



UNIVERSIDAD DE MACHALA
“Calidad, Pertinencia y Calidez”

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCION
DEL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

TEMA

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SEXUALIDAD Y SUS
RIESGOS EN ESTUDIANTES DEL TERCER AÑO DE
BACHILLERATO PARALELOS "A" Y "B" DEL COLEGIO
SIMÓN BOLÍVAR PARROQUIA PUERTO BOLÍVAR
TERCER TRIMESTRE 2014.

AUTOR:

MARIA YAJAIRA VELEZ ZAMBRANO

TUTORA:

LCDA. AZUCENA SORNOZA ZAMBRANO

2014

CERTIFICACIÓN

LCDA. AZUCENA SORNOZA ZAMBRANO

CERTIFICA:

Haber revisado la tesis titulada: **NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SEXUALIDAD Y SUS RIESGOS EN ESTUDIANTES DEL TERCER AÑO DE BACHILLERATO PARALELOS "A" Y "B" DEL COLEGIO SIMÓN BOLÍVAR DE LA PARROQUIA PUERTO BOLÍVAR TERCER TRIMESTRE 2014.** Cuya autora es la Egresada de Enfermería **YAJAIRA VELEZ**. La que se encuentra con los requisitos técnicos estipulados por la Carrera De Enfermería de la unidad académica de Ciencias Químicas y de la Salud por lo que autorizo su presentación.

LCDA. AZUCENA SORNOZA ZAMBRANO

TUTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

CESION DE DERECHOS DE AUTORIA

Yo, **Yajaira Vélez**, con número de cedula 0703344192, egresada de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud de la Universidad Técnica de Machala, responsable de la presente memoria técnica científica titulada: **“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SEXUALIDAD Y SUS RIESGOS EN ESTUDIANTES DEL TERCER AÑO DE BACHILLERATO PARALELOS "A" Y "B" DEL COLEGIO SIMÓN BOLÍVAR DE LA PARROQUIA PUERTO BOLÍVAR TERCER TRIMESTRE 2014”**. Certifico que la responsabilidad de la investigación, resultados y conclusiones del presente trabajo pertenecen exclusivamente a mi autoría, una vez que ha sido aprobado por mi tutora de tesis autorizando su presentación.

Deslindo a la Universidad Técnica de Machala de cualquier delito de plagio y cedo mis derechos de autoría a la Universidad Técnica de Machala para que ella proceda a darle el uso que sea conveniente.

MARIA YAJAIRA VÉLEZ ZAMBRANO

C.I.: 0703344192

AUTORA

RESPONSABILIDAD

Todas las opiniones, criterios, conclusiones, recomendaciones, análisis, estadísticas vertidas en el presente trabajo de investigación es de absoluta responsabilidad de la autora.

MARÍA YAJAIRA VÉLEZ ZAMBRANO
AUTORA

DEDICATORIA

Con mucho amor dedico este trabajo de investigación en primer lugar a Dios todopoderoso y benévolo por llenar mi vida de dicha y bendiciones a diario, por la oportunidad de existir, por su amor, porque sin su bendición no hubiera sido posible la culminación de mi carrera profesional, al mismo tiempo me es grato dedicarles este trabajo de investigación a mis padres, familiares y amigos por que sin el apoyo de ustedes y amor no hubiésemos hecho este logro tan importante para mí.

MARIA YAJAIRA VÉLEZ ZAMBRANO

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica De Machala por formarme como Licenciada en Enfermería gracias por el apoyo, tiempo y sabiduría prestada. A ustedes que me brindaron su apoyo en los momentos difíciles y me alentaron a seguir adelante, hoy se ven cumplidos nuestros esfuerzos y mis deseos; iniciándose una etapa en mi vida en la que siempre estarán en mi corazón. Agradezco a mis docentes por sus conocimientos, disposición y ayuda brindada. No es fácil llegar, se necesita esfuerzo, lucha y deseos, pero sobre todo el apoyo como el que he recibido durante todo este tiempo. Ahora más que nunca se acredita hacia ustedes admiración y respeto, además agradezco A la Lcda. Azucena Sornoza Zambrano por haberme guiado en este trabajo y haberme enseñado a ser paciente hasta alcanzar mi meta deseada.

