y la segunda 12 horas después	<b>No es segura al 100%</b> pero evita el 85% de los embarazos que pudieran producirse.
<b><i>MÉTODOS HORMONALES POR VÍA INTRAVAGINAL</i></b>				
EL ANILLO VAGINAL	etonogestrel y etinilestradiol	Impide la fecundación	Se lo coloca en la vagina durante 21 días y luego se lo retira para dar paso a la menstruación	La eficacia del anillo mensual es del 99,7%.
<b><i>MÉTODOS HORMONALES INYECTABLES</i></b>				
<b><u>METODO</u></b>	<b><u>COMPOSICIÓN</u></b>	<b><u>FUNCIÓN</u></b>	<b><u>USO</u></b>	<b><u>ACOTACIONES</u></b>
INYECCIÓN MENSUAL	estrógeno y gestágeno	Inhibir la ovulación	Colocarse de manera mensual en la misma fecha	El sangrado menstrual aparecerá con una periodicidad de 28 días

INYECCIÓN TRIMESTRAL	Gestágeno	Espesamiento del moco cervical e inhiben la ovulación	Se lo debe colocar entre el 1ro. y 7mo. día del ciclo y luego cada 30 días.	Aproximadamente 99.7% de efectividad, cuando son utilizadas de forma correcta.
<b><i>IMPLANTES</i></b>				
PARCHE ANTICONCEPTIVO	estrógeno y progestina	Inhibir la ovulación	Se coloca uno cada semana durante 3 semanas	El parche tiene una eficacia comprobada del 99.4%.
DIU	material plástico, metal (cobre) y gestágeno	Modifica la parte interna del útero	Se coloca un solo dispositivo que puede durar hasta 5 años	El DIU tiene una eficacia aproximada del 98%. Puede producir salpingitis
<b><i>MÉTODOS DE BARRERA</i></b>				
DIAGFRAGMA	Caperuza de látex muy flexible	Impide el paso de espermatozoides hacia el útero	Se coloca en el interior de la vagina, va acompañado del uso de crema espermicida	Su eficacia se calcula entre un 82 y un 96 %.
PRESERVATIVO FEMENINO	Poliuretano, lubricado a base de silicona	Impide el paso de los espermatozoides al interior del útero	2 anillos: uno dentro de la vagina y el otro cubre los labios	Su eficacia oscila entre el 79 y el 95%.

## **EL PRESERVATIVO**

El preservativo es uno de los métodos anticonceptivos de mayor uso, y por esta misma razón está rodeado de mitos, prejuicios e implicaciones sociales y religiosas que se han ido desmintiendo con el paso de los años; sin embargo cada vez más hombres y mujeres, sobre todo en las primeras etapas de la iniciación sexual, pasan por alto el correcto uso preservativo, es por eso queremos enfocar de manera más detallada cuál es la importancia de usar el condón, las ventajas que puede tener su uso, y sobre todo las principales indicaciones para el correcto uso de este importante método anticonceptivo.

### **Definición**

El preservativo masculino, también es conocido como condón. Es una funda muy fina de látex que se coloca sobre el pene en erección. En su extremo cerrado suele llevar un pequeño reservorio que facilita el depósito del semen tras la eyaculación. Tiene una eficacia teórica entre 86 y 97%.

### **Función**

Impiden el paso de los espermatozoides al interior del útero.

### **Uso**

Debe desenrollarse sobre el pene en erección antes de que haya habido ninguna penetración en la vagina, dejando en la punta un pequeño depósito si el preservativo no lo tiene. Antes de ser abiertos deben conservarse en un medio seco y a temperaturas adecuadas. Es importante comprobar siempre la fecha de caducidad.

### **MODO ADECUADO DE GUARDARLOS**

Los condones deben guardarse en sitios donde no haya humedad pero que tampoco reciban directamente la luz solar. Tampoco deben tener un foco de calor cercano porque esa temperatura los deterioraría. Muchos chicos llevan los preservativos en las billeteras que, por costumbre, se suele guardar en el



bolsillo trasero del pantalón. Ese lugar también resulta perjudicial para el material del preservativo, puesto que al quedar aplastada cuando nos sentamos podemos dañarla. Lo mejor es colocarlos en bolsillos amplios o en el interior de la chaqueta; y si las chicas los llevan en el bolso deben meterlos en una caja protectora, para evitar rasguños y el contacto con objetos cortantes.

### **Indicaciones**

- ✓ Después de la eyaculación se deberá retirar el pene cuando todavía está erecto, sujetando el preservativo por su base para evitar que se deslice dentro de la vagina.
- ✓ Las gotas de semen que se expulsan antes de la eyaculación pueden contener espermatozoides.
- ✓ Es conveniente al retirarlo comprobar que no se ha roto.
- ✓ Si el preservativo queda retenido en el interior de la vagina se debe extraer introduciendo un dedo.
- ✓ Es el único método anticonceptivo, junto al preservativo femenino, eficaz para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por VIH/SIDA.
- ✓ El uso apropiado del preservativo mejora considerablemente su eficacia. Los preservativos masculinos más comunes se presentan enrollados sobre sí mismos y diseñados para aplicarse desde la punta del glande y desenrollarse a lo largo del cuerpo hasta la raíz del pene erecto.
- ✓ El preservativo debe ser puesto sobre el pene erecto inmediatamente después de alcanzar la erección, y antes de cualquier contacto con la vagina o el ano de la pareja, dejando en el extremo superior una cavidad vacía y libre de aire, para almacenar el semen luego de la eyaculación. Si el pene no es circunciso, se recomienda bajar el prepucio y dejar el glande completamente al descubierto al colocarlo.
- ✓ Debe utilizarse un solo preservativo a la vez. El uso de doble preservativo (uno sobre el otro) no es recomendable, ya que se pueden romper por el calor que genera la fricción entre las dos superficies de látex no lubricadas.

- ✓ Si la vagina de la pareja no produce una buena cantidad de lubricación natural, se debe usar lubricante para reducir la abrasión del preservativo.
- ✓ El uso de lubricante es prácticamente necesario en el sexo anal, ya que la mucosa anal no genera su propio lubricante. Se debe usar un lubricante apropiado dependiendo del material del preservativo. Con los condones de látex hay que usar un lubricante con base de agua y glicerina o de silicona médica, ya que el hule es soluble en petrolatos y otras sustancias presentes en la vaselina, los aceites para bebés y aceites para masaje. Los preservativos fabricados en poliuretano sí pueden usarse con cualquier tipo de lubricante, sin que se deterioren
- ✓ Para realizar sexo anal, se pueden conseguir preservativos especialmente diseñados para ello (más gruesos, por lo tanto más difícil de rasgarse).
- ✓ No se recomienda el uso de preservativos de poliuretano para coito anal, porque no se ha comprobado la efectividad del poliuretano para brindar protección en estas situaciones, y hay, en cambio, evidencia de inflamación y desgarramiento del recto cuando éstos se emplean con este modo.
- ✓ También es peligroso el uso de espermicida en prácticas anales, ya que existen estudios que demuestran que afecta a las defensas del epitelio rectal, debilitándolas, y por tanto, haciendo vulnerable al usuario a una infección transmitida sexualmente.
- ✓ No se deben guardar los preservativos directamente en el bolsillo del pantalón, ya que la fricción y el calor corporal durante periodos prolongados tiende a debilitar el látex. Lo mismo sucede si los preservativos se guardan en la guantera del automóvil.
- ✓ El pene se debe retirar inmediatamente después de la eyaculación, cuando todavía está erecto, ya que no hacerlo implica un riesgo innecesario.
- ✓ Al retirar el pene de la vagina o el ano, se debe tomar con los dedos la base del preservativo para evitar que se resbale y quede dentro, con riesgo de contagio o concepción.

- ✓ Deben lavarse las manos y el pene antes de continuar el contacto sexual con la pareja.
- ✓ Para quien nunca antes ha usado un preservativo, es recomendable provocarse una erección y colocárselo a solas. Las mujeres también pueden practicar utilizando una verdura elongada (como, por ejemplo un pepino o una zanahoria).
- ✓ Los preservativos son desechables, no se deben volver a usar.

### **VENTAJAS**

Son muy accesibles (económicos) y no necesitan prescripción médica.

Es muy fácil de usar.

No tienen efectos secundarios.

Pueden ser utilizados como método anticonceptivo complementario.

Protegen contra algunas enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH.

Después de abandonar su uso, se recupera inmediatamente la fertilidad.

### **INCONVENIENTES**

- Puede atenuar la sensación sexual tanto en los hombres como en las mujeres.
- Es necesario una buena colocación para que su efectividad sea alta.
- La mayoría no pueden ser utilizados si se tiene alergia al látex.
- No protege contra el virus del papiloma humano (VPH o HPV) en la zonas no cubiertas por el preservativo.

### **RESPUESTA A LOS INCONVENIENTES**

La atenuación de la sensación es psicológica. Las personas que comenzaron a masturbarse y/o a tener relaciones coitales usando preservativo reportan en menos frecuentemente esta atenuación.

La facilidad de colocación y las campañas educativas han logrado que la efectividad del uso del preservativo sea 95%, de los que solo el 5% de fallos son debidos al mal uso.

La alergia al látex afecta de un 3 a un 17% de la población. En estos casos se utiliza el preservativo de sin latex (de poli-isopreno)

El uso de preservativo protege de la infección por HPV en un 70 % de los casos. El 30 % restante donde no protege se debe a la existencia de lesiones en zonas no cubiertas por el preservativo y el mal uso del mismo.

## **SALUD REPRODUCTIVA**

### **Definición y evolución del concepto**<sup>37</sup>

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un “Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”.

Desglosando sus dos componentes podemos definir la Salud Reproductiva como un “Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”. Además establece como objetivo de la Salud sexual “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual” La salud sexual y reproductiva así definida tiene su origen en la “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas” (CIPD) que tuvo lugar en El Cairo el año 1994. Fue en esta conferencia donde se acuñó por primera vez este término. Hasta entonces, lo que hoy todos entendemos por salud sexual y reproductiva, nunca había estado como tal en los documentos ni en las

iniciativas internacionales. Hubo de recorrerse un largo camino hasta llegar a concebirlo en 1995.

El camino hacia la salud sexual y reproductiva tal y como la entendemos hoy se inició en 1948 cuando en la Declaración de los Derechos Humanos, además de reconocerse el derecho de todo ser humano a la salud se recoge por primera vez una alusión directa a la salud materna e infantil en el capítulo 25.2 donde se señala que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños y todas las niñas, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”.

Fue la “Conferencia de Alma Ata” (1978) cuando se incluye la planificación familiar como un mínimo más de la salud materna e infantil. En 1979 en la “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” de Naciones Unidas (CEDAW) vuelve a recoger en su declaración el derecho a un “acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia”.

Por fin en 1994 se deja de lado el término de salud materna e infantil para acuñar, el término de Salud Sexual y Reproductiva en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Este logro fue el fruto del trabajo de los movimientos feministas de las décadas de los setenta y ochenta quienes reivindicaron con fuerza los derechos sexuales, constantemente olvidados.

La CIPD supuso un gran cambio con respecto a las políticas de población que hasta entonces se habían discutido en foros internacionales. Políticas cuyo único objetivo consistía en cumplir una serie de metas demográficas para frenar la superpoblación y paliar la pobreza. Y para las cuales el único interés que los temas reproductivos suscitaban se debía a la importancia del control de la fecundidad como medio para alcanzar dichas metas demográficas.

El Programa de Acción de la CIPD da un giro radical al establecer que las políticas de población deben tener como metas el bienestar de los individuos y su calidad de vida y han de localizarse siempre dentro del marco de los derechos humanos. Deja pues de lado las concepciones reduccionistas de las relaciones sexuales como medio para el fin reproductivo y de la mujer como madre y cuidadora. Hace especial hincapié en el empoderamiento de la

mujeres como piedra angular de todos los programas, para hacerla autónoma en todas las esferas vitales y sobre todo respecto a la sexualidad y la reproducción.

Un año más tarde, en Beijing, tiene lugar la IV Conferencia Mundial sobre la El concepto de salud materna e infantil empezará a cobrar cada vez mayor relevancia. En 1952 la Organización Internacional del Trabajo (OIT) aprueba el “Convenio relativo a la protección de la maternidad”.

Tres décadas tuvieron que pasar para que se fuera ampliando el concepto. Fue la “Conferencia de Alma Ata” (1978) cuando se incluye la planificación familiar como un mínimo más de la salud materna e infantil. En 1979 en la “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” de Naciones Unidas (CEDAW) vuelve a recoger en su declaración el derecho a un “acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia”.

Por fin en 1994 se deja de lado el término de salud materna e infantil para acuñar, el término de Salud Sexual y Reproductiva en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Este logro fue el fruto del trabajo de los movimientos feministas de las décadas de los setenta y ochenta quienes reivindicaron con fuerza los derechos sexuales, constantemente olvidados.

La CIPD supuso un gran cambio con respecto a las políticas de población que hasta entonces se habían discutido en foros internacionales. Políticas cuyo único objetivo consistía en cumplir una serie de metas demográficas para frenar la superpoblación y paliar la pobreza. Y para las cuales el único interés que los temas reproductivos suscitaban se debía a la importancia del control de la fecundidad como medio para alcanzar dichas metas demográficas.

El Programa de Acción de la CIPD da un giro radical al establecer que las políticas de población deben tener como metas el bienestar de los individuos y su calidad de vida y han de localizarse siempre dentro del marco de los derechos humanos. Deja pues de lado las concepciones reduccionistas de las relaciones sexuales como medio para el fin reproductivo y de la mujer como madre y cuidadora. Hace especial hincapié en el empoderamiento de la mujeres como piedra angular de todos los programas, para hacerla autónoma

en todas las esferas vitales y sobre todo respecto a la sexualidad y la reproducción.

Un año más tarde, en Beijing, tiene lugar la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas donde se insiste en los derechos de las mujeres y donde se perfila y refuerza el concepto de salud sexual y reproductiva. Se aprueba la Declaración y la Plataforma de Acción que serán una guía a seguir por gobiernos y entidades de todo el mundo.

La Plataforma afirma de nuevo que “los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia” y reconoce que “la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos”.

Del mismo modo en el artículo 19 de la Declaración se define como “esencial el diseño, implementación y monitoreo, con plena participación de las mujeres, efectivo, eficiente y mutuamente reforzantes de políticas y programas sensibles al género, en todos los niveles, que fomenten el empoderamiento y el progreso de todas las mujeres” y en el artículo 25 se “alienta a los hombres a participar de lleno en todas las acciones encaminadas hacia la igualdad”.

## CAPITULO III

### ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

#### DEFINICIÓN

También conocidas como infecciones de transmisión sexual (ITS), antes enfermedades venéreas, son un conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio de contacto sexual que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales, incluido el sexo vaginal, el sexo anal y el sexo oral. Sin embargo, pueden transmitirse también por uso de jeringas contaminadas o por contacto con la sangre, y algunas de ellas pueden transmitirse durante el embarazo o el parto, desde la madre al hijo.<sup>38</sup>

La mayor parte de las enfermedades de transmisión sexual son causadas por dos tipos de gérmenes: bacterias y virus, pero algunas también son causadas por hongos y protozoarios.

Para prevenir las ETS, es fundamental conocer su existencia, los medios de transmisión, optar por una conducta sexual segura, ya sea abstenerse del contacto sexual, tener pareja única o practicar el sexo seguro y, en caso de presentar síntomas, acudir precozmente a la atención sanitaria. También es imprescindible evitar compartir jeringas (para el consumo de sustancias adictivas, por ejemplo).

La mayoría tienen tratamiento, aunque las que son producidas por virus, nunca curan de manera definitiva, sino que el causante permanece en estado latente, sin manifestarse, dentro del paciente infectado, pudiendo reaparecer otra vez.

Se conocen aproximadamente 30 tipos de éstas enfermedades. La defensa más importante contra las ETS es la prevención, tomando las medidas oportunas por medio del uso del preservativo y la higiene adecuada. La



fidelidad en una pareja es algo esencial en la prevención de estas enfermedades.

Las ETS más comunes son sífilis, gonorrea, chancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal. Hay otras más que se transmiten de esta forma: herpes genital, tricomoniasis, hepatitis, molluscum contagiosum, piojo púbico, y la infección por VIH, que produce el SIDA.

## **EPIDEMIOLOGIA**

Las tasas de incidencia de las ITS siguen siendo altas en la mayor parte del mundo, a pesar de los avances de diagnóstico y terapéuticos que pueden rápidamente hacer que los pacientes con muchas ITS se vuelvan no contagiosos y curar a la mayoría. En muchas culturas, las costumbres sexuales cambiantes y el uso del anticonceptivo oral han eliminado las restricciones sexuales tradicionales, especialmente para las mujeres y, sin embargo, tanto los profesionales de la salud como los pacientes tienen dificultades para tratar abierta y sinceramente los problemas sexuales. Adicionalmente, la difusión mundial de bacterias drogorresistentes (ej., gonococos resistentes a la penicilina) refleja el uso erróneo de antibióticos y la extensión de copias resistentes en las poblaciones móviles. El efecto de los viajes se hace más evidente con la difusión rápida del virus del sida (HIV-1) de África a Europa y al continente americano a finales de la década de 1970.

Las prevalencias de ITS observadas con frecuencia en las adolescentes sexualmente activas tanto con síntomas del tracto genital bajo como sin ellos incluyen *Chlamydia trachomatis* (10-25%), gonorreas de *Neisseria* (3-18%), sífilis (0-3%), *Trichomonas vaginalis* (8-16%), y el virus del herpes simple (2-12%). Entre muchachos adolescentes sin síntomas de uretritis, las tasas aisladas incluyen *C. trachomatis* (9-11%) y gonorreas de *N.* (2-3%).

En 1996, la OMS estimaba que más de 1 millón de personas se infectaban diariamente. Cerca del 60 por ciento de estas infecciones ocurren entre menores de 25 años, y el 30 por ciento de éstos tienen menos de 20 años.

Entre los 14 y los 19 años de edad, las ITS ocurren con más frecuencia en muchachas que muchachos en una proporción casi de 2:1; esto se iguala en ambos sexos hacia los 20 años. Se estima que 340 millones de nuevos casos de sífilis, gonorrea, Chlamydia y de tricomoniasis se dieron en el mundo entero en 1999

## **FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR UNA ETS**

Muchas infecciones de transmisión sexual son transmitidas más fácilmente a través de las membranas mucosas del pene, de la vulva y también de la boca. La membrana visible que cubre el glande del pene es una membrana mucosa (similar a los labios de la boca), aunque no produce ningún moco. Las membranas mucosas se diferencian de la piel en que permiten ciertos microbios en el cuerpo.

Ésta es una de las razones por las que la probabilidad de transmitir muchas infecciones es mucho más alta en el sexo que por otros medios más ocasionales de transmisión, tales como el contacto no sexual, tocarse, abrazos, dar las manos, etc. Pero no es la única razón.

Aunque las membranas mucosas existan tanto en la boca como en los órganos genitales, para muchas ETS parece ser más fácil la transmisión a través de las relaciones sexuales orales que con besos profundos. Incluso muchas infecciones que son fácilmente transmitidas de la boca a los órganos genitales o de los órganos genitales a la boca, son mucho más difíciles de transmitir de una boca a otra. Con el VIH, los líquidos genitales suelen contener mucho más del patógeno que la saliva. Algunas infecciones etiquetadas como ETS pueden ser transmitidas por el contacto directo de la piel, como el herpes simple y el virus del papiloma humano. El virus asociado al sarcoma de Kaposi puede ser transmitido por besos profundos pero también cuando la saliva se utiliza como lubricante sexual.

Dependiendo de la ETS, una persona todavía puede difundir la infección aunque no haya presentes signos de la enfermedad. Por ejemplo, es mucho más probable que una persona difunda la infección del herpes cuando las ampollas están presentes que cuando están ausentes. Sin embargo, una

persona puede difundir la infección del SIDA en cualquier momento, incluso aunque no haya desarrollado síntomas.

Debe considerarse que todos los comportamientos sexuales que implican el contacto con otra persona o sus líquidos corporales contienen un cierto riesgo de transmisión de enfermedades transmitidas sexualmente. La mayor parte de la atención se ha centrado en controlar el VIH, que causa SIDA, pero cada ETS presenta una situación diferente.

Algunas ETS tales como el VIH se pueden transmitir de madre a hijo durante embarazo o la lactancia.

Aunque la probabilidad de transmitir varias infecciones por distintas actividades sexuales varíe mucho, todas las actividades sexuales entre dos (o más) personas se deben considerar generalmente como una ruta de dos direcciones para la transmisión de las ETS.

El uso de condones, es una manera muy confiable de disminuir el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual durante la actividad sexual, pero el sexo seguro no debe ser considerado como una protección absoluta. La abstinencia de las actividades sexuales que involucran a otras personas protegerá contra la transmisión sexual de infecciones.

## **PREVENCIÓN EN GENERAL DE LAS ITS**

La manera más efectiva de prevenir las infecciones de transmisión sexual es evitar el contacto de las partes del cuerpo o de los líquidos que pueden llevar a una transferencia, no necesariamente actividad sexual con una pareja infectada. Ningún contacto es igual a ningún riesgo. La prevención es también clave en el manejo de la ETS viral como el VIH y herpes, pues actualmente son incurables. Muchas enfermedades que establecen infecciones permanentes pueden ocupar el sistema inmune o de defensa, y así otras infecciones se vuelven más fácilmente transmitidas.

Hay disponibles algunas vacunas para proteger contra algunas ETS virales, tales como la hepatitis B y algunos tipos de VPH (virus de papiloma humano). Es aconsejada la vacunación antes de la iniciación de la vida sexual activa para asegurar la máxima protección.

*Los preservativos* o condones solamente proporcionan protección cuando son usados correctamente como barrera desde, y hacia el área que cubre. Las áreas descubiertas todavía son susceptibles a muchas ETS. En el caso del VIH, las rutas de transmisión sexual implican casi siempre el pene, puesto que el VIH no puede esparcirse a través de la piel intacta, así al proteger el pene, con un condón correctamente usado, de la vagina y del ano, se detiene con eficacia su transmisión.

Un líquido infectado en una piel rota que llevase a la transmisión directa del VIH no sería considerado “transmitido sexualmente”, sin embargo puede ocurrir teóricamente durante el contacto sexual; esto puede evitarse simplemente no teniendo contacto sexual cuando se tiene una herida abierta. Otras ETS, incluso infecciones virales, se pueden prevenir con el uso de los condones de látex como barrera.

Un líquido infectado en una piel rota que llevase a la transmisión directa del VIH no sería considerado “transmitido sexualmente”, sin embargo puede ocurrir teóricamente durante el contacto sexual; esto puede evitarse simplemente no teniendo contacto sexual cuando se tiene una herida abierta. Otras ETS, incluso infecciones virales, se pueden prevenir con el uso de los condones de látex como barrera.

Un líquido infectado en una piel rota que llevase a la transmisión directa del VIH no sería considerado “transmitido sexualmente”, sin embargo puede ocurrir teóricamente durante el contacto sexual; esto puede evitarse simplemente no teniendo contacto sexual cuando se tiene una herida abierta. Otras ETS, incluso infecciones virales, se pueden prevenir con el uso de los condones de látex como barrera. Los condones están diseñados, probados, y manufacturados para no fallar si se usan apropiadamente. El condón nunca es un 100% seguro.

## **SIDA**

El **síndrome de inmunodeficiencia adquirida**, conocido por su acrónimo **sida**, es el conjunto de enfermedades de muy diverso tipo (generalmente, procesos infecciosos o tumorales) que resultan de la infección por el virus de la

inmunodeficiencia humana (VIH). El uso de medicamentos combinados puede controlar la replicación del virus y fortalecer el sistema inmunitario; la consecuencia es que la infección se convierte en crónica y no deriva en sida, algo que, en su evolución natural y en la mayoría de los pacientes, ocurriría, como media, a los diez años del contagio, produciéndose la muerte en un periodo de tres a cinco años.

Clínicamente, el sida es declarado cuando un paciente seropositivo presenta un conteo de linfocitos T CD4 inferior a 200 células por mililitro cúbico de sangre. En esta condición, el sistema inmune se halla gravemente deteriorado, de modo que el paciente queda expuesto a diversos procesos patológicos generados por un conjunto de infecciones oportunistas. Cuando las condiciones de los servicios médicos no permiten la realización de pruebas de laboratorio, se declara que un paciente ha desarrollado sida cuando presenta enfermedades que se consideran definitorias del síndrome.

### ***Categorías clínicas***

- **Categoría A:** pacientes con infección primaria o asintomáticos.
- **Categoría B:** pacientes que presentan o hayan presentado síntomas que no pertenecen a la categoría C, pero que están relacionados con la infección de VIH:
  - Angiomatosis bacilar.
  - Candidiasis vulvo-vaginal, o candidiasis oral resistente al tratamiento.
  - Displasia de cérvix uterino o carcinoma de cérvix no invasivo.
  - Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
  - Fiebre menor a 38,5 °C o diarrea, de más de un mes de duración.
  - Herpes zóster (más de un episodio, o un episodio con afección de más de un dermatoma).
  - Leucoplasia oral vellosa.
  - Neuropatía periférica.
  - Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI).

