

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TÍTULO:**

MITOS SOBRE SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DE  
LA UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO “DIEZ DE  
NOVIEMBRE” DE LA PARROQUIA LOS ENCUENTROS,  
DEL CANTÓN YANZATZA

Tesis previa a la  
obtención de Título de  
Licenciada en  
Enfermería

**AUTORA:** Sofía Alexandra Chamba Obelencio

**DIRECTOR:** Lic. Efraín Fernando Muñoz Silva, Mg. Sc.

**LOJA – ECUADOR**

**2019**



## **CERTIFICACIÓN**

Lic. Efraín Fernando Muñoz Silva, Mg. Sc

**DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.**

### **CERTIFICO:**

Que la presente tesis titulada **“MITOS SOBRE SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO “DIEZ DE NOVIEMBRE” DE LA PARROQUIA LOS ENCUENTROS, DEL CANTÓN YANZATZA”**, desarrollada por **SOFIA ALEXANDRA CHAMBA OBELENCIO**, ha sido elaborada bajo mi dirección y cumple con los requisitos de fondo y de forma que exigen los respectivos reglamentos e instructivos.

Por ellos autorizo su presentación y sustentación.

**Loja, 14 de mayo del 2019.**

Atentamente,



Lic. Efraín Fernando Muñoz Silva, Mg. Sc.

**DIRECTOR DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo, Sofía Alexandra Chamba Obelencio, con el título “MITOS SOBRE SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO “DIEZ DE NOVIEMBRE” DE LA PARROQUIA LOS ENCUENTROS, DEL CANTON YANZATZA” declaró ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo formalmente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles reclamos 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.

**Autora:** Sofía Alexandra Chamba Obelencio



Firma:.....

**Cedula:** 1900855907

**Fecha:** Loja, 19 de junio del 2019

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Sofía Alexandra Chamba Obelencio, autora de la tesis **“MITOS SOBRE SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO “DIEZ DE NOVIEMBRE” DE LA PARROQUIA LOS ENCUENTROS, DEL CANTON YANZATZA”**, reconozco y acepto el derecho de la universidad de Loja, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Loja hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales patrimoniales como autora.

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



**Firma:**

**Autora:** Sofía Alexandra Chamba Obelencio

**Cedula:** 1900855907

**Fecha:** Loja, 19 de junio del 2019

**Correo Electrónico:** [sofichamba@hotmail.es](mailto:sofichamba@hotmail.es)

**Teléfono:** 0980916776

### DATOS COMPLEMENTARIOS

**Director de Tesis:** Lic. Efraín Fernando Muñoz Silva, Mg. Sc.

### TRIBUNAL DE GRADO:

**Presidente:** Lic. Rosa Amelia Rojas Flores, Mg. Sc.

**Vocal:** Lic. Denny Caridad Apolo Ayora, Mg. Sc.

**Vocal:** Lic. Betty María Luna Torres, Mg. Sc.

## DEDICATORÍA

Mi trabajo de investigación está dedicado a mi Dios, quien me brindó salud, sabiduría, fe y fortaleza durante todos los años de estudio para poder concluir con mi carrera, enseñándome a enfrentar las dificultades sin desfallecer en el intento.

Con todo el cariño, amor y agradecimiento a mis padres Rodrigo y Corina por su apoyo, consejos, comprensión, confianza que me brindaron en el día a día de mi carrera universitaria, siempre apoyándome y brindándome su amor, por esto les agradezco de todo corazón que estén a mi lado en el logro alcanzado. Retribuyo que hayan formado a la persona que soy con principios, valores, perseverancia para así lograr alcanzar mis metas propuestas.

A mis hermanos por estar conmigo apoyándome para poderme realizar como persona y profesional, a mi querida sobrina quien ha sido una motivación para seguir superándome sin desfallecer. A mi apreciado novio Pablo que con consejos y paciencia me acompañó en momentos importantes y difíciles de mi carrera, siempre demostrando su cariño con palabras llenas de comprensión dichas en cada tropezón que cometía, gracias por estar en mi proceso de enseñanza y así poder ser la profesional que soy.

A mí Querido Abuelito Levi, que desde el cielo me brinda bendiciones, gracias papito por todo fuiste y serás muy importante en mi vida, tus consejos dieron fruto, por Ti y para Ti mi Abuelito.

*Sofía Alexandra Chamba Obelencio*

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco en primer lugar a Dios, por ser el motor que ha impulsado en mi vida a despeñarme en el ámbito universitario y me ha brindado la sabiduría necesaria para culminar mi carrera.

Brindo mi más sincero agradecimiento a mi Familia que siempre ha estado a mi lado apoyándome y por la inmensa paciencia que tuvieron durante este tiempo que me sirvió para lograr mi meta y propósito.

Gracias infinitas a cada una de las docentes de la Facultad de Enfermería que día a día compartieron sus conocimientos y experiencias lo cual me ayudaron a formarme profesionalmente, de manera especial el más sincero agradecimiento a mi Director Lic. Efraín Fernando Muñoz Silva, Mg. Sc. por colaborarme con su ayuda y sabiduría en esta investigación.

*Sofía Alexandra Chamba Obelencio*

# ÍNDICE

CARÁTULA: .....	i
CERTIFICACIÓN .....	ii
AUTORÍA .....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN .....	iv
DEDICATORÍA .....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN .....	2
SUMMARY .....	3
3. INTRODUCCIÓN .....	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA .....	6
4.1 Adolescencia .....	6
4.2 Desarrollo físico en la adolescencia .....	7
4.3 Maduración sexual.....	8
4.3.1 Maduración y funciones de los órganos sexuales masculinos. ....	8
4.3.2 Maduración y funciones de los órganos sexuales femeninos .....	9
4.3.3 Menarquía .....	9
4.3.4 Ciclo menstrual .....	10
4.4 Desarrollo psicosocial en la adolescencia .....	10
4.4.1 Desarrollo de la personalidad del adolescente .....	10

4.4.2 La búsqueda de la identidad.....	11
4.4.3 Logro de una identidad sexual .....	11
4.4.4 Relaciones con los padres .....	12
4.4.5 Relaciones con los hermanos .....	12
4.4.6 El noviazgo .....	13
4.5 Sexualidad .....	13
4.5.1 Concepto .....	13
4.5.2 Importancia .....	14
4.5.3 Desarrollo.....	15
4.5.4 Etapas del desarrollo de la sexualidad.....	16
4.6 Educación Sexual .....	17
4.7 Enfermedades de transmisión sexual.....	18
4.7.1 Infecciones bacterianas.....	18
4.7.2 Infecciones víricas.....	25
4.8 Parafilia .....	31
4.8.1 Principales parafilias .....	33
4.8.1.1 Exhibicionismo.....	33
4.8.2 Fetichismo.....	33
4.8.3 Paidofilia.....	34
4.8.4 Sadomasoquismo sexual.....	35
4.8.5 Transvestismo .....	36



4.8.6 Voyeurismo.....	37
4.9 Mitos Sobre Sexualidad .....	39
5. METODOLOGÍA.....	44
6. RESULTADOS .....	48
7. DISCUSIÓN.....	51
8. CONCLUSIONES .....	54
9. RECOMENDACIONES .....	55
10. BIBLIOGRAFIA.....	56
11. ANEXOS .....	62
ANEXO 1: Consentimiento Informado .....	62
ANEXO 2: Cuestionario.....	63
Anexo # 3: Boletín Informativo .....	65
Anexo # 4 Certificación de traducción al idioma ingles.....	67

## **1. TÍTULO**

**MITOS SOBRE SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES  
DE LA UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO “DIEZ  
DE NOVIEMBRE” DE LA PARROQUIA LOS  
ENCUENTROS, DEL CANTÓN YANZATZA**

## 2. RESUMEN

Los mitos sobre sexualidad siguen provocando desinformación, fundamentalmente en adolescentes en los cuales circulan creencias falsas o equivocadas, transmitidas entre ellos; frente a este antecedente los padres, personal de salud, docentes y medios de comunicación, deben ofrecer información correcta sobre sexualidad permitiendo así a los jóvenes obtener datos reales, con lo cual se mejora su educación sexual. Siendo un estudio de tipo descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo, con una muestra de 316 estudiantes, como técnica se utilizó la encuesta previamente validado e implementado el consentimiento informado libre y voluntario, la tabulación se ejecutó mediante el programa de Microsoft Excel y los resultados representados en tablas. De tal manera que en los resultados se determinó que un gran porcentaje sobre mitos en los estudiantes no mantienen una buena educación sexual, tanto es así que el 43 % mencionan que no se produce un embarazo en etapa de lactancia materna, el 67 % consideran que en el coito interrumpido no existe la posibilidad de un embarazo, el 61 % hacen mención que sí existe una ducha vaginal después una relación sexual no se origina un embarazo, en base a estos indicadores mencionados muestran desconocimiento respecto a sexualidad. Esta investigación se consideró relevante y de gran importancia porque al momento de evaluar sobre los mitos, existió en la población adolescente desconocimiento preocupante y por tanto se debe brindar educación sobre sexualidad adolescente.

**Palabras Claves:** jóvenes, educación, indicadores.

## SUMMARY

Myths about sexuality continue to provoke misinformation, fundamentally in teenagers in which false or mistaken beliefs circulate transmitted among them; in the face of this background, parents, health staff, teachers and the social media must offer correct information about sexuality allowing young people to obtain real data, thereby improving their sexual education. It is a cross-sectional descriptive type study, with a quantitative approach and a sample of 316 students. A survey was used as a technique previously validated and implemented in a free and voluntary informed consent. The tabulation was executed using the Microsoft Excel program and the results were represented in tables. In such a way in the results it was determined that a great percentage on myths in the students do not maintain a good sexual education, so much so that 43 % mention that a pregnancy in stage of breastfeeding does not take place, 67 % consider that in the interrupted coitus does not exist the possibility of a pregnancy, 61 % mention that if a vaginal shower exists after a sexual relation does not originate a pregnancy, based on these mentioned indicators they show a lack of knowledge regarding sexuality. This research was considered relevant and of high importance because at the time of evaluating the myths there was a worrying lack of knowledge among the teenage population and therefore education about teen sexuality should be provided.

**Keywords:** Young people, education, indicators.

### 3. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de profundos cambios psicológicos y sociales. El individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual. En esta etapa es de vital importancia una adecuada consejería, tanto en prevención de embarazo e infecciones de transmisión sexual, como en prevención de conductas de riesgo, favoreciendo de esta forma, la adquisición de conductas protectoras en el ejercicio de su sexualidad (Cannonia & Gonzales, 2012).

En esta perspectiva se pudo deducir que la adolescencia está sometida a cambios físicos, psicológicos y sociales, por tal motivo las estadísticas muestran que en ciertos países en desarrollo cada cinco minutos una mujer menor de 18 años da a luz y en algunos lugares esta proporción aumenta a una cada dos minutos. Respecto al riesgo de sufrir enfermedades de transmisión sexual esto suele estar vinculado con la falta de educación, por lo tanto, varones y mujeres menores de 25 años contraen un tercio (más de 100 millones) de los casos de ITS curables y 10 millones de ellos viven actualmente con VIH/Sida (Basulto, 2015).

Un informe del centro latinoamericano de salud y mujer realizado en el año 2013; evidencia que todavía persisten los mitos y prejuicios sobre el uso de anticonceptivos; situación que indica que el 80 % de adolescentes no usan ninguno método anticonceptivo la primera vez que tiene relaciones sexuales. En Argentina 2013, la mayoría de las mujeres se inicia sexualmente en la adolescencia. El 11 % antes de los 15 años y 51 % restante entre los 16 y 19 años. Algunas prácticas inseguras más utilizadas son el coito interruptus y la mala utilización del preservativo (Cipriana, 2013).

Según el INEC, el número de mujeres embarazadas o en periodo de lactancia de 12 a 17 años disminuyó en el país, pues en el 2009 se reportaron 33 819 casos, y en el 2012, solo 19 112 casos. No obstante, este dato indica que la precocidad en el inicio sexual se mantiene, así como su mayor secuela, el embarazo no deseado (OPS/OMS, 2013).

Por lo tanto mediante la investigación se evidenció un desconocimiento notable en los adolescentes de esta Unidad Educativa, por lo que hoy en día es un reto encaminar a los adolescentes por el verdadero significado de la sexualidad entendiéndolo desde un punto de vista psicológico, afectivo y saludable, entendiendo que un mito es la suma de tradiciones ancestrales que durante años representaron las normas sociales que no se podían transgredir.

## 4. REVISIÓN DE LITERATURA

### 4.1 Adolescencia

La adolescencia se caracteriza por ser un momento vital en el que se suceden gran número de cambios que afectan a todos los aspectos fundamentales de una persona. Las transformaciones tienen tanta importancia que algunos autores hablan de este periodo como de un segundo nacimiento. De hecho, a lo largo de estos años, se modifica nuestra estructura corporal, nuestros pensamientos, nuestra identidad y las relaciones que mantengamos con la familia y la sociedad. El término latín *adolescere*, del que se deriva el de <<adolescencia >>, señala este carácter de cambio: *adolescere* significa “crecer”, “madurar”. La adolescencia constituye así una etapa de cambios que, como nota diferencial respecto de otros estadios presenta el hecho de conducirnos a la madurez (Moreno, 2015).