LA AUTORA

INDICE

PRELIMINAR	PAG.
PORTADA	
CERTIFICACION	
AUTORIA	
RESPONSABILIDAD	
AGRADECIMIENTO	
DEDICATORIA	
RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
FORMULACION DEL PROBLEMA.....	6
OBJETIVOS.....	7
OBJETIVOS GENERAL.....	7
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	7
VARIABLES.....	8
FORMULACION DE LA HIPÓTESIS.....	7
JUSTIFICACION.....	9
CAPÍTULO I.....	¡Error! Marcador no definido.
1. MARCO TEÓRICO.....	¡Error! Marcador no definido.
1.1 LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE	¡Error! Marcador no definido.
1.1.1 Sexualidad humana.	¡Error! Marcador no definido.
1.1.2 Salud sexual.	¡Error! Marcador no definido.

- 1.1.3 Salud reproductiva **¡Error! Marcador no definido.**
- 1.1.4 Identidad sexual. **¡Error! Marcador no definido.**
- 1.1.5 Identidad de género..... **¡Error! Marcador no definido.**
- 1.1.6 Rol sexual. **¡Error! Marcador no definido.**
- 1.1.7 Orientación sexual. **¡Error! Marcador no definido.**

1.2. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.... **¡Error! Marcador no definido.**

- 1.2.1. DESPERTAD SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA **¡Error! Marcador no definido.**
- 1.2.2. PROBLEMAS EN LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE **¡Error! Marcador no definido.**

1.3. EMBARAZO EN ADOLESCENTE..... **¡Error! Marcador no definido.**

- 1.3.1. RELACIONES SEXUALES EN ADOLESCENTES **¡Error! Marcador no definido.**
- 1.3.2. EL PROBLEMA DE LA HOMOSEXUALIDAD **¡Error! Marcador no definido.**
- 1.3.3. SEXUALIDAD SANA **¡Error! Marcador no definido.**

1.4. ORIENTACIÓN SEXUAL..... **¡Error! Marcador no definido.**

- 1.4.1 Escoger Su Orientación Sexual..... **¡Error! Marcador no definido.**
- 1.4.2. EDAD DE INICIO DE LA ACTIVIDAD COITAL **¡Error! Marcador no definido.**
- 1.4.3. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES..... **¡Error! Marcador no definido.**
- 1.4.4. PRÁCTICAS SEXUALES **¡Error! Marcador no definido.**
- 1.4.5. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS..... **¡Error! Marcador no definido.**
- 1.4.6. MASTURBACIÓN..... **¡Error! Marcador no definido.**

1.4.7. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES **¡Error! Marcador no definido.**

1.4.8. ACTIVIDAD Y EJERCICIOS EN LA ADOLESCENCIA ... **¡Error! Marcador no definido.**

1.5 LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA Y SUS

COMPLICACIONES..... ¡Error! Marcador no definido.

1.6 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA..... ¡Error! Marcador no definido.

1.6.1. Concepto **¡Error! Marcador no definido.**

1.6.2. Características **¡Error! Marcador no definido.**

1.6.3. Etapas del Proceso de Enfermería... **¡Error! Marcador no definido.**

CAPÍTULO II ¡Error! Marcador no definido.

2. MATERIALES Y METODOS ¡Error! Marcador no definido.

2.1. LOCALIZACION DE LA INVESTIGACIÓN ¡Error! Marcador no definido.

2.2. UNIVERSO DE TRABAJO ¡Error! Marcador no definido.

2.3. MUESTRA ¡Error! Marcador no definido.

2.4. METODOS..... ¡Error! Marcador no definido.

2.4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN **¡Error! Marcador no definido.**

2.4.2. DISEÑO DE ESTUDIO **¡Error! Marcador no definido.**

2.4.3 METODOS TECNICAS E INSTRUMENTOS ... **¡Error! Marcador no definido.**

2.5. PLAN DE TABULACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS ¡Error! Marcador no definido.

CAPITULO III..... ¡Error! Marcador no definido.

3. PROCESAMIENTO DE DATOS ¡Error! Marcador no definido.

3.1. RESULTADOS DE LA FASE DE INVESTIGACIÓN . ¡Error! Marcador no definido.

3.2. RESULTADOS DE INTERVENCION..... ¡Error! Marcador no definido.

CONCLUSIONES..... ¡Error! Marcador no definido.