- **Categoría C:** pacientes que presentan o hayan presentado algunas complicaciones incluidas en la definición de sida de 1987 de la OMS:
  - **Infecciones oportunistas:**
    - Infecciones bacterianas:
      - Septicemia por *Salmonella* recurrente (diferente a *Salmonella typhi*).
      - Tuberculosis.
      - Infección por el complejo *Mycobacterium avium* (MAI).
      - Infecciones por micobacterias atípicas.
    - Infecciones víricas:
      - Infección por citomegalovirus (retinitis o diseminada).
      - Infección por el virus del herpes simple (VHS tipos 1 y 2), puede ser crónica o en forma de bronquitis, neumonitis o esofagitis.
    - Infecciones fúngicas:
      - Aspergilosis.
      - Candidiasis, tanto diseminada como del esófago, tráquea o pulmones.
      - Coccidioidomicosis, extrapulmonar o diseminada.
      - Criptococosis extrapulmonar.
      - Histoplasmosis, ya sea diseminada o extrapulmonar.
    - Infecciones por protozoos:
      - Neumonía por *Pneumocystis jiroveci*.
      - Toxoplasmosis neurológica
      - Criptosporidiosis intestinal crónica.
      - Isosporiasis intestinal crónica.
  - **Procesos cronificados:** bronquitis y neumonía.
  - **Procesos asociados directamente con el VIH:**
    - Demencia relacionada con el VIH (encefalopatía por VIH).
    - Leucoencefalopatía multifocal progresiva.

- Síndrome de desgaste o *wasting syndrome*.
- **Procesos tumorales:**
  - Sarcoma de Kaposi.
  - Linfoma de Burkitt.
  - Otros linfomas no-Hodgkin, especialmente linfoma inmunoblástico, linfoma cerebral primario o linfoma de células B.
  - Carcinoma invasivo de cérvix.

El VIH se multiplica, después de la fase aguda primaria de la infección, en los órganos linfoides, sobrecargándolos con un esfuerzo que termina por provocar una reducción severa de la producción de linfocitos. El debilitamiento de las defensas abre la puerta al desarrollo de infecciones oportunistas por bacterias, hongos, protistas y virus. En muchos casos los microorganismos responsables están presentes desde antes, pero desarrollan una enfermedad sólo cuando dejan de ser contenidos por los mecanismos de inmunidad celular que el VIH destruye. Ninguna de estas enfermedades agrede sólo a los VIH positivos, pero algunas eran casi desconocidas antes de la epidemia de VIH y en muchos casos las variantes que acompañan o definen al sida son diferentes por su desarrollo o su epidemiología.

Una vez que un individuo contrae el VIH, es altamente probable que en el transcurso de su vida llegue a desarrollar sida. Si bien algunos portadores permanecen en estado asintomático por largos períodos de tiempo, la única manera de evitar el sida consiste en la prevención de la infección por VIH. La única vía para la transmisión del virus es a través de los fluidos corporales como la sangre y los fluidos corporales. Este virus no se puede transmitir a través de la respiración, la saliva, el contacto casual por el tacto, dar la mano, abrazar, besar en la mejilla, masturbarse mutuamente con otra persona o compartir utensilios como vasos, tazas o cucharas. En cambio, teóricamente es posible que el virus se transmita entre personas a través del beso boca a boca, si ambas personas tienen llagas sangrantes o encías llagadas, pero ese caso

no ha sido documentado y además es considerado muy improbable, ya que la saliva contiene concentraciones mucho más bajas que por ejemplo el semen.

## ***Prevención***

### **Penetración**

La infección por VIH por las relaciones sexuales ha sido comprobado de hombre a mujer, de mujer a hombre, de mujer a mujer y de hombre a hombre. El uso de condones de látex se recomienda para todo tipo de actividad sexual que incluya penetración. Los condones tienen una tasa estimada del 90-95% de efectividad para evitar el embarazo o el contagio de enfermedades, y usado correctamente, esto es, bien conservado, abierto con cuidado y correctamente colocado, es el mejor medio de protección contra la transmisión del VIH. Se ha demostrado repetidamente que el VIH no pasa efectivamente a través de los condones de látex intactos.

El sexo anal, debido a la delicadeza de los tejidos del ano y la facilidad con la que se llagan, se considera la actividad sexual de más riesgo. Por eso los condones se recomiendan también para el sexo anal. El condón se debe usar una sola vez, tirándolo a la basura y usando otro condón cada vez. Debido al riesgo de rasgar (tanto el condón como la piel y la mucosa de la paredes vaginales y anales) se recomienda el uso de lubricantes con base acuosa. La vaselina y los lubricantes basados en aceite o petróleo no deben usarse con los condones porque debilitan el látex y lo vuelven propenso a rasgarse.

### **Sexo oral**

En términos de trasmisión del VIH, se considera que el sexo oral tiene menos riesgos que el vaginal o el anal. Sin embargo, la relativa falta de investigación definitiva sobre el tema, sumada a información pública de dudosa veracidad e influencias culturales, han llevado a que muchos creen, de manera incorrecta, que el sexo oral es seguro. Aunque el factor real de trasmisión oral del VIH no se conoce aún con precisión, hay casos documentados de trasmisión a través de sexo oral por inserción y por recepción (en hombres). Un estudio concluyó que el 7,8% de hombres recientemente infectados en San Francisco



probablemente recibieron el virus a través del sexo oral. Sin embargo, un estudio de hombres españoles que tuvieron sexo oral con compañeros VIH+ a sabiendas de ello no identificó ningún caso de transmisión oral. Parte de la razón por la cual esa evidencia es conflictiva es porque identificar los casos de transmisión oral es problemático. La mayoría de las personas VIH+ tuvieron otros tipos de actividad sexual antes de la infección, por lo cual se hace difícil o imposible aislar la transmisión oral como factor. Factores como las úlceras bucales, etc., también son difíciles de aislar en la transmisión entre personas "sanas". Se recomienda usualmente no permitir el ingreso de semen o fluido preseminal en la boca. El uso de condones para el sexo oral (o protector dental para el cunnilingus) reduce aún más el riesgo potencial. El condón que haya sido utilizado ya para la práctica del sexo oral, debe desecharse. En caso de que exista coito posterior, se utilizará un nuevo profiláctico; ya que las microlesiones que se producen en el látex por el roce con las piezas dentarias, permiten el paso del virus.

### **Vía parenteral**

Se sabe que el VIH se transmite cuando se comparten agujas entre usuarios de drogas inyectables, y éste es uno de las maneras más comunes de transmisión. Todas las organizaciones de prevención del sida advierten a los usuarios de drogas que no compartan agujas, y que usen una aguja nueva o debidamente esterilizada para cada inyección. Los centros y profesionales del cuidado de la salud y de las adicciones disponen de información sobre la limpieza de agujas con lejía. En los Estados Unidos y en otros países occidentales están disponibles agujas gratis en algunas ciudades, en lugares de intercambio de agujas, donde se reciben nuevas a cambio de las usadas, o en sitios de inyecciones seguras.

Los trabajadores médicos pueden prevenir la extensión del VIH desde pacientes a trabajadores y de paciente a paciente, siguiendo normas universales de asepsia o aislamiento contra sustancias corporales, tales como el uso de guantes de látex cuando se ponen inyecciones o se manejan desechos o fluidos corporales, y lavándose las manos frecuentemente.

El riesgo de infectarse con el virus VIH a causa de un pinchazo con una aguja que ha sido usada en una persona infectada es menor de 1 entre 200. Una apropiada profilaxis postexposición con medicamentos anti-VIH logra contrarrestar ese riesgo, reduciendo al mínimo la probabilidad de seroconversión.

## **Saliva**

Después de la sangre, la saliva fue el segundo fluido del cuerpo donde el VIH se aisló. El origen del VIH salivar son los linfocitos infectados de las encías (gingiva). Estas células emigran dentro de la saliva en una tasa de un millón por minuto. Esta migración puede aumentar hasta 10 veces (diez millones de células por minuto) en enfermedades de la mucosa oral, las cuales son frecuentes en un huésped inmunodeficiente (tal como un individuo con infección por VIH). Estudios inmunocitoquímicos recientes muestran que en los pacientes con sida hay una concentración más alta de VIH en los linfocitos salivares que en los linfocitos de la sangre periférica. Esto sugiere que los linfocitos infectados reciben una estimulación antigénica por la flora oral (bacterias en la boca) lo que da lugar a una mayor expresión del virus.

# **MATERIALES Y MÉTODOS**

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación cuali–cuantitativa es de carácter observacional descriptivo, de campo y de corte transversal.

### **AREA DE ESTUDIO**

Se realizó el presente estudio en el Área de la Educación, el Arte y la Comunicación, y en el Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja.

### **UNIVERSO**

Estudiantes de los 2dos. Y 4tos. módulos de las carreras de Derecho, Banca y Finanzas, Educación Básica y Contabilidad y Auditoría de la Universidad Nacional de Loja que representaron un total de 195 estudiantes.

### **MUESTRA**

Alumnos de los 2dos. y 4tos. Módulos de las carreras seleccionadas de la Universidad Nacional de Loja que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

#### *Criterios de Inclusión:*

- Adolescentes y jóvenes entre las edades de 18 a 22 años que cursen el 2do. y 4to. Módulos de las carreras mencionadas.
- Alumnos que no se encuentren actualmente en terapia psicológica o Terapia Familiar

#### *Criterios de Exclusión:*

- Adolescentes menores a 18 años o mayores a 22 años.
- Alumnos que no cursen los 2dos. y 4tos. Módulos de las carreras mencionadas.

- Alumnos que actualmente se encuentren en Terapia por padecimiento de alguna enfermedad de tipo sexual o psicológico, ya que según estudios realizados en el Municipio de Miranda en Colombia, los jóvenes que presentan estas patologías pueden dar una falsa interpretación o una idea no adecuada de los temas relacionados a tema de Sexualidad en general.
- Alumnos que no deseen voluntariamente participar en el estudio.

## **DEFINICIÓN DE VARIABLES**

- 1. Salud Sexual y reproductiva
  - Dimensiones:
    - 1. Salud Sexual y reproductiva:
      - a. Conocimientos
      - b. Actitudes
      - c. Prácticas
    - 2. VIH / SIDA:
      - a. Conocimientos
      - b. Actitudes
      - c. Prácticas
    - 3. Uso del condón o preservativo
      - a. Conocimientos
      - b. Actitudes
      - c. Prácticas
  - Variables Intervinientes:
    - 1. Edad
    - 2. Sexo.

## **TIPO DE MUESTREO:**

El presente estudio utilizará un muestreo no probabilístico ya que el investigador seleccionará la muestra utilizando un criterio subjetivo.

Además es de carácter conveniencial debido a que se pretende obtener resultados mediante la inclusión en la muestra de grupos típicos; y además los elementos que se han escogido son valorados y preestablecidos por el investigador.

## **MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Para la presente investigación se utilizó una encuesta elaborada de manera personal en la que se obtuvieron las variables intervinientes (edad, sexo y procedencia), y los criterios de inclusión y exclusión para los fines de esta investigación.

Se adicionó una pregunta en la cual se tomó en cuenta si los estudiantes se encontraban en algún tratamiento de Terapia de patología de tipo sexual o psicológico.

La parte más importante y esencial de la encuesta titulada “MI SEXUALIDAD Y YO” fue el cuestionario conformado por 142 ítems agrupados en las tres dimensiones propuestas (salud sexual y reproductiva, VIH/SIDA y uso del condón), y tres categorías: percepción de conocimientos, actitudes y prácticas.

Para poder elaborar este instrumento de recolección se revisaron y se han tomaron referencias de algunas encuestas realizadas a nivel mundial, tal es el caso del YRHBS (Youth Risk Health Behaviour Surveillance, el DSFI (Derogatis Sexual Functioning Inventory), el SKAT (Sexual Knowledge and Attitude Test) y el CHIP (Child Health and Illness Profile), y dos encuestas Latinoamericanas realizadas en el Municipio de Cauca y en el Departamento de Cundinamarca

En cuanto a la recolección de datos, y para obtener una mayor confiabilidad de resultados se realizó una prueba piloto de la misma. Para evitar errores no deseados se les explicó la importancia de contestar de acuerdo a los conocimientos que tengan y estilos de vida sexual; las respuestas fueron individuales, anónimas y conocidas solo por el investigador.

## PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS:

En la presente investigación se tomaron las siguientes variables:

- o **Salud Sexual y Reproductiva:** que es el punto de inicio para el análisis de la problemática. Es de carácter cognoscitivo y biológico.
- o **VARIABLES INTERVINIENTES:** Edad y sexo, que son los factores que también intervienen en la aparición y diferenciación de la variable estudiada.

Cada una de estas variables requiere el respectivo análisis ya que son parte de los objetivos planteados, y a su vez nos proporcionarán la guía para el planteamiento de las conclusiones y toma de acciones finales.

Luego de solicitar el permiso correspondiente a los Coordinadores de las Carreras seleccionadas (**ANEXO 2 Y 3**) se indicó a los estudiantes el propósito del estudio, el carácter voluntario y anónimo, y que los resultados obtenidos serán utilizados para fines científicos, pero de una manera anónima y que éstos podrían estar a su completa disposición, si así ellos lo requerían. Se aplicó el instrumento de recolección (**ANEXO 1**), se excluyeron los instrumentos que poseían criterios de exclusión.

El análisis de los datos se realizó asociando cada objetivo con los resultados obtenidos en la encuesta aplicada. Estos resultados recolectados fueron tabulados de manera manual, e ingresados en una base de datos creada en el Programa Microsoft Excel®, para luego ser analizada, redistribuida y agrupada de acuerdo a los ítems propuestos por el investigador. Este reagrupamiento de los ítems planteados se dio con el objetivo de simplificar la información obtenida y poderla presentar en cuadros estadísticos confiables y agrupados por categorías teniendo en cuenta factores tales como, género, y grupos etarios. Todo esto agrupado en las tres categorías y las tres dimensiones planteadas al inicio de la investigación.

Para realizar el análisis del conocimiento en cuanto a Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes se procedió de la siguiente manera: del total de preguntas de conocimientos se calculó el número de respuestas consideradas acertadas de cada estudiante; posteriormente se encontrará el promedio de cada uno, dándoles una calificación de la siguiente manera:

*Deficientes o inadecuados: menos del 25% de respuestas correctas*  
*Malos o medianamente adecuados: del 25 al 60% de respuestas correctas*  
*Bueno o adecuados: del 60 al 85% de respuestas correctas*  
*Muy buenos o Muy adecuados: mayor al 85% de respuestas correctas.*

Teniendo en cuenta esto tenemos que:

### **DIMENSIÓN 1: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

#### **Conocimientos (preguntas de la 1 a la 28 del instrumento de recolección)**

*Inadecuados: 6 respuestas acertadas o menos*  
*Medianamente adecuados: 7 a 16 respuestas acertadas*  
*Adecuados: 17 a 23 respuestas acertadas*  
*Muy adecuados: 24 a 28 respuestas acertadas*

#### **Actitudes (preguntas de la 66 a la 93 del instrumento de recolección)**

*Inadecuadas: 6 respuestas acertadas o menos*  
*Medianamente adecuadas: 7 a 16 respuestas acertadas*  
*Adecuadas: 17 a 23 respuestas acertadas*  
*Muy Adecuadas: de 24 a 28 respuestas acertadas*

#### **Prácticas (preguntas de la 108 a la 125, incluidas las preguntas de la 138 a la 142 del instrumento de recolección)**

*Inadecuadas: 5 respuestas acertadas o menos*  
*Medianamente adecuadas: 6 a 13 respuestas acertadas*  
*Adecuadas: 14 a 19 respuestas acertadas*  
*Muy Adecuadas: 20 a 23 respuestas acertadas*



## **DIMENSIÓN 2: VIH/SIDA**

### **Conocimientos (preguntas de la 29 a la 51 del instrumento de recolección)**

*Inadecuados*: 5 respuestas acertadas o menos

*Medianamente adecuados*: de 6 a 13 respuestas acertadas

*Adecuados*: 14 a 19 respuestas acertadas

*Muy adecuados*: de 20 a 23 respuestas acertadas

### **Actitudes (preguntas de la 94 a la 101 del instrumento de recolección)**

*Inadecuadas*: 2 respuestas acertadas o menos

*Medianamente adecuadas*: de 3 a 5 respuestas acertadas

*Adecuadas*: 6 y 7 respuestas acertadas

*Muy Adecuadas*: 8 respuestas acertadas

### **Prácticas (preguntas de la 126 a la 130 del instrumento de recolección)**

*Inadecuadas*: 2 respuestas acertadas o menos

*Medianamente adecuadas*: 3 respuestas acertadas

*Adecuadas*: 4 respuestas acertadas

*Muy Adecuadas*: 5 respuestas acertadas

## **DIMENSIÓN 3: USO DEL CONDÓN**

### **Conocimientos (preguntas de la 52 a la 65 del instrumento de recolección)**

*Inadecuados*: 3 respuestas acertadas o menos

*Medianamente adecuados*: de 4 a 8 respuestas acertadas

*Adecuados*: 9 a 12 respuestas acertadas

*Muy adecuados*: 13 y 14 respuestas acertadas

### **Actitudes (preguntas de la 102 a la 107 del instrumento de recolección)**

*Inadecuadas*: 2 respuestas acertadas o menos

*Medianamente adecuadas*: 3 y 4 respuestas acertadas

*Adecuadas*: 5 respuestas acertadas

*Muy Adecuadas*: 6 respuestas acertadas

**Prácticas** (preguntas de la 131 a la 137 del instrumento de recolección)

*Inadecuadas:* 2 respuestas acertadas o menos

*Medianamente adecuadas:* 3 y 4 respuestas acertadas

*Adecuadas:* 5 y 6 respuestas acertadas

*Muy Adecuadas:* 7 respuestas acertadas

De esta misma manera se agruparon algunas otras categorías, como por ejemplo el género y la edad, pero siempre en correlación con las dimensiones y características señaladas, con el afán de presentar resultados confiables y que nos puedan brindar lineamientos para plantear las respectivas alternativas conforme a la problemática que se detecte.

La presentación de los datos finales se realizó mediante tablas y gráficos; el análisis se efectuó mediante porcentajes y la discusión se realizó en base a estudios similares de temática y población; demostrando así la relevancia que tuvo este trabajo para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en torno a la sexualidad y reproducción.

# **RESULTADOS**

## EDAD DE ENCUESTADOS

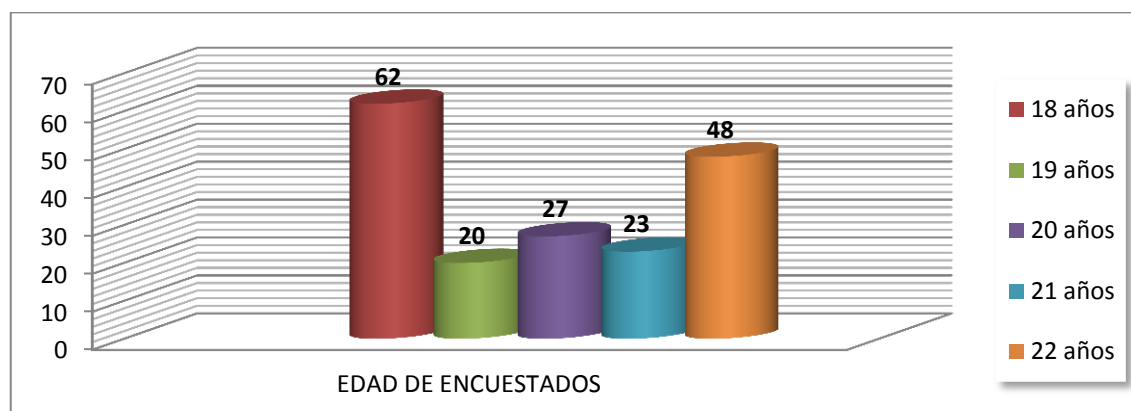
**CUADRO Nº 01**

<b>Indicador</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
18 años	62	34,44%
19 años	20	11,11%
20 años	27	15,00%
21 años	23	12,78%
22 años	48	26,67%
<b>TOTALES</b>	<b>180</b>	<b>100,00%</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO Nº 01**



### **INTERPRETACION:**

Según las encuestas realizadas tenemos una prevalencia de estudiantes con edades de 18 años (62 encuestados que equivalen a 34,44%) y 22 años. (48 encuestados, que equivalen a 26,67%).

## GÉNERO DE ENCUESTADOS

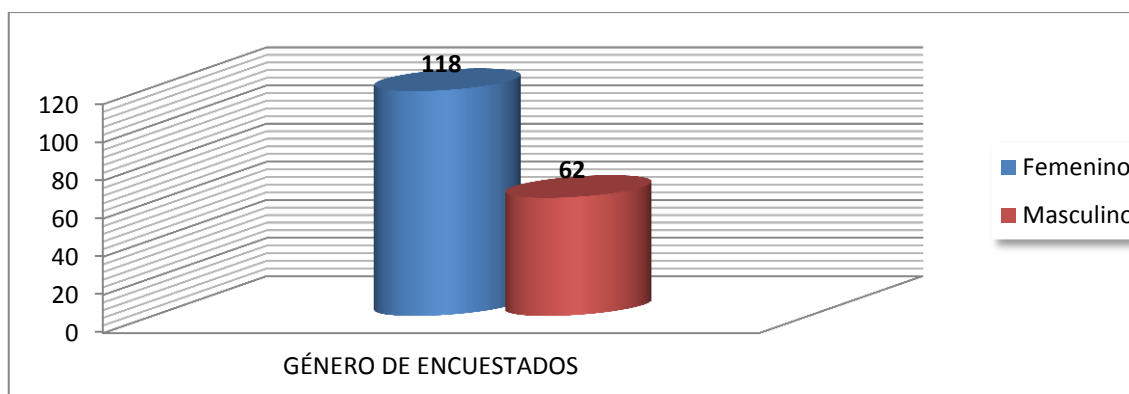
**CUADRO N° 02**

<b>Indicador</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Femenino	118	65,56%
Masculino	62	34,44%
<b>TOTALES</b>	<b>180</b>	<b>100,00%</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO N° 02**



### **INTERPRETACION:**

De las encuestas aplicadas tenemos como datos que un 65,65% de los encuestados son de género femenino (118 estudiantes), y el 34,44% de los encuestados (62 estudiantes), pertenecen al género masculino.

## CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

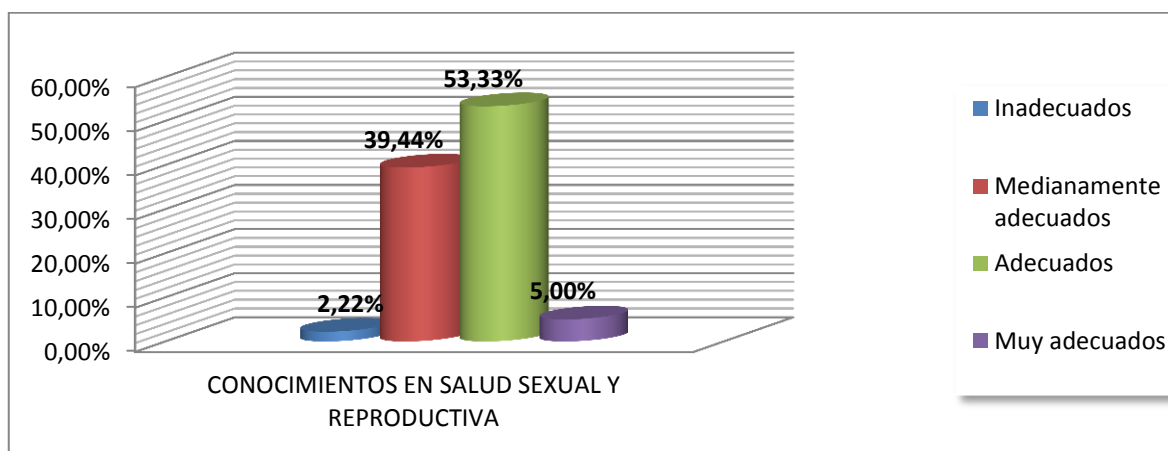
**CUADRO Nº 03**

<b>Indicador</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Inadecuados	4	2,22%
Medianamente adecuados	71	39,44%
Adecuados	96	53,33%
Muy adecuados	9	5,00%
<b>TOTALES</b>	<b>180</b>	<b>100,00%</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO Nº 03**



### **INTERPRETACION:**

De las encuestas realizadas pudimos establecer que los jóvenes reportan conocimientos adecuados sobre salud sexual y reproductiva, así lo refleja el 53,33% de los encuestados (96 jóvenes), mientras que el 2,22% (4 encuestados) reportan conocimientos inadecuados en salud sexual y reproductiva.

## **CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

### **DISTRIBUCIÓN POR EDADES**

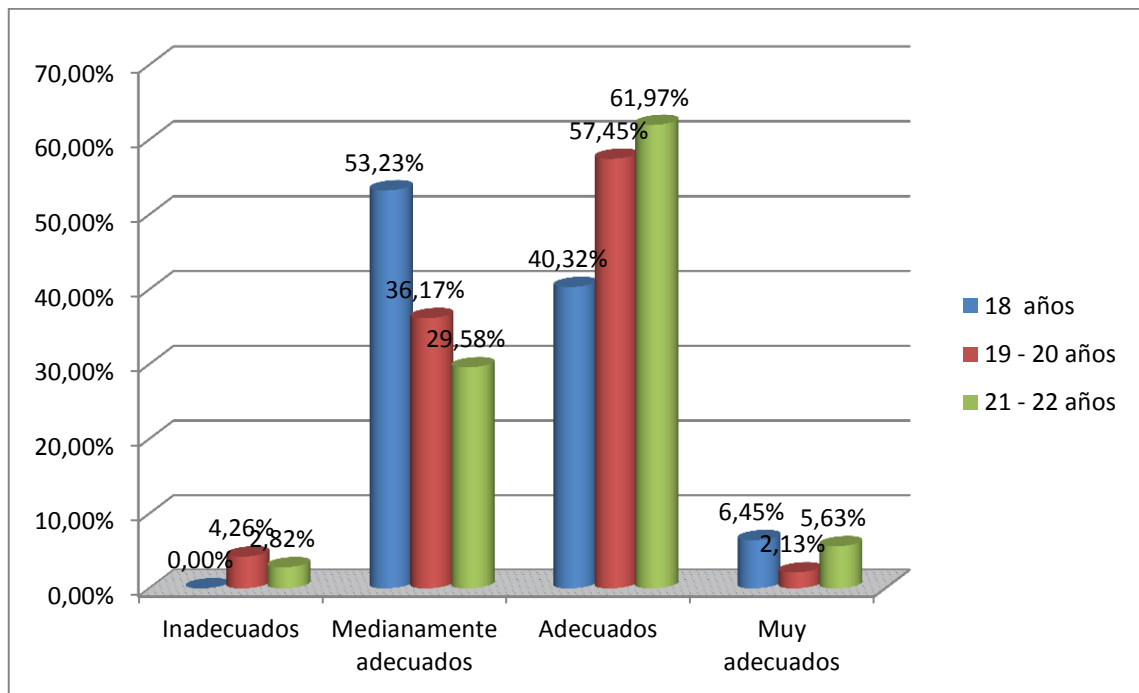
**CUADRO Nº 04**

<b>EDADES</b>	<b>Inadecuados</b>	<b>Medianamente adecuados</b>	<b>Adecuados</b>	<b>Muy adecuados</b>	<b>TOTAL</b>
<b>18 años</b>	0,00%	53,23%	40,32%	6,45%	<b>62</b>
<b>19 - 20 años</b>	4,26%	36,17%	57,45%	2,13%	<b>47</b>
<b>21 - 22 años</b>	2,82%	29,58%	61,97%	5,63%	<b>71</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO Nº 04**



### **INTERPRETACION:**

El grupo etario que reporta mayor nivel de conocimientos (adecuados), es el de 21 a 22 años, con un porcentaje de 61,97%, mientras que el grupo de 18 años es el que menos conocimientos reporta (40,32% de conocimientos adecuados y 6,45% de conocimientos muy adecuados).

## CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

### DISTRIBUCIÓN POR GENEROS

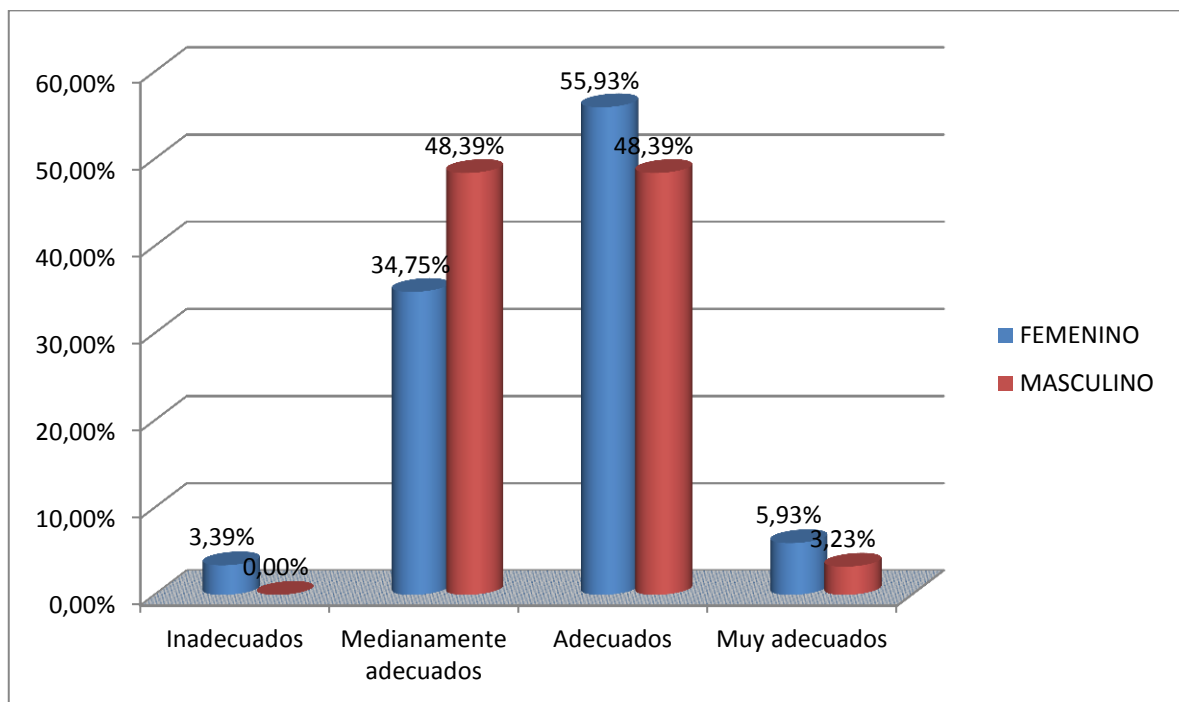
CUADRO Nº 05

GENERO	Inadecuados	Medianamente adecuados	Adecuados	Muy adecuados	TOTAL
FEMENINO	3,39%	34,75%	55,93%	5,93%	118
MASCULINO	0,00%	48,39%	48,39%	3,23%	62

FUENTE: Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

RESPONSABLE: José F. Morocho G. (Investigador)

GRÁFICO Nº 05



### INTERPRETACION:

Se reportó un 55, 93% de encuestados de género femenino que se enmarcan dentro de los conocimientos adecuados en torno a salud sexual y reproductiva, así como también un porcentaje de 48, 39% de varones que presentan conocimientos adecuados.



## **ACTITUDES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

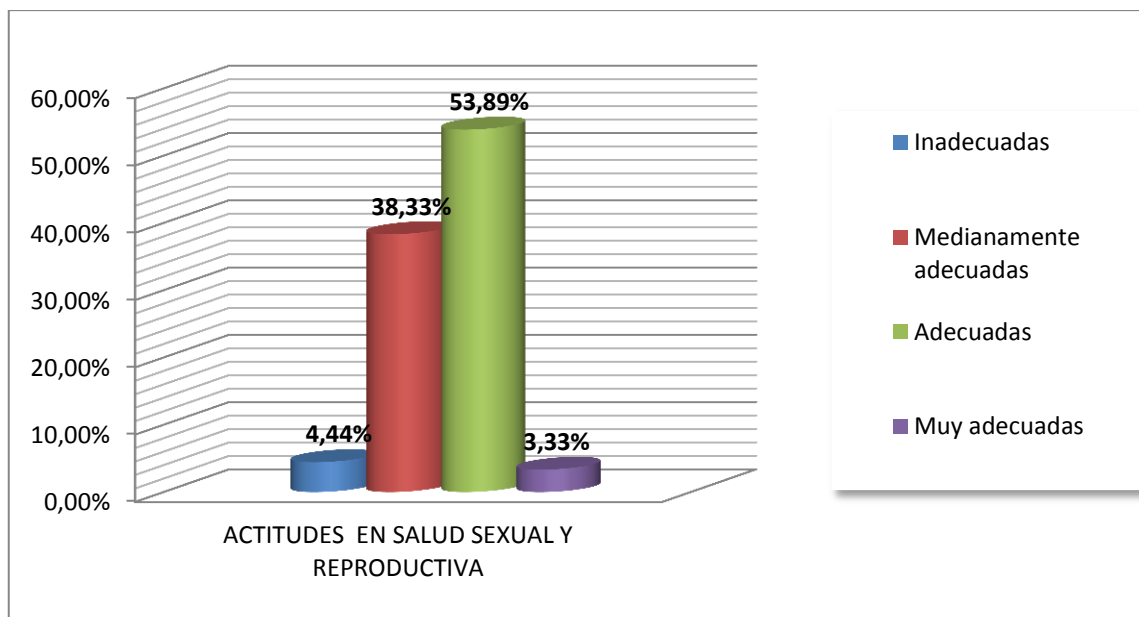
**CUADRO Nº 6**

<b>Indicador</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Inadecuadas	8	4,44%
Medianamente adecuadas	69	38,33%
Adecuadas	97	53,89%
Muy adecuadas	6	3,33%
<b>TOTALES</b>	<b>180</b>	<b>100,00%</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO Nº 6**



### **INTERPRETACION:**

De las encuestas realizadas obtenemos el dato que la mayoría de encuestados (97 jóvenes, que representan un 53,89%), tienen actitudes adecuadas con respecto a la salud sexual y reproductiva, y tan solo el 3,33% (6 encuestados), tienen actitudes muy adecuadas en relación a la salud sexual y reproductiva; sin embargo un grupo considerable (38,33%) reporta actitudes medianamente adecuadas.

**ACTITUDES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**  
**DISTRIBUCIÓN POR EDADES**

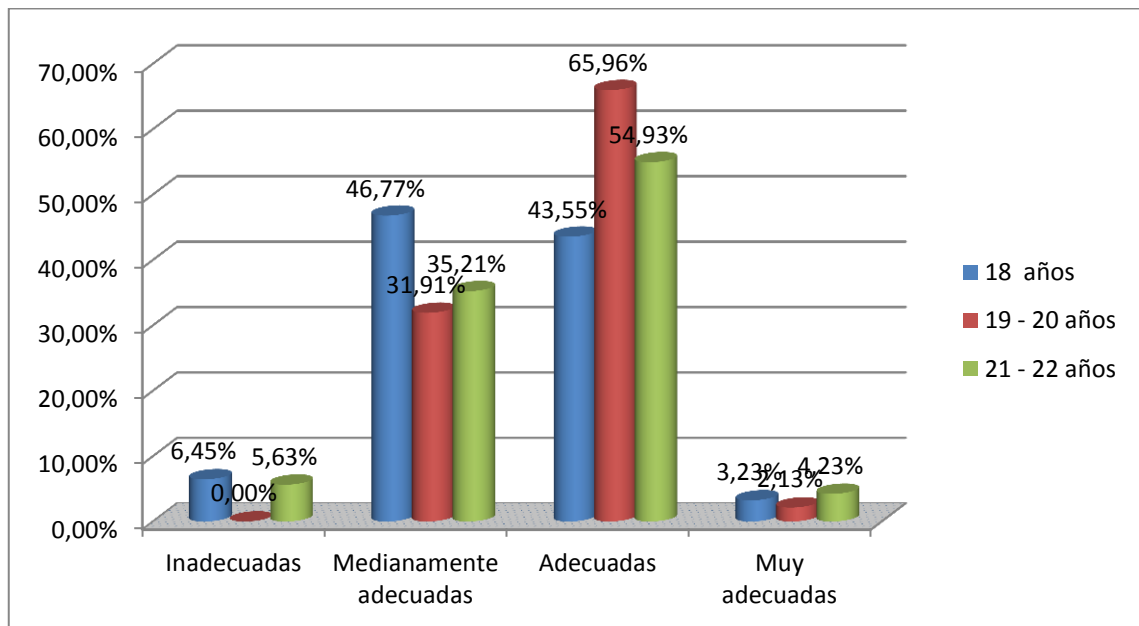
**CUADRO Nº 07**

<b>EDADES</b>	<b>Inadecuadas</b>	<b>Medianamente adecuadas</b>	<b>Adecuadas</b>	<b>Muy adecuadas</b>	<b>TOTAL</b>
<b>18 años</b>	6,45%	46,77%	43,55%	3,23%	<b>62</b>
<b>19 - 20 años</b>	0,00%	31,91%	65,96%	2,13%	<b>47</b>
<b>21 - 22 años</b>	5,63%	35,21%	54,93%	4,23%	<b>71</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO Nº 07**



**INTERPRETACION:**

El grupo etario que reporta actitudes adecuadas en mayor proporción es el comprendido entre los 19 y 20 años, así lo demuestra el 65,96% de encuestados, mientras que el grupo que presenta actitudes no adecuadas es el comprendido en los 18 años, ya que el 6,45% se ubica en las actitudes inadecuadas y el 46,77% en las actitudes medianamente adecuadas.

## ACTITUDES EN SALUD SEXUAL Y RERODUCTIVA

### DISTRIBUCIÓN POR GENEROS

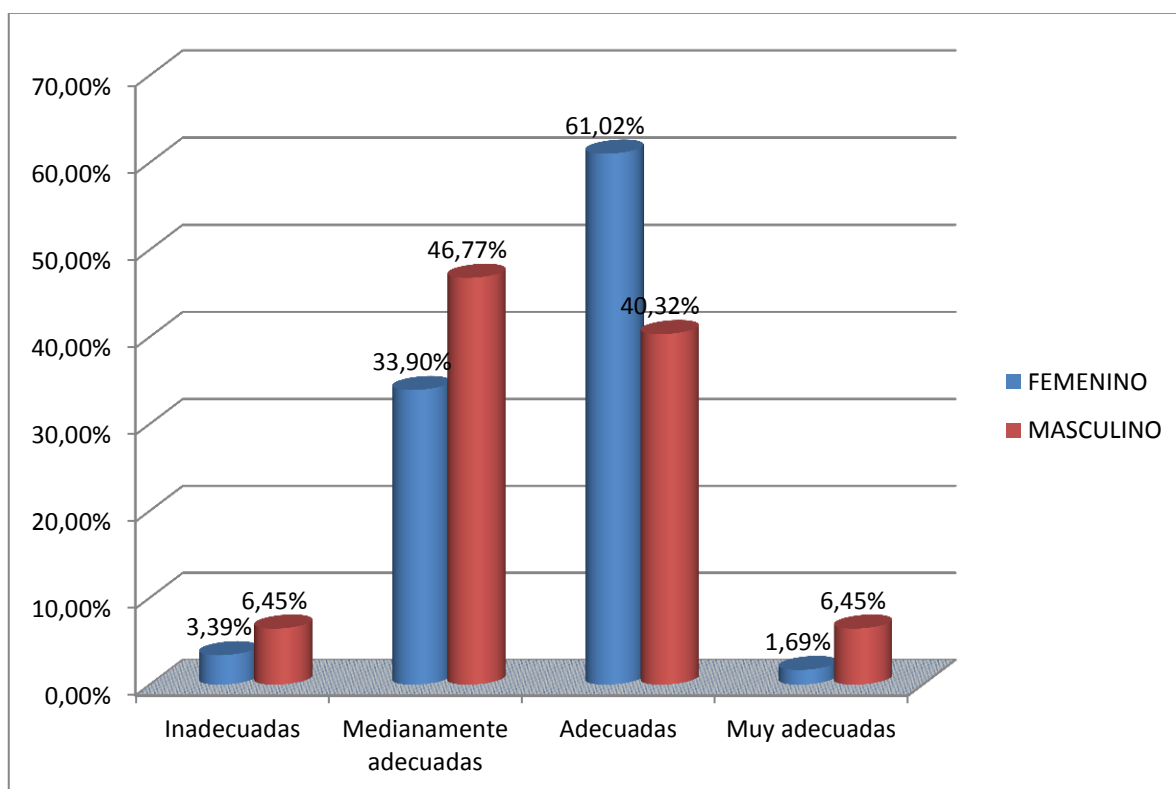
**CUADRO Nº 08**

<b>GENERO</b>	<b>Inadecuadas</b>	<b>Medianamente adecuadas</b>	<b>Adecuadas</b>	<b>Muy adecuadas</b>	<b>TOTAL</b>
<b>FEMENINO</b>	3,39%	33,90%	61,02%	1,69%	<b>118</b>
<b>MASCULINO</b>	6,45%	46,77%	40,32%	6,45%	<b>62</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO Nº 08**



### **INTERPRETACION:**

El género femenino reporta mejores actitudes frente a temas de salud sexual y reproductiva, así lo demuestra el 61,02% de encuestadas que se ubican dentro del parámetro de actitudes adecuadas, en contraposición los varones se ubican en su mayoría en las actitudes medianamente adecuadas en un 46,77% e incluso el 6,45% está enmarcado en las actitudes inadecuadas.

## PRACTICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

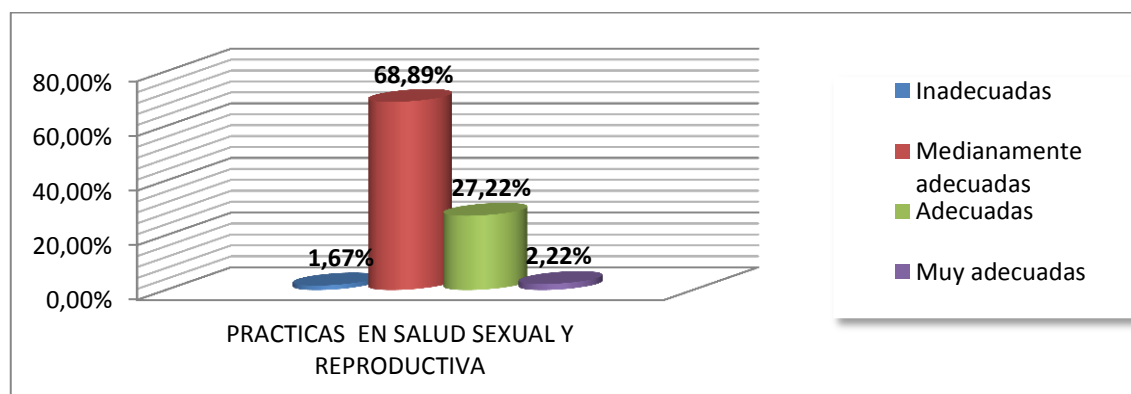
**CUADRO N° 09**

<b>Indicador</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Inadecuadas	3	1,67%
Medianamente adecuadas	124	68,89%
Adecuadas	49	27,22%
Muy adecuadas	4	2,22%
<b>TOTALES</b>	<b>180</b>	<b>100,00%</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO N° 09**



### **INTERPRETACION:**

De las encuestas aplicadas podemos establecer que un mínimo número de los encuestados (2,22% del total), reportan prácticas muy adecuadas de salud sexual y reproductiva, y la gran mayoría de los mismos (124 encuestados, que representan el 68,89%) reportan prácticas medianamente adecuadas en cuanto a la salud sexual y reproductiva

**PRÁCTICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**  
**DISTRIBUCIÓN POR EDADES**

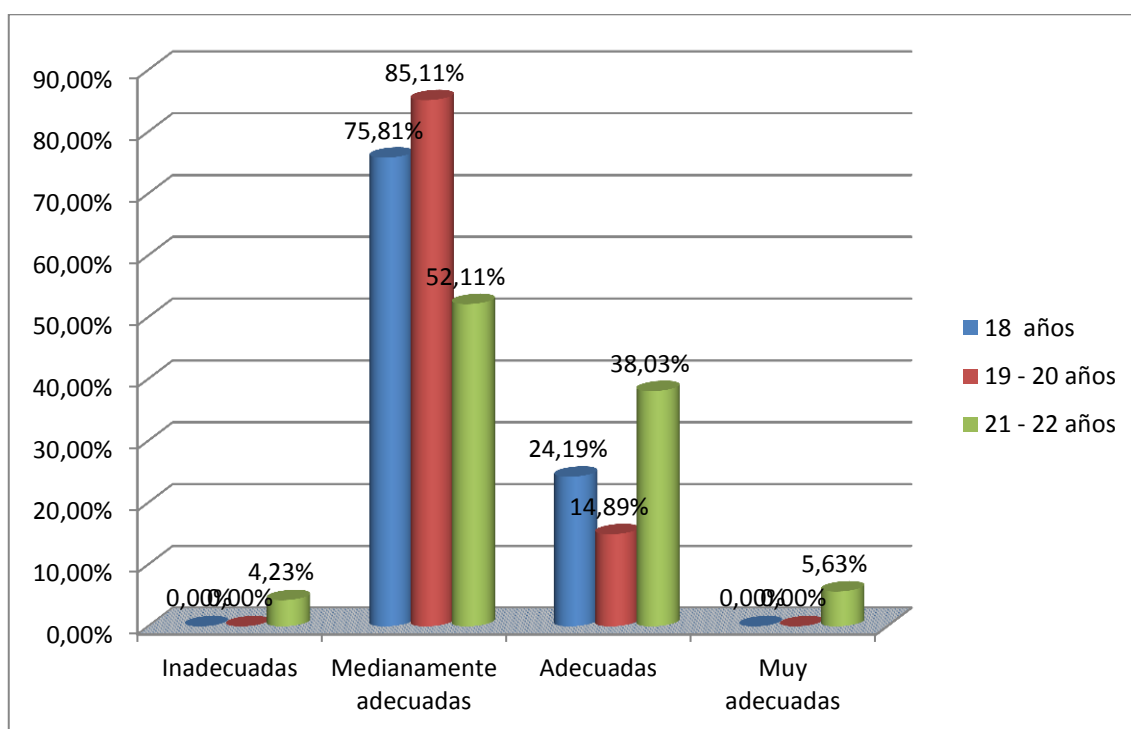
**CUADRO Nº 10**

<b>EDADES</b>	<b>Inadecuadas</b>	<b>Medianamente adecuadas</b>	<b>Adecuadas</b>	<b>Muy adecuadas</b>	<b>TOTAL</b>
<b>18 años</b>	0,00%	75,81%	24,19%	0,00%	<b>62</b>
<b>19 - 20 años</b>	0,00%	85,11%	14,89%	0,00%	<b>47</b>
<b>21 - 22 años</b>	4,23%	52,11%	38,03%	5,63%	<b>71</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO Nº 10**



**INTERPRETACION:**

El grupo etario que reporta prácticas medianamente adecuadas en torno a salud sexual y reproductiva, en mayor proporción es el comprendido entre los 19 y 20 años, con un 85,11% de la totalidad de encuestados mientras que el grupo que se ve afectado en mayor proporción en este ámbito es el de 21 a 22 años, ya que solamente el 52,11% se enmarca en este parámetro.

## PRACTICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

### DISTRIBUCIÓN POR GENEROS

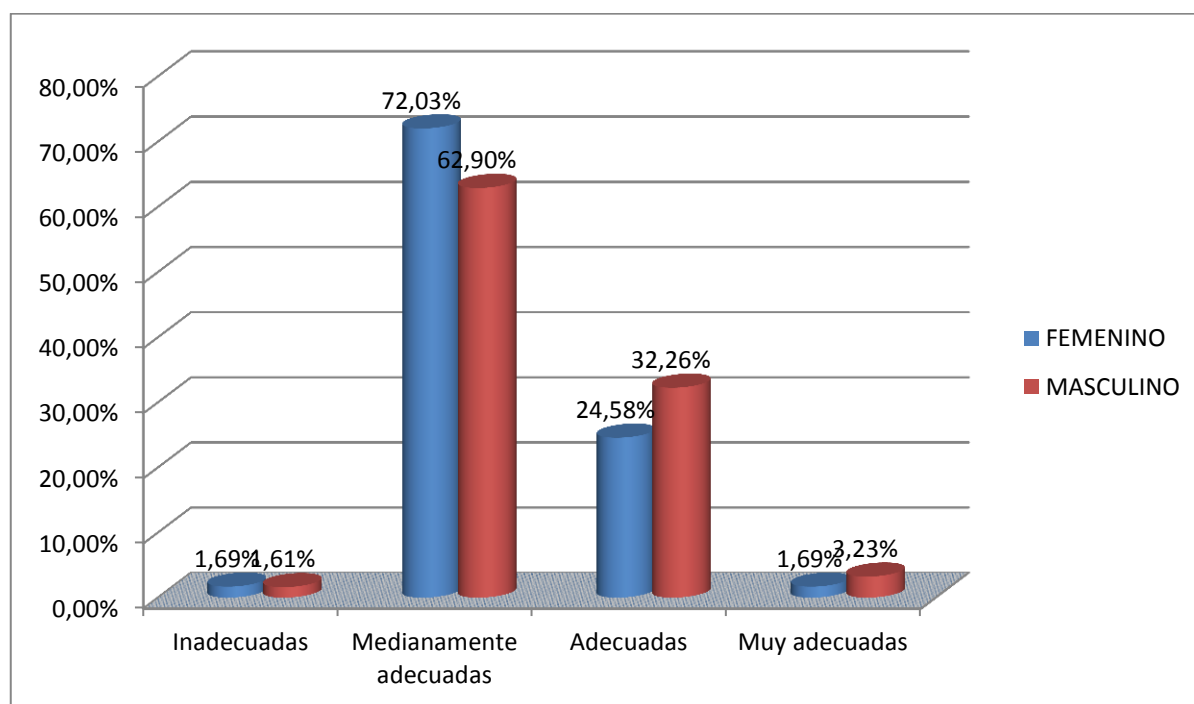
CUADRO Nº 11

GENERO	Inadecuadas	Medianamente adecuadas	Adecuadas	Muy adecuadas	TOTAL
FEMENINO	1,69%	72,03%	24,58%	1,69%	118
MASCULINO	1,61%	62,90%	32,26%	3,23%	62

FUENTE: Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

RESPONSABLE: José F. Morocho G. (Investigador)

GRÁFICO Nº 11



### INTERPRETACION:

El género femenino reporta prácticas medianamente adecuadas en mayor proporción, teniendo así que le 72,03% se ubica en esta definición, mientras que los varones muestran mayores prácticas adecuadas en relación al género opuesto, así lo demuestra el 32,26% enmarcado en las prácticas adecuadas.

## **CONOCIMIENTOS EN VIH/SIDA**

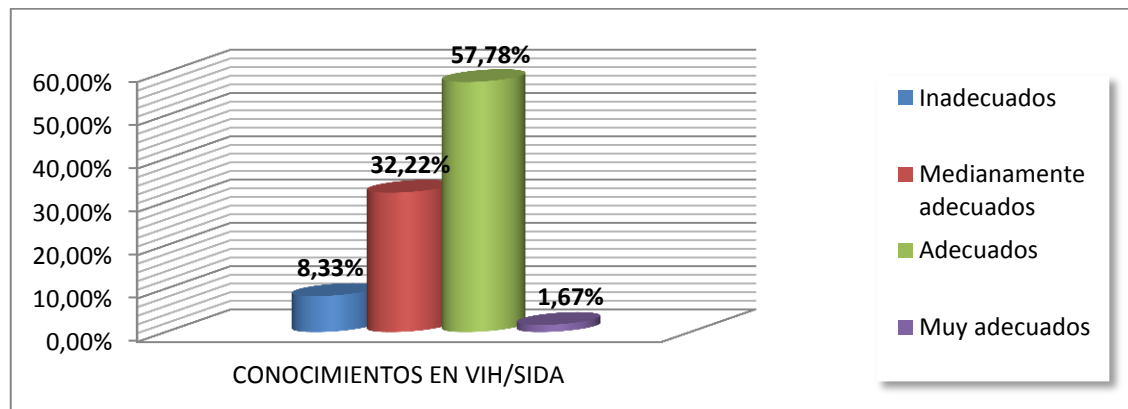
**CUADRO Nº 12**

<b>Indicador</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Inadecuados	15	8,33%
Medianamente adecuados	58	32,22%
Adecuados	104	57,78%
Muy adecuados	3	1,67%
<b>TOTALES</b>	<b>180</b>	<b>100,00%</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO Nº 12**



### **INTERPRETACION:**

Según las encuestas aplicadas se puede establecer que el 57,78% de los encuestados (dato equivalente a 104 jóvenes), tienen conocimientos adecuados en cuanto al VIH y SIDA; mientras que tan solo 3 encuestados (equivalente al 1,67 %) tienen conocimientos muy adecuados sobre estas temáticas.