Este periodo de transición entre la infancia y la edad adulta transcurre entre los 11 y 12 años y los 18 y 20 años aproximadamente. El amplio intervalo temporal que corresponde a la adolescencia ha creado la necesidad de establecer subetapas. Así suele hablarse de una adolescencia temprana entre los 11-14 años; una adolescencia media, entre los 15 y 18 años y adolescencia tardía o juventud a partir de los 18 años (Moreno, 2015).

El aporte que brinda Moreno (2015) en torno al estudio de la adolescencia permite evidenciar que en esta etapa de la vida se producen cambios significativos que modifican la estructura corporal, nuestros pensamientos, nuestra identidad y las relaciones que mantengamos con la familia y la sociedad, de ahí de darle la importancia que amerita en torno al análisis de esta temática.

## 4.2 Desarrollo físico en la adolescencia

Mora (2018), en su investigación denominada Psicología del desarrollo humano, da a conocer que los incrementos de las concentraciones de las hormonas sexuales, dan por resultado una serie de cambios impresionantes en el cuerpo de los adolescentes. Uno de esos cambios es la tasa de crecimiento físico. Después de avanzar a un ritmo uniforme desde la niñez temprana, al llegar la pubertad el crecimiento se acelera de manera repentina. De hecho, una de las primeras señales de la pubertad en niñas y niños es el estirón del crecimiento adolescente. En el punto de crecimiento más rápido, cuando el estirón de crecimiento adolescente está en su punto máximo, las niñas crecen alrededor de 9.0 cm por año y los niños crecen alrededor de 10.5 cm por año. Tanto en las niñas como en los niños, la tasa de crecimiento en el punto de crecimiento más rápido es el más alto desde que tenían dos años de edad.

En la adolescencia temprana, las niñas son en promedio más altas durante dos años, de los 11 a los 13 años, los dos años en que han alcanzado su estirón del crecimiento y los niños no. Sin embargo, la maduración más temprana de las niñas contribuye a su menor estatura adulta, ya que el estirón del crecimiento adolescente también señala el inicio del final de su crecimiento (Mora S. A., 2018).

Las extremidades pies, manos y cabeza son las primeras en alcanzar el estirón del crecimiento, seguidas por los brazos y las piernas. Algunas partes de la cabeza crecen más que otras. La frente se hace más alta y más ancha, la boca se ensancha, los labios se hacen más llenos y el mentón, las orejas y la nariz se hacen más prominentes. El torso, el pecho y los hombros son las últimas partes del cuerpo en alcanzar el estirón del crecimiento, y por ende son las últimas en llegar al final de su crecimiento (Mora S. A., 2018).



## 4.3 Maduración sexual

### 4.3.1 Maduración y funciones de los órganos sexuales masculinos.

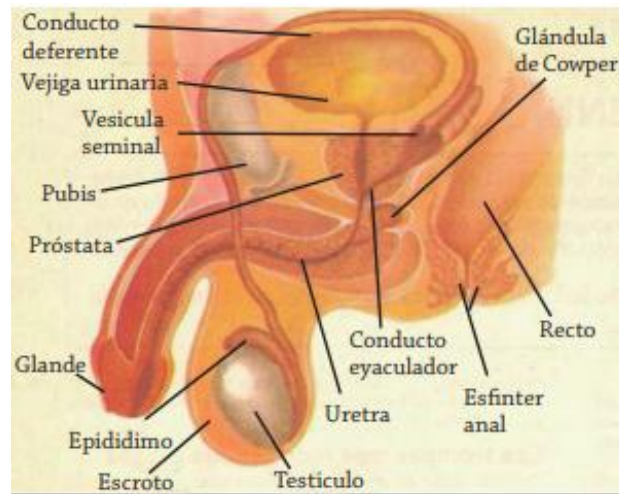


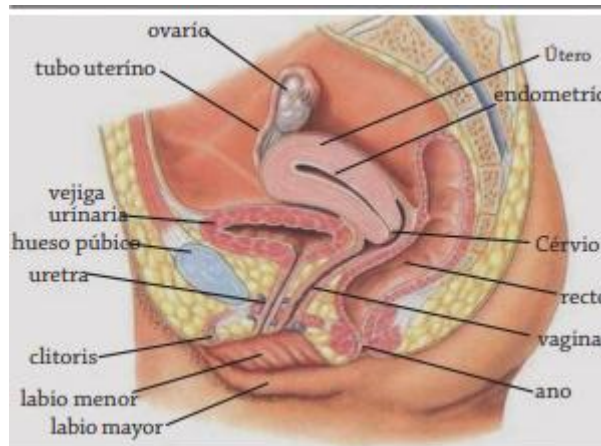
FIGURA.1: APARATO REPRODUCTOR MASCULINO  
MORA (2018), PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO II

Una serie de cambios importantes ocurren en los órganos sexuales masculinos primarios: los testículos, el escroto, el epidídimo, las vesículas seminales, la próstata, las glándulas de Cowper, el pene, los conductos deferentes y la uretra; durante la adolescencia. El desarrollo de los testículos y del escroto (la bolsa de piel que contiene los testículos) se acelera, comenzando en torno a los 11 años y medio con un rápido crecimiento hasta los 13 años y medio, volviéndose después más lento. Estas edades son promedios. Un rápido crecimiento puede empezar entre los 9 años y medio y los 13 años y medio, finalizando entre los 13 y los 17 años.

Durante este tiempo, los testículos aumentan dos veces y medio su tamaño y unas ocho veces y medio su peso. El epidídimo es un sistema de conductos, que corren desde los testículos a los conductos deferentes, donde el espermatozoide madura y es almacenado. Antes de la pubertad, el epidídimo es relativamente grande, en comparación con los testículos; tras la maduración, el epidídimo es sólo la novena parte de los testículos. El cambio más importante en los testículos es el desarrollo de células de espermatozoide maduras. Esto ocurre

cuando la hormona estimulante del folículo y la hormona luteinizante (HEF y HL) desde la hipófisis estimulan su producción y desarrollo (Mora S. A., 2018).

#### **4.3.2 Maduración y funciones de los órganos sexuales femeninos**



**FIGURA.2: APARATO REPRODUCTOR FEMENINO**  
MORA (2018), PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO II

Los órganos sexuales internos femeninos fundamentales son los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y la vagina. Los órganos sexuales femeninos externos son conocidos colectivamente como la vulva. Estos son el monte de Venus (monte púbico), los labios mayores (labios externos mayores o grandes), los labios menores (pequeños labios internos), el clítoris y el vestíbulo (la región hendida rodeada por los labios menores). El himen es un pliegue de tejido capilar que cierra parcialmente la vagina en la mujer virgen. Las glándulas de Bartholin, situadas a uno y otro lado del orificio vaginal, secretan unas gotas de fluido durante la excitación sexual (Mora S. A., 2018).

#### **4.3.3 Menarquía**

En promedio, la adolescente comienza su ciclo menstrual a los 12 o 13 años, aunque madura considerablemente tanto antes como después (entre los 9 y los 18 años en un caso extremo). La menarquía (comienzo de la menstruación) no sucede generalmente hasta que se han conseguido unas tasas de desarrollo máximo en altura y peso. Debido a la mejor nutrición y el cuidado de la salud, las chicas comienzan la

menstruación hoy día antes que en anteriores generaciones. Un aumento en la grasa corporal puede estimular la menarquía; el ejercicio vigoroso tiende a retrasarla (Mora S. A., 2018).

#### ***4.3.4 Ciclo menstrual***

El ciclo menstrual puede variar en duración entre 20 y 40 días, con un promedio de 28 días. Sin embargo, existe una diferencia considerable en la duración del ciclo cuando se comparan dos mujeres, y una misma mujer puede mostrar amplias variaciones. Un ciclo regular es bastante raro. El ciclo menstrual tiene cuatro fases: folicular o fase proliferadora, fase ovuladora, fase lútea o secretora y fase menstrual. La fase folicular abarca desde justo después de la menstruación hasta que un folículo madura (en ocasiones madura más de uno) y un huevo (u óvulo) madura (Mora S. A., 2018).

### **4.4 Desarrollo psicosocial en la adolescencia**

#### ***4.4.1 Desarrollo de la personalidad del adolescente***

La adolescencia es un fenómeno suficientemente complejo como para que se resista a ser descrito de manera resumida y siguiendo unas grandes líneas. A partir de lo que hemos estado viendo, podemos darnos cuenta de que la cantidad de factores que intervienen y las intrincadas relaciones que mantienen entre ellos hace arriesgado realizar afirmaciones tajantes y válidas en todos los casos, sin que vayan acompañadas de numerosas precisiones. Por ello existe el riesgo inevitable de tener que contentarse con ofrecer un panorama impresionista, siempre necesitado de matizaciones y muy de sentido común.

Lo que parece fuera de duda es que la adolescencia es un fenómeno determinado en buena medida por la sociedad en la que se produce, y que por ello puede adoptar

diversas formas, según la interacción que se produzca entre los cambios físicos y psicológicos, por un lado, y las resistencias sociales, por el otro (Mora S. A., 2018).

#### ***4.4.2 La búsqueda de la identidad***

El auto concepto de los adolescentes es mucho más complejo y es el producto resultante de las aspiraciones propias y de la imagen que devuelven los demás. Esa imagen reflejada es esencial, pero no siempre exacta y pueden llegar a producirse deformaciones tremendas. Todos queremos ser los mejores, al menos en un ámbito, y tenemos miedo a no destacar y a que los otros no nos aprecien. Los adolescentes experimentan grandes oscilaciones, que van desde sentirse excepcional, a situarse muy por debajo de los compañeros. Es una etapa de tanteos hasta encontrar el justo lugar, en la que existe un gran miedo al ridículo. Esa «audiencia imaginaria» de la que habla Elkind atormenta al adolescente y le hace sentirse escrutado por los demás. Cada uno de nosotros va construyendo una noción de identidad personal que implica una unidad y continuidad del yo frente a los cambios del ambiente y del crecimiento individual. Esa identidad es el resultado de la integración de los distintos aspectos del yo, entre los cuales puede incluirse el auto-concepto (Mora S. A., 2018).

#### ***4.4.3 Logro de una identidad sexual***

Uno de los cambios más profundos en la vida de un adolescente es el de la amistad cercana con personas del mismo sexo o amistades y vínculos románticos con personas de otro sexo. El cambio de ser miembro de un grupo unisexual de iguales a uno heterosexual es parte de una progresión normal, sana, camino hacia la edad adulta. Verse a sí mismo como un ser sexual, aceptar condiciones de autoexcitación sexual, y el desarrollo de una relación romántica íntima son aspectos importantes en la adquisición de una identidad sexual. Las imágenes de sí mismos en los adolescentes y de sus relaciones con parejas y padres están unidas a su sexualidad.

Entre adolescentes, la actividad sexual -el beso casual, abrazos y caricias o el contacto genital llena por completo un número de necesidades, sólo una de las cuales es placer físico. Los adolescentes pueden tener interacción sexual para aumentar la intimidad, para buscar una nueva experiencia, probar su madurez, para estar actualizados con el grupo de iguales, para encontrar alivio ante las presiones o investigar los misterios del amor (Mora S. A., 2018).

#### ***4.4.4 Relaciones con los padres***

La edad se vuelve un poderoso agente de alianza en la adolescencia, más fuerte que la raza, religión, comunidad o sexo. Los jóvenes emplean mucho de su tiempo libre con personas de su misma edad, con los que se sienten a gusto y se pueden identificar. Pasan sus mejores momentos con sus amigos, se sienten libres, abiertos, parte del grupo, emocionados y motivados cuando están con ellos; así que no es sorprendente que estas sean las personas con quienes ellos quieran estar.

No obstante, el rechazo a los valores de los padres es casi siempre parcial, temporal o superficial. Los valores de los jóvenes permanecen más cerca de los de sus padres de lo que la gente se da cuenta, y la rebelión adolescente es casi siempre una serie de escaramuzas menores. Las relaciones con los padres durante la adolescencia se sustentan en gran medida en la cercanía emocional desarrollada durante la niñez; a su vez, las relaciones de los adolescentes con los padres establecen las condiciones para la calidad de la relación con una pareja en la adultez (Mora S. A., 2018).

#### ***4.4.5 Relaciones con los hermanos***

Conforme los niños van creciendo, las relaciones con sus hermanos se vuelven más equitativas y distantes. Los hermanos adolescentes todavía demuestran afecto y cercanía hacia sus hermanos menores, pero pasan menos tiempo con ellos y sus relaciones son menos intensas. Los hermanos mayores pelean menos con los pequeños,

ejercen menos autoridad sobre ellos y no suelen buscar su compañía. Cuando los hermanos menores crecen, los mayores han de ceder parte del poder que han tenido durante años como hermanos mayores, quienes han tenido una posición de responsabilidad y autoridad sobre los más pequeños (Mora S. A., 2018).

#### ***4.4.6 El noviazgo***

El sistema del noviazgo permite al adolescente independizarse en cierto grado de la familia e interrelacionarse con mayor intensidad en el sistema de amigos y proyectos personales, sin que los demás sistemas a los que pertenece dejen de ser importantes. El noviazgo es la relación social en la que la pareja tiene la finalidad de cultivar y conocer la propia capacidad de dar y recibir afecto.