RECOMENDACIONES..... ¡Error! Marcador no definido.

BIBLIOGRAFIA..... ¡Error! Marcador no definido.

ANEXOS..... ¡Error! Marcador no definido.

RESUMEN

La sexualidad, es la capacidad de sentir placer, es innata del ser humano involucra aspectos físicos, sentimentales y emocionales, y está relacionada con la forma de ser, de pensar, de sentir, de actuar y de relacionarse con otras personas y con nosotros(as) mismos(as), e influye en la actitud que se tenga en relación a la personalidad como seres sexuales. Los alumnos de bachillerato del Colegio Simón Bolívar de la parroquia Puerto Bolívar, existe un vacío del conocimiento en relación a la diferenciación entre sexualidad, sexo y actitudes frente a la sexualidad, 70 estudiantes que tienen vida sexual activa, 5 se encuentran embarazadas, 23 han presentado ITS. Por el cual se realizó la siguiente investigación que tuvo como objetivo general; Determinar el nivel de conocimiento sobre sexualidad y sus riesgos en 80 estudiantes del Tercer año de Bachillerato a través de un estudio descriptivo no experimental, se aplicó el razonamiento lógico de los métodos e instrumentos con base teórica, se utilizaron los métodos deductivo, analítico, sintético, mediante la aplicación de la encuesta. Los resultados son: los adolescentes son de 17 y 18 años de edad en el 21.3% mientras que los de sexo

femenino en el 16.3%, el 81.3% son de etnia mestiza, el 56.3% solo estudia, el 43.8% estudia y trabaja, el 32.5% viven en casa propia, 47.5, viven en casa rentada. El 47.5%, conviven en una familia mononuclear, el 32.5% su familia es extensa. El 47.5% de los adolescentes tienen un conocimiento mediano sobre sexualidad, el 32.5% lo tienen alto, los adolescentes de 17 a 18 años de edad quienes tienen alto conocimiento sobre la sexualidad, en un 23.8%, mientras que el los adolescentes de 16 a 17 años tienen un mediano conocimiento. El 47.5% de los adolescentes tienen un conocimiento mediano sobre las complicaciones de la salud sexual, el 32.5% lo tienen alto. El 47.5% de los adolescentes tienen una inadecuada actitud sobre sexualidad, el 32.5% la actitud sobre sexualidad es la adecuada. El 47.5% de los adolescentes tienen un alto riesgo en relación a su conducta, mientras que el 32.5% poseen un bajo riesgo, tienen una actitud regular sobre la sexualidad en un 18.8% y tienen conocimiento alto sobre salud sexual no utilizan preservativo.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad, es la capacidad de sentir placer, es innata del ser humano ya que nace y muere con el ser humano involucrando aspectos físicos, sentimentales y emocionales, estando relacionada con nuestra la forma de ser, de pensar, de sentir, de actuar y de relacionarse con otras personas y con nosotros(as) mismos(as), esta característica, influye en la actitud que se tenga en relación a la personalidad como seres sexuales, que se la asuma responsablemente o no. Incluye todo nuestro ser cuerpo sexuado, orientación sexual, percepciones sobre sexualidad y sexo, lo se traduce en expresiones como son imagen corporal, relaciones sexuales, placer sexual, conductas sexuales.

El ciclo de vida que mayormente se expresa la sexualidad, es la adolescencia, es un período conflictivo y de tránsito que al tener una serie de cambios biológicos, intelectuales y sociales, tiene por lo tanto una fuerte incidencia en la conducta sexual de los jóvenes. De estas expresiones, muchas de las veces se convierten en un contravalor, convirtiéndose en riesgos para los/as adolescentes, evidenciado en

indicadores como son de embarazos no deseados, presencia de infecciones de transmisión sexual, de ahí que a nivel global, una gran cantidad de adolescentes ya son sexualmente activos antes de cumplir 20 años de edad, y la gran mayoría (alrededor del 60%) no utiliza ninguna protección para prevenir el embarazo, ni del riesgo de adquirir una ITS o infectarse de VIH.