## CONOCIMIENTOS EN VIH/SIDA - DISTRIBUCIÓN POR EDADES

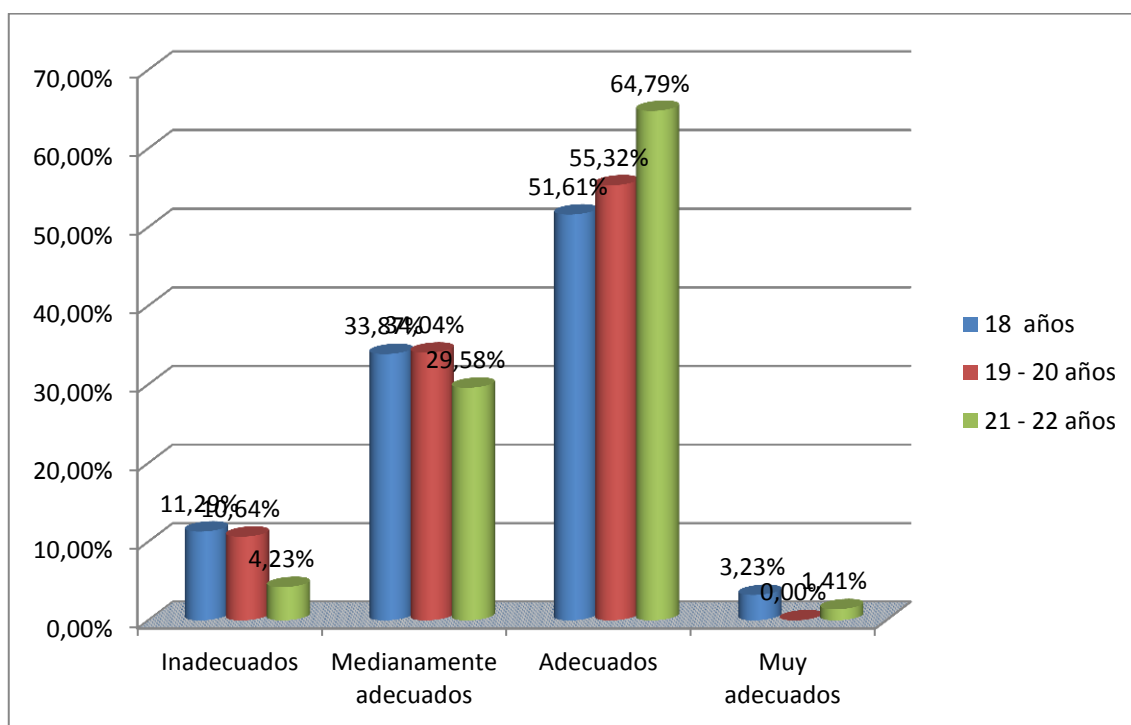
**CUADRO Nº 13**

EDADES	Inadecuados	Medianamente adecuados	Adecuados	Muy adecuados	TOTAL
<b>18 años</b>	11,29%	33,87%	51,61%	3,23%	<b>62</b>
<b>19 - 20 años</b>	10,64%	34,04%	55,32%	0,00%	<b>47</b>
<b>21 - 22 años</b>	4,23%	29,58%	64,79%	1,41%	<b>71</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO Nº 13**



### **INTERPRETACION:**

Se reporta en la encuesta realizada que todos los grupos etarios muestran conocimientos adecuados en torno a los temas de VIH y SIDA, así lo demuestran el 51,61% de jóvenes de 18 años, el 55,32% de jóvenes entre 19 y 20 años y el 64,79% de encuestados comprendidos entre los 21 y 22 años.



## CONOCIMIENTOS EN VIH/SIDA - DISTRIBUCIÓN POR GENEROS

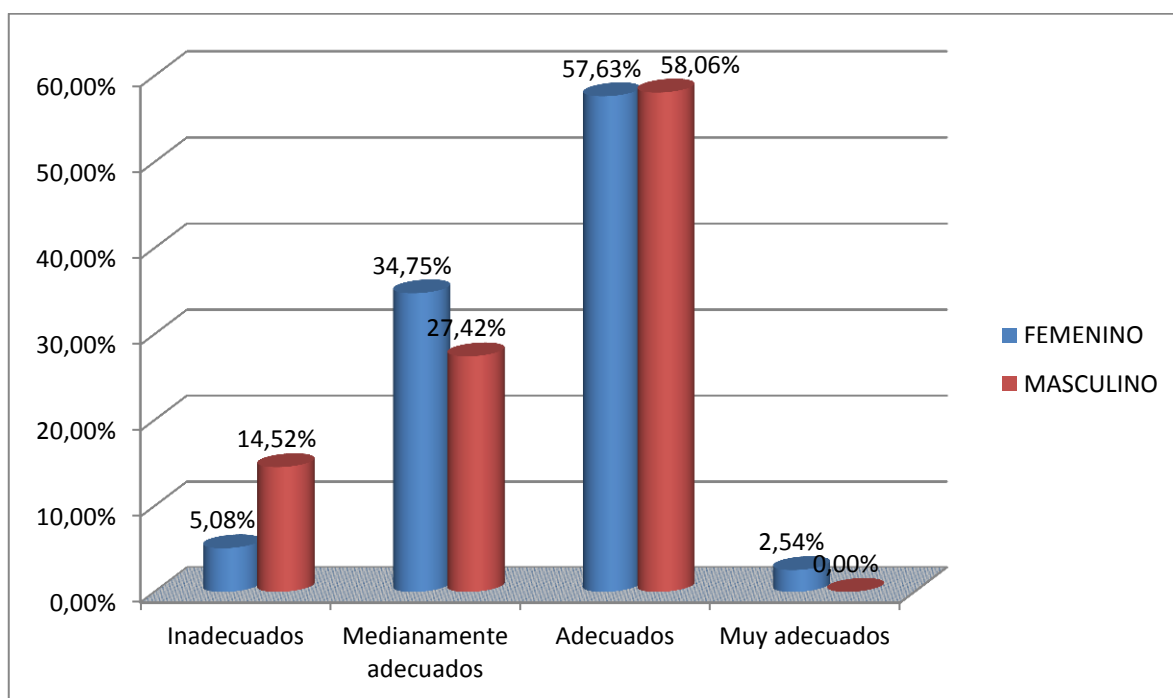
**CUADRO Nº 14**

GENERO	Inadecuados	Medianamente adecuados	Adecuados	Muy adecuados	TOTAL
<b>FEMENINO</b>	5,08%	34,75%	57,63%	2,54%	<b>118</b>
<b>MASCULINO</b>	14,52%	27,42%	58,06%	0,00%	<b>62</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO Nº 14**



### **INTERPRETACION:**

Tanto el género masculino como el femenino reporta conocimientos adecuados en torno a temas de VIH y SIDA, así tenemos que el 57,63% de mujeres se ubican en este parámetro, de la misma manera los varones en un 58,06% están reportando conocimientos adecuados.

## ACTITUDES EN VIH/SIDA/ITS

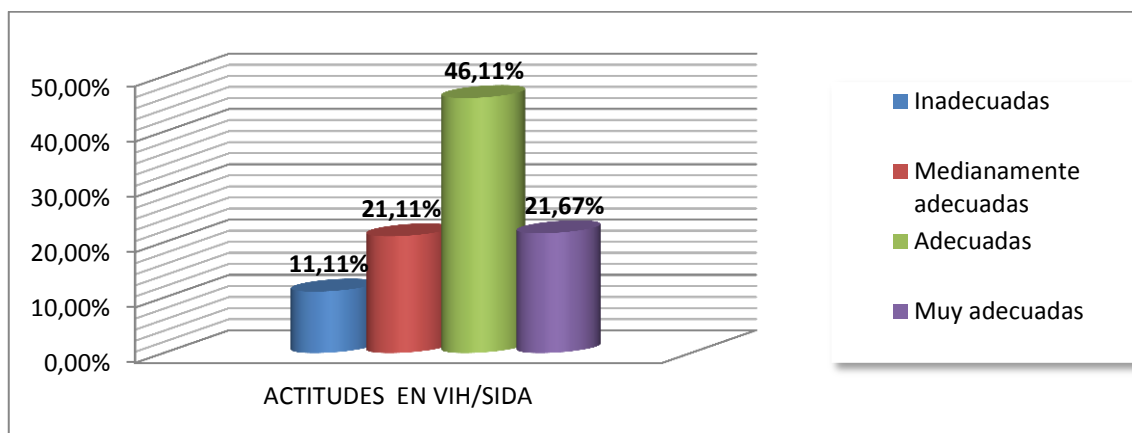
**CUADRO Nº 15**

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuadas	20	11,11%
Medianamente adecuadas	38	21,11%
Adecuadas	83	46,11%
Muy adecuadas	39	21,67%
<b>TOTALES</b>	<b>180</b>	<b>100,00%</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO Nº 15**



### **INTERPRETACION:**

De las encuestas realizadas pudimos establecer que 83 encuestados, correspondientes al 46,11% de la totalidad, tienen actitudes adecuadas con respecto a temas con relación al VIH y SIDA. Mientras que el 11.11% de jóvenes (20 encuestados), tienen actitudes inadecuadas en relación a los mismos temas.

**ACTITUDES EN VIH/SIDA/ITS - DISTRIBUCIÓN POR EDADES**

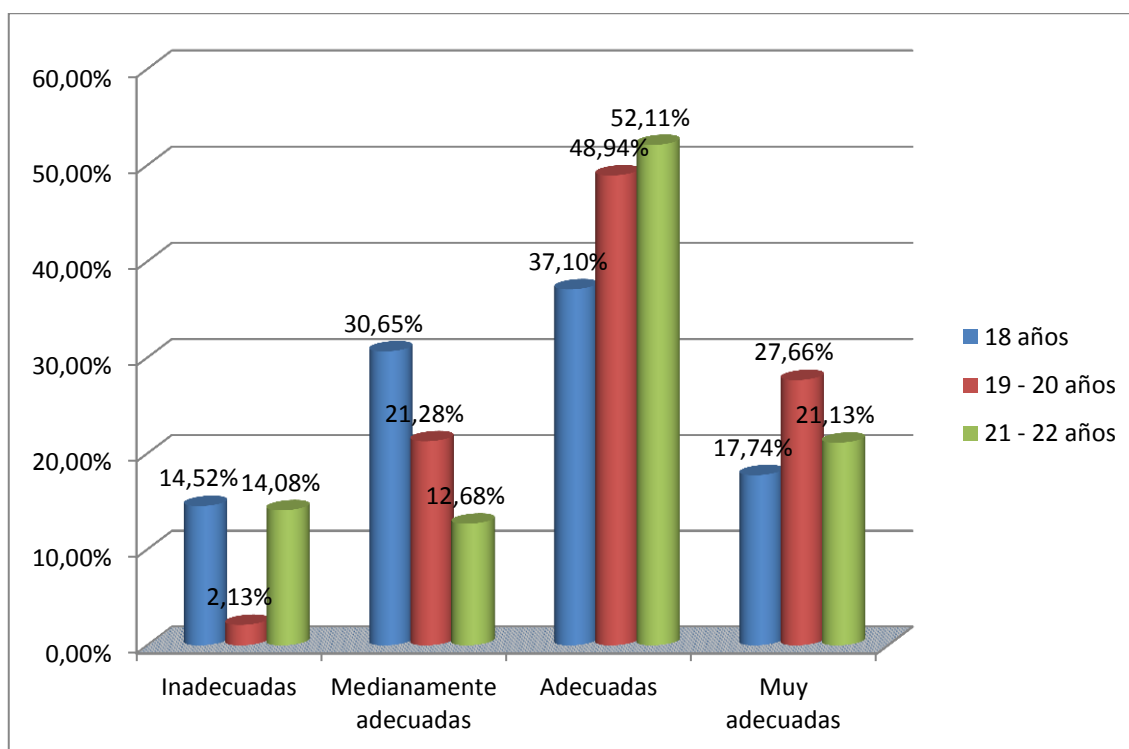
**CUADRO Nº 16**

<b>EDADES</b>	<b>Inadecuadas</b>	<b>Medianamente adecuadas</b>	<b>Adecuadas</b>	<b>Muy adecuadas</b>	<b>TOTAL</b>
<b>18 años</b>	14,52%	30,65%	37,10%	17,74%	<b>62</b>
<b>19 - 20 años</b>	2,13%	21,28%	48,94%	27,66%	<b>47</b>
<b>21 - 22 años</b>	14,08%	12,68%	52,11%	21,13%	<b>71</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO Nº 16**



**INTERPRETACION:**

Todos los grupos etarios muestran una mayor tendencia hacia las actitudes adecuadas en torno a temas en relación a VIH y SIDA, así lo demuestran: el 52,11% de encuestados de 22 y 22 años, el 48,94% de jóvenes de 19 y 20 años y el 37,10% de jóvenes con 18 años de edad.

## ACTITUDES EN VIH/SIDA - DISTRIBUCIÓN POR GENEROS

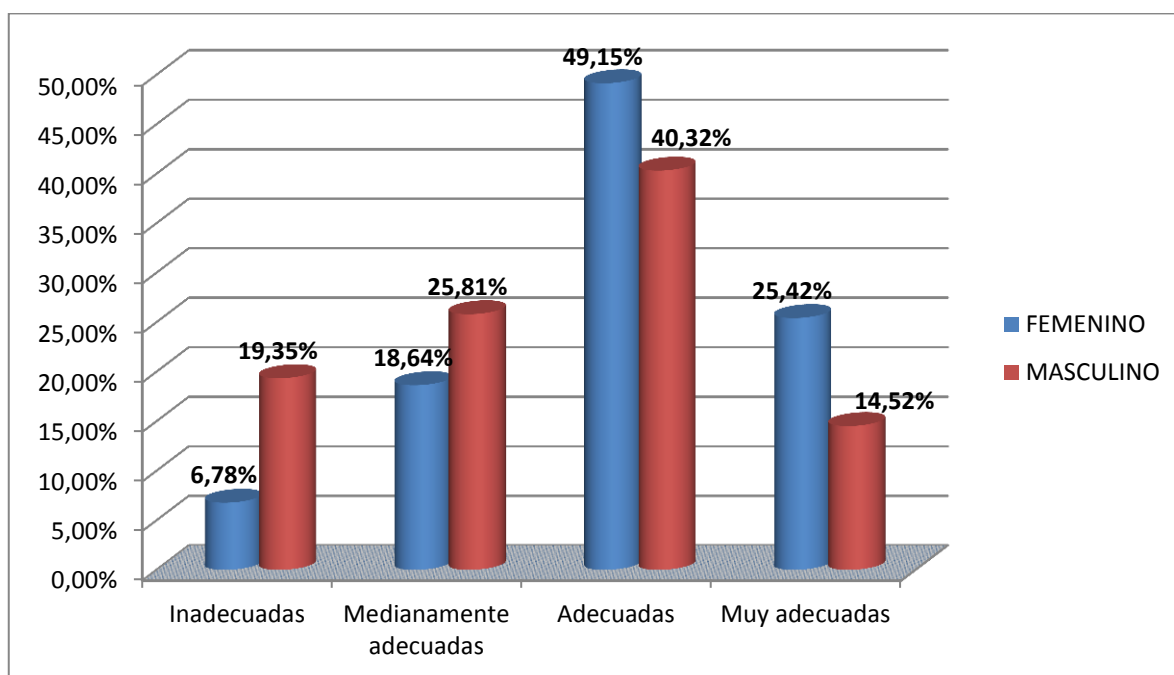
**CUADRO Nº 17**

GENERO	Inadecuadas	Medianamente adecuadas	Adecuadas	Muy adecuadas	TOTAL
<b>FEMENINO</b>	6,78%	18,64%	49,15%	25,42%	<b>118</b>
<b>MASCULINO</b>	19,35%	25,81%	40,32%	14,52%	<b>62</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO Nº 17**



### **INTERPRETACION:**

Las actitudes adecuadas son las que predominan en los jóvenes tanto en el género masculino como el femenino, así lo demuestra el 49,15% de mujeres y el 40,32% de hombres ubicados en este parámetro.

## **PRÁCTICAS EN VIH/SIDA/ITS**

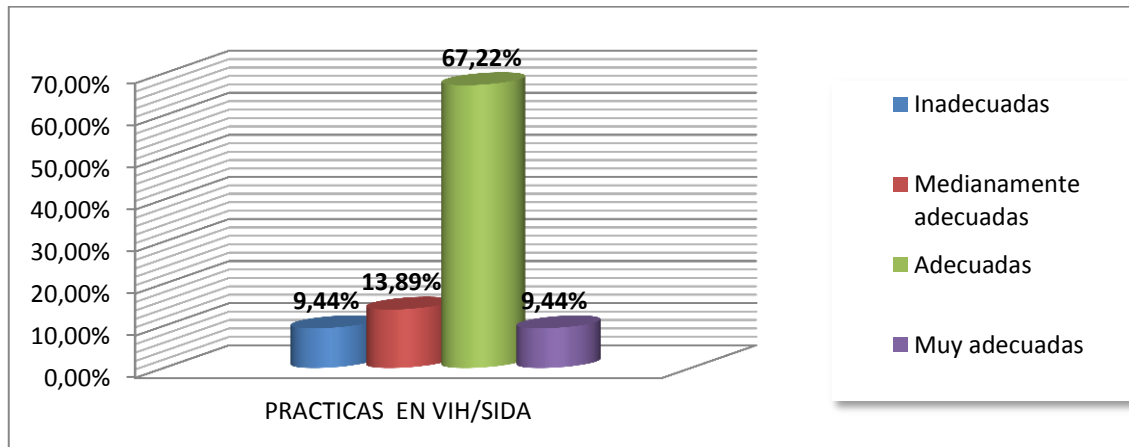
**CUADRO N° 18**

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuadas	17	9,44%
Medianamente adecuadas	25	13,89%
Adecuadas	121	67,22%
Muy adecuadas	17	9,44%
<b>TOTALES</b>	<b>180</b>	<b>100,00%</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO N° 18**



### **INTERPRETACION:**

De las encuestas realizadas pudimos establecer que un alto porcentaje de encuestados (67,22%), que equivale a 121 jóvenes, tienen adecuadas prácticas en torno a temas como VIH, SIDA; y también señalamos que prácticas muy adecuadas sobre estos temas, encontramos en un 9,44%, que representan 17 jóvenes. Aunque este mismo porcentaje también se reporta dentro de las prácticas inadecuadas (9,44%).

**PRACTICAS EN VIH/SIDA - DISTRIBUCIÓN POR EDADES**

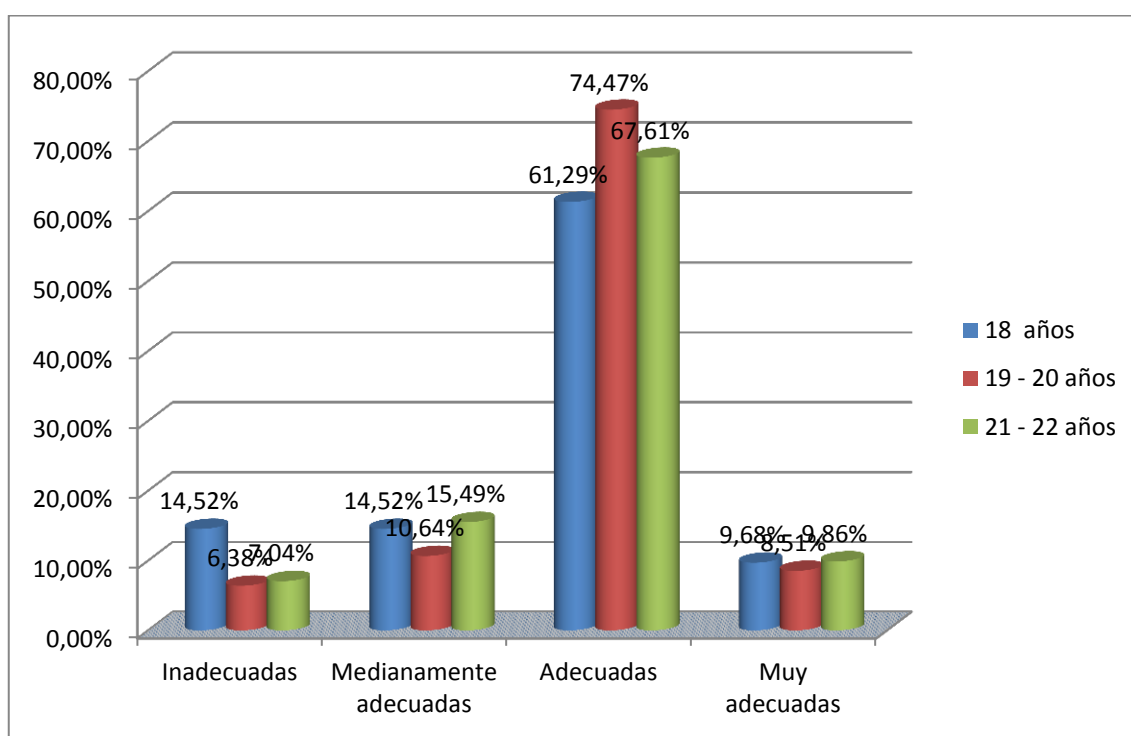
**CUADRO Nº 19**

EDADES	Inadecuadas	Medianamente adecuadas	Adecuadas	Muy adecuadas	TOTAL
<b>18 años</b>	14,52%	14,52%	61,29%	9,68%	<b>62</b>
<b>19 - 20 años</b>	6,38%	10,64%	74,47%	8,51%	<b>47</b>
<b>21 - 22 años</b>	7,04%	15,49%	67,61%	9,86%	<b>71</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO Nº 19**



**INTERPRETACION:**

Las prácticas adecuadas son las predominantes en todos los grupos etarios, así se puede comprobar al analizar el 61,29% de jóvenes de 18 años, el 74,47% de encuestados de entre 19 y 20 años, y el 67,61% de participantes de edades comprendidas entre 21 y 22 años que se ubican en este ámbito

**PRACTICAS EN VIH/SIDA - DISTRIBUCIÓN POR GENEROS**

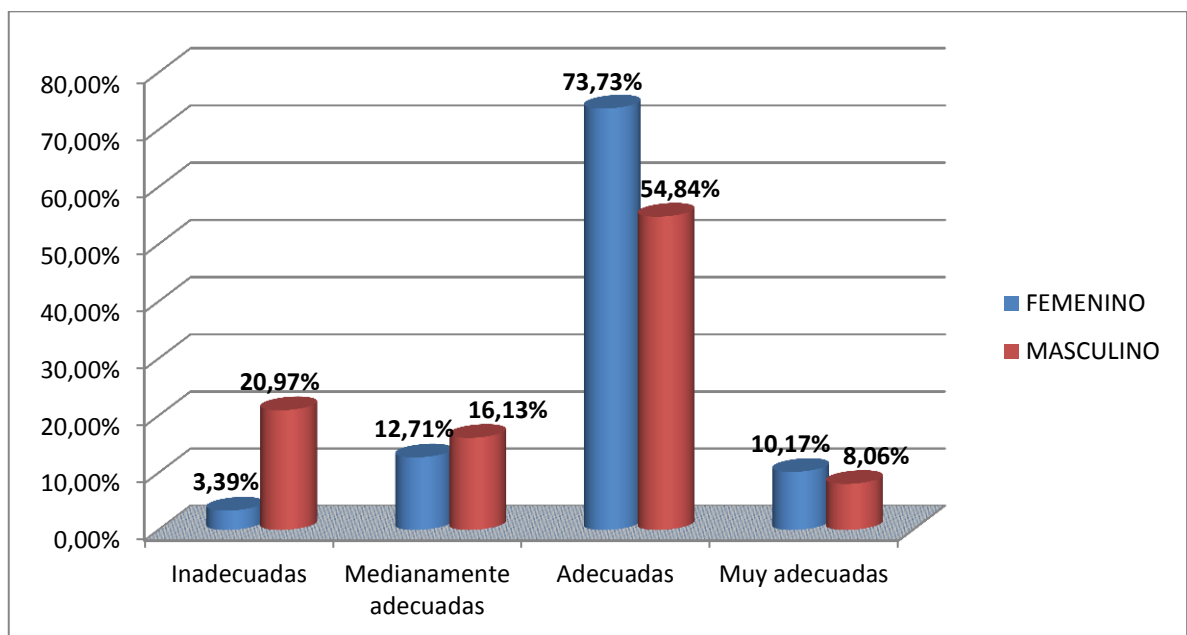
**CUADRO Nº 20**

GENERO	Inadecuadas	Medianamente adecuadas	Adecuadas	Muy adecuadas	TOTAL
<b>FEMENINO</b>	3,39%	12,71%	73,73%	10,17%	<b>118</b>
<b>MASCULINO</b>	20,97%	16,13%	54,84%	8,06%	<b>62</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO Nº 20**



**INTERPRETACION:**

Tal como ocurre en los grupos etarios, en cuanto a géneros los porcentajes mayores se presentan en las prácticas adecuadas, ya que el 73,73% de mujeres y el 54,84% de hombres así lo demuestran.