Es la escuela en la que madura el amor a través de comprometer los sentimientos y conseguir la estabilidad, fortaleciendo los valores de fidelidad, respeto y responsabilidad en la intencionalidad que se persigue hacia el futuro. Otra forma de conceptualizar la relación de noviazgo es describiéndolo como un tiempo de conocimiento mutuo, de trato más profundo entre un hombre y una mujer con vistas al matrimonio (Mora, 2018).

### **4.5 Sexualidad**

#### ***4.5.1 Concepto***

Es una construcción humana. Es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, políticos, éticos y religiosos o espirituales (Mantilla, 2017).

La sexualidad es el conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas por éste, constituye a los particulares, y obliga su adscripción a grupos socioculturales genéricos y a condiciones de vida predeterminadas. La sexualidad es un

complejo cultural históricamente en concepciones del mundo, que define la identidad básica de los sujetos (Lagarde, 2012).

#### ***4.5.2 Importancia***

La sexualidad se compone de cuatro características: erotismo, vinculación afectiva, reproductividad y sexo genético (genotipo) y físico (fenotípico). Erotismo es la capacidad de sentir placer a través de la respuesta sexual; vinculación afectiva es la capacidad de desarrollar y establecer relaciones interpersonales significativas; reproductividad es más que la capacidad de tener hijos y criarlos, incluye los sentimientos de maternidad y paternidad, las actitudes de maternaje y paternaje, además de actitudes favorecedoras del desarrollo y educación de otros seres. La característica del sexo desarrollado comprende el grado en que se vivencia la pertenencia a una de las categorías dismórficas (masculino o femenino). Es de suma importancia en la construcción de la identidad, a partir de la estructura sexual basada en el sexo, ya que incluye todas las construcciones mentales y conductuales de ser hombre o mujer (Thimeos, 2013).

La importancia de la sexualidad ha trascendido las fronteras de la biología y la salud humana, para convertirse en realidad en un verdadero objeto de estudio de distintas disciplinas científicas. Desde un punto de vista del análisis teórico, podría definirse a la sexualidad como la sumatoria de los distintos factores (anatómicos y fisiológicos en la mayoría de las especies, con la incorporación de variables psicológicas, sociales y afectivas en los seres humanos) que dan conformación al sexo de cada individuo (Tawes, 2012).

La mayor difusión y comprensión de los fenómenos conductuales y emocionales permite también definir a la sexualidad como una suma de otros aspectos, en especial los relacionados con la búsqueda del placer sexual. Esta variable ha sido definida por

muchos expertos como un parámetro demarcador de las actividades humanas que puede ser determinante en todas las etapas de la vida (Tawes, 2012).

Por lo tanto, la restricción de la sexualidad a un único aspecto consiste en una limitación inapropiada para la comprensión de este aspecto en su real importancia. Si bien los biólogos y especialmente los etólogos pueden reducir el análisis de la sexualidad animal o vegetal a aspectos fundamentalmente fisiológicos, la interpretación de la sexualidad en los seres humanos requiere de la incorporación de elementos de las ciencias de la salud y de las ciencias sociales. La participación de la cultura y de las diferentes religiones también debe ser tomada en cuenta, dado que ambos aspectos moldean y sistematizan a los distintos grupos sociales más allá del conocimiento científico académico (Tawes, 2012).

Asimismo, los aspectos históricos de cada sociedad merecen ser considerados en el análisis de la sexualidad, debido a la diferente influencia de las raíces de cada pueblo y nación en su vida de relación. Así, será distinto el enfoque de la importancia de la sexualidad en culturas poligámicas o endogámicas, en comparación con modelos sociales en los que se privilegia la unión familiar tradicional (Tawes, 2012).

Por consiguiente, resulta de gran relevancia concebir a la sexualidad como un fenómeno con fundamentos biológicos, pero con un fuerte contenido social y cultural, con diferencias profundas entre distintos contextos (Tawes, 2012).

#### ***4.5.3 Desarrollo***

La sexualidad en la adolescencia es aquella en la que el joven se desarrolla física y mentalmente, adquiriendo los caracteres sexuales secundarios (los que no tienen que ver con el órgano reproductor, como la nuez en los hombres o el ensanchamiento de las caderas en las mujeres) y desarrollando el pensamiento maduro; pero también despierta



un comportamiento sexual, se transforma en un ser sexual (Unidad Editorial Revistas, S.L.U, 2011).

La sexualidad no sólo tiene que ver con el acto de reproducirse, sino que representa la generación de deseos, sentimientos, fantasías y emociones, es decir, el desarrollo de una identidad sexual, que se puede definir como aquella parte de la identidad del individuo que le permite reconocerse y actuar como un ser sexual (Unidad Editorial Revistas, S.L.U, 2011).

#### ***4.5.4 Etapas del desarrollo de la sexualidad***

Al igual que el desarrollo físico y mental, la sexualidad se forma gradualmente y necesita pasar por una serie de etapas antes de completarse. Los cambios que se producen en la sexualidad pueden enmarcarse dentro de las etapas de la adolescencia y la pubertad, ya que las transformaciones físicas y mentales condicionan sobremanera el desarrollo de la sexualidad y de la identidad sexual:

- **Adolescencia temprana** (11-13 años): Durante esta etapa, que se caracteriza por la velocidad de los cambios físicos en el adolescente, el joven se encuentra aún lejos del deseo sexual adulto, por lo que se presenta como una fase de autoexploración (a menudo a través de la masturbación), debido a los nuevos cambios físicos y psíquicos que experimenta (como la aparición de los primeros impulsos sexuales y de la espermarquia o primera eyaculación), y también de exploración del contacto con el otro sexo (Unidad Editorial Revistas, S.L.U, 2011).
- **Adolescencia media** (14-17 años): El adolescente ya está casi completamente desarrollado, sus órganos sexuales están listos para la reproducción y el deseo sexual se incrementa. En esta fase se desarrolla una sensación de

invulnerabilidad y fortaleza que inducen al joven a comportarse de una forma descontrolada. Se empieza a buscar el contacto habitual con el otro sexo y pueden llegar las primeras relaciones sexuales. El adolescente no sólo responde a sus impulsos sexuales, sino también a su descontrol, es decir, pone a prueba la propia capacidad de atraer al otro. También se considera que durante esta etapa se produce el auge de las fantasías románticas. Las relaciones sociales fuera del entorno familiar, especialmente con amigos, empiezan a tener preponderancia, por lo que el adolescente contrapone los valores y la educación sexual recibida de sus padres con la de sus amigos (en muchas ocasiones llenas de mitos derivados de la poca o nula experiencia sexual), lo que puede acarrear riesgos, si a esto se suma que el adolescente aún no ha desarrollado del todo el pensamiento abstracto y en algunas ocasiones le cuesta pensar en las consecuencias de sus actos. Además, al no haber desarrollado por completo el pensamiento adulto, el adolescente utiliza los sentidos para expresar sus emociones (Unidad Editorial Revistas, S.L.U, 2011).

- **Adolescencia tardía** (18-21 años): El adolescente se ha desarrollado por completo, física y psíquicamente. La capacidad de pensar en abstracto y de ser consciente de las consecuencias futuras de los actos hace que el joven pueda mantener relaciones sexuales maduras y seguras. El deseo ya no sólo responde a un estímulo o pulsión sexual, sino que el adolescente, ya adulto, comienza a buscar otros valores en sus relaciones sociales, como la confianza o la reciprocidad (Unidad Editorial Revistas, S.L.U, 2011).

#### **4.6 Educación Sexual**

La educación sexual, en sentido amplio, constituye el intento de transmisión de las concepciones, normas y valores morales e ideología que cada cultura considera que

deben servir para preservar el modelo social, cultural y económico. La transmisión de las concepciones intentará, en su conjunto, explicar el modelo social, cultural y económico. Así, por ejemplo, se justifican la organización social, la institucionalización del matrimonio heterosexual, homosexual, la monogamia o la poligamia, la diferenciación de género, permitiendo la defensa de la cultura y el modelo económico de cada grupo humano (Medero, 2013).

La educación sexual la entendemos como un proceso lento, gradual y complejo que haga posible la construcción de las diferentes nociones sexuales, que ayude a comprender los procesos, históricos y culturales, por los que se han generado los conocimientos actuales y la organización social y sexual vigentes y que nos permita tomar conciencia de aquellos aspectos que deseamos asumir y los que deseamos cambiar (Medero, 2013).

#### **4.7 Enfermedades de transmisión sexual**

##### ***4.7.1 Infecciones bacterianas.***

Las bacterias son seres vivos unicelulares. Estos microorganismos constituyen una de las formas de vida más numerosas de la Tierra y están en todas partes. El número de bacterias, de diversas especies, que hay en nuestro cuerpo puede llegar a ser 10 veces superior al número de células humanas que tenemos. La gran mayoría de bacterias que hay en el cuerpo son inofensivas siendo útiles y, algunas de ellas, esenciales para la vida. Los antibióticos curan la mayoría de las infecciones bacterianas ya que pueden matar las bacterias o impedir que se reproduzcan (Vallejo, 2016).

##### ***4.7.1.1 Gonorrea.***

Es una infección causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* que puede afectar a la uretra (pene), el ano (recto), la garganta o los ojos.

### ***Transmisión***

La gonorrea se transmite en las relaciones sexuales durante la penetración y el sexo oral. En el caso de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) la gonorrea solo se puede contraer o transmitir durante las relaciones sexuales.

### ***Síntomas***

Los síntomas por lo general tardan entre 2 y 7 días en aparecer después de la exposición a la bacteria, pero en ocasiones pueden aparecer más tarde o simplemente no darse. Cuando la infección se produce en la uretra (pene) el 90% de los hombres tienen síntomas que incluyen:

- Secreción purulenta por la uretra
- Irritación o dolor alrededor de la uretra
- escozor o dolor al orinar
- Dolor en los testículos
- Molestias al eyacular

Cuando la infección se localiza en la garganta (orofaringe) o en el recto (ano), es frecuente no presentar síntomas, pero si se producen serían:

- Secreción anormal, escozor y dolor al defecar
- Sequedad o dolor en la garganta y, aunque no es común, secreción

### ***Diagnóstico***

La gonorrea suele detectarse mediante un análisis de orina o mediante muestras tomadas en el ano, la uretra y la garganta. La eficacia de las pruebas de detección de gonorrea es muy elevada y los resultados suelen estar disponibles entre 4 y 10 días después.

### ***Tratamiento***

La gonorrea se cura con antibiótico. En la gran mayoría de los casos con una única dosis de antibiótico inyectado más un comprimido o sobre, es suficiente para eliminar la bacteria. El tratamiento además de curar finaliza la transmisión, pero no inmuniza frente a futuras infecciones (Vallejo, 2016).

#### ***4.7.1.2 Clamidia.***

Es una infección causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis* que puede afectar a la uretra (pene), el ano (recto), la garganta y también la conjuntiva del ojo. Hay 18 serotipos de clamidia, los D-K son los que causan las infecciones transmitidas sexualmente.

Esta ITS es muy frecuente entre los jóvenes menores de 25 años y tiene muchas similitudes clínicas con la gonorrea. Transmisión La clamidia se transmite en las relaciones sexuales durante la penetración y el sexo oral (Vallejo, 2016).

#### ***Síntomas***

Los síntomas, generalmente, aparecen entre 2 y 14 días después de la relación sexual, pero pueden tardar hasta 21 días en presentarse.

Sin embargo, a menudo, la clamidia no presenta síntomas o estos pasan desapercibidos, especialmente en la garganta o el ano. Los síntomas pueden incluir:

- Secreción anormal del pene, más acentuada por la mañana
- Irritación o dolor alrededor de la uretra
- escozor o dolor al orinar
- Dolor en los testículos
- Molestias al eyacular

#### ***Diagnóstico***

La clamidia se puede diagnosticar mediante muestras faríngeas o rectales al igual que la gonorrea. Para la infección de la uretra normalmente se realiza un análisis de orina, sin embargo, en presencia de síntomas puede ser necesaria recoger una muestra de la uretra. La eficacia de las pruebas de detección para clamidia es muy elevada y los resultados suelen estar disponibles en 5 días.

### ***Tratamiento***

La infección se cura con antibiótico que se puede administrar en una dosis única o durante 7 días (Vallejo, 2016).

#### ***4.7.1.3 Linfogramuloma venéreo.***

Es una infección causada por determinados subtipos de la bacteria *Chlamydia trachomatis*, en concreto los subtipos L1, L2 y L3. Lo que diferencia estos subtipos de la *Chlamydia trachomatis* común es su capacidad de infectar los nódulos linfáticos y facilitar un cuadro clínico mucho más agresivo (Vallejo, 2016).

### ***Transmisión***

El Linfogramuloma Venéreo (LVN) se transmite a través de prácticas insertivas o receptivas durante el sexo oral, anal o compartir juguetes sexuales.

La bacteria puede pasar a otra persona cuando las superficies de las mucosas infectadas (la piel húmeda y caliente de la boca, pene y recto) entran en contacto con las mucosas superficiales de una persona no infectada.

### ***Síntomas***

La infección se manifiesta en tres fases o estadios.