En el mundo los embarazos adolescentes en mujeres de entre 15 y 19 años de familias pobres, duplican la cantidad de embarazos adolescentes del mismo grupo de edad, en familias de mejor condición económica. Cada año alumbran 16 millones de adolescentes en el mundo. El 90% de estos embarazos ocurre en países en desarrollo; 38% sucede en América Latina y el Caribe. Los riesgos de un embarazo en la adolescencia están fuertemente asociados con las desigualdades, la pobreza y la inequidad de género. (¹OPS, 1995)

Según datos del Instituto de Estadística y Censos, INEC, en el Ecuador, durante el año 2012, se reportaron 45.708 partos de madres adolescentes, de los cuales 1.817 sucedieron en Azuay y según una encuesta realizada, cerca en algunos colegios de Cuenca, en el 2012, el 4,5% de adolescentes había iniciado su vida sexual a los 13 años, a los 14 años el porcentaje aumentaba al 6,8%. La tendencia aumenta hasta los 18 años, edad en la cual el 57,1% de adolescentes había tenido relaciones sexuales. Una tercera parte de adolescentes admitió que las relaciones sexuales se dieron de forma espontánea. (²Vega, 2013)

De ahí la importancia de una adecuada educación sexual, que en nuestro país es todavía una asignatura pendiente. Se caracteriza por ser un período de cambios biológicos, psicológicos y sociales que se desencadenan como resultado de la acción de las hormonas sexuales femeninas y masculinas, lo cual provoca la madurez anatómica y funcional y una amplia transformación de la figura corporal sexuada. Con estas características, se hace necesario realizar la investigación en los estudiantes de Bachillerato del Colegio Simón Bolívar de manera que se pueda determinar el nivel de conocimiento y las actitudes frente a la sexualidad, e intervenir de forma oportuna.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De hecho que la problemática de la sexualidad en la provincia de El Oro en los adolescentes, esta circunscrita en el inicio de las relaciones sexuales, que se estima que más del 50 % de los menores orenses de 17 años son sexualmente activos, que para el año 2010 en la Provincia de El Oro (³Diario Opinión, 2013), según cifras estadística dadas por el INEC, por lo que la mayor evidencia es el embarazo que del total de madres adolescentes entre las edades de 12 a 19 años es 5279, mientras que para el año 2012 el índice de embarazos en adolescentes en la provincia se ubicaba en diciembre en el 19%. (⁴INEC, 2010)

Como factores de riesgo se encuentran la desintegración familiar -entre otras razones, a causa de la emigración de sus padres- y el consiguiente desamparo que afecta a muchos menores que buscan refugio sentimental en compañeros de aulas y discoteca. (⁵Diario Opinión, 2013). Adicionalmente esta como causa que explica este fenómeno es la carencia de una oportuna educación sexual en los dos ámbitos de mayor incidencia: en la familia, donde el tema es considerado a menudo como

un tabú, y en la escuela y colegio, donde no se trata adecuadamente. No se puede obviar tampoco el inicio de la actividad sexual a una edad cada vez más temprana.

Ante este contexto, se ha observado que en los alumnos de bachillerato del Colegio Simón Bolívar de la parroquia Puerto Bolívar, existe un vacío del conocimiento en relación a la diferenciación entre sexualidad, sexo y actitudes frente a la sexualidad, ya que en el primer trimestre del 2014 un total de 70 estudiantes que tienen vida sexual activa de estas 5 se encuentran embarazadas seguido de 23 estudiantes que han presentado ITS por lo que es necesario indagar sobre el tema para tener un acercamiento con intervenciones efectivas en este grupo de estudiantes.

El inicio prematuras de las relaciones sexuales, trae consigo consecuencias visibles, como son los embarazos en las adolescentes implica un mayor riesgo de mortalidad materna, que para el año 2013, se dieron 3 muertes maternas en adolescentes; además de llevar a someterse a abortos que en mucho de los casos lo hacen después de las 20 semanas de embarazo con el consiguiente parto de prematuros extremos, que no son viables, aumentando de esta forma la mortalidad neonatal.

Socialmente, lo mencionado lleva a una temprana interrupción de los estudios, la falta de empleo, la carencia de recursos para independizarse, la dependencia económica de los padres, etc., son algunos de los graves problemas asociados, menores oportunidades educativas ya que se ha dado el corte abrupto de estudios, con el fortalecimiento del círculo de la pobreza y un mayor riesgo de daño y mortalidad infantil.