## CONOCIMIENTOS EN EL USO DEL CONDÓN O PRESERVATIVO

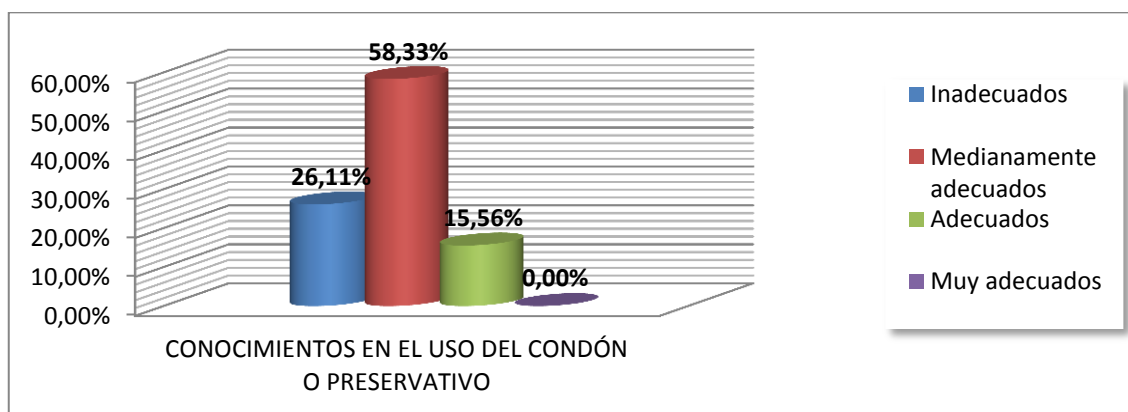
**CUADRO Nº 21**

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuados	47	26,11%
Medianamente adecuados	105	58,33%
Adecuados	28	15,56%
Muy adecuados	0	0,00%
<b>TOTALES</b>	<b>180</b>	<b>100,00%</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO Nº 21**



### **INTERPRETACION:**

En las encuestas realizadas se pudo establecer que 105 encuestados, equivalente a un porcentaje de 58,33% reportan conocimientos medianamente adecuados en cuanto a lo que se refiere a uso del condón o preservativo, y un dato llamativo es que ninguno de los encuestados presentan conocimientos muy adecuados sobre el uso del preservativo, siendo más bien los conocimientos inadecuados los que resaltan en segundo lugar con un 26,11% de encuestados.



## CONOCIMIENTOS EN EL USO DEL CONDÓN O PRESERVATIVO

### DISTRIBUCIÓN POR EDADES

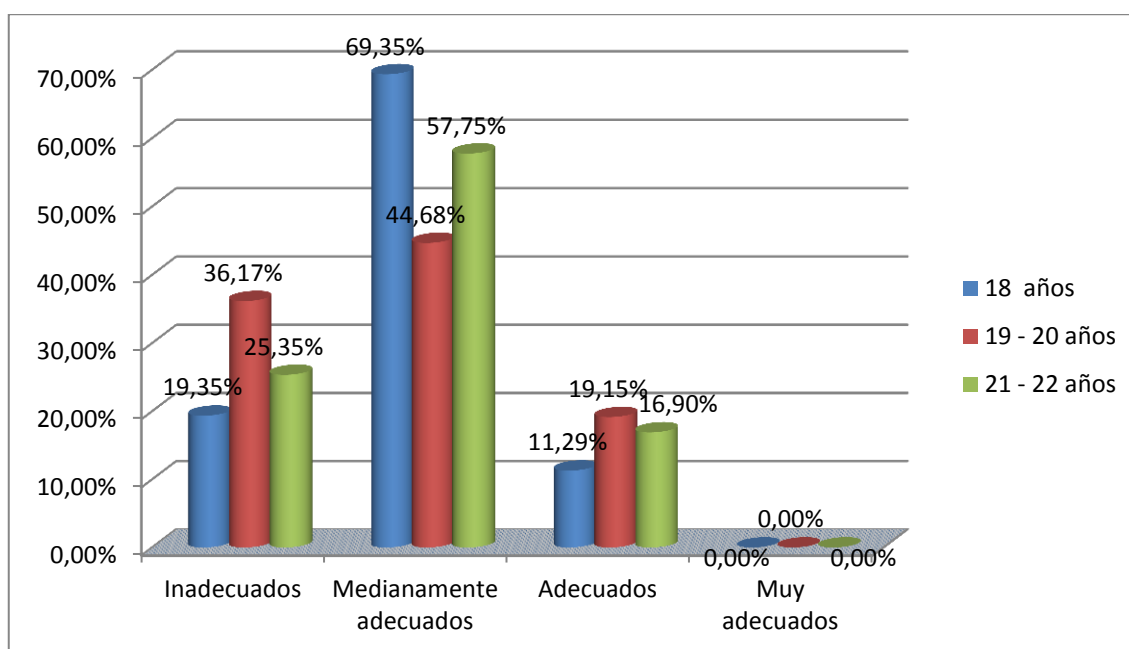
**CUADRO Nº 22**

EDADES	Inadecuados	Medianamente adecuados	Adecuados	Muy adecuados	TOTAL
<b>18 años</b>	19,35%	69,35%	11,29%	0,00%	<b>62</b>
<b>19 - 20 años</b>	36,17%	44,68%	19,15%	0,00%	<b>47</b>
<b>21 - 22 años</b>	25,35%	57,75%	16,90%	0,00%	<b>71</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO Nº 22**



### **INTERPRETACION:**

El grupo etario que sobresale en cuanto a conocimientos sobre uso del preservativo es el comprendido en los 18 años, ya que el 69,35% reporta conocimientos medianamente adecuados, mientras que el grupo en el que aparentemente se evidencia un problema es en el de 19 y 20 años, ya que el 36,17% reportan conocimientos inadecuados.

## CONOCIMIENTOS EN EL USO DEL CONDÓN O PRESERVATIVO

### DISTRIBUCIÓN POR GENEROS

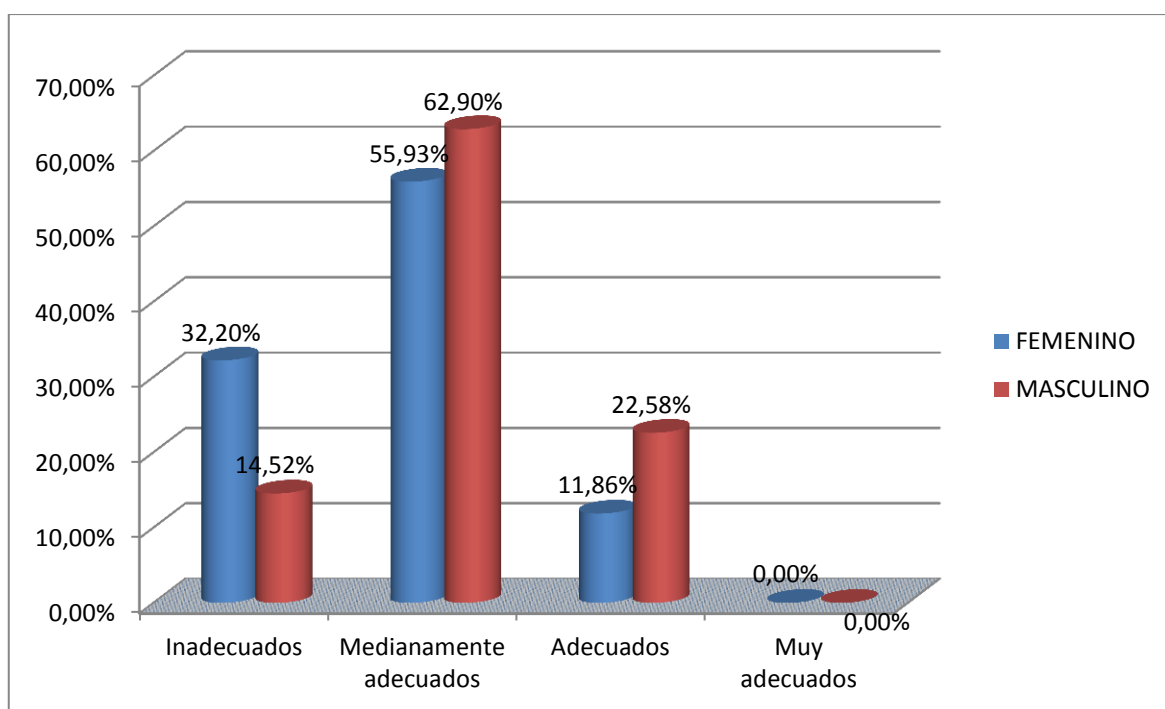
**CUADRO Nº 23**

<b>GENERO</b>	<b>Inadecuados</b>	<b>Medianamente adecuados</b>	<b>Adecuados</b>	<b>Muy adecuados</b>	<b>TOTAL</b>
<b>FEMENINO</b>	32,20%	55,93%	11,86%	0,00%	<b>118</b>
<b>MASCULINO</b>	14,52%	62,90%	22,58%	0,00%	<b>62</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO Nº 23**



### **INTERPRETACION:**

En cuanto a género los conocimientos sobre el uso del preservativo, se reporta dentro del grupo de conocimientos medianamente adecuados, para los dos géneros, ya que los varones presentan un 62,90% y las mujeres se ubican en un 55,93%.

## ACTITUDES EN EL USO DEL CONDÓN O PRESERVATIVO

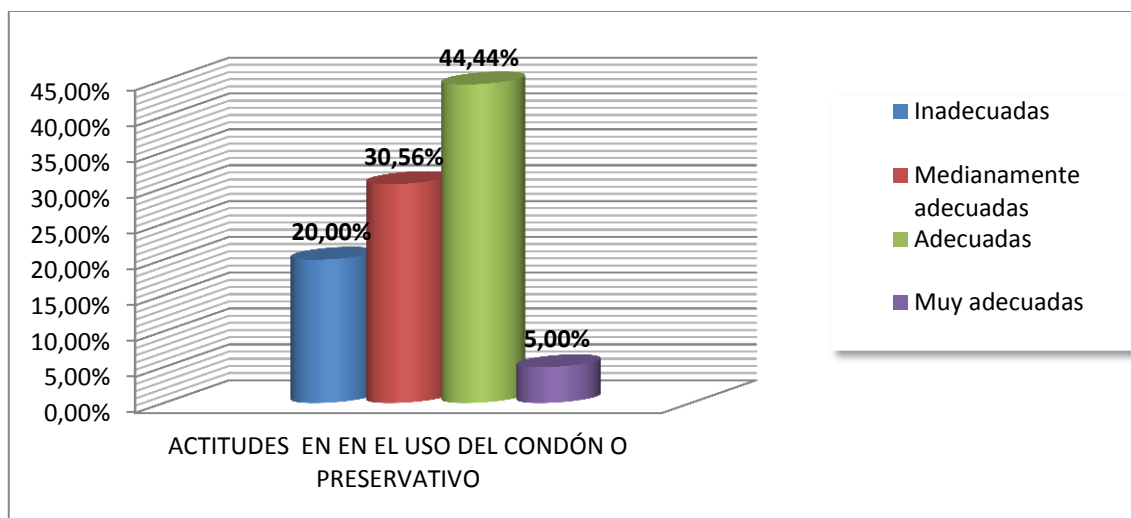
**CUADRO Nº 24**

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuadas	36	20,00%
Medianamente adecuadas	55	30,56%
Adecuadas	80	44,44%
Muy adecuadas	9	5,00%
<b>TOTALES</b>	<b>180</b>	<b>100,00%</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO Nº 24**



### **INTERPRETACION:**

Según las encuestas aplicadas se establece que el 44,44% de los encuestados, es decir 80 jóvenes, tienen actitudes adecuadas frente al uso del preservativo o condón; en tanto que de la totalidad de encuestados, 9 de ellos (5 % del total) presentan actitudes muy adecuadas, relacionadas con el uso de condón. Aunque hay que tomar en cuenta que el 20% de encuestados reporta conocimientos inadecuados de estos temas.

**ACTITUDES EN EL USO DEL PRESERVATIVO - DISTRIBUCIÓN EDADES**

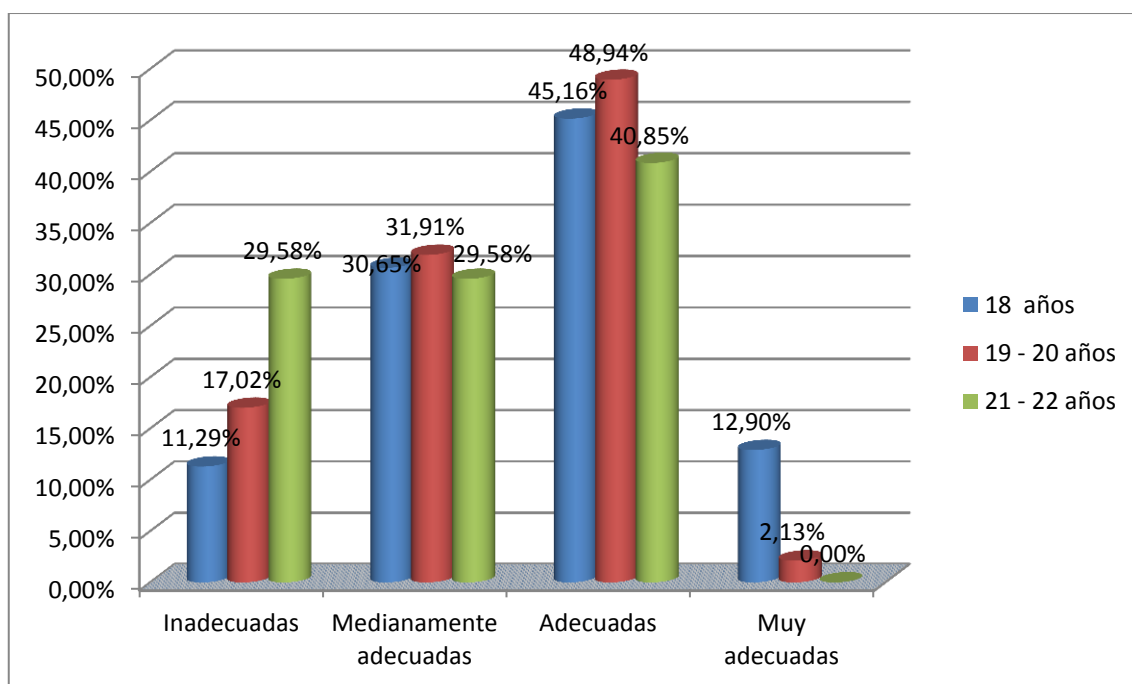
**CUADRO Nº 25**

EDADES	Inadecuadas	Medianamente adecuadas	Adecuadas	Muy adecuadas	TOTAL
<b>18 años</b>	11,29%	30,65%	45,16%	12,90%	<b>62</b>
<b>19 - 20 años</b>	17,02%	31,91%	48,94%	2,13%	<b>47</b>
<b>21 - 22 años</b>	29,58%	29,58%	40,85%	0,00%	<b>71</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO Nº 25**



**INTERPRETACION:**

Las actitudes medianamente adecuadas son las que mantienen una similitud de porcentajes en los diferentes grupos etarios, pero de la misma manera todos los grupos etarios señalados reportan actitudes adecuadas en altos porcentajes, así tenemos que: en el caso de los jóvenes de 18 años el porcentaje es de 45,16%, los jóvenes con edades comprendidas entre 19 y 20 reportan el 48,94% y los de 21 y 22 años el 40,85%.

## ACTITUDES EN EL USO DEL CONDÓN O PRESERVATIVO

### DISTRIBUCIÓN POR GENEROS

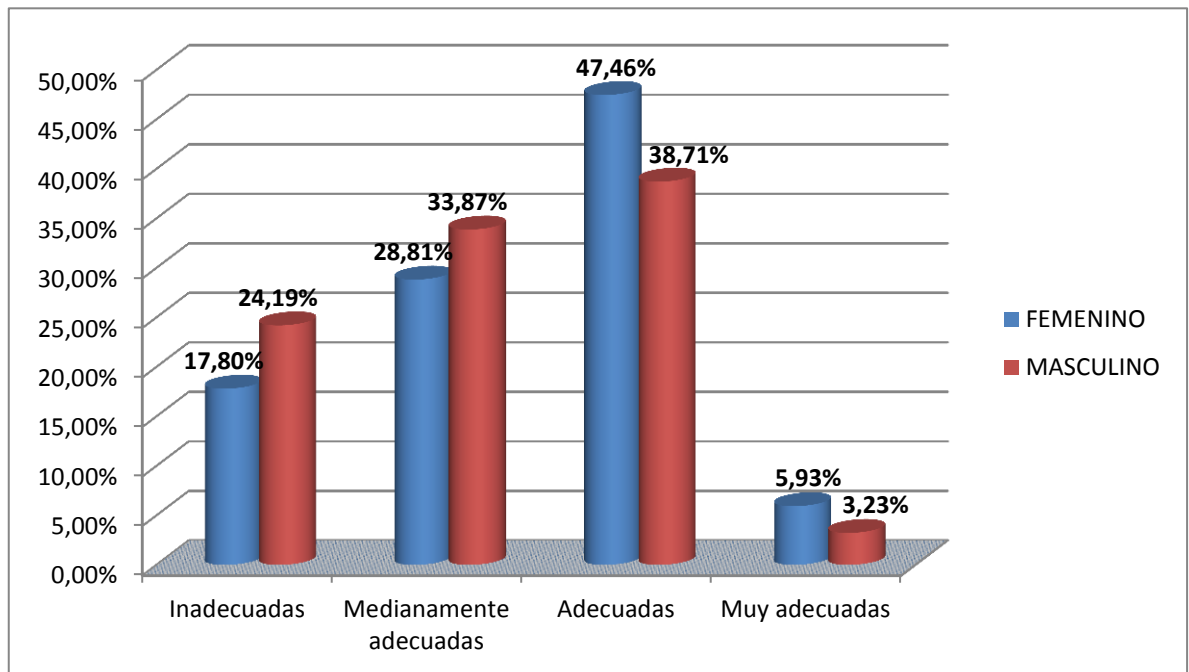
CUADRO Nº 26

GENERO	Inadecuadas	Medianamente adecuadas	Adecuadas	Muy adecuadas	TOTAL
FEMENINO	17,80%	28,81%	47,46%	5,93%	118
MASCULINO	24,19%	33,87%	38,71%	3,23%	62

FUENTE: Estudiantes de Universidad Nacional de Loja.

RESPONSABLE: José F. Morocho G. (Investigador)

GRÁFICO Nº 26



#### INTERPRETACION:

Las actitudes adecuadas con las que predominan tanto en varones como mujeres, así el género femenino reporta un 47,46% de la totalidad y el género masculino el 38,71% de encuestados.

## PRÁCTICAS EN EL USO DEL CONDÓN O PRESERVATIVO

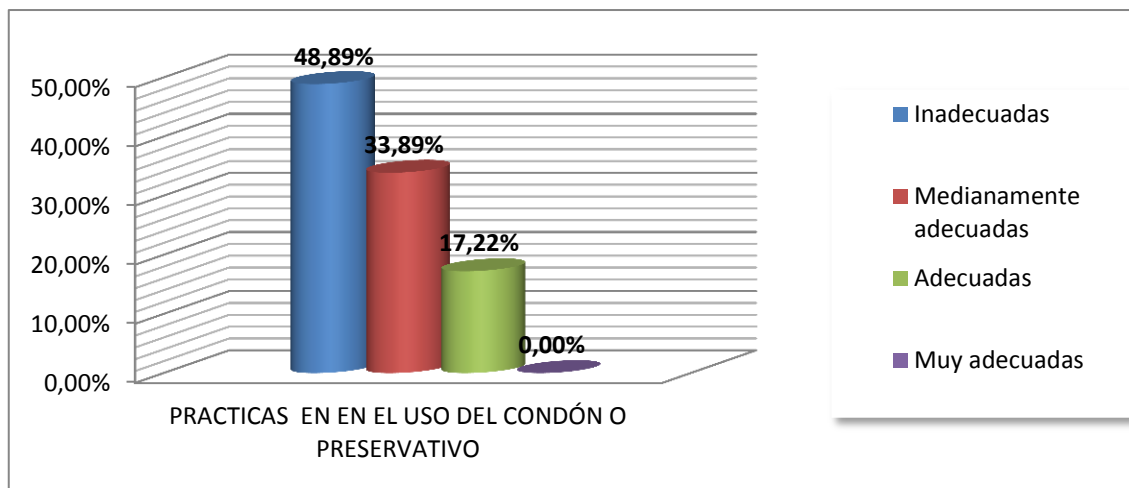
**CUADRO Nº 27**

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuadas	88	48,89%
Medianamente adecuadas	61	33,89%
Adecuadas	31	17,22%
Muy adecuadas	0	0,00%
<b>TOTALES</b>	180	100,00%

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO Nº 27**



### **INTERPRETACION:**

A partir de las encuestas realizadas, se pudo establecer que un 48,89% de los encuestados, (valor correspondiente a 88 jóvenes), reporta inadecuadas prácticas en el uso del condón o preservativo, y tan solo el 33,89%, que corresponde a 61 encuestado, reporta prácticas medianamente adecuadas sobre el uso de del preservativo.

**PRÁCTICAS EN EL USO DEL CONDÓN O PRESERVATIVO**  
**DISTRIBUCIÓN POR EDADES**

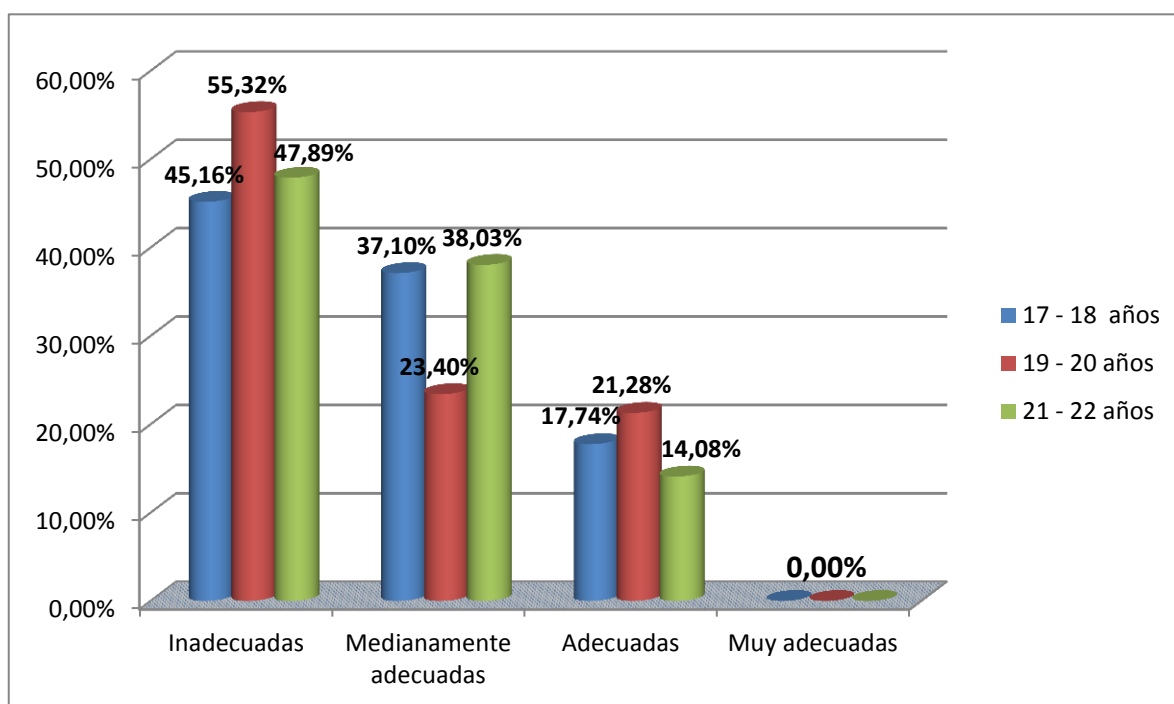
**CUADRO Nº 28**

EDADES	Inadecuadas	Medianamente adecuadas	Adecuadas	Muy adecuadas	TOTAL
<b>18 años</b>	45,16%	37,10%	17,74%	0,00%	<b>62</b>
<b>19 - 20 años</b>	55,32%	23,40%	21,28%	0,00%	<b>47</b>
<b>21 - 22 años</b>	47,89%	38,03%	14,08%	0,00%	<b>71</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO Nº 28**



**INTERPRETACION:**

Los tres grupos etarios reportan porcentajes elevados en cuanto a prácticas inadecuadas al momento del uso del preservativo, así el grupo de 19 a 20 años muestra el 55,32% dentro de este ámbito; el grupo de 21 a 22 años el 47,89%, y el de 17 a 18 años presenta un 45,16% de la totalidad de jóvenes.