**Primera fase:** el síntoma inicial suele ser una pápula indolora o úlceras superficiales en el pene, la uretra o en el recto localizadas en el lugar por donde la bacteria entró al

organismo. Se manifiesta después de un período de incubación de entre 3 y 30 días. Estas lesiones no siempre aparecen o bien pueden pasar desapercibidas. De hecho, lo más común es no tener síntomas durante la primera fase.

**Segunda fase:** algunas semanas, entre 10 y 30 días (a veces más), después de la lesión inicial los ganglios linfáticos de la ingle pueden inflamarse y doler. El estadio secundario también puede incluir proctitis (proceso inflamatorio propio del recto), dolor e inflamación del ano, sangrado rectal, secreción anal, estreñimiento y calambres. Al igual que en la fase anterior un número importante de personas no perciben síntomas durante esta fase.

**Tercera fase:** al transcurrir el tiempo y no frenar la infección, en el tercer estadio, el LGV causará inflamación, cicatrizado y daños en tejidos que pueden tener efectos graves en el área genital e interior del ano. En el ano se pueden desarrollar bultos parecidos a hemorroides y las lesiones de la mucosa pueden estrechar el recto. La obstrucción linfática puede causar hinchazón extrema (elefantiasis) de los genitales.

### ***Diagnóstico***

El diagnóstico de LGV se realiza mediante el examen clínico (poco específico) a través de una exploración física y sobre todo con una toma de muestras biológicas (en uretra y ano). El diagnóstico puede ser erróneo si no se está pensando en el LGV ya que los síntomas de fases más tardías pueden ser confundidos con síntomas relacionados con otras infecciones o afectaciones, como por ejemplo el herpes o desórdenes intestinales.

### ***Tratamiento***

Al igual que sucede con la clamidia, el LGV se puede tratar y curar con antibiótico, solo que en este caso el tratamiento tiene una duración mayor (3 semanas) (Vallejo, 2016).

#### **4.7.1.4 Sífilis.**

Es una infección de transmisión sexual causada por una bacteria llamada *Treponema pallidum* (Vallejo, 2016).

##### ***Transmisión***

La sífilis se transmite durante el sexo anal u oral a través del contacto directo con las llagas o lesiones derivadas de la infección. Si eres un hombre bisexual también puedes contraer sífilis durante la penetración.

##### ***Síntomas***

Los primeros síntomas suelen aparecer al cabo de 2-3 semanas, pero la sífilis se manifiesta en 3 fases diferenciadas por lo que el periodo de aparición dependerá de la fase en la que se encuentre la infección.

**Primera fase:** suele estar marcada por la aparición de una úlcera encarnada llamada chancro sífilítico. Se puede presentar en el pene, testículos, boca, garganta o el ano. Por lo general aparece en el lugar por donde entró la bacteria en el organismo. El chancro suele ser indoloro y se convierte en una costra que luego desaparece. Esta etapa se puede manifestar entre 10 y 90 días después de la infección y puede pasar desapercibida. Si la úlcera no recibe tratamiento, aunque desaparezca en algunas semanas, la infección progresará a la segunda fase.

**Fase de latencia:** entre fase y fase lo habitual es tener periodos asintomáticos, aunque la infección esté progresando. Son las llamadas fases de latencia.

**Segunda fase:** se caracteriza por erupciones (manchas rojizas) y pápulas en las palmas de las manos, plantas de los pies u otras partes del cuerpo. Además de las erupciones, otros síntomas de la segunda fase pueden incluir fiebre, ganglios linfáticos inflamados,



dolor de garganta, pérdida irregular del cabello, dolores de cabeza, pérdida de peso, dolores musculares y articulares y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer entre 6 semanas y 6 meses después de la infección inicial y pueden durar 6 meses o más. Si no se administra el tratamiento adecuado la infección avanzará a la tercera fase.

**Tercera fase:** si no se trata, la sífilis permanece en el organismo y empieza a dañar los órganos internos, incluyendo el cerebro, los nervios, los ojos, el corazón, los vasos sanguíneos, el hígado, los huesos y las articulaciones. En aproximadamente una de cada 10 personas no tratadas, este daño interno aparece muchos años después. Este daño puede ser lo suficientemente grave como para causar la muerte. Como sucede con el resto de ITS, aunque no se tengan presentes síntomas y signos visibles de la infección se puede transmitir la sífilis durante la primera y la segunda fase. En la tercera fase ya no hay posibilidad de transmisión.

### ***Diagnóstico***

El diagnóstico de la sífilis se realiza mediante un análisis de sangre y, en el caso de presencia de úlceras, también se pueden recoger muestras. La eficacia de las pruebas de detección de sífilis es muy elevada y los resultados suelen estar disponibles al cabo de una semana para las analíticas de sangre y al momento en el caso de la prueba que detecta la bacteria en la muestra de la lesión.

### ***Tratamiento***

La sífilis se trata y cura con la administración de antibiótico. Si se diagnostica en las primeras fases generalmente suele ser suficiente una inyección. En fases más avanzadas el tratamiento durará tres semanas (Vallejo, 2016).

### ***4.7.2 Infecciones víricas***

Los virus son microorganismos compuestos de material genético. Al contrario de lo que sucede con las bacterias, los virus no son seres vivos y no pueden reproducirse por sí mismos. En las infecciones víricas, estos microorganismos invaden las células del organismo que colonizan y, generalmente, al multiplicarse dentro acaban con ellas. Se desconoce cuántos hay en la Tierra, aunque se estima que puede haber diez billones de trillones de virus. Los científicos calculan que en el cuerpo de cada ser humano hay unos 3 billones de partículas virales de unos 1.500 tipos diferentes. Dependiendo del tipo de virus, las ITS víricas se pueden tratar con antivirales y antirretrovirales que pueden eliminar los virus o impedir que se reproduzcan (Suñé & Gracia, 2017).

#### ***4.7.2.1 Herpes genital***

Es una infección de transmisión sexual causada por el virus del herpes simple (VHS). Existen dos genotipos de este virus: el VHS-1, que generalmente se localiza alrededor de la boca y es comúnmente conocido como herpes labial; y el VHS-2, que afecta principalmente la zona genital o anal (Suñé & Gracia, 2017).

#### ***Transmisión***

El herpes se transmite tanto por contacto sexual, en el caso del herpes genital, como no sexual, si hablamos del herpes labial, a través del contacto directo con las vesículas o úlceras que produce en la boca, pene o ano.

La transmisión se produce con mayor facilidad cuando hay lesiones, pero también puede transmitirse cuando no hay síntomas obvios.

### ***Síntomas***

En más del 50% de los casos, la infección es asintomática o los síntomas no se reconocen. Cuando los síntomas aparecen, generalmente en torno a la primera o segunda semana tras la infección, suelen ser:

- Sensación de hormigueo
- Lesiones múltiples (inicialmente vesículas que después revientan dando paso a úlceras y finalmente costras)
- Picor, ardor o dolor en las lesiones
- Molestias al orinar cómo escozor, dolor.
- Se pueden experimentar, también, síntomas similares a la gripe (fiebre, dolor muscular e inflamación de ganglios).

Una vez remiten los síntomas del primer brote tras la infección, en los episodios posteriores los síntomas suelen ser más leves y de menor duración (incluso pueden ser indoloros).

### ***Diagnóstico***

En el caso de que existan lesiones se puede diagnosticar según el aspecto de las mismas y confirmarlo con las correspondientes pruebas de laboratorio. Se puede tomar una muestra material de la base de la lesión. También se pueden realizar serologías, pero estas nunca se pueden utilizar para el diagnóstico, ya que, aunque den positivas, no querrá decir que la persona tenga que presentar necesariamente un brote de herpes (ya hemos comentado que más del 50% de personas infectadas nunca manifestarán la infección en forma de herpes). Las serologías pueden ser útiles para determinar desde cuando está infectada la persona (se pueden tardar hasta 3 meses en generar anticuerpos) o para determinar si la pareja ya ha estado en contacto con el herpes. La

eficacia de las pruebas de detección del VHS es muy elevada y los resultados suelen estar disponibles entre 5 días y 2 semanas después.

### ***Tratamiento***

El herpes anogenital y/o labial no se cura definitivamente y el virus no se elimina, pero el tratamiento atenúa las manifestaciones, alivia los síntomas y puede acortar la duración de los mismos. La frecuencia de nuevos brotes varía entre personas, pero pueden ser menos frecuentes y con el tiempo desaparecer. Cuando se produce un brote se trata con la toma de un antivírico oral de 3 a 7 días. Los tratamientos tópicos son muy poco efectivos y por lo general no se aconsejan. El tratamiento ha de ser oral y para que sea efectivo, se ha de empezar el primer día del brote (Suñé & Gracia, 2017).

#### ***4.7.2.2 Verrugas anogenitales***

Las verrugas anogenitales o condilomas son lesiones visibles causadas por algunos tipos de virus del papiloma humano (VPH). La infección por VPH es la infección de transmisión sexual más frecuente en todo mundo. Hay más de 150 serotipos distintos del VPH, la gran mayoría son cutáneos y dan lugar a verrugas vulgares y otras patologías. Aproximadamente unos 40 serotipos son mucosales porque afectan básicamente a la mucosa oral, genital o anal (Suñé & Gracia, 2017).

### ***Transmisión***

Lo que sí ha quedado demostrado es que la transmisión se produce por contacto entre la piel y/o mucosas (genital, anal, oral) infectadas en contacto directo con la piel y/o mucosas de una persona no infectada (no es necesaria la penetración). Se puede transmitir VPH incluso cuando no hay verrugas visibles.

### ***Síntomas***

Las verrugas visibles son masas carnosas, a menudo ásperas o rugosas al tacto, que pueden tener diferentes tamaños, formas y coloraciones. En algunos casos y de manera muy ocasional se puede producir sangrado y/o picor. El tiempo que transcurre desde que se produce la infección hasta que aparecen las primeras verrugas es muy variable y puede ir de menos de 1 mes a más de 1 año, siendo la media de 3 meses por lo que resulta imposible asegurar cuando se produjo la infección.

### ***Diagnóstico***

En la mayoría de los casos con una simple exploración visual se puede realizar el diagnóstico, aunque en algunas ocasiones las verrugas se podrían confundir con otras lesiones dermatológicas que afectan la zona genital o con repliegues de la piel y mucosas. Siempre se han de explorar todas las zonas (oral, genital y anal). La evaluación de verrugas en el interior del ano se puede realizar por anoscopia. En algunas ocasiones el personal médico puede decidir realizar una biopsia si hay dudas en el diagnóstico o la verruga tiene mal aspecto, está ulcerada, etc.

### ***Tratamiento***

Estos tratamientos se pueden dividir en:

- Aplicados por la propia persona: cremas y líquidos tópicos
- Aplicados por el personal médico: crioterapia con nitrógeno líquido, electrocoagulación, láser ablativo, cirugía, etc (Suñé & Gracia, 2017).

#### ***4.7.2.3 Virus del papiloma humano***

Es una infección de transmisión sexual causada por diferentes cepas del virus del papiloma humano (VPH). Como hemos indicado en el apartado de las verrugas genitales, la infección por el VPH es la más frecuente de todas las ITS y se estima que alrededor del 80% de la población se infectará por lo menos una vez (Suñé & Gracia, 2017).

##### ***Transmisión***

La transmisión durante las relaciones sexuales se produce por contacto al exponer la piel y mucosas (genital, anal, oral) en contacto directo con la piel o mucosas de una persona que tenga suficiente cantidad de VPH para transmitir la infección.

##### ***Síntomas***

La gran mayoría de infecciones por el VPH no manifiestan ni síntomas, ni signos y suelen tratarse de infecciones pasajeras que acaban remitiendo sin necesidad de tratamiento. En los hombres la infección por los tipos de alto riesgo estaría asociada con lesiones precursoras de cáncer de pene, de ano y de orofaringe.

##### ***Diagnóstico***

El diagnóstico se puede realizar con una prueba de Papanicolaou o citología que consiste en introducir un hisopo (bastoncillo) en el canal anal para retirar una pequeña muestra de células del interior. La muestra permitirá saber si hay cambios histológicos (cambios en los tejidos) sugestivos de infección por VPH y si es así, entonces se harán pruebas específicas para confirmar la presencia del VPH y el tipo de cepa: de alto o bajo riesgo (Suñé & Gracia, 2017).

#### ***4.7.2.4 Hepatitis C***

Es la infección del hígado causada por el virus de la hepatitis C (VHC). De todas las hepatitis víricas existentes la hepatitis C o HC es la infección que tiene el grado más alto de cronificación (Suñé & Gracia, 2017).

##### ***Transmisión***

La vía de transmisión habitual sea la sanguínea, a través del contacto de sangre (o sus derivados) de la persona infectada que accede al torrente sanguíneo de la otra persona. Una pequeña cantidad de sangre puede ser suficiente para causar la infección. La transmisión puede ocurrir compartiendo material inyectable o para drogas inhaladas (esnifadas), cepillos de dientes y maquinillas de afeitarse, a través de piercings o por heridas con agujas u objetos afilados.

##### ***Síntomas***

Más del 80% de personas que contrae HC no desarrolla ningún síntoma. Cuando hay síntomas suelen ser:

- Fiebre baja
- Fatiga e inapetencia
- Náuseas y vómitos
- Dolor abdominal
- Dolor en las articulaciones y músculos
- Ictericia (coloración amarillenta de la piel y los ojos)
- Orina más oscura
- Picor cutáneo

Los síntomas suelen aparecer entre 6 y 9 semanas en los casos poco frecuentes de infección inicial con sintomatología. La infección crónica puede dar lugar a cirrosis y cáncer de hígado, a lo largo de algunos años.

### ***Diagnóstico***

La HC se diagnostica mediante un análisis de sangre que busca los anticuerpos frente al VHC. También se puede buscar la presencia del virus en sangre mediante una prueba de PCR y en los casos de las personas que no eliminan el VHC se pueden llevar a cabo controles con análisis de sangre llamados pruebas de función hepática. (Suñé & Gracia, 2017).

### **4.8 Parafilia**

Parafilia proviene del griego “para” = junto a; “filein”= amar.

La etimología alude a un amor paralelo a la forma convencional. El sexo convencional se entiende como heterosexual, coital, con la finalidad declarada procreativa y se efectúa de decúbito prono del varón y supino por parte de la mujer (Blasco, Bilbao, & Molina, 2016).

Podemos imaginar que una actividad así de limitada no se corresponde con la intimidad sexual de parejas actuales. Esto lo demostró el sexólogo americano Alfred Kinsey en su encuesta a miles de norteamericanos en 1948, en la que manifestaron otras necesidades sexuales “desviadas” de este patrón de estándar. Hace unos años se consideraba todo acto sexual que no fuera la penetración del pene en la vagina. La liberación sexual de los años setenta y los avances de la sexología han contribuido a enmarcar a este concepto a situaciones concretas y delimitadas (Blasco, Bilbao, & Molina, 2016).



Lo que hoy llamamos parafilias ha recibido previamente el nombre de desviaciones, perversiones o aberraciones, lo que ha desembocado sin remedio en la estigmatización del individuo, basándose en criterios que se sustentaban en la predominancia cultural existente. Al principio se consideraban todas patológicas o inmorales, pero después se fue comprobando que el nombre común realizaba en su vida diaria bastantes de estas transgresiones sin ninguna repercusión. Nunca debe confundirse con los actos parafilicos ocasionales a los que acuden muchas parejas que desean imprimir novedad y variedad en sus técnicas sexuales habituales (Blasco, Bilbao, & Molina, 2016).

Las parafilias son trastornos sexuales caracterizados por fantasías sexuales especializadas, así como necesidades y prácticas sexuales intensas, que suelen ser repetitivas y generan molestias o ansiedad en el individuo. Se refieren a comportamientos sexuales caracterizados por la excitación del sujeto ante objetos y situaciones que no son patrones normativos o se alejan de estímulos sexuales normales, la anormalidad, en este caso, está determinada por la cada cultura, así, en occidente, consideramos parafilias los deseos sexuales de gran intensidad y fantasías excitantes con intervención de objetos inanimados, niños u otros objetos que no participen de esta perversión (Blasco, Bilbao, & Molina, 2016).

Entre los actos y situaciones que han dejado de considerarse desviados podemos destacar la masturbación (también llamada auto estimulación o autoerotismo), la homosexualidad u hemofilia, la geronfilía (relación con adultos mayores, hoy considerada una autentica discriminación, basada en la que la sexualidad desaparece con los años), el sexo oral, el sexo anal y la pornografía (Blasco, Bilbao, & Molina, 2016).

## **4.8.1 Principales parafilias**

### **4.8.1.1 Exhibicionismo**

Parafilia caracterizada Por la obtención de la excitación sexual mediante la exposición de los genitales a los demás en lugares públicos, sin que el sujeto actuante pretenda realizar después una actividad sexual (Blasco, Bilbao, & Molina, 2016).

El exhibicionismo, desviación que ocurre de forma casi exclusiva en hombres, es la más común de las desviaciones sexuales. Stoller 1977 explica perfectamente el comportamiento de un exhibicionista: “el acto de exhibirse no es una anticipación de relaciones heterosexuales, sino que es en sí mismo el acto sexual del hombre”. De hecho, la exhibición es sólo la primera mitad del acto; la segunda mitad es la masturbación. Masturbación que no siempre ocurre; de hecho, para determinados individuos, el objetivo principal es provocar conmoción o miedo en las víctimas.

#### **4.8.1.1.1 Características de los individuos.**

Esta conducta inicia en la adolescencia, con máxima prevalencia entre los 20 y 30 años de edad.

La personalidad del exhibicionista es un sujeto tímido, retraído y dependiente, que posee sentimientos de incapacidad e inseguridad. Por lo general son inmaduros y probablemente criados en familia y con actitudes puritanas y reglas rígidas o del sexo con madre castrante y absorbente (Blasco, Bilbao, & Molina, 2016).

### **4.8.2 Fetichismo**

Parafilia en la cual el impulso sexual se dirige a sí mismo objeto inanimado tangible y manejable. Algunas veces el objeto es una prenda en contacto con la piel y en otras ocasiones, son partes inanimadas del cuerpo humano. Por tanto, es anomalía del

comportamiento sexual consiste en la asociación de sensaciones eróticas con una parte del cuerpo o como objeto o cosa inanimada.

#### ***4.8.2.1 Características del individuo.***

El trastorno empieza en la adolescencia, aunque el fetiche puede haber tenido una especial significación durante la infancia. Los fechistas, por lo general en su mayoría pueden ser hombres y heterosexuales. Un gran número de fechistas son débiles mentales, de inteligencia subnormal o psicóticos, que, en ese caso, actúan en torno a la frustración, la ira, la soledad y la desesperanza. Éstos desarrollan sus actividades en forma solitaria (Blasco, Bilbao, & Molina, 2016).

#### ***4.8.3 Paidofilia***

Literalmente “amante de los niños” (del griego paidós “niño” y filos “amor”).

Parafilia en la que sólo se encuentra perturbado el objeto de la tendencia sexual, donde reemplazado por otro antinatural. Es la presencia de fantasías o conductas que implican actividad sexual entre un adulto y un niño. Las personas se sienten atraídas por niñas, las prefieren generalmente entre 8 y los 10 años, mientras que cuando son preferidos los niños suelen ser de mayor edad, siendo mucho más frecuente la pedofilia que afecta las niñas que varones (Blasco, Bilbao, & Molina, 2016).

#### ***4.8.3.1 Características de los individuos.***

En su mayoría los pedófilos son hombres, menos agresivos que los violadores; muchos de ellos son alcohólicos o psicóticos de mente torpe o asociales, y su edad fluctúa entre los 30 y 40 años; generalmente, de fuertes convicciones religiosas. En general, son hombres débiles, inmaduros, solitarios y llenos de culpa.

La personalidad del agresor de mediana o mayor de edad es un individuo solitario y con dificultad para establecer relaciones heterosexuales normales, suele tener

baja autoestima, con pocos recursos para enfrentar situaciones de estrés y frecuentemente abuso de alcohol y/o sustancias.

El trastorno frecuentemente empieza en la adolescencia, aunque muchos sujetos manifiestan que el comienzo se produjo en la edad media de la vida (Blasco, Bilbao, & Molina, 2016).

#### ***4.8.4 Sadomasoquismo sexual***

El nombre de masoquismo deriva del novelista austríaco Leopold Von Sacher-Masoch y el sadismo deriva del francés Marqués de Sade, quienes narran profusamente sus experiencias sexuales (Blasco, Bilbao, & Molina, 2016).

El masoquismo es un tipo de variación sexual en la que el individuo experimenta excitación o placer sexual al ser sometido experiencias de humillación, violencia o sufrimiento, tanto físico como psicológico, durante la relación de pareja. Se analiza en conjunto como el sadismo, que es tipo de parafilia sexual caracterizada por la necesidad de infringir dolor, humillación o sufrimiento tanto físico como psicológico a otra persona para excitarse sexualmente u obtener el placer sexual (Blasco, Bilbao, & Molina, 2016).

En el sadismo, el placer sexual se logra a través de actos que causan dolor físico o humillación y degradación habiendo una sustitución del coito por estas acciones. Es independientemente de que la pareja lo consienta o no, es una parafilia muy grave que puede llevar a delitos sexuales como la violación y la tortura. Algunos individuos con ese trastorno se encuentran alterados por sus fantasías sádicas, las cuales se evocan durante la actividad sexual, fantasías que comienzan normalmente al comienzo del acto (Blasco, Bilbao, & Molina, 2016).

Al igual que en el sadismo el placer sexual en el masoquismo se obtiene por su sustitución del coito por actos que causan dolor y hasta lesiones físicas humillación y degradación moral implicando su misión física o sensorial un modo especialmente peligroso del masoquismo sexual es la llamada Hipoxifilia que supone la excitación sexual a través de la de privación del oxígeno (Blasco, Bilbao, & Molina, 2016).

Esta parafilia suele darse principalmente en adultos y con mayor frecuencia en hombres que mujeres. A pesar de que esta variación sexual es escasa, la aparición de fantasías sádicas tiene una frecuencia alta. Según algunos estudios, el masoquismo se da con mayor frecuencia y mujeres que en hombres y el sadismo por el contrario se da mayormente en los hombres (Blasco, Bilbao, & Molina, 2016).

#### ***4.8.4.1 Características de los individuos.***

Las fantasías masoquistas se dan probablemente desde la infancia, mientras que las prácticas masoquistas con la pareja comienzan al principio de la edad adulta. Las fantasías sexuales sádicas comienzan a sí mismas desde la infancia, mientras que las actividades suelen surgir ya en la edad adulta y sienten desde la instauración, del curso crónico, aumentando su gravedad a lo largo del tiempo por lo general. Cuando el trastorno es grave y se haya asociado con el trastorno antisocial de personalidad los individuos pueden lesionar gravemente o matar a sus víctimas (Blasco, Bilbao, & Molina, 2016).

#### ***4.8.5 Transvestismo***

Parafilia que se caracteriza por manifestar una ansiedad relacionada con el deseo sexual y que implica la necesidad de vestirse con ropa característica del sexo opuesto. Puede usarse junto con la disforia con respecto al propio sexo, enmarca en un trastorno de la identidad sexual. Sin embargo, lo más frecuente es que el travestido no desee cambiar de sexo, sino simplemente experimentar el rol femenino ocasionalmente con

fuertes impulsos y fantasías de vestirse con ropas femeninas para excitarse, agregando al coito a la masturbación. Por lo general, el individuo guarda una colección de ropa femenina que usa intermitentemente para transvertirse, momento en el cual habitualmente se masturba y se imagina que es al tiempo el sujeto femenino y masculino de su fantasía sexual (Blasco, Bilbao, & Molina, 2016).

Los transvestistas experimentan placer y relajamiento al aportar ropas del sexo opuesto y manifiestan fricción por la sensación física de ropa y por mirarse al espejo. Le permite al hombre expresar su lado sensual, delicado, gracioso, fino, suave y tierno. Ya adultos, la mayoría de los travestidos realizan los cambios en la intimidad de su hogar, si bien algunos llevan bragas durante el día (Blasco, Bilbao, & Molina, 2016).

#### ***4.8.5.1 Características de los individuos.***

Por lo común el hábito comienza ya en la niñez o en la primera adolescencia. A veces el uso de ropas es constante y puede exigir una prenda predilecta.

Aunque su preferencia básica es heterosexual, esas personas tienden a poseer escasos compañeros sentimentales y en ocasiones han realizado actos homosexuales. En algunos individuos la excitación que produce, el transvestismo se convierte en un antídoto para la ansiedad o la depresión o contribuye a obtener una sensación de paz y tranquilidad. En estos individuos puede aparecer disforia sexual, especialmente en situaciones de estrés con o sin síntomas depresivos convirtiéndose esta para algunos individuos en una parte fija del cuadro clínico, con búsqueda de un cambio de sexo hormonal o quirúrgico (Blasco, Bilbao, & Molina, 2016).

#### ***4.8.6 Voyeurismo***

Parafilia en la que la excitación y el placer sexual se obtienen por observación secreta de objetos o situaciones sexuales en forma culta y sin consentimiento de las

víctimas, quienes están desnudos o realizando actividad sexual. Además, el individuo con voyeurismo se excita por la naturaleza secreta ilegal de sus observaciones (Blasco, Bilbao, & Molina, 2016).

La satisfacción se alcanza mediante la perversión visual activa sin buscar la relación sexual con la persona observada, es decir qué tal acto frecuentemente va asociado a la masturbación, pero no hay la realización del acto sexual posterior a dicha conducta. El orgasmo habitualmente producido por la masturbación, puede aparecer durante la actividad voyeurística o más tarde, como respuesta al recuerdo de lo observado. A menudo, ese tipo de personas disfrutan de la fantasía de tener una experiencia sexual con la persona observada, pero realidad esto no ocurre. Es una forma más grave el Voyeurismo constituye la forma exclusiva de actividad sexual (Blasco, Bilbao, & Molina, 2016).

Aunque una mujer puede ser voyeurista son raros los casos descritos de dependencia femenina del Voyeurismo para lograr una respuesta sexual, lo cual no es extraño si tenemos en cuenta las diferencias interhemisféricas hombre- mujer que predisponen al hombre a ser más visual en la excitación sexual (Blasco, Bilbao, & Molina, 2016).

#### ***4.8.6.1 Características de los individuos.***

La edad de comienzo, por lo general, tiene lugar antes de los 15 años.