**PRÁCTICAS EN EL USO DEL CONDÓN O PRESERVATIVO**  
**DISTRIBUCIÓN POR GENEROS**

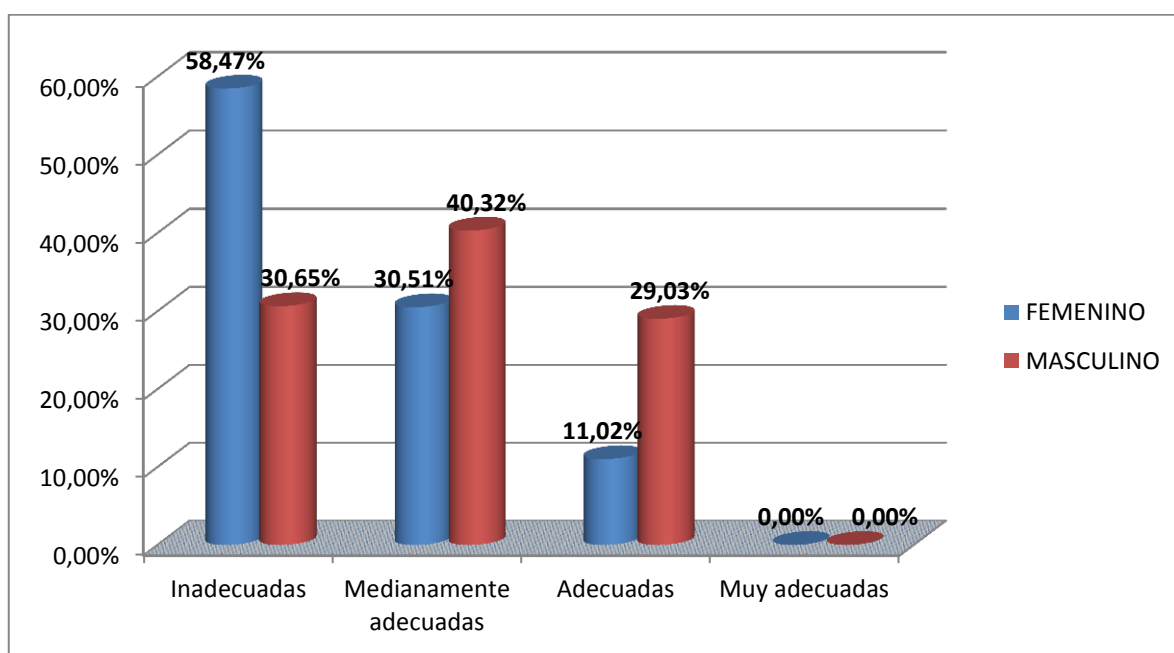
**CUADRO Nº 29**

GENERO	Inadecuadas	Medianamente adecuadas	Adecuadas	Muy adecuadas	TOTAL
<b>FEMENINO</b>	58,47%	30,51%	11,02%	0,00%	<b>118</b>
<b>MASCULINO</b>	30,65%	40,32%	29,03%	0,00%	<b>62</b>

**FUENTE:** Estudiantes de Universidad Nacional de Loja

**RESPONSABLE:** José F. Morocho G. (Investigador)

**GRÁFICO Nº 29**



**INTERPRETACION:**

Las inadecuadas prácticas en el uso del preservativo se evidencian en mayor proporción en el grupo de mujeres, ya que de la totalidad de encuestadas, el 58,47% se encasilla dentro de este parámetro. Mientras que los varones reportan un 30,65% de prácticas inadecuadas, siendo el porcentaje mayor (40,32%) de prácticas medianamente adecuadas.



# **DISCUSIÓN**

## DISCUSIÓN

Hablar de salud sexual y reproductiva es establecer un concepto en donde se integran los aspectos físicos, emocionales, sociales y culturales, que rodean a cada individuo desde su nacimiento, y que se van moldeando durante el desarrollo evolutivo del mismo. Es así que dentro del primer aspecto la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud sexual como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud".<sup>39</sup>, mientras que la Organización Panamericana de la Salud la define como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad."<sup>40</sup>

De los aspectos señalados en nuestra investigación solamente algunos estudios engloban de manera general conocimientos, actitudes y prácticas, más bien son los parámetros específicos los que son tomados al momento de presentar resultados, es por esta razón, que se presentan en algunos casos datos generales y en otros se establecerá la relación en algunos ítems específicos.

En nuestro estudio los jóvenes presentaron en su mayoría conocimientos adecuados sobre salud sexual y reproductiva, así lo demuestra el 53,33% de los jóvenes, se presenta también un 39,44% con conocimientos medianamente adecuados, y tan solo el 2,22% presentaron conocimientos inadecuados. Resultados que se corroboran con datos obtenidos en 2 estudios en Colombia: en Bogotá<sup>41</sup> el 13,6% tienen conocimientos muy altos y 71,3% altos, pero se contraponen con datos en Miranda<sup>42</sup> en donde 44,5% presenta conocimientos muy buenos y el 33% conocimientos buenos. Esto se explica porque en los estudios realizados en Colombia solamente se categoriza en forma general, e incluso solamente se realiza un sondeo de preguntas en base a como se considera subjetivamente los conocimientos individuales de cada uno, lo que podría dar resultados solo interpretativos individuales, que no se basan en un

discernimiento de parámetros específicos. En cambio en nuestro estudio se tomaron parámetros individuales para cada aspecto, en donde se puede hacer el análisis tanto individual como grupal de cada uno de los aspectos enmarcados en la temática de salud sexual y reproductiva.

En la encuesta los jóvenes resaltan en un 83,33% la importancia del diálogo con sus parejas sobre temas relacionados con la sexualidad, lo que implica que podría haber una buena conciencia en temas de sexualidad pero solamente para evitar embarazos, ya que la mayoría de los jóvenes solo hablan con sus parejas temas de anticoncepción, más no de cuidados generales del cuerpo, o de salud sexual en todos los aspectos que esta se debería enmarcar, e incluso los adolescentes y jóvenes le dan importancia al diálogo para hacer que la mujer sea la encargada de buscar por ella sola algún método que libere de la responsabilidad de embarazos no deseados en etapas tempranas de la juventud. En el estudio realizado en Cauca<sup>42</sup> se señala que un 65% no hablan con sus parejas sobre estos temas, ni sobre mecanismos de prevención de embarazos y contagio de ITS; lo que se podría entender como una falta de diálogo pero de manera concientizada y no superficial como la mayoría de nuestros jóvenes la hacen.

Un punto de mucha importancia es el uso de sustancias psicoactivas o licor para intensificar las experiencias sexuales, los jóvenes encuestados consideran en un 10,56% que el licor y otras sustancias son estimulantes, dentro de ellos el 6,67% de hombres y 3,89% de mujeres; caso similar en Colombia<sup>43</sup> donde 12,5% comparten el criterio, siendo 8,5 % son hombres y 2,3 % son mujeres. Esto da cuenta que son los varones quienes están más predispuestos a consumir sustancias adictivas con el fin de sentir mayor placer en sus relaciones sexuales, esto debido a que al parecer se mantiene vigente el mito que las sustancias como el alcohol o las drogas son estimulantes o afrodisiacos, pensamiento que se mantiene a consecuencia, de que se altera la percepción sensorial, los estímulos sexuales y la conducta del individuo, y aunque logra apaciguar los nervios y la ansiedad que pudiera existir respecto al contacto sexual, lo único que ciertamente logra es provocar un estado de culpa que de mantenerse esta práctica provocará disfunciones biológicas e

incluso psicológicas en los individuos. Además en algunos casos el uso de estas sustancias estimulantes se realiza para inducir engaños especialmente de los hombres hacia las mujeres y de esta manera poder lograr objetivos de carácter sexual, mismos que no se podrían realizar con las personas que se encuentren en estado de sobriedad.

Las actitudes hacia la homosexualidad masculina y femenina, son consideradas una opción aceptable y respetable ya que 37,78% de los jóvenes encuestados señalan una aceptación a estos comportamientos, y por género el 45,16% de hombres y el 33,89% de mujeres aceptan la actitud homosexual, similares resultados se obtienen en Cundinamarca<sup>43</sup> en donde el 37.6% de mujeres y el 34.7% de hombres indican aceptación. Estos hallazgos podrían deberse a que actualmente la homosexualidad ha dejado de ser un tabú social y es promovida cada vez más en los medios sociales, en los medios de comunicación colectiva, en los discursos políticos, en los trabajos de los intelectuales y hasta en los libros de texto de algunas instituciones educativas. Poco a poco en América Latina se ha llegado a creer que la homosexualidad es natural, y bajo este hecho se vuelve aceptable y así se consolida la defensa de todo aquel que la practica; al mismo tiempo se construye el argumento de que quienes no la acepten son personas que de alguna manera están en un plano retrógrado. Basándonos en estos argumentos se señala además que la conducta homosexual es practicada en nuestros jóvenes, lo que da muestras del cambio de mentalidad en este aspecto, inherente a la salud sexual; datos recogidos en nuestra investigación así lo confirman, donde el 38,39% se agrupan dentro de las conductas heterosexuales, y el 12,90% muestran inclinación a la conducta homosexual masculina, y el 1,69% a la conducta homosexual femenina. Jóvenes colombianos<sup>43</sup> muestran igual tendencia al enmarcarse en la conducta heterosexual (66.8%), conducta homosexual masculina (16.6%), femenina (10%) y conducta de tipo bisexual (6.6%).

Las diferentes posturas que como jóvenes se adoptan en cuanto a la salud sexual, hacen que existan ciertas ideas de cómo vivir la sexualidad y como manifestarse ante situaciones meramente del ámbito sexual. Muchas de ellas sin fundamento y otras inducidas por la falta de orientación adecuada; Por

ejemplo 49,44% de nuestros jóvenes consideran la relación sexual a las caricias que terminan en penetración; dato que está en relación con un trabajo realizado en Colombia<sup>42</sup> en donde 39,7 % tienen este criterio. Esto muestra las ideas erróneas que presentan los jóvenes acerca de una relación sexual y el alcance que tiene su definición.

Para los jóvenes de la Ciudad de Loja, la principal fuente de información sexual es el hogar con sus padres en un 24,44%, el colegio en un 23,89%, mientras que sus amigos son la tercera fuente de información con un 12,22%; dejando este papel para las Instituciones de salud en un 11,67%, demostrando la poca importancia que dan los jóvenes a las entidades de salud, en cuanto a salud sexual se refiere, pero resaltando la comunicación con sus padres y familiares. Datos que contrastan con el estudio de Rengifo<sup>42</sup> en donde los adolescentes han recibido su conocimiento de los padres (67,5%), de los profesores (13,5%), y amigos (5,7 %). Es así que se puede notar que los jóvenes lojanos tienen una falta de diálogo marcado con los padres, ya que a pesar de mantenerse un porcentaje cercano al 25% esto está demostrando una ruptura de diálogo cada vez mayor entre padres e hijos en una temática tan importante como lo es la sexualidad. Si bien es cierto los profesores e instituciones educativas se ubican como segunda alternativa en el aprendizaje de los jóvenes esta tarea siempre debe estar complementada con la guía de casa. De la misma manera se debe propiciar espacios adecuados en las Instituciones de salud del país y de la ciudad para que sean estas las instancias complementarias en la formación y educación en este ámbito de salud de los jóvenes, ya que de no poseer todas estas guías señaladas anteriormente los jóvenes buscarán los conocimientos en las amistades que más cerca se encuentren, siendo esto un peligro porque se puede generar una cadena de desinformación, que conllevará a tomar decisiones inadecuadas en ámbitos inherentes a sexualidad y reproducción.

Las relaciones sexuales prematrimoniales y con varias parejas han sido influenciado por el ambiente, por la región, las costumbres e incluso la religión que se practica en los países. En nuestros jóvenes el 55,08% de mujeres y el 43,54% de hombres opinan que estas relaciones son normales. Estudios de

ENDEMAIN<sup>44</sup> en nuestro país, señala que en mujeres de 15 a 24 años, sólo el 27.3% están de acuerdo con las relaciones sexuales prematrimoniales. Así mismo Tang<sup>45</sup> indica que el porcentaje de adolescentes chinos que han tenido relaciones sexuales prematrimoniales es de 6.1% de los hombres y el 4.3% de las mujeres. En el mismo estudio se indica variaciones sobre el tema en otros lugares: Nueva Zelanda (8.5%), Sudáfrica (17%), en Australia (28%), y en Cuba (51%). Estos valores podrían estar influenciados por la edad en que las mujeres tienen sus matrimonios, ya que en algunas culturas o regiones del mundo, los matrimonios son rituales que se dan al cumplir los 18 años, entonces en estas regiones los porcentajes de relaciones sexuales prematrimoniales disminuirán considerablemente, a diferencia de lo que en nuestro país se evidencia en donde es más común las relaciones de noviazgo de mayor duración antes del matrimonio, y por ende el porcentaje de relaciones sexuales prematrimoniales que se observa será mayor, ya que en algunos casos por el mismo hecho de experimentar con sus novios o parejas se llega a estos contactos sexuales. Además hoy en día en nuestra cultura, se ha creado una amplia medida permisiva, en la que las relaciones prematrimoniales no sólo no se prohíben, sino que a veces incluso se consideran necesarias como demostración de amor, para que el amor crezca y “se garantice” de este modo el matrimonio.

El 52,75% de mujeres de entre 18 y 22 años y el 47,25% de hombres de las mismas edades, (50,66% de la totalidad) ya han tenido relaciones sexuales; mostrando de esta manera un inicio temprano para sus experiencias sexuales; señalando que la edad de inicio de actividades sexuales en adolescentes varía de una cultura a otra, se podría decir que se considera un inicio precoz o temprano cuando los adolescentes no se encuentran aún con una madurez biológica o incluso psicológica para poder tomar decisiones conscientes, lo cual también guarda relación importante con factores ambientales y socioculturales. Por ejemplo, estudios realizados en Estados Unidos han informado en forma consistente la diferencia significativa en la edad de inicio de actividades sexuales entre afroamericanos, caucásicos e hispa. Además, se han encontrado contrastes marcados relacionados con el sexo. Estos datos que

puede considerarse como una generalidad en Latinoamérica ya que en Colombia<sup>42</sup> el 42 % de adolescentes han tenido relaciones sexuales, de estos los hombres ocupan el 70 % y las mujeres el 30%.

El inicio de la vida sexual activa en Latinoamérica y por ende en el Ecuador se está presentando cada vez a más temprana edad, esto se puede comprobar analizando nuestros resultados, en donde el 22,22% de los jóvenes han iniciado sus relaciones sexuales a las 15 años o antes, de la misma manera podemos señalar que en el caso de los hombres el 51,61% lo hizo antes de los 15 años, y el 21,19% de mujeres tuvo su primera experiencia sexual entre los 16 y 18 años. En la encuesta realizada en nuestro país por ENDEMAIN<sup>44</sup> se señala que el 8% de mujeres de 15 a 24 años han tenido relaciones sexuales antes de los 15 años, y el 30% antes de los 18 años y llega a 46.2% antes de cumplir 25 años. Chile<sup>46</sup> presenta así mismo 40% de jóvenes que iniciaron su vida sexual entre los 15 y 19 años. Se puede de esta manera entonces señalar que el inicio de la vida sexual activa en la población adolescente de América latina en general se ha adelantado de manera evidente en los últimos años, y esto se corrobora además por cifras mundiales, como es el caso de estudios de la UNICEF en donde la edad promedio de la primera relación sexual en adolescentes de países desarrollados oscila entre 9 y 13 años, en varones, y entre los 11 y 14 años en el caso de las niñas. Esta actividad sexual a decir de los jóvenes se inicia por amor en un 15,56% de casos (lo señalan el 21,19% de mujeres); también lo hacen por curiosidad y el experimentar en un 13,33% cada una (los hombres el 29,03%). González<sup>43</sup> señala que la curiosidad ocupa el 35,3% (mujeres en un 31,4%). Las parejas para su inicio sexual también fueron analizadas; obteniéndose que el 36,11% tuvieron su primera relación sexual con su novio(a) o enamorado(a), al analizar por género tenemos que 30,56% de hombres encuestados y el 38,98% de mujeres tuvieron su primer contacto sexual con sus novios o enamorados; determinando así un porcentaje importante que corrobora lo señalado anteriormente sobre las relaciones sexuales prematrimoniales. Un estudio anterior en nuestro país<sup>44</sup> indica que las mujeres con experiencia sexual han tenido la primera relación sexual con su novio (68.7%). Lo que comprueba una vez más y refuerza la idea señalada en

párrafos anteriores en donde se señalaba que las relaciones sexuales se han convertido en una especie de prueba o de “contrato” para garantizar una relación amorosa que se desarrolla en la edad juvenil, además con el mismo afán de experimentar cosas nuevas y por la falta de guías adecuadas de parte de padres o personas directamente relacionadas con los jóvenes se cae en relaciones sexuales precoces, no planeadas, y con consecuencias físicas, psicológicas y de tipo social para los cuales nuestros jóvenes no se encuentran debidamente preparados, debido a sus cortas edades.

Al ser la promiscuidad la práctica de relaciones sexuales con varias parejas o grupos sexuales, podemos darnos cuenta que nuestra juventud es propensa a caer fácilmente en este aspecto, ya que el 8,33% han tenido tres parejas sexuales; y, 7,78% del total han tenido cinco o más parejas sexuales. En cuanto a los hombres el 20,97% han tenido 5 o más parejas sexuales. Hecho que indican también Rengifo<sup>43</sup> (17,0 % expresan tener relaciones sexuales con más de una mujer) y Ruiz<sup>41</sup> (74% de los jóvenes han tenido hasta tres parejas sexuales, y el 8,5% el número ha sido de seis o más). Para la mayoría de las religiones, la promiscuidad es lo contrario a la castidad. En el ámbito social se consideran términos como monogamia, y bigamia, por lo que podría asumirse que una persona promiscua mantiene relaciones sexuales con más de tres parejas, aunque en realidad no existe un número mínimo de compañeros sexuales para definir la promiscuidad. Este término más bien podría estar relacionado con las culturas, creencias, e incluso religiones, es así por ejemplo que para religiones como el cristianismo, el islamismo o el judaísmo, la promiscuidad es un acto escandaloso, ya que estas valoran el matrimonio y la monogamia. No todas las religiones comparten esta opinión: el budismo tiene una visión distinta al sexo. El islamismo en su momento permitía, de acuerdo con el Corán, que los varones pudiesen tener varias esposas, aunque esto no se considera promiscuidad, porque el hombre debía mantenerlas a todas por igual dentro de un matrimonio, pero en el momento en que se tuviera una relación fuera de él se consideraría la promiscuidad, basándonos en estos hechos entonces se podría decir que para nuestra cultura, específicamente nuestro país la promiscuidad podría estar dada para dos o más relaciones



sexuales que se tuvieran fueran de su pareja estable y reconocida como propia y legítima.

Los aspectos fisiológicos que marcan la madurez de un joven no son bien conocidos en la actualidad, ya que por ejemplo si hablamos de indicadores de fertilidad como la menarquia y torarquia, nos encontramos que tan solo el 33,89% de los jóvenes conocen que es la Menarquia y aún más preocupante es el dato que solo el 6,11% conoce lo que es la Torarquia; caso similar ocurre en Cundinamarca<sup>43</sup> en donde solo el 44% conoce lo que engloba la menarquía y torarquia. De la misma manera las ideas erróneas y mal fundamentadas sobre salud reproductiva aún se mantienen y se difunden en nuestros jóvenes, así tenemos que 34,74% de mujeres piensan que no puede haber embarazo en la primera relación sexual, mismo criterio que maneja el 33,87% de los hombres. Datos que coinciden con otro estudio realizado en nuestro país en el 2004<sup>44</sup> en donde 34,7% de las mujeres creen que no puede haber embarazo en el primer contacto sexual. Esto posiblemente se evidencia por los fallos principalmente en las Instituciones de salud Pública, ya que deberían ser estas las pioneras en planes y estrategias de salud encaminadas hacia los jóvenes para poder inculcar en ellos los conocimientos básicos sobre reproducción, además este papel también deberían cumplirlo las entidades educativas en las cuales se forman los adolescentes y jóvenes, y es por eso que se hace urgente la necesidad de implementar estrategias educativas encaminadas a corregir estos aspectos.

En una forma global al hablar de VIH/SIDA podemos señalar que la juventud actual se preocupa mucho por esta temática de salud. Es así que nuestra investigación arrojó que un 57,78% de jóvenes poseen conocimientos adecuados, y el 32,22% presentan conocimientos medianamente adecuados, además nuestros jóvenes tienen conocimientos sobre la Sífilis como ETS en un 72,22%, La hepatitis B la reconocen como ITS tan solo en un 31,11% y en mayor proporción se ubica la Gonorrea con un 78,33% de conocimientos de los encuestados. El estudio realizado por Ruíz<sup>41</sup> se correlacionan con el 59% de encuestados que presenta buenos conocimientos, y el 18,7% presenta

conocimientos muy buenos, aunque Castañeda (2009)<sup>47</sup>, señala que en un estudio en Yopal con respecto a las ITS, el 92% refiere no conocer nada sobre temas de SIDA. Estos datos podrían surgir debido a que en la actualidad el VIH y el SIDA se han convertido en problemas de salud muy relevantes, y es por lo mismo que se busca la mayor información posible, especialmente por los jóvenes, eso se ve reflejado en los datos que se han recolectado en la presente investigación. De la misma manera son estos mismos jóvenes quienes buscan la manera de cómo prevenir ser contagiados con el VIH, aunque en su intento por evitar el contagio, se toman actitudes no tan adecuadas que pueden caer en la discriminación hacia las personas que estén infectadas con este virus, es por esta razón que este tema debe recibir la mejor orientación, pero de la misma manera ser manejada con la pericia adecuada, para echar abajo falsas creencias y poder fomentar un buen convivir con las personas que se encuentran infectadas con el VIH y que hayan desarrollado SIDA.

En cuanto al uso del preservativo y enmarcados en categorías generales todos los aspectos, pudimos determinar que nuestros jóvenes presentan conocimientos adecuados en el 15,56% de casos, y el 58,33% de jóvenes reportan conocimientos medianamente adecuados, esto determinará malas prácticas en el uso del preservativo como método de protección. En Colombia<sup>41</sup> los jóvenes tienen conocimientos buenos, ya que el 63,2% así lo revela mediante una encuesta predictiva realizada a grupos de jóvenes de entre 17 y 23 años, mientras que conocimientos regulares presentan un 16,6% de jóvenes de estas mismas edades. Esta diferencia se puede deber a que en la encuesta colombiana lo único que se analizó fueron preguntas en base a conocimientos generales sobre preservativo, en cambio los porcentajes se presentan más bajos en nuestra investigación, porque nos adentramos a aspectos relacionados con el uso, almacenamiento, medidas de prevención, y opciones de utilización de este método anticonceptivo.

En algunas ocasiones al formar una relación estable muchos creen que el uso del condón se lo debe relevar a un segundo plano, idea que no se podría considerar de manera definitiva como errónea, ya que depende del diálogo y de la decisión de la pareja, ya que si ellos lo consideran necesario se lo puede

usar como método anticonceptivo, o en el caso de infecciones recurrentes hay criterios que pueden ser usados como medidas cautelares. El 43,33% de nuestros jóvenes señalaron que en una relación marital no es necesario el uso del preservativo, de estos 37,18% son hombres y 62,82% son mujeres. En el estudio de Ospina<sup>48</sup> los datos se contraponen ya que 24,9% afirman que nunca dejan de utilizar el condón en una relación estable; los restantes lo abandonan en períodos variables entre seis y 12 meses (54,4%) o bien nunca lo han usado (20,7%). Datos que aparentemente muestran un interés de las parejas por mantenerlo como método anticoncepcional, aunque algunas parejas al inicio deciden su uso por el temor que su pareja pueda presentar alguna patología de tipo sexual, temor que se debe ir quitando conforme vaya aumentando la confianza entre la pareja. Incluso muchas parejas siguen con el uso del preservativo debido a que se adoptan ciertas prácticas sexuales, como lo son por ejemplo las relaciones anales, en las cuales es los jóvenes son conscientes de la utilización del condón, así lo confirman el 50% de hombres y el 40,67% de mujeres encuestadas. En el estudio de Castañeda<sup>47</sup> se han obtenido el 68,3% de hombres y el 31,7% de mujeres que han usado el preservativo ellos o su pareja. Esto da cuenta del buen conocimiento que los jóvenes tienen al realizar estas prácticas, que son consideradas normales siempre y cuando exista el consentimiento de las dos partes de la pareja, y se hagan siguiendo las normas de limpieza y sobre todo de cuidado y respeto dentro de la pareja que ha decidido optar por estas opciones.

La importancia de conocer otros métodos anticonceptivos y el hecho de constituirse en medios de protección y prevención se refleja en el 25,56% que señalan las hormonas en píldoras, y los métodos naturales (coitus interruptus y ritmo) en un 18,33%. En Colombia Rengifo<sup>42</sup> indica que las píldoras y las inyecciones anticonceptivas muestran un 9,2 %; y Castañeda<sup>47</sup> señala al coitus interruptus en un 26,1% y la esterilización femenina con el 20,6%. Datos que aparentemente se presentan por el cuidado y precaución que los jóvenes muestran principalmente para evitar los embarazos no deseados, aunque al observar los datos nos damos cuenta que muchos de ellos se inclinan por los métodos considerados naturales (coitus interruptus, ritmo, temperatura basal), pero que presentan mucho rango de error, por lo que a pesar de los

conocimientos que presentan los jóvenes, estos deberían recurrir siempre a una orientación previa y especializada cuando se decida usar cualquiera de los métodos anticonceptivos existentes. A pesar de los métodos que señalan los jóvenes el preservativo sigue siendo el método de preferencia, ya sea por la facilidad de adquirirlo o por los múltiples beneficios que brinda, es así que lo usa un 30% de nuestros jóvenes para evitar embarazos; también lo usan para evitar infecciones en un 15,56%; en cuanto al género, se presenta un 48,38% de hombres que señalan usar los métodos anticonceptivos para evitar los embarazos, y el 20,97% para prevenir infecciones; y por otra parte el 20,33% de mujeres señalan que es para evitar embarazos no deseados y el 12,71% lo hacen para evitar infecciones de transmisión sexual; el estudio realizado por González<sup>43</sup> indica que el 61.5% lo hace para prevenir un embarazo, y esto nos da una pauta que a pesar de ser usado como método de preferencia, aún hay muchos aspectos que se deberían tener en cuenta en cuanto a utilidades y beneficios y de esta manera probablemente aumentara el porcentaje de uso entre nuestros jóvenes.