Esa conducta es predominante en hombres generalmente heterosexuales. La personalidad de los voyeuristas parece no mostrar rasgos patológicos, pero se caracteriza por su inhibición o inseguridad de lo que lo hace incapaz o crea dificultades en establecer relaciones heterosexuales (Blasco, Bilbao, & Molina, 2016).

#### **4.9 Mitos Sobre Sexualidad**

Cuando cualquier aspecto de la condición humana se ve envuelto en ignorancia y superstición, los mitos y falacias aparecen en abundancia y oscurecen la verdad. Los mitos son propagados no solo por miembros de un mismo grupo social, sino también por las autoridades en la posición de educar.

Las creencias sin fundamento alguno en la verdad no son la exclusividad de los novatos, algunos profesionales con alto nivel de educación pueden conversar una colección curiosa y posiblemente peligrosa de prejuicios sexuales. Por tanto, las actitudes ilógicas, al igual, que la información errónea, se filtran a través de todas las edades y niveles educativos y socioeconómicos.

Los mitos sobre sexualidad que hoy perduran en la sociedad son la suma de las tradiciones ancestrales que durante años representaron las normas sociales que no se podían transgredir (Brenot, 2013).

No debe olvidarse que Freud creció y vivió durante una larga etapa de la época victoriana, desarrollando su teoría psicoanalista, poco más tarde y en ese periodo la sexualidad fue reprimida y castigada. Por ejemplo: la masturbación no solo era algo malo, sino un flagrante pecado, de modo que algunos niños llegaron a cubrirles el pene con un forro de cuero o de metal, el cual ocasionaba infecciones y eyaculación precoz. El cuerpo humano era algo que debía cultarse, de ahí la utilización de sábanas santa para no ver ni tocar a la esposa por completo, misma que solo permitía introducir el pene para realizar el coito y no se realizaba ningún preámbulo sexual.

La época victoriana trajo como consecuencia un retroceso enorme del culto al cuerpo, la sexualidad y el erotismo. La sexualidad solo era un dispositivo para la reproducción de la especie, permitida en los hombres en ciertas circunstancias



socialmente toleradas y prohibidas en absoluto para las mujeres. La sexualidad femenina cuando salía de ese marco era castigada con severidad; si una mujer tenía orgasmos con frecuencia o, por aun, se masturbaba, era considerada disfuncional, local, incontenible y peligrosa para la sociedad. La literatura médica y psiquiátrica de la época llegó a reportar casos de cirugías en las que se extripaba o cortaba el clítoris (Foucault, 2009).

El mito de la sexualidad ligado a la locura permanece vigente desde un punto de vista simbólico. En la actualidad, todavía muchas mujeres piensan y temen que si tienen la experiencia de un orgasmo se volverán locas y después no podrán contenerse. Aunque parezca extraño, este miedo persiste en la cultura actual, marcando en lo psicológico a mujeres y hombres que niegan su sexualidad, sea en hombres que desarrollan eyaculación precoz o en mujeres con anorgasmia y deseo hipoactivo, lo que en ambos casos se encuentra en el terreno de la disfunción, o colapso, es la sexualidad y el erotismo plenos (Aldana, 2010).

En la sociedad occidental, las edades de la vida sexual tienen una gran importancia y se encuentran reglamentadas. Queda castigada la sexualidad infantil y solo se admite a partir de la fertilidad, por lo que la edad de ejercer la sexualidad sea después de la primera menstruación o de la primera eyaculación, hasta la última posibilidad de reproducción en la mujer. Todo lo demás es castigado, ignorado y reprimido por el parentizaje social.

El inicio de la forma en que los hombres contruyen su erotismo y sexualidad defiere al de las mujeres. A menudo llega a la vida adulta con la idea de que su sexualidad está en espera de desarrollarse en función de su compañero de vida, su sexualidad no le pertenece, porque le pertenece a él y, por extensión, el hombre debe contruirlo en lugar de ella, el crear el placer que ella espera, como si esto fuera posible.

En la misma lógica de educación por género, las mujeres son concebidas como infantes, también en el terreno de la sexualidad; su erotismo tiene que ser descubierto y despertado por el otro y no por ella misma. La satisfacción sexual femenina se cumple en función del otro: su cumplimiento pasa por la guía y la satisfacción masculina.

Los hombres, por otra parte, se autoestimulan sexual y eróticamente, conocen bien sus genitales y sus sensaciones que producen, así como el resto de su cuerpo por educación de género. Ellos pueden hablar del tema, ellas no. Las mujeres no se exploran sus genitales ni se autoestimulan.

Por tanto algunos mitos:

Mito: Si la mujer tiene relaciones sexuales durante la menstruación no puede quedar embarazada

Realidad: Si coincide la menstruación con la ovulación, como en el caso de algunas mujeres, es posible que se pueda presentar un embarazo, aunque la relación se haya efectuado durante el periodo menstrual (Pick, 2011).

Mito: Durante la lactancia materna se puede producir un embarazo.

Realidad: Es cierto que la lactancia es un eficaz método anticonceptivo natural, mientras el bebé succiona inhibe la ovulación, pero no es para confiarse pues las condiciones para que sea absolutamente seguro son muy precisas. A este método anticonceptivo se lo conoce con el nombre de MELA, Método de la Lactancia y la Amenorrea.

Requisitos que se deben cumplir para que el método sea efectivo.

- Que la madre aún no tenga la regla y se encuentre dentro de los primeros 6 meses después del parto.

- Que el bebé sea exclusivamente alimentado con lactancia natural, a demanda y a menudo tanto durante el día como durante la noche, sin alimentación suplementaria alguna.
- Que no haya pausas entre tomas superiores a 6 horas.

Si se cumplen las tres, es poco probable que quedes embarazada, sin embargo las cifras indican que entre un 1 y un 11% de las mujeres embarazadas quedan durante el período de amenorrea, es decir que vuelven a concebir sin haber tenido la regla.

Si algunas de las tres condiciones no se cumpliera al cien por cien, cabe la posibilidad de que te quedar embarazada, por eso debe considerar utilizar algún método anticonceptivo complementario.

Mito: Eyacular fuera de la vagina es un método anticonceptivo eficaz.

Realidad: Como método anticonceptivo no es eficaz, pues el hombre antes de eyacular puede segregar un par de gotas que pueden llevar espermatozoides y por lo tanto tener capacidad fecundante. El hombre no nota cuando segrega este par de gotas, con lo cual no puede tener control, como puede tenerlo con la eyaculación ( Mc Cary, 2016).

Mito: La ducha vaginal previene el embarazo

Realidad: La ducha vaginal no es un método anticonceptivo efectivo y no se recomienda ya que destruye la flora vaginal (Pick, 2011).

Sin embargo, al mismo tiempo que esto sucede, se crean nuevos mitos. Por ejemplo, hace algunos años se pensaba erróneamente que era muy poco lo que podían hacerse por aquellos que sufren de problemas sexuales. En la actualidad, como resultado de discusiones abiertas, muchos han ido al otro extremo y aseguran de manera falsa que

estos se curan con facilidad, por medio de simples trucos. una vez mas, la educación sexual es la respuesta a estas concepciones erróneas (McCary, 2013).

## 5. METODOLOGÍA

### **Tipo de estudio**

Estudio de tipo, descriptivo-transversal, con enfoque cuantitativo.

### **Área de estudio**

La investigación se llevó a cabo en la Unidad Educativa del Milenio “Diez de Noviembre” es un centro de Educación Fiscal, con jurisdicción hispana. Situada en la provincia de Zamora Chinchipe, cantón de Yantzaza, en la parroquia de Los Encuentros, calles Jaime Roldos y Martha Bucaram. La modalidad de estudios es presencial de jornada matutina y vespertina; formando estudiantes desde el nivel educativo de Inicial, Educación Básica y Bachillerato general Unificado. Esta unidad cuenta con un número de Docentes género femenino de 50; y género masculino de 33 dando un total de 83 profesores y personal administrativo con un total de 6 personas.

### **Universo**

Lo conformaron 316 estudiantes, entre el género femenino y masculino, pertenecientes al bachillerato.

### **Muestra**

Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple en los estudiantes de la Unidad Educativa del Milenio “Diez de Noviembre” de la provincia de Zamora Chinchipe, Cantón Yanzatza, Parroquia Los Encuentros, con una seguridad del 95 %; precisión del 5%; la proporción utilizada es  $p = (0.5)$  50 % que maximiza el tamaño muestral.

Se utilizó la siguiente fórmula para el cálculo de la muestra:

$$N: \frac{z^2 \times p \times q \times n}{e^2 (N-1) + z^{2x} p \times q}$$

$$N: \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 1779}{0.05^2 (1779-1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$N: \frac{1708, 5516}{4.445 + 0.9604}$$

$$N: \frac{1708, 5516}{5.4054}$$

**N: 316**

Donde:

**n:** Tamaño de la muestra

**z:** nivel de confianza deseado

**p:** proporción de la población con la característica deseada (éxito)

**q:** proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)

**e:** nivel de erros dispuesto a cometer

**N:** tamaño de la población

La muestra estuvo conformada por 316 estudiantes de la Unidad Educativa del Milenio “Diez de Noviembre”.

### **Criterios de inclusión**

- Adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Diez de Noviembre” de la provincia de Zamora Chinchipe, Cantón Yanzatza, Parroquia Los Encuentros que estén de acuerdo y autoricen la aplicación del cuestionario.

- Adolescentes que se encuentren entre los de 14 a 19 años de edad de la Unidad Educativa del Milenio “Diez de Noviembre” de la provincia de Zamora Chinchipe, Cantón Yanzatza, Parroquia Los Encuentros.

### **Criterios de exclusión**

- Adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Diez de Noviembre” de la provincia de Zamora Chinchipe, Cantón Yanzatza, Parroquia Los Encuentros con discapacidades que impidan una respuesta confiable para el estudio
- Adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Diez de Noviembre” de la provincia de Zamora Chinchipe, Cantón Yanzatza, Parroquia Los Encuentros que no deseen participar en el estudio o que sus padres no lo autoricen.

### **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para la recolección de datos se aplicó la encuesta (Anexo 2) dirigida a los participantes donde se pidió su colaboración, el cual consto de diversos ítems con opciones relacionadas al tema, previo ala autorización del consentimiento de sus padres o representantes legales, .siendo los datos recolectdos de manera directa.

Los datos obtenidos a travez de la encuesta fueron ingresados a una plantilla de Microsft Excel; para ser tabulados, graficados y posteriormente analizados.

### **Uso de datos**

Con los resultados obtenidos se implementó procesos de comunicación sexual y reproductiva, dirigida a la población participante e involucrada en la zona de influencia e intervención del estudio.

### **Consideraciones éticas**

La investigación no causó ningún daño, ni provocó ningún gasto económico a los adolescentes involucrados. Se solicitó respectivamente antes de aplicar la encuesta el consentimiento informado a los estudiantes que participen en la misma (Anexo 1). Se guarda confidencialmente los resultados obtenidos; la información fue utilizada únicamente y exclusivamente para fines del trabajo de campo.



## 6. RESULTADOS

**Tabla N° 1**

*Caracterización socio-antropológicas de los estudiantes de la Unidad Educativa del Milenio “Diez de Noviembre”.*

CARACTERIZACIÓN	f	%
<b>SOCIO-ANTROPOLÓGICAS</b>		
EDAD		
<b>14- 15 años</b>	89	28 %
<b>16- 17 años</b>	177	56 %
<b>18 - 19 años</b>	51	16 %
TOTAL	317	100 %
SEXO		
<b>Masculino</b>	161	51 %
<b>Femenino</b>	156	49 %
TOTAL	317	100 %
ETNIA		
<b>Mestiza</b>	277	87 %
<b>Shuar</b>	21	7 %
<b>Saraguro</b>	15	5 %
<b>Otra</b>	4	1 %
TOTAL	317	100 %

*Fuente:* Cuestionario “Mitos sobre sexualidad en adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Diez de Noviembre” de la Parroquia Los Encuentros, del Cantón Yanzatza”

*Elaborado:* Sofía Alexandra Chamba Obelencio

**Análisis:** En relación a la edad, el rango sobresaliente que se evidenció son estudiantes entre edades de 16 a 17 años, correspondiendo al sexo masculino en su mayoría, evidenciando una ligera modificación respecto de la conformación de la pirámide poblacional publicada por el INEC, 2010, mientras que en un gran porcentaje corresponden al grupo cultural mestizo, siendo esta etnia predominante a nivel nacional.

Tabla N<sup>a</sup> 2

*Mitos sobre sexualidad relacionados con el embarazo de los estudiantes de la Unidad Educativa del Milenio “Diez de Noviembre”.*

<b>MITOS SOBRE LA SEXUALIDAD</b>			
<b>Pregunta</b>	<b>Verdadero</b>	<b>Falso</b>	<b>Porcentaje</b>
Durante la lactancia se pueden producir ovulaciones y, por lo tanto, embarazos	57 %	43 %	<b>100 %</b>
Durante la menstruación se pueden producir ovulaciones y, por lo tanto, embarazos	56 %	44 %	<b>100 %</b>
Si se eyacula fuera de la vagina, es posible quedarse embarazada. (Coito interrumpus)	33 %	67 %	<b>100 %</b>
La ducha vaginal tras la eyaculación reciente o el ponerse en pie enseguida para que salga el semen, evita el ascenso de los espermatozoides hacia el óvulo	39 %	61 %	<b>100 %</b>
Una vez que se ha eyaculado en la vagina, la carrera de los espermatozoides hasta el óvulo es imparable	67 %	33 %	<b>100 %</b>
Las relaciones sexuales durante la menstruación son antihigiénicas	58%	42 %	<b>100 %</b>
La masturbación, es normal en el proceso de desarrollo de las personas	56%	44 %	<b>100 %</b>
La penetración no es necesaria para tener una relación sexual plena	46 %	54 %	<b>100 %</b>
La relación sexual perfecta es : en la que ambos consiguen el orgasmo simultáneamente	71 %	28 %	<b>100 %</b>
Las fantasías sexuales enriquecen la relación sexual	50 %	50 %	<b>100 %</b>
Si hacia una persona existe atracción y/o amor, la excitación y el orgasmo están asegurados	57 %	43 %	<b>100 %</b>
Consideras a la homosexualidad, como algo malo	40 %	60 %	<b>100 %</b>
Para conseguir el orgasmo hay que centrarse en las propias sensaciones y estar menos pendiente de las de la pareja	42 %	58 %	<b>100 %</b>

*Fuente:* Cuestionario “Mitos sobre sexualidad en adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Diez de Noviembre” de la Parroquia Los Encuentros, del Cantón Yanzatza”

*Elaborado:* Sofía Alexandra Chamba Obelencio

**Análisis:** el 43 % de la población mencionó desconocer que la lactancia materna impide un embarazo, esto es desfavorable ya que este método anticonceptivo natural no es confiable ya que para que sea efectivo la madre debe cumplir 3 criterios específicos antes mencionados; el 44 % mencionó que en la menstruación no se produce un embarazo, este conocimiento es desfavorable porque si la mujer coincide con su periodo de ovulación es posible el embarazo; el 67 % desconoce que el coito interrumpus no impide un embarazo mostrándose un desconocimiento evidente ya que en el líquido pre seminal existen ya espermatozoides; así como también el 61 % menciona desconocer que no se produce un embarazo después de una ducha vaginal previo a una relación sexual, este método anticonceptivo no es efectivo debido a que los espermatozoides viajan a través del conducto vaginal internamente. Mientras que la mayoría de la población mencionaron considerar algo malo a la homosexualidad, desconociendo que ya es un derecho reconocido por muchos países como un suceso cotidiano.

## 7. DISCUSIÓN

La investigación evidenció una de las problemáticas significativas para la sociedad referente a la sexualidad, en torno a embarazos en adolescentes y enfermedades de transmisión sexual, por lo que el trabajo intenta fomentar la importancia de educar a los adolescentes; dado que se demostró un porcentaje elevado de desconocimiento por parte de los encuestados sobre las variables del estudio.

De acuerdo a los datos generales de la población comprendida en el presente estudio el mayor porcentaje comprende a estudiantes entre edades de 16 a 17 años, correspondiendo al sexo masculino en su mayoría, evidenciando una ligera modificación respecto de la conformación de la pirámide poblacional publicada por el INEC, 2010, así mismo un gran porcentaje corresponden al grupo cultural mestizo, siendo esta etnia predominante a nivel nacional.

En lo referente a mitos sobre sexualidad de los adolescentes el 43 % de la población mencionó desconocer que la lactancia materna no impide un embarazo, esto es desfavorable ya que este método anticonceptivo natural no es confiable, esto guarda relación con la investigación de (Aragón, Cubillas, & Torres, 2012), referente a esta pregunta donde 28% de la población adolecen desconoce que la lactancia impide un embarazo, también este resultado es acorde al obtenido por (Baish, 2014), quienes reportaron que de los 128 adolescentes que participaron en el estudio el 32,4% desconoce en cuanto a esta pregunta.

El 44 % mencionó que durante la menstruación no se produce un embarazo, este conocimiento es desfavorable porque si la mujer coincide con su periodo de ovulación es posible el embarazo, este resultado guarda relación con la investigación de (Yanez, 2017), donde menciona que tener relaciones sexuales durante la menstruación no es una garantía para evitar un embarazo debido a que hay mujeres que tiene ciclos menstruales especialmente cortos y/o reglas largas, en estos casos todavía más excepcionales, se ha demostrado que la siguiente ovulación podría producirse incluso antes que termine el sangrado por tanto que si se mantiene una relación sexual en esta etapa puede producirse un embarazo.

Por otro lado el 67 % desconoce que el coito interrumpus no impide un embarazo mostrándose un desconocimiento evidente ya que en el líquido pre seminal existen ya espermatozoides; esto no se relaciona con la investigación efectuada por Coldon – Colchón (2015) realizada en Mérida, donde el 39,4% mencionan que funciona el método utilizado coito interrumpido y este evita un embarazo, comparado que el 5.4%, señalan que cuando se eyacula en la vagina, la carrera del esperma hacia el ovulo es imparable.

El 61 % menciona desconocer que no se produce un embarazo después de una ducha vaginal previo a una relación sexual, este método anticonceptivo no es efectivo debido a que los espermatozoides viajan a través del conducto vaginal internamente, estos resultados no guarda relación con respecto a la investigación de (Cordón-Colchón, 2012), realizado en Merida donde mencionan que la ducha vaginal después de la relación sexual no evita un embarazo en esta investigación se evidencia en un 27 % conoce que si se produce un embarazo. Mientras tanto que en otra investigación de Osorio, L. & Cuello, K. (2013) realizada en Argentina, muestra que el 68 % de la población masculina indican que la ducha vaginal después de la relación evitaría un

embarazo, y el 51% opina que no hay embarazo si practican el coito interrumpido, de tal manera que el mismo porcentaje mencionan que ya producida la eyaculación el ascenso de los espermatozoides al ovulo es imparable.

Mientras que la mayoría de la población mencionaron considerar algo malo a la homosexualidad, desconociendo que ya es un derecho reconocido por muchos países como un suceso cotidiano, esto se relaciona con la investigación de (Saeteros, Ramos , & Perez, 2014), donde se evidenció que el 44,9% del grupo de estudio opino que la sexualidad no debería aceptarse, mientras en un grupo de control el 33,4% menciono lo mismo.

Una investigación sobre Mitos, prejuicios, tabúes y falacias sobre la sexualidad realizada en Buenos Aires, por Della Mora (2013), señaló que tras recolectar datos y analizada la información obtenida de su trabajo se ofrece datos en relación a sexualidad en adolescentes, observándose algunos resultados que vinculan los conceptos erróneos sobre sexualidad, problemas que conllevan a embarazos adolescentes.

Finalmente como aporte a esta problemática identificada se implementó procesos de comunicación e información de sexualidad (Anexo # 3), misma que fue dirigida al estudiantado, con la finalidad de contribuir con la prevención, promoción frente a la sexualidad, este proceso se realizó con ayuda y colaboración del personal de salud del centro de atención Los Encuentros, a través de charlas, videos, entrega de trípticos y una hoja volante sobre sexualidad.

## 8. CONCLUSIONES

1. En lo que se refiere a mitos sobre sexualidad en adolescentes se puso conocer que:
  - Con respecto a la caracterización socio-antropológicas de los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio “Diez de Noviembre ” de la Parroquia Los Encuentros, del Cantón Yanzatza presentaron los siguientes: en relación a la edad, el rango sobresaliente que se encontró que en un mayor porcentaje son estudiantes entre edades de 16 a 17 años, correspondiendo al sexo masculino, evidenciando una ligera modificación respecto de la conformación de la pirámide poblacional publicada por el INEC, 2010, mientras que un gran porcentaje corresponden al grupo cultural mestizo, siendo esta etnia predominante a nivel nacional.
  - En lo que se refiere a prevalencia de los mitos sobre sexualidad en los adolescentes los indicadores de mayor relevancia son: el 44 % mencionó que no se produce un embarazo en la menstruación, en la lactancia materna un 43% indicaron que no se produce un embarazo y un 67 % manifestaron que con el coito interrumpido no existe la posibilidad de un embarazo, el 61 % hicieron mención que si existe una ducha vaginal después de una relación sexual no se lleva a un embarazo, el 60 % de los adolescentes consideraron a la homosexualidad como algo inadecuado.
  - Se implementó procesos de comunicación e información de sexualidad, misma que fue dirigida al estudiantado, obteniendo una excelente acogida, este proceso se realizó con ayuda y colaboración del personal de salud del

centro de atención Los Encuentros, a través de charlas, videos, entrega de trípticos y una hoja volante sobre sexualidad.

## **9. RECOMENDACIONES**

- A las autoridades de la Unidad Educativa, que deberían implementar programas educativos sobre educación sexual, en la perspectiva de brindar una educación en esta temática tanto a los estudiantes, docentes y padres de familia.
- Al personal de salud que pertenece a esta zona, implementar procesos educativos sobre prevención de embarazos en adolescentes, planificación sexual y reproductiva dado que existe un porcentaje preocupante de desconocimiento por parte de los adolescentes y así mejorar la calidad de vida sexual que llevan los adolescentes de esta unidad educativa.
- Ala carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja a través de sus alumnos y docentes, seguir motivando ala motivando la investigación y fomentando la realización de estudios cuantitativos y cualitativos con intervención de programas educativos.



## 10. BIBLIOGRAFIA

Agujetas, M. (25 de 05 de 2014). *EFE:SALUD*. Recuperado el 11 de 09 de 2018, de <https://www.efesalud.com/mitos-del-sexo/>

Aldana. (2010). En *Terapia sexual clinica, spquica y psicoanalisis* (pág. 126). Brasil: Internacional Instituto paulista de sexualidad.

Almeida, F. M., & Souza, S. P. (2012). Obtenido de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532012000300004](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000300004)

Alvear, L. M., & Tarragato, S. G. (2012). Obtenido de [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo\\_12.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf)

Aragón, M., Cubillas, I., & Torres, Á. (2012). Maternidad en la adolescencia y embarazo. *Index*, 6. Obtenido de [www.index-f.com/edocente/104pdf/10449.pdf](http://www.index-f.com/edocente/104pdf/10449.pdf)

Baish, A. (2014). Lactancia materna impide un embarazo. *INDEX*, 8.

Basulto, J. (2015). Embarazos en Adolescentes y enfermedades de tranmision sexual. *Unesco*, 11.

Bibiana Pignolino, K. B., & Dreyer, C. (2014). Obtenido de <http://www.fundacionmf.org.ar/files/3%20ETS.pdf>

Blasco, M., Bilbao, G., & Molina, H. (2016). Parafilias. En M. Blasco, G. Bilbao, & H. Molina, *Salud Sexual y Reproductiva* (pág. 321). Almeria : Universidad de Almeria 2016. Obtenido de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=zq2SCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=P>

A117&dq=parafilia+concepto&ots=X5C9a96U4E&sig=p-xDW84-  
2AYIEUHtEcrT6xFUopQ#v=onepage&q=parafilia%20concepto&f=true

Brenot. (2013). El sexo y el amor. *Scielo*, 16.

Cannonia, B. G., & Gonzales, M. I. (2012). *Revista Medica Clinica Los Condes*.  
Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-sexualidad-adolescente-consejeria-S0716864015000139>

Castillo Torres, C., & González Castellar, S. (2014). Obtenido de  
<http://www.redalyc.org/pdf/268/26843173004.pdf>

Cipriana, P. (ENERO de 2013). *LA NACION*. Obtenido de  
<https://www.google.com.ec/amp//s/www.lanacion.com.ar/1218240-el-80-de-los-adolescentes-nose-cuidan-en-el-debut-sexual/amp/1218240>

Cordón-Colchón, J. (2012). *LAS MATRONAS*. Obtenido de  
[http://eoeepsabi.educa.aragon.es/descargas/C\\_Prog\\_Eros/Juegos\\_3/3.2.2.Mitos\\_creencias\\_almendral.pdf](http://eoeepsabi.educa.aragon.es/descargas/C_Prog_Eros/Juegos_3/3.2.2.Mitos_creencias_almendral.pdf)

Eliade, M. (2013). Obtenido de  
<http://www.ladeliteratura.com.uy/sala/complementos/mitos.pdf>

Federacion de Planificacion Familiar de España. (2015). *PLATAFROMA JOVEN*.  
Obtenido de  
<http://www.leganes.org/dejovenes/pdf/05%20Metodos%20anticonceptivos.pdf>

Foucault. (2009). Historia de la sexualidad . *Mexico*, 10.

Germanotta, D. B. (2013). Obtenido de  
<https://es.scribd.com/document/124866781/Homosexualidad-pdf>

Jaramillo, L. O., & Vega, K. C. (2013). *Realitas, Revistas de Ciencias Sociales, Humanas y Artes* . Obtenido de [http://files.revista-realitas.webnode.com.co/200000006-](http://files.revista-realitas.webnode.com.co/200000006-5ee155fddb/2_Revista%20Vol%201%20No%201_articulo_1.pdf)

[5ee155fddb/2\\_Revista%20Vol%201%20No%201\\_articulo\\_1.pdf](http://files.revista-realitas.webnode.com.co/200000006-5ee155fddb/2_Revista%20Vol%201%20No%201_articulo_1.pdf)

Labrador, I. G., Pieiga, E. M., & Salvat, R. M. (2012). Mitos y tabúes en la sexualidad humana. *REVISTA Cubana de Medicina General Integral SCIELO*, 4. Recuperado el 09 de 11 de 2018, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252002000300012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000300012)

Lagarde, M. (2012). Obtenido de <http://www.caladona.org/grups/uploads/2007/03/MARCELA%20LAGARDE%20SEXUALIDAD.doc>

Mantilla, C. V. (2017). SEXUALIDAD. SALUD SEXUAL. PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA . *Mi Scielo*, 8.