Se plantea como parte final de la investigación una propuesta de proyecto educativo integral en temas relacionados con la Salud Sexual y reproductiva, mismo que tiene la siguiente estructura:

## **PROYECTO EDUCATIVO E INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA LOS JOVENES DE LA CIUDAD DE LOJA**

### **INTRODUCCIÓN**

Uno de los propósitos primordiales del ministerio de Salud debe ser establecer un Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para satisfacer las necesidades de información, mejorar la calidad y disponibilidad de los servicios de salud reproductiva y disminuir los problemas y consecuencias que conlleva una falta de información.

Para esto se plantean los siguientes objetivos, estrategias y líneas de acción, que en conjunto y de manera coordinada desarrollarán las instituciones de los sectores público, social y privado.

El propósito del presente proyecto es fortalecer las acciones de prevención y atención en salud sexual y reproductiva de los jóvenes y adolescentes de la Ciudad de Loja, mediante la propuesta de una metodología de trabajo para ser aplicada en forma permanente por parte de las instituciones educativas de nivel secundario, pero siempre con el apoyo de las Instituciones de salud o en su defecto de la Carrera de Medicina de la Universidad nacional de Loja.

Se pretende un acuerdo interinstitucional que busca el fortalecimiento conceptual, técnico y metodológico de los agentes educativos e institucionales responsables de la implementación de los programas.

El presente material constituye una propuesta metodológica de educación con interrelación para brindar conocimientos que desarrollen habilidades para faciliten y motivar el diálogo de conocimientos e inquietudes entre los entes educativos y los jóvenes y adolescentes beneficiarios, especialmente en lo relacionado a los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Teniendo en cuenta que este proceso implica una autorreflexión y una valoración personal sobre temas de sexualidad y reproducción; y así mismo la forma como las actitudes personales son las que determinan las respuestas en los procesos de adaptación y socialización dentro de la realidad local, esta guía plantea la realización de una serie de talleres con una descripción detallada de las actividades, tiempos y materiales a utilizar; así como elementos de reflexión y ejercicios prácticos de análisis alrededor de temas de sexualidad.

Se espera que este material sirva a las instituciones educativas y de salud, quienes son los encargados de los programas de prevención y protección, para la aplicación y diseño de propuestas pedagógicas en beneficio de los adolescentes y jóvenes de la Ciudad de Loja.

El presente material se desarrolla como una propuesta pedagógica hacia las entidades educativas, y demás agentes que se vean inmiscuidos en el del bienestar de los jóvenes, para que sean estos quienes adquieran o aclaren conocimientos, desarrollen nuevas actitudes y pongan de la mejor manera en práctica lo aprendido.

La idea del presente proyecto es presentar una estrategia pedagógica de educación básica en los aspectos señalados; para poder fomentar poco a poco entre los jóvenes una cultura de buenas costumbres y prácticas sexuales, y así poder implementar a futuro un apartado educativo llamado Educación para la Sexualidad, en donde todos los jóvenes de nivel de bachillerato puedan tener al alcance la formación adecuada en esta temática de salud.

### **OBJETIVO GENERAL DEL PROYECTO**

Diseñar e incorporar una estrategia para contribuir a la disminución de la vulnerabilidad frente temas inherentes a salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes a través de la incorporación de un plan de conocimientos básicos pero adecuados sobre temas de sexualidad y reproducción; y de esta manera prevenir riesgos para la salud de mujeres y hombres.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROYECTO**

1. Promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las y los ecuatorianos tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la población, con énfasis en los adolescentes y jóvenes.
2. Promover en la población adolescente, actitudes y prácticas responsables y seguras respecto a su salud sexual y reproductiva, brindando la guía adecuada en las instituciones de salud.

### **METAS A ALCANZAR**

1. Garantizar el acceso a información, orientación y servicios de calidad en planificación familiar en todo el ámbito nacional.
2. Disminuir la demanda insatisfecha de los servicios de planificación mediante la oferta sistemática de metodología anticonceptiva, de información veraz y oportuna, de la identificación y eliminación de barreras culturales y la mejoría de la calidad de los servicios.
3. Incrementar la participación del hombre en la toma de decisiones reproductivas y el uso de métodos anticonceptivos, participando de manera activa en campañas promovidas por los miembros de salud en el Ecuador.
4. Establecer acciones conjuntas con todo el sector salud, con otros sectores gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil, para incrementar el acceso a información, educación y servicios con énfasis en los grupos vulnerables.
5. Disminuir la incidencia de embarazos no planeados, de abortos inducidos y de infecciones de transmisión sexual en la población adolescente

## **METODOLOGÍA**

El documento tiene como finalidad ser un proceso de formación y orientación, dirigido a los jóvenes y adolescentes de la Ciudad de Loja, en temáticas relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva, los cuales eventualmente podrían ser incluidas en sus planes de estudio.

Se trabaja en dos etapas, bajo la metodología de educación por retroalimentación; en donde en una primera etapa se permita desarrollar las temáticas por profesionales de salud, y los receptores sean los “facilitadores de salud”, estos últimos, a su vez, en una segunda etapa se conviertan en facilitadores del proceso, y sean ellos directamente quienes tengan el contacto con los jóvenes destinatarios de este proyecto.

Bajo esta metodología el “facilitador” es aquella persona capaz de disponer, organizar y propiciar una serie de mecanismos para el aprendizaje. Se asume que esta persona tenga experiencia y conocimiento en el desarrollo de actividades educativas con jóvenes y adolescentes, y que pueda hacer un manejo responsable de los conocimientos, ejercicios y actividades propuestas.

### ***Temario***

El material consta de diez unidades, de los cuales nueve están encaminados a la formación en conocimientos de temas de sexualidad y reproducción; y uno tiene como objetivo orientar la formulación de nuevas propuesta de trabajo de educación en salud sexual y reproductiva para ser trabajada a futuro.

Cada tema desde el uno al 7, incluyendo el número 10 se desarrollará en un período de dos semanas, dividido cada temática en dos jornadas de dos horas cada una. En el caso de los temas 8 y 9 se utilizaran 4 semanas para cada uno, así mismo en dos períodos semanales de dos horas cada uno.

Para cada unidad se presenta una guía metodológica dividida en varias etapas o momentos, de la siguiente manera:

- 1. Unidad y tema a tratar:** es la presentación del tema que va a ser tratado
- 2. Introducción al tema:** en esta parte el facilitador realiza una pequeña introducción sobre el tema que se abordará durante el encuentro, que lo contextualiza y le permite ubicar la temática.
- 3. Objetivos del tema:** describe los objetivos, las habilidades, conocimientos o aprendizajes que se logran mediante el desarrollo del tema a desarrollar.
- 4. Desarrollo del Tema:** en esta sección el facilitador realiza una descripción secuencial de las actividades que se proponen para la jornada.



Cada tema inicia con la recuperación de la experiencia del tema anterior. A partir del segundo tema se presentan y comentan los resultados de las actividades complementarias que se realizaron para reforzar los aprendizajes, y se realiza una actividad que permite evidenciar los conceptos previos de las personas participantes en relación con el tema propuesto.

El facilitador usará materiales adecuados y hojas de ayuda previamente elaboradas, como apoyo didáctico.

Cada tema lleva a una plenaria en la que se sacan conclusiones que relacionan los conceptos previos, los conceptos técnicos y las aplicaciones específicas.

**5. Recapitulación del tema:** es la manera de evidenciar con las personas participantes el logro del objetivo, su percepción acerca de los aspectos metodológicos y los aprendizajes adquiridos durante el taller.

**6. Actividades complementarias:** son actividades que realizan para reforzar los aprendizajes más allá de la reunión y para que el proceso formativo sea aplicado y bien entendido.

### ***ESTRATEGIAS INTERDISCIPLINARIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN***

Para poder complementar la propuesta académica es necesario realizar y poner en práctica algunas estrategias, en donde se vean inmersas entidades de carácter social, públicas y privadas, en donde cada una de ellas realice el papel que se le determine, para de esta manera poder realizar un gran conjunto de interrelación con el objetivo de mejorar la calidad de vida y sobre todo el enfoque hacia la parte de Sexualidad y reproducción.

A continuación se plantean las diferentes estrategias y líneas de acción dentro de cada una de ellas.

#### **ESTRATEGIA 1**

***Identificar y privilegiar la atención en los municipios y localidades con mayor problemática en salud reproductiva.***

1. Elaborar un diagnóstico situacional identificando municipios y comunidades vulnerables con alta problemática y baja cobertura en servicios de salud reproductiva, específicamente de planificación familiar
2. Desarrollar estrategias operativas interinstitucionales, tendientes a ampliar la cobertura y calidad de los servicios.
3. Coordinar proyectos de investigación operativa con el propósito de diseñar acciones que hagan accesibles los servicios a la población con mayor problema

**ESTRATEGIA 2**

***Fortalecer la competencia técnica del personal de salud, mediante la capacitación técnica y el desarrollo humano.***

1. Elaborar un diagnóstico de necesidades de capacitación.
2. Integrar y fortalecer equipos de capacitadores.
3. Elaborar programas sistemáticos con base en las necesidades.
4. Elaborar, reproducir y distribuir manuales y contenidos técnicos para la capacitación.
5. Realizar capacitación continua y a distancia e incorporar nuevas tecnologías a la capacitación.
6. Realizar un proceso de evaluación y seguimiento a la capacitación.

**ESTRATEGIA 3**

***Garantizar los insumos suficientes y de calidad para la prestación de los servicios de salud reproductiva y de planificación familiar.***

1. Establecer un sistema logístico del manejo de los insumos.
2. Elaborar el diagnóstico integral de necesidades de recursos humanos, financieros, insumos y equipamiento de unidades de atención.

3. Verificar que la distribución de los insumos anticonceptivos a las unidades de primer y segundo nivel de atención y comunidades sea oportuna y de acuerdo a lo programado.
4. Favorecer la participación del sector social y privado en la provisión de métodos anticonceptivos.

#### **ESTRATEGIA 4**

***Garantizar el acceso a información, educación y comunicación adecuadas a cada segmento de la población.***

1. Establecer y fortalecer la coordinación con el área de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud, para realizar actividades de información, educación y comunicación, referente a los beneficios y ventajas de la planificación familiar y del cuidado de la salud reproductiva.
2. Diseñar y ejecutar estrategias educativas acordes a los patrones socioculturales de la población adolescente.
3. Elaborar en coordinación con el área específica materiales de promoción acordes a las características culturales de la población.
4. Diseñar mensajes alusivos a los beneficios y ventajas de utilizar algún método anticonceptivo.
5. Programar campañas intensivas de información, educación y comunicación y prestación del servicio especialmente en grupos juveniles.

#### **ESTRATEGIA 5**

***Diseñar un proceso de supervisión y evaluación integral, periódico y sistemático.***

1. Vigilar que el personal cuente con la capacidad técnica suficiente para ofrecer un servicio de calidad, a través de los manuales y lineamientos técnicos.

2. Verificar que en la prestación de los servicios se garantice la calidad, con respeto a los derechos sexuales y reproductivos, a la libre decisión y al consentimiento informado.
3. Vigilar que haya un correcto manejo de información, completa y oportuna.
- 4 Supervisar y brindar asesoría técnica, en las unidades de salud, así como en la comunidad para garantizar el control y seguimiento permanente y sistemático de los acuerdos y compromisos establecidos.
5. Gestionar, obtener y administrar los recursos, para llevar a cabo las actividades de supervisión.

## **ESTRATEGIA 6**

### ***Otorgar servicios amigables a la población adolescente.***

1. Proveer un conjunto de servicios esenciales de salud sexual y reproductiva a la población de adolescentes y jóvenes, con pleno respeto a sus valores, creencias y convicciones.
2. Disponer de material de información, educación y comunicación adecuados para este segmento de la población.
3. Ofrecer servicios de salud accesibles y en horarios adecuados a sus necesidades.
4. Ofrecer servicios en un área exclusiva y confortable.
5. Involucrar a los jóvenes en las acciones de promoción y difusión de los servicios.
6. Tratar a los/las adolescentes y jóvenes con dignidad y respeto.
7. Mantener privacidad y confidencialidad en el otorgamiento de los servicios.
8. Contar con personal capacitado en la atención de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente y de los jóvenes.

<b>TEMARIO Y ACTIVIDADES PROPUESTAS</b>				
<b>UNIDAD DE ESTUDIO</b>	<b>TEMA DE ESTUDIO</b>	<b>OBJETIVO DE LA UNIDAD</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>
<b>Unidad No. 1</b>	Características de la Salud y la Sexualidad.	Identificar habilidades para el desarrollo de buenas prácticas de salud la y contextualizarlas en el ámbito de la formación de la sexualidad.	Actividad lúdica para presentación de los participantes, quienes expresan sus expectativas, inquietudes y sentimientos al iniciar el proceso.	Lectura EL ESTUDIANTE FLOJO. En el que se leen e identifican las debilidades que tiene el protagonista de la historia para cumplir las exigencias escolares y las habilidades que tiene para desempeñarse en la vida cotidiana.
<b>Unidad No.2</b>	Concepciones de Sexualidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocer los principales conceptos relacionados con la sexualidad.</li> <li>• Realizar una conceptualización colectiva sobre la sexualidad como factor determinante en la salud de las personas</li> </ul>	Revisión de las reflexiones en torno a las problemáticas más significativas de la vivencia de la sexualidad que afectan a jóvenes y adolescentes	Lectura MAS ALLA DE LA REPRODUCCION en donde se identificar algunos elementos que tengan relación con la comprensión de la sexualidad en nuestra sociedad

<p><b>Unidad No. 3</b></p>	<p>La historia de mi sexualidad.</p>	<p>Explorar en la historia personal de la sexualidad, para elaborar concepciones que puedan favorecer el desarrollo personal e individual.</p>	<p>Revisión de los aspectos que les parecieron más significativos de sus historias como adolescentes en relación con el erotismo, los lazos afectivos, los aspectos de género y la reproducción.</p>	<p>Dibujar la silueta de una persona, una vez tengan la silueta la (visten) con un traje de su gusto que refleje en alguna medida su propio estilo de vestir, además incorporan algunas características de personalidad que tiene el personaje</p>
<p><b>Unidad No. 4</b></p>	<p>Mitos en la vivencia de la sexualidad.</p>	<p>Identificar las creencias, mitos y prejuicios sobre la vivencia de la sexualidad desde la información que circula en la sociedad; contrastarlos con hechos reales, reflexionar sobre sus contenidos y proponer formas positivas de transformarlos.</p>	<p>Opiniones acerca de los mitos, tabúes y costumbres que son creencias que a nivel cultural se van posicionando como algo “natural” o “normal” en un contexto diario, y pasan de una generación a otra por medio de dichos populares.</p>	<p>Utilizar tarjetas de “Mitos más comunes relacionados con la sexualidad”, y cada joven participante deberá analizar la frase en términos de la vivencia propia en torno al mito.</p>

<b>Unidad No. 5</b>	Derechos Humanos Sexuales y Reproductivos.	Identificar la relación entre Derechos Humanos y el ejercicio de la sexualidad, y las formas a través de las cuales los Derechos Sexuales y Reproductivos se ven vulnerados.	Recoger las propuestas acerca de nuevas maneras de vivir y abordar la sexualidad	Pedir a cada participante que escriba en una hoja de papel dos casos reales que conoce en el que se protegen y otro en el que se vulneran los derechos sexuales y reproductivos de alguien
<b>Unidad No. 6</b>	Género.	Introducir a los y las jóvenes en la noción de la perspectiva de género como un concepto que permite mirar las relaciones de poder que han ubicado a las mujeres en un lugar inferior dentro de la sociedad.	Busca que los y las jóvenes reflexionen respecto a los roles asignados a hombres y mujeres y tener claro que muchas veces están basados en prejuicios culturales que generan discriminación y desigualdad.	Contar la historia UN MUNDO AL REVES y pedir que representen el rol de los protagonistas.
<b>Unidad No. 7</b>	Derrumbando los mitos y prejuicios sobre las distintas formas de violencia.	Cuestionar creencias, mitos y prejuicios sobre las distintas formas de violencia contra la mujer, lo que conlleva a malas actitudes sexuales y reproductivas.	Revisar las formas de violencia contra la mujer en todos los aspectos y analizar las razones por las cuales considera que se presentan.	Plantear tarjetas con: "Mitos y prejuicios sobre las distintas formas de violencia" y analizarlos en forma individual cada joven participante

<b>Unidad No. 8</b>	SALUD REPRODUCTIVA  Métodos anticonceptivos y de planificación familiar	1. Establecer el nivel de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos por parte de los jóvenes 2. Orientar de manera correcta sobre el uso de los métodos de planificación familiar	Establecer el nivel de conocimiento de y la forma de uso de los métodos anticonceptivos de mayor prevalencia en los jóvenes	Indicar de manera directa cada método anticonceptivo, con la ayuda de los métodos en físico, y con la ayuda de proyecciones
<b>Unidad No. 9</b>	VIH SIDA e ITS	1. Establecer correctas normas en el trato hacia personas con VIH 2. Concientizar en los jóvenes el peligro de contraer ITS.	Establecer un diálogo para intercambiar ideas sobre cómo se debe tratar a una persona que ha contraído ITS o VIH.  Contar sus experiencias personales sobre contactos con personas contagiadas de VIH.	Realizar una lectura de un testimonio de una persona con SIDA y poder establecer opiniones individuales de como es el trato correcto e incorrecto ante esta situación
<b>Unidad No. 10</b>	Formulación de la propuesta en	Elaborar una propuesta pedagógica de educación	Realizar una composición acerca las maneras de	Elaborar un listado de los temas que se presentaron con



	SSR	en sexualidad y salud sexual y reproductiva, que pueda ser implementada como parte del programa de trabajo de los siguientes años.	aprender y enseñar sobre la salud sexual y reproductiva en los jóvenes	más frecuencia y priorizan aquellos que consideren que son imprescindibles y deben ser abordados dentro de su trabajo, analizan y proponen métodos y técnicas para trabajarlos. Identifican las propias necesidades de formación para abordar las temáticas y presentan los resultados de su trabajo en una o varias carteleras.
--	-----	--	--	--

## RESULTADOS OBTENIDOS

- Aumento de la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos en un 30% del total de jóvenes en edad fértil.
- Incremento de un 15% el número de jóvenes en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos, en comparación con la cifra del año 2000;
- Incremento de la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos en menores de 20 años, para tener como resultado final más de un 50%;
- Reducción de un 10% el total de nacimientos registrados en mujeres de 15 a 19 años.
- Incremento al 80 % el porcentaje de uso de métodos de planificación familiar.
- Incremento a 80% el porcentaje de citologías tomadas en la población de mujeres entre los 25 a 69 años.
- Reducción al 25% el porcentaje de gestantes adolescentes en embarazo.
- 100% del Plan Educativo de Salud sexual y reproductiva, implementado y adoptado por las Instituciones educativas.
- Cobertura superior a 80% en control de planificación familiar.
- Cobertura superior a 80% de detección precoz del cáncer Cervicouterino.
- Cobertura superior al 75% de las personas con acceso a programas de salud sexual y reproductiva en Instituciones del Sistema de salud Nacional.
- 60% de los jóvenes en edades universitarias capacitados en conocimientos adecuados en salud sexual y reproductiva.

# **CONCLUSIONES**

## CONCLUSIONES

1. Los niveles de conocimiento, y por ende las actitudes y prácticas se ven afectados tanto en género como en edad, siendo en algunos aspectos las edades menores las más afectadas.
2. Los jóvenes presentaron conocimientos adecuados sobre salud sexual y reproductiva. Dentro del grupo etario que se vio más afectado, al tener conocimientos inadecuados es el de 19 y 20 años, y de la misma manera el género más afectado es el femenino.
3. Los jóvenes de la Ciudad de Loja presentaron actitudes adecuadas con respecto a la salud sexual y reproductiva, siendo el sexo masculino el que mayor déficit de actitudes correctas presenta; y los jóvenes de 18 años son los que más se enmarcan en esta situación.
4. Los jóvenes de la ciudad de Loja presentaron prácticas medianamente adecuadas sobre salud sexual y reproductiva. Debido a las ideas erróneas sobre aspectos como son por ejemplo las relaciones sexuales prematrimoniales, la promiscuidad y la fidelidad en pareja. Los jóvenes de 21 y 22 años son los que se encasillan en mayor proporción en este grupo, en cuanto al género los dos grupos tanto masculino como femenino tienen la tendencia a enmarcarse en las prácticas inadecuadas.
5. Los jóvenes lojanos presentaron conocimientos adecuados en cuanto al VIH y el SIDA. Sin embargo el grupo comprendido en las edades de 18 años presentaron conocimientos inadecuados, y por lo tanto de ven como grupo de riesgo; debido a que por la edad, juventud y deseos de experimentar tratan de buscar sus primeras relaciones sexuales de las maneras más fáciles y sin que les implique mucha responsabilidad, pero sin la concientización que pueden ser las que más consecuencias les traigan a futuro. Esto se evidencia también en los jóvenes varones que son los que presentan por género conocimientos inadecuados.

6. Las actitudes adecuadas con respecto a temas con relación al VIH y SIDA, son las que se presentaron en mayor proporción en los jóvenes; siendo los de 18 años quienes deben recibir una mayor orientación en estos temas ya que se encasillan en actitudes inadecuadas, y de la misma manera para el género masculino.
7. La mayor parte de los jóvenes lojanos presentaron prácticas adecuadas al momento de encontrarse con situaciones que se relacionan con VIH/SIDA, debido a que se conocen las consecuencias y problemas que pueden ocasionar en su vida futura. Pero el grupo de jóvenes de 18 años al presentar prácticas inadecuadas es el que está propenso a sufrir alguna consecuencia. Debido a la inadecuada información y formación personal los hombres siguen siendo los más afectados en aspectos concernientes al SIDA y VIH.
8. En el uso del condón, los conocimientos medianamente adecuados fueron los que presentaron el mayor porcentaje, siendo las mujeres las más inmersas en el grupo de conocimientos deficientes, mismo caso que se presenta en los jóvenes de entre 19 y 20 años.
9. En contraparte a lo anterior se tienen que las actitudes a la hora del uso del preservativo fueron consideradas dentro del campo de adecuadas. A pesar de esto se evidenció que a medida que avanzan en edad los jóvenes se muestra un menor interés por una correcta actitud ante el uso del preservativo, es por esto que en las edades de 21 y 22 años en donde se presenta la mayor cantidad de actitudes inadecuadas, y es en el grupo del género masculino.
10. Las inadecuadas prácticas en torno al uso del preservativo o condón, se ha convertido en común, y eso lo demuestra el gran porcentaje de jóvenes que se ubican en este parámetro, siendo los comprendidos entre 19 y 20 años los más afectados, así como también el grupo del género femenino.

- 11.** Se deben realizar cursos permanentes sobre Sexualidad y salud Reproductiva en nuestra Ciudad de Loja, en donde se incluyan principalmente a los jóvenes de edades comprendidas entre los 18 y 20 años, ya que son los grupos etario más comprometido en problemas dependientes de una deficiente formación en ámbitos de Sexualidad y Reproducción.
- 12.** Se debe crear talleres de salud sexual, especialmente para los jóvenes de los primeros años de Universidad, ya que se ha podido comprobar que son ellos quienes presentan una mala información y por lo tanto malas prácticas en estos temas investigados. La formación debe ser complementaria a la recibida en los colegios de la Ciudad.
- 13.** Es urgente la planificación conjunta del Ministerio de Salud y Ministerio de Educación para implementar en su pensum de estudios las materias concernientes a salud sexual y salud reproductiva para de esta manera propiciar desde tempranas edades la correcta formación y orientación en nuestros niños y jóvenes sobre los aspectos adecuados de su sexualidad, y de esta manera evitar serias complicaciones en etapas posteriores de su desarrollo.
- 14.** Se planteó un proyecto de educación Integral para ser aplicado en el sistema educativo, en colaboración con los sectores público y privado en pro de mejorar en los jóvenes la calidad en conocimientos sobre salud sexual y reproductiva.

# **RECOMENDACIONES**

## RECOMENDACIONES

Se recomienda que:

1. Se realice más estudios y en periodos de tiempo establecidos acerca de la Salud Sexual y Reproductiva para de esta manera poder detectar a tiempo los factores de peligros y sobre todo los grupos de riesgo de estas problemáticas.
2. Se organicen talleres de Salud Sexual y Reproductiva de forma permanente bajo el auspicio de las entidades de salud y que sean dirigidos especialmente a jóvenes colegiales y de primer años de universidad, para de esta manera poder cumplir con la vinculación hacia la comunidad y servir a sectores en donde se encuentran grupos vulnerables de jóvenes, que sin la guía adecuada se pueden influenciar de maneras no adecuadas.
3. Se establezca un diálogo permanente entre el ministerio de educación y el ministerio de salud para poder lograr una interrelación y proponer la formación de estrategias o talleres encaminados a involucrar el conocimiento de la Sexualidad y Reproducción.
4. Se incentive a las autoridades y docentes de la Universidad Nacional de Loja, en incluir en el pensum de estudio por lo menos 2 horas semanales de educación sexual a los estudiantes universitarios, o en su defecto la realización de talleres periódicos para todo el personal docente de la Institución, objetivo que se lo puede lograr con la ayuda de los mismos estudiantes de la carrera de Medicina Human de nuestra Universidad.
5. Se promueva las charlas educativas con jóvenes colegiales, para poder fomentar en ellos una idea organizada y correcta de lo que implica la salud sexual y reproductiva, abarcando derechos, obligaciones,



responsabilidades y consecuencias de una correcta vida sexual y reproductiva.

6. Se tome muy en cuenta los resultados obtenidos en esta investigación, y que ellos puedan servir como punto de partida para la organización de actividades en pro de mejorar la salud y especial el estilo de vida de nuestros jóvenes, ya que se debe partir de nuestra realidad para poder cambiar muchas cosas que no se están llevando o que no se están actuando de la mejor manera.

# **BIBLIOGRAFÍA**

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1 Posada C. Realidades y Retos del Embarazo Adolescente. Medellín: CERFAMI, 2000.
- 2 Lundgren R. Protocolos de Investigación para el Estudio de la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes Varones en América Latina. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2000.
- 3 Halcón L et al. A Portrait of Adolescent Health in the Caribbean. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2000.
- 4 Pisani E et al. HIV and AIDS in the Americas: An Epidemic with Many Faces. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2000.
- 5 Proyecto CERCA, estudio financiado por la Unión Europea. Año de realización 2011
- 6 Blanc AK, Way AA. Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries. *Studies in Family Planning* 1998;29:106-116.
- 7 BlancReyes J, Ochoa LH. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; Calverton, MD: Macro International, 2001.
- 8 Ojeda G et al. Salud Sexual y Reproductiva: Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2000. Santafé de Bogotá, Colombia: PROFAMILIA, 2000.

- 9 Asociación Demográfica Salvadoreña. Encuesta Nacional de Salud Familiar: FESAL-98: Informe Final. San Salvador, El Salvador: La Asociación, 2000.
- 10 Sardán MG et al. Bolivia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1998. La Paz, Bolivia: Instituto Nacional de Estadística, 1998.
- 11 Gupta N. Sexual initiation and contraceptive use among adolescent women in Northeast Brazil. *Studies in Family Planning* 2000;31:228-238.
- 12 Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN-99. Quito, Ecuador: El Centro, 2001
- 13 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Inec), Ecuador 2013. [www.inec.gob.ec](http://www.inec.gob.ec)
- 14 Marquez PV et al. HIV/AIDS in the Caribbean: Issues and Options. Washington, DC: The World Bank, 2000.
- 15 Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance: National College Health Risk Behavior Survey – United States, 1995. *MMWR CDC Surveill Summ* 1997; 46(6): 1-56.
- 16 International Planned Parenthood Federation. Integrating Sexual and Reproductive Health Services for Youth in Colombia. [IPPF/WHR Spotlight on Youth]. New York, NY: The Federation, [1999].
- 17 Working in Schools: Sex Education in Brazil. [IPPF/WHR Spotlight on Youth]. New York, NY: The Federation, [1999].

- 18 Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002. Ginebra/ OMS 2006
- 19 Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología FEMESS Agustín Melgar No. 25 Col. México D.F. Disponible en [www.femess.org.mx/node/75](http://www.femess.org.mx/node/75)
- 20 Arévalo H. Catalina y Suárez R. Políticas de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes: experiencias en Brasil, Chile y Colombia. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2012.
- 21 Reinoso C; Alcalá MJ; Leyes y políticas sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. Diciembre 1999. Disponible en: [http://guiagenero.mzc.org.es/GuiaGeneroCache%5CPagina\\_Bancomundi\\_al\\_000319.htm](http://guiagenero.mzc.org.es/GuiaGeneroCache%5CPagina_Bancomundi_al_000319.htm)
- 22 Hernández Graciela - Jaramillo Concepción, La educación sexual de la primera infancia, Madrid, Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2003.
- 23 Montoya Milagros y Salguero José Ma. "En Orientación educativa y prevención de la violencia: la diferencia sexual en la resolución de conflictos, Madrid, Cide-Instituto de la Mujer, 2004, pp. 15-16.
- 24 Corominas J., Diccionario Crítico Etimológico de la Lengua Castellana, Madrid, Editorial Gredos, Tomo II, p. 435,
- 25 Cerviño Saavedra M<sup>a</sup> Jesús y colab. Instituto de la Mujer. Serie Cuadernos de Educación No Sexista N.º 21. Tema: Nombrar la Sexualidad. Madrid 2007.

- 26 Revista La Vanguardia. Vida. Artículo científico: Descubren la zona del cerebro donde se origina el amor. 21 junio 2012. Consultado: 21/06/2012. Disponible en: [es.wikipedia.org/wiki/Atracci3n\\_sexual](http://es.wikipedia.org/wiki/Atracci3n_sexual)
- 27 Bardi L. Alberto, y colab. Identidad Sexual: proceso de definici3n en la adolescencia. Cuba. Agosto 2005. Revista de docencia n. 26. Disponible en [www.sld.cu/revistas/mgi/vol14\\_5\\_98/mgi08598](http://www.sld.cu/revistas/mgi/vol14_5_98/mgi08598)
- 28 Enciclopedia Digital Wikipedia®. Fundaci3n Wikimedia, Inc., 2010. Disponible en [es.wikipedia.org/wiki/Sexualidad\\_humana](http://es.wikipedia.org/wiki/Sexualidad_humana)
- 29 Orozco L. Soraida. Proyecto "Educaci3n Sexual" Comportamiento sexual responsable. Puebla M3xico. Creado y publicado el 20 de Abril del 2013
- 30 Cervi3o S. Mar3a Jes3s y Hern3ndez M. Graciela. Ministerio de Educaci3n, Cultura y Deporte. Instituto Nacional de Tecnolog3as Educativas y de Formaci3n del Profesorado. Taller: Coeducaci3n: dos sexos en un solo mundo M3dulo 4: el amor y la sexualidad. Espa3a 2009.
- 31 Fundaci3n Educativa H3ctor A. Garc3a. La Gran Enciclopedia Ilustrada del Proyecto Sal3n Hogar. Disponible en: [www.proyectosal3nhogar.com/Ciencias/Reproduccion\\_humana.htm](http://www.proyectosal3nhogar.com/Ciencias/Reproduccion_humana.htm)
- 32 Bianco Fernando, presidente de la Asociaci3n Mundial de Sexolog3a M3dica, en Mendoza Argentina Julio 2013.
- 33 Victoria Toro Gu3a de Adolescentes, El amor en la adolescencia, About.com Adolescentes. Gu3a americana para Latinoam3rica. Washington. 2013
- 34 Tsng Luis E., y Juan F. Mere. *Ginecolog3a y Obstetricia* La incidencia de embarazos gemelares en la poblaci3n general es de un 1,5%. En

técnicas de fecundación asistida puede alcanzarse el 20%. Vol. 42 N°3 diciembre de 1996

- 35 Atrash HK, Friede A, Hogue CJR. «Abdominal Pregnancy in the United States: Frequency and Mortality». *Obstet Gynecol (March 1887)* 63: pp. 333–7
- 36 *¡Ecuador abrió las puertas al futuro!* [www.inec.gob.ec](http://www.inec.gob.ec)  
[www.ecuadorencifras.com](http://www.ecuadorencifras.com). Byron Villacís Director General. 2013
- 37 Mazarrasa Alvear Lucía y Gil T. Sara. Salud sexual y reproductiva. Revista electrónica. 2012. Disponible en [www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/.../13modulo\\_12](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/.../13modulo_12).
- 38 Woods Samuel G., *Todo lo que necesitas saber sobre las enfermedades de transmisión sexual*, 2003, The Rosen Publishing Group, ISBN 0-8239-3580-9
- 39 Organización Mundial de la Salud (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva.
- 40 Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000). Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la acción. Antigua: OPS.
- 41 Ruiz Sternberg, Angela María MD, y colb. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria Bogotá REV SOGIA 2005; 12(3): 86-93. Disponible en: [www.cemera.cl/sogia/pdf/2005/XII3conocimientos.pdf](http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2005/XII3conocimientos.pdf)

- 42 Rengifo-Reina Herney A, y colab. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. [REVISTA DE SALUD PÚBLICA. Volumen 14, Agosto 2012, Miranda, Cauca ] Publicado: Julio 2012 [Citado: 03 de septiembre del 2013]; Disponible en: [www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/22727](http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/22727)
- 43 González g. Fernando g. y colb. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del sisben de un municipio del departamento de Cundinamarca. [acta colombiana de psicología, núm. 12 , 2004, pp. 59-68, universidad católica de Colombia] [citado: 04 de septiembre del 2013]; disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79801205>
- 44 Varios autores y colaboradores. ENDEMAIN 2004: Actividad sexual y salud reproductiva en mujeres de 15 a 24 años. Ecuador, estudios nacional 2004 [www.cepar.org.ec/endemain\\_04/nuevo05/informe/.../joven1.htm](http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/informe/.../joven1.htm)
- 45 Tang CS, Lai FD, Chung TKH. Assessment of sexual functioning for Chinese college students. Archives of Sexual Behavior 1997; 26(1): 79-90
- 46 FLACSO CHILE, APROFA, Tu decisión tu libertad. Salud Sexual y Reproductiva. Una guía para periodistas. Dides, C.; Benavente, M. C.; Pérez, S.; Guajardo, A. y Morán, J. M. (2007) Participación de adolescentes y jóvenes en el diagnóstico y elaboración de políticas públicas en salud y desarrollo en Chile, MINSAL-UNFPA, Santiago, Chile. Disponible en: [issuu.com/flacso.chile/docs/boletin\\_periodistas](http://issuu.com/flacso.chile/docs/boletin_periodistas)
- 47 Castañeda P. Oneida y colab. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva, en Yopal, Casanare, Colombia, 2009.



investigaciones andinas. no. 19 vol. 11 - 120 p. Disponible es:  
[biblioteca2.funandi.edu.co/handle/123456789/224](http://biblioteca2.funandi.edu.co/handle/123456789/224)

- 48 Ospina M. Luisa F. y colab. ¿Qué saben los hombres del valle de Aburrá acerca de la salud reproductiva? *Iatreia* Vol. 25 (2): 120 - 126, abril-junio 2012 Aburrá, Antioquia, Colombia. 2012

# **ANEXOS**

## **ANEXO 1:**

### **ENCUESTA APLICADA**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

### LA SEXUALIDAD Y YO

La presente encuesta titulada "Mi sexualidad y Yo" tienen como objetivo investigar algunos aspectos y formas de analizar la sexualidad, por parte de los jóvenes. Además nos permitirá plantear alternativas en cuanto a la preparación de talleres referentes al tema de Sexualidad y Reproducción, los cuales se revertirán en beneficios hacia ustedes. Es por esto que solicito de la manera más comedida responder con la mayor sinceridad y madurez. Los datos que se recolectarán serán manejados con absoluta confidencialidad, y servirán únicamente para establecer las alternativas mencionadas. Los resultados finales del presente estudio estarán a su disposición si así lo requieren.

#### DESEO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE EN ESTA ENCUESTA

*Si ( ) No ( )*

a. Carrera:.....

b. Fecha:.....

c. Edad:..... Género: M ( ) F ( )

**MARCA CON UNA X SEGÚN LO QUE TU CONOCES O VIVES, EN RELACION A LA SEXUALIDAD** *(solamente colocar una X por ítem)*

	SI	NO	NO SABE
1. La sexualidad está limitada a la genitalidad			
2. La homosexualidad es una actitud normal			
3. Conoces los derechos sexuales			
4. El acto sexual es mejor cuando se consumen drogas			
5. El sexo debe ser para tener hijos			
6. El acto sexual es mejor cuando se toma licor			
7. En una relación sexual es importante saber qué le gusta a la pareja.			
8. Tengo derecho a una práctica sexual plena y enriquecedora.			
9. La salud sexual incluye la promoción de la igualdad entre hombre y mujeres			
10. La salud sexual incluye distinguir entre los deseos personales y los de las otras personas			
11. La salud sexual incluye comprender las consecuencias de las acciones que se tomen			
12. Los hombres que tienen un pene más grande hacen gozar sexualmente más a las mujeres			
13. La sexualidad se refiere solamente a lo biológico o anatómico			
14. Conoces que es la Menarquia			
15. Tengo acceso a lugares donde puedo conseguir métodos anticonceptivos			
16. Tengo acceso a información sobre planificación familiar			
17. Tengo acceso a información sobre métodos anticonceptivos			
18. La salud reproductiva es tener las relaciones sexuales de forma libre y responsable			
19. La salud reproductiva implica tener hijos en el momento que se considere oportuno			
20. Hay días en que una mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada			

	SI	NO	NO SABE
21. Después de los 40 años, todo hombre debe hacerse un examen de próstata anual			
22. Las pastillas anticonceptivas son un método efectivo para prevenir embarazos			
23. El control médico de la mujer embarazada es muy importante para la salud de la madre y del hijo			
24. La ducha vaginal previene el embarazo			
25. Las píldoras anticonceptivas causan cáncer			
26. Conoces que es la Torarquía			
27. Una muchacha puede embarazarse por usar un baño público			
28. La abstinencia es el único método anticonceptivo 100% efectivo			
29. VIH son las siglas para Virus de Inmunodeficiencia Humana			
30. Cualquier persona puede infectarse con el VIH/SIDA			
31. Si tienes relaciones sexuales orales no contraes el VIH			
32. El VIH/SIDA se puede curar si la persona infectada recibe medicamentos a tiempo			
33. Existen medicamentos disponibles que ayudan a prolongar la vida de una persona con VIH/SIDA			
34. El SIDA no tiene cura			
35. El VIH ataca al sistema inmunológico, es decir, a las defensas que produce nuestro organismo			
36. Una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH			
37. El uso del condón es una forma eficaz de prevenir la infección con el VIH/SIDA			
38. El sistema inmunológico es el encargado de defender al cuerpo humano de cualquier bacteria, virus, parásito, hongo o agente que produzca enfermedades			
39. Una persona puede infectarse con el VIH/SIDA al tener relaciones sexuales sin protección			

	SI	NO	NO SABE
40. La única forma de conocer si una persona está infectada con el VIH/SIDA es con un examen de laboratorio			
41. El VIH se puede transmitir por medio de la tos y los estornudos de una persona infectada			
42. El VIH se puede transmitir por medio del sudor o de la saliva de una persona infectada			
43. El VIH se puede transmitir a través de un abrazo o de un apretón de manos con una persona infectada			
44. El VIH puede transmitirse por medio de la picadura de un mosquito			
45. SIDA son las siglas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida			
46. El VIH es un virus que puede estar en el agua			
47. El VIH es un virus que puede estar en el aire			
48. El VIH se adquiere con mayor frecuencia por la vía sexual			
49. Siempre hay que usar el condón cuando se tienen relaciones sexuales anales			
50. El VIH y el SIDA ocurren al mismo tiempo			
51. Cuando una persona desarrolla el SIDA padecerá de un conjunto de enfermedades que le pueden causar la muerte			
52. El uso de dos condones a la vez nos da más protección			
53. El hombre puede tener relaciones sexuales placenteras cuando usa el condón			
54. El condón debe abrirse por una esquina con los dedos			
55. El condón se puede abrir con los dientes o con algún objeto punzocortante			
56. Los condones se pueden llevar en las billeteras			
57. Siempre hay que asegurarse de que el empaque del condón no esté roto			
58. Los condones deben ser guardados en lugares frescos			
59. El material de látex del condón puede estar expuesto directamente a la luz del sol			

60. El material de látex del condón puede soportar altas temperaturas			
61. El condón evita que organismos infecciosos presentes en la vagina y en el ano ingresen al pene			
62. El uso constante del condón puede traer con el tiempo el padecimiento de alguna enfermedad			
63. El material con que está hecho el condón (látex) ofrece seguridad contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual			
64. Si se desea una mayor lubricación cuando se usa el condón siempre se debe usar gel a base de agua			
65. Cuando se usa un condón es bueno usar vaselina, crema de manos o aceite para lograr una mayor lubricación			
	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	
66. Las relaciones sexuales deben darse únicamente cuando hay amor de por medio			
67. Me siento presionado(a) por mis amistades para tener relaciones sexuales			
68. Masturbarse es pecado			
69. Voy a esperar casarme para tener relaciones sexuales			
70. Preferiría que mi pareja sea más experimentada que yo			
71. El acto sexual siempre debe culminar con la penetración			
72. Un hombre puede esperar que su novia o esposa le sea siempre fiel			
73. Los hombres que se preocupan por su apariencia física son "afeminados"			
74. Las mujeres que no se preocupan por su apariencia física son "marimachas" o "tortilleras"			
75. Siento temor de tener sexo porque pueden resultar en un embarazo			
76. La masturbación la practican exclusivamente los hombres			
77. Me da vergüenza hablar sobre sexo			
78. Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para las mujeres			
79. Siento temor de las relaciones sexuales porque puedo infectarme con el VIH/SIDA			

80. Siento temor de tener sexo porque puedo adquirir una infección de transmisión sexual			
81. El hombre necesita las relaciones sexuales más que la mujer			
82. El hombre vale más cuando es virgen			
83. Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para los hombres			
84. La masturbación causa acné			
85. Son normales las relaciones sexuales prematrimoniales			
86. La mujer vale más cuando es virgen			
87. Una mujer no puede quedar embarazada en su primera relación sexual			
88. Puedo usar varios métodos de planificación familiar a la vez			
89. Puedo acudir a los servicios de salud sin temor			
90. La mujer es quien debe tomar medidas para no quedar embarazada			
91. Tengo derecho a decidir en qué momento deseo tener hijos			
92. Cuando una mujer está menstruando no se debe tener contacto sexual con ella			
93. La vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual			
94. Todas las personas infectadas con el VIH deberían estar encerradas en algún lugar especial			
95. Me resultaría fácil hacer amistad con una persona infectada con el VIH			
96. La gente que se infectó con el VIH es porque se lo merece			
97. Es mejor no tener ninguna clase de contacto con una persona infectada con el VIH			
98. El SIDA es una enfermedad de prostitutas			
99. Si tuviera razones para creer que tengo la infección con el VIH me haría la prueba			
100. Podría abrazar a una persona que tiene el VIH/SIDA			

101. Solo las trabajadoras del sexo pueden transmitir una infección de transmisión sexual			
102. Es un insulto para el hombre que una mujer le pida usar el condón			
103. La mujer que solicita que se use el condón en una relación sexual con ella significa que es muy "experimentada"			
104. Si se conoce bien a la persona no es necesario usar el condón			
105. Si hay amor de por medio no es necesario usar el condón			
106. Cuando se usa el condón no se siente nada			
107. Pienso que cuando una persona le pide a la otra que use el condón es porque no hay confianza			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
108. ¿Hablo con mi pareja sobre temas relacionados con la sexualidad?			
109. Me masturbo			
110. Tengo relaciones heterosexuales			
111. Tengo relaciones homosexuales			
112. ¿El sexo seguro es solo el uso de preservativo?			
113. Me han obligado a tener relaciones sexuales			
114. Practico el sexo oral			
115. Me informo sobre planificación familiar			
116. Me intereso sobre el ciclo menstrual de la mujer			
117. ¿Hablo con mi pareja sobre mecanismos para evitar embarazos?			
118. ¿El método anticonceptivo que uso será el único que utilice siempre?			
119. Hablo del uso de anticonceptivos con la persona con la que voy a tener relaciones sexuales			
120. ¿Uso algún método anticonceptivo?			

121. Uso algún método anticonceptivo cuando tengo relaciones sexuales			
122. Usé algún método anticonceptivo en mi última relación sexual			
124. Me informo sobre enfermedades del aparato reproductivo			
125. Me informo sobre métodos anticonceptivos			
126. No me acerco hacia las personas con SIDA porque me puedo contagiar			
127. ¿Hablo con mi pareja sobre mecanismos para prevenir el contagio de Enfermedades de transmisión sexual?			
128. He pagado para tener relaciones sexuales			
129. He tenido sexo con personas desconocidas sólo por presión de mis amistades			
130. He tenido alguna infección de transmisión sexual			
131. Uso el condón en mis relaciones sexuales			
132. Me fijo en la fecha de vencimiento del condón antes de usarlo			
133. Guardo los condones en cualquier lugar, porque son resistentes			
134. Antes de usar el condón compruebo que el paquete no esté roto			
135. Tengo relaciones sexuales sin usar el condón			
	<b>RESPUESTA</b>		
136. ¿Porque yo o mi pareja usamos el preservativo o condón?			
137. ¿Que otro método anticonceptivo conoces?			
138. ¿A qué edad tuve mi primera relación sexual?			
139. ¿Porque razón tuviste tu primera relación sexual?			
140. ¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?			
141. ¿Cuántas parejas sexuales he tenido hasta la actualidad?			
142. ¿De quién has recibido información sexual?			

## ANEXO 2: PERMISO CARRERA INGENIERÍA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA UNL

Loja, 22 de Julio del 2013

Dr. Mg. Sc.

Jorge Matute Espinosa

**COORDINADOR DE LA CARRERA DE INGENIERÍA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA DE LA UNL**

En su despacho.-

De mi especial consideración.

Yo JOSÉ FERNANDO MOROCHO GUADALIMA, con cedula de identidad N° 1103913248, estudiante egresado de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, por medio de la presente me dirijo ante su digna autoridad para de la manera más comedida solicitarle se digne concederme el permiso respectivo para realizar una encuesta con carácter didáctica e investigativa a los estudiantes del 2do. Módulo de la carrera que usted acertadamente dirige. Dicha encuesta me permitirá la recolección de datos para el Trabajo Investigativo que me encuentro realizando, previo a la obtención del título de Médico General.

El Tema de Investigación se titula: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES Y JOVENES DE LA CIUDAD DE LOJA"; y pretende enfocar el problema de: ¿CÓMO INFLUYEN LOS CONOCIMIENTOS Y LA CONDICION SOCIOECONOMICA DE LOS ADOLESCENTES Y JOVENES, EN LAS ACTITUDES Y PRACTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, EN EL PERIODO 2013 - 2014?.

Adjunto al presente la encuesta a ser aplicada.

Los resultados de la presente Investigación estarán a su disposición en el caso de que usted así lo requiera.

Por la favorable atención que se digne dar a la presente le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente

**José Fernando Morocho Guadalima**  
Egresado de la Carrera de Medicina Humana UNL  
C.I.: 1103913248

*Se Autorize lo  
Puedo*





### **ANEXO 3: OFICIO DE PERMISO CARRERA INGENIERÍA EN BANCA Y FINANZAS**

Loja, 22 de Julio del 2013

Lic. Mg. Sc.

Tito Rigoberto Arévalo Asanza

**COORDINADOR DE LA CARRERA DE INGENIERIA EN BANCA Y FINANZAS DE LA UNL**

En su despacho.-

De mi especial consideración.

Yo **JOSÉ FERNANDO MOROCHO GUADALIMA**, con cedula de identidad N° 1103913248, estudiante egresado de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, por medio de la presente me dirijo ante su digna autoridad para de la manera más comedida solicitarle se digne concederme el permiso respectivo para realizar una encuesta con carácter didáctica e investigativa a los estudiantes del 2do. Módulo de la carrera que usted acertadamente dirige. Dicha encuesta me permitirá la recolección de datos para el Trabajo Investigativo que me encuentro realizando, previo a la obtención del título de Médico General.

El Tema de Investigación se titula: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES Y JOVENES DE LA CIUDAD DE LOJA"; y pretende enfocar el problema de: ¿CÓMO INFLUYEN LOS CONOCIMIENTOS Y LA CONDICION SOCIOECONOMICA DE LOS ADOLESCENTES Y JOVENES, EN LAS ACTITUDES Y PRACTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, EN EL PERIODO 2013 - 2014?.

Adjunto al presente la encuesta a ser aplicada.

Los resultados de la presente Investigación estarán a su disposición en el caso de que usted así lo requiera.

Por la favorable atención que se digne dar a la presente le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente

**José Fernando Morocho Guadalima**  
Egresado de la Carrera de Medicina Humana UNL  
C.I.: 1103913248

## ÍNDICE

CERTIFICACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
AUTORÍA.....	¡Error! Marcador no definido.
CARTA DE AUTORIZACIÓN .....	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA .....	IV
AGRADECIMIENTO .....	V
TÍTULO.....	I
RESUMEN .....	2
SUMMARY.....	4
INTRODUCCIÓN.....	7
REVISIÓN DE LITERATURA.....	12
CAPITULO 1 .....	13
SEXUALIDAD HUMANA .....	13
<i>DEFINICIÓN DE SEXUALIDAD</i> .....	13
<i>CONCEPTOS BÁSICOS</i> .....	14
<i>EDUCACIÓN SEXUAL</i> .....	17
LOS CUERPOS SEXUADOS Y EL LENGUAJE UTILIZADO .....	18
LA ATRACCIÓN SEXUAL .....	20
ORIENTACIÓN E IDENTIDAD SEXUAL .....	21
EXPRESIONES Y DESARROLLO DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL .....	22
Prácticas sexuales .....	22
Coito .....	22
Masturbación.....	22
Sexo oral.....	23
Sexo anal.....	23
EDUCACIÓN SEXUAL Y COMPORTAMIENTO SEXUAL RESPONSABLE.....	23
LOS LÍMITES DE LA SEXUALIDAD .....	24
DERECHOS SEXUALES.....	25
CAPITULO II .....	27
REPRODUCCION .....	27
DEFINICIÓN .....	27
EL AMOR, LA SEXUALIDAD Y LA REPRODUCCIÓN .....	27
EL EMBARAZO .....	29
CRECIMIENTO POBLACIONAL EN EL ECUADOR.....	30

CONTROL DE NATALIDAD.....	31
<i>Planificación familiar</i> .....	31
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	32
EL PRESERVATIVO.....	34
Función.....	34
Uso.....	34
Indicaciones.....	35
VENTAJAS.....	37
<i>INCONVENIENTES</i> .....	37
SALUD REPRODUCTIVA.....	38
CAPITULO III.....	42
ENFEMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	42
DEFINICIÓN.....	42
EPIDEMIOLOGIA.....	43
FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR UNA ETS.....	44
PREVENCIÓN EN GENERAL DE LAS ITS.....	45
SIDA.....	46
<i>Prevención</i> .....	50
Penetración.....	50
Vía parenteral.....	51
Saliva.....	52
MATERIALES Y MÉTODOS.....	54
RESULTADOS.....	61
DISCUSIÓN.....	92
CONCLUSIONES.....	118
RECOMENDACIONES.....	122
BIBLIOGRAFÍA.....	125
ANEXOS.....	132
ANEXO 1:.....	133
ENCUESTA APLICADA.....	133
ANEXO 2: PERMISO CARRERA INGENIERÍA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA UNL.....	138
ANEXO 3: OFICIO DE PERMISO CARRERA INGENIERÍA EN BANCA Y FINANZAS.....	139
ÍNDICE.....	140