McCary. (2013). Sexualidad humana. *Mexico: Manual moderno*, 8.

Medero, F. B. (2013). Sexualidad, educación sexual y género. En F. B. Medero, *Sexualidad, educación sexual y género*. (pág. 33). Sevilla: A. G. Novograf, S. A.

MEDICALLY. (FEBRERO de 2018). *DRUGS.COM*. Obtenido de [https://www.drugs.com/cg\\_esp/enfermedades-de-transmisi%C3%B3n-sexual-en-adolescentes.html](https://www.drugs.com/cg_esp/enfermedades-de-transmisi%C3%B3n-sexual-en-adolescentes.html)

Mora, M. D. (2013). *REDALYC*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/3331/333127392004.pdf>

- Mora, S. A. (2018). Psicología del Desarrollo Humano II. En S. A. Mora, *Psicología del Desarrollo Humano II* (pág. 200). Mexico: Culiacán, México.
- Morales, M. S. (2012). Obtenido de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/embarazo\\_adolescente\\_2012.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/embarazo_adolescente_2012.pdf)
- Moreno, A. (2015). ADOLESCENCIA. En A. Moreno, *Adolescencia* (pág. 256). Barcelona: Oberta UOC, Publishing,SL.
- OMS. (2014). Obtenido de [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- OMS. (2014). Obtenido de [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](http://www.who.int/topics/sexual_health/es/)
- OPS. (2015). Obtenido de <http://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/adolescencia/etapas-de-la-adolescencia>
- Palacios, F. (2013). Obtenido de [http://archivos.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/\\_IXus51\\_LjPq4RQcxodpCfW9\\_C9cZPZ1g](http://archivos.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus51_LjPq4RQcxodpCfW9_C9cZPZ1g)
- Pick. (2011). Programa de educacion sexual y para la vida dirigido para los adolescentes. *Mexico: Planeta*, 101.
- Ramirez, G., & Almijo, T. (13 de Marzo de 2017). *Abordando mitos sobre sexualidad*. Chile: Amnistía Internacional . Recuperado el 09 de 10 de 2018, de [http://www.middecision.org/wp-content/uploads/2017/09/Interior-Cuaderno.pdf?fbclid=IwAR3NVqdiE7Seb9e92x8Ui\\_nemZLRQqGFhAwxIHLKUNrniYNhuGRKXigbrNM](http://www.middecision.org/wp-content/uploads/2017/09/Interior-Cuaderno.pdf?fbclid=IwAR3NVqdiE7Seb9e92x8Ui_nemZLRQqGFhAwxIHLKUNrniYNhuGRKXigbrNM)

- Rodriguez, L. (2017). *Instituto Urología y Medicina Sexual en Zaragoza*. Obtenido de <https://www.institutouroandologico.com/servicios/eyacuacion-precoz/>
- Saeteros, R., Ramos , G., & Perez, J. (2014). Imaginarios sobre la homosexualidad. *Revista Cubana de la Salud Publica* , 15.
- Sánchez, A., & Tolosa, C. (2011). *Fundacion de Atencion Integral Juvenil*. Obtenido de <http://fundainil.org/Biblioteca/Sexualidad%20%20Habilidades%20para%20la%20vida-optimizado.pdf>
- Sanchez, A., & Tolosa, C. (2012). Obtenido de <http://fundainil.org/Biblioteca/Sexualidad%20%20Habilidades%20para%20la%20vida-optimizado.pdf>
- Siguenza, R. (24 de 07 de 2013). *Prevención de embarazos en Adolescentes*. Recuperado el 09 de 11 de 2018, de <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
- Suñé, A. V., & Gracia, M. J. (2017). Guía sobre Infecciones de Transmisión Sexual. En A. V. Suñé, & M. J. Gracia. Barcelona: C/ Violant d'Hongria Reina d'Aragó,. Obtenido de <http://gaispositius.org/wp-content/uploads/2018/04/ITS-ES.pdf>
- Tascón, L. A., Benítez, D. I., & Ospina, C. B. (21 de 06 de 2016). *SCIELO*. Recuperado el 10 de 11 de 2018, de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262016000300012](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300012)
- Tawes, L. (2012). *Importancia.org*. Obtenido de <https://www.importancia.org/sexualidad.php>

- Tellez, A. (15 de Agosto de 2017). *Investigacion Antropologica*. Obtenido de <https://www.editorial-club-universitario.es/pdf/2633.pdf>
- Thimeos, J. A. (2013). EDUCACIÓN SEXUAL PREVENTIVA EN ADOLESCENTES. *Facultad de Educación UNED, España*, 22.
- Unidad de TIC para la Innovación Educativa ( UTIE ). (2016). *EDUACION SEXUAL CESOLAA*. Obtenido de <http://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/educacion-sexual-integral/sexualidad-prematura-en-adolescentes>
- Unidad Editorial Revistas, S.L.U. (2011). *Cuidate* . Obtenido de <https://cuidateplus.marca.com/familia/adolescencia/diccionario/sexualidad-adolescencia.html>
- Valderrama, M. A., & Romero, C. H. (2014). *SCIELO* . Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/encu/v12n1/v12n1a06.pdf>
- Vallejo, B. (2016). Enfermedades de tranmision sexual . *Scielo* , 13.
- Villaverde, P. L. (11 de 02 de 2009). *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*. Recuperado el 11 de 11 de 2018, de <https://www.periodistadigital.com/documentos/2010/07/13/mitossexuales.pdf>
- Vohlonen, A., & Gutierrez, M. (01 de 05 de 2017). *UNICEF ECUADOR*. Recuperado el 09 de 11 de 2018, de [https://www.unicef.org/ecuador/Estudio\\_de\\_caso\\_embarazo\\_en\\_adolescencia\\_e\\_inclusion\\_educativa\\_2017.pdf](https://www.unicef.org/ecuador/Estudio_de_caso_embarazo_en_adolescencia_e_inclusion_educativa_2017.pdf)
- WAS, W. A. (2013). Obtenido de <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/7503%20asesoria%20ss.pdf>
- Yanez, J. (2017). Embarazo en la menstruaciòn. *Salud de la Mujer* , 6.

## 11. ANEXOS

### ANEXO 1: Consentimiento Informado



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ENFERMERIA**

**PROYECTO: MITOS SOBRE SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DE  
LA UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO “DIEZ DE NOVIEMBRE”  
DE LA PARROQUIA LOS ENCUENTROS, DEL CANTON YANZATZA  
N°.....**

SR/SRTA..... Con ID .....,  
acepto participar de forma voluntaria como sujeto de estudio, haciendo sido informado  
previamente de los objetivos metodología y beneficios/riesgos de la investigación.  
Teniendo en cuenta que:

- Puedo hacer preguntas las veces que requiera en cualquier momento de la investigación
- La información será estrictamente confidencial y será utilizada para los fines de la investigación únicamente

Luego de conocer los puntos mencionados y por voluntad propia firmo la siguiente autorización

.....

.....

Firma

Firma

ID del investigador

ID del participante o

Representante

**ANEXO 2: Cuestionario**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ENFERMERIA**

**PROYECTO: MITOS SOBRE SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DE  
LA UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO “DIEZ DE NOVIEMBRE”  
DE LA PARROQUIA LOS ENCUENTROS, DEL CANTON YANZATZA  
N°.....**

**Instrucciones**

El siguiente cuestionario es anónimo. Sírvase responder de manera objetiva lo siguiente, lea y seleccione con una “X” donde corresponda y ubique V o F a la respuesta correcta. Trate de contestar a todas las preguntas, su respuesta es muy importante.

**1. DATOS GENERALES**

Edad.....

Sexo.....

1. En qué nivel de escolaridad se encuentra

.....

....

2. Etnia con la que usted se identifica

- a. Mestiza ( )
- b. Shuar ( )
- c. Saraguro ( )
- d. Otra-----

3. A qué tipo de religión pertenece

- a. Católica ( )
- b. Testigos de Jehová ( )
- c. Cristiana ( )



- d. Ateos ( )
- e. Otros-----

4. Urbanización a la que pertenece

- a. Urbana ( )
- b. Rural ( )

## 2. DATOS ESPECIFICOS

<b>PREGUNTA</b>	<b>V</b>	<b>F</b>
Durante la lactancia se pueden producir ovulaciones y, por lo tanto, embarazos		
Durante la menstruación se pueden producir ovulaciones y, por lo tanto, embarazos		
Si se eyacula fuera de la vagina, es posible quedarse embarazada		
La ducha vaginal tras la eyaculación reciente o el ponerse en pie enseguida para que salga el semen, evita el ascenso de los espermatozoides hacia el óvulo		
La masturbación, es normal en el proceso de desarrollo de las personas		
La penetración no es necesaria para tener una relación sexual plena		
La relación sexual perfecta es en la que ambos consiguen el orgasmo simultáneamente		
Las fantasías sexuales enriquecen las relaciones sexuales		
Las relaciones sexuales durante la menstruación son antihigiénicas		
Para conseguir el orgasmo hay que centrarse en las propias sensaciones y estar menos pendiente de las de la pareja		
Si hacia una persona existe atracción y/o amor, la excitación y el orgasmo están asegurados		
Consideras a la homosexualidad como algo malo		
Una vez que se ha eyaculado en la vagina, la carrera de los espermatozoides hasta el óvulo es imparable		

## Anexo # 3: Boletín Informativo



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ENFERMERIA

## EDUCACIÓN SEXUAL

### MITOS SOBRE SEXUALIDAD

**MITO:** En la lactancia materna se puede quedar embarazada



Las cifras indican que entre un 1 y un 11% de las mujeres embarazadas quedan durante el período de amenorrea, es decir que vuelven a concebir sin haber tenido la regla.

**MITO:** Eyacular fuera de la vagina es un método anticonceptivo eficaz.



**MITO:** Si la mujer tiene relaciones sexuales durante la menstruación no puede quedar embarazada



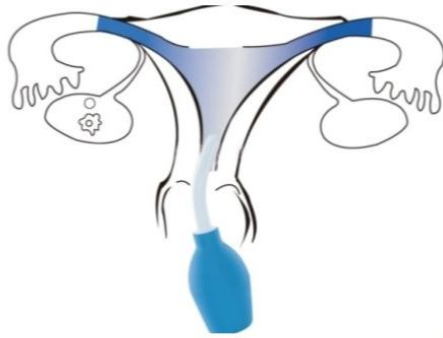
Si coincide la menstruación con la ovulación, como en el caso de algunas mujeres, es posible que se pueda presentar un embarazo, aunque la relación se haya efectuado durante el periodo menstrual .

Como método anticonceptivo no es eficaz, pues el hombre antes de eyacular puede segregar un par de gotas que pueden llevar espermatozoides y por lo tanto tener capacidad fecundante. El hombre no nota cuando segrega este par de gotas, con lo cual no puede tener control, como puede tenerlo con la eyaculación

# EDUCACIÓN SEXUAL

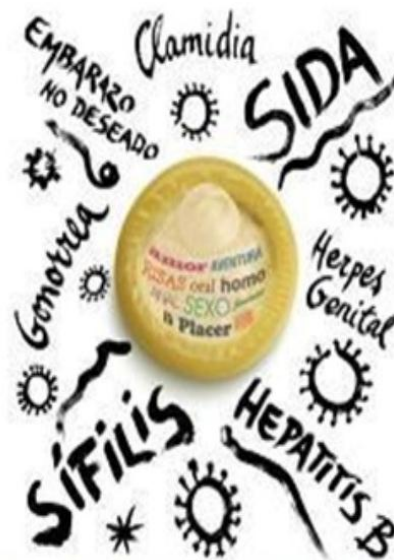
## MITOS SOBRE SEXUALIDAD

**MITO:** La ducha vaginal previene el embarazo



La ducha vaginal no es un método anticonceptivo efectivo y no se recomienda ya que destruye la flora vaginal y no evita un embarazo, es utilizado como mejorar la higiene íntima.

## La educación sexual es:



## Anexo # 4 Certificación de traducción al idioma ingles

Lic. Darío Jiménez  
LICENCIADO EN CIENCIAS, MENCIÓN IDIOMA INGLES

### CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma Inglés del resumen para el trabajo de titulación denominado "MITOS SOBRE SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO 10 DE NOVIEMBRE DELA PARROQUIA LOS ENCUENTROS, DEL CANTON YANZATZA", de la estudiante Sofia Alexandra Chamba Obelencio, egresada de la carrera Enfermería de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autoriza al interesado hacer uso del mismo en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 13 de mayo del 2019

  
Lic. Darío Jiménez  
Date: mayo 13, 2019  
Lic. Darío Jiménez  
LICENCIADO EN CIENCIAS, MENCIÓN IDIOMA INGLES