La problemática de la sexualidad en los adolescentes es un tema complejo en la medida de que por la edad adolecen de la madurez que se requiere para hacer de la sexualidad un valor de respeto, consideración al sexo opuesto y se asuma una sexualidad segura y por lo tanto saludable.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es el Nivel de conocimiento sobre sexualidad y sus riesgos en estudiantes del Tercer año de Bachillerato Paralelos "A" y "B" del Colegio Simón Bolívar en la Parroquia de Puerto Bolívar en el tercer trimestre 2013
- ¿Cuál es el conocimiento de los adolescentes sobre el sexo?
- ¿Cuáles son las actitudes sobre las relaciones sexuales y el uso del preservativo en los estudiantes?
- ¿Cuáles son las características individuales que tienen los estudiantes

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar el nivel de conocimiento sobre sexualidad y sus riesgos en estudiantes del Tercer año de Bachillerato paralelos "A" y "B" del Colegio Simón Bolívar / Parroquia de Puerto Bolívar / tercer trimestre 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar las características individuales
- Identificar el conocimiento de los adolescentes sobre el sexo.
- Definir las actitudes sobre las relaciones sexuales y el uso del preservativo.

- Elaborar un plan educativo sobre prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo precoz.

JUSTIFICACIÓN

La problemática de la sexualidad, es un tema que tiene consecuencias tanto biológicas como sociales, entre las que constan la presencia de enfermedades de transmisión sexual, los embarazos no deseados encaminados al aborto o partos prematuros extremos con la consiguiente mortalidad neonatal; además que en lo social repercute en las oportunidades tanto de desarrollo educativo y profesional con limitada oportunidad laboral.

La adolescencia es la etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones psicológicas, biológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero emocionalmente positivas. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. (Pineda, 1996), y es precisamente en esta etapa donde se dan los problemas mencionados.

Según la OMS, en general se considera que los adolescentes (jóvenes de 10 a 19 años) son un grupo sano. Sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables. Más numerosos aún son los que tienen problemas de salud o discapacidades. Además, muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia. Por ejemplo, el consumo de tabaco, las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, y los malos hábitos alimentarios y de ejercicio, son causas de enfermedad o muerte prematura en fases posteriores de la vida.

Por tal razón se pretende que el tema de estudio tenga relevancia y el aporte a nivel local, ya que pese al establecimiento de programas educativos se observa, una gran suma de adolescentes con embarazos precoces y enfermedades de Transmisión sexual.

La población beneficiada serán los estudiantes del colegio SIMON BOLÌVAR, que se encuentran enmarcados probablemente en esta problemática, por lo que el propósito será intervenir con metodologías educativas lúdicas que permitan llegar no solo con el conocimiento sino también con el mensaje de prevención de los contravalores de la sexualidad y que se asuma una sexualidad responsable en estos adolescentes.

Debido a esto, mediante este trabajo investigativo se pretende conocer el nivel de conocimiento sobre sexualidad y sus riesgos que pueden presentar los estudiantes secundarios del colegio SIMÓN BOLÍVAR, que se encuentran en la etapa de la adolescencia, para lo cual se llevó a cabo la intervención educativo sobre prevención de Infecciones de transmisión sexual y embarazos precoz, con el objeto de eliminar la desinformación en los adolescentes, a la vez concientizar y

contribuir a la disminución de este problema social y crear en ellos una cultura educativa sobre los temas con los que se intervino.

VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Conocimiento sobre sexualidad
- Características individuales

VARIABLES DEPENDIENTES

- Actitudes sobre las relaciones sexuales

HIPÓTESIS

¿Será que la actitud y percepción sobre sexualidad que tienen los adolescentes influye en el riesgo de ITS?

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1 LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE

López y Fuertes (1999) definen a la sexualidad “como la función de relación con los demás, caracterizada por la búsqueda de comunicación, afectividad y placer. Complementariamente puede implicar reproducción. Es una constante del ser humano desde el nacimiento hasta su muerte. Su estructuración es fundamentalmente social y cultural, más que biológica”. Los autores refieren que la sexualidad, pues, constituye una forma de expresión de nuestro ser y nuestros sentimientos más íntimos, es una forma y un proceso de comunicación.

El ser humano es un todo cuyas partes interactúan, donde la sexualidad es una de ellas y, por eso, es necesario entenderla en un contexto global y como un aspecto inherente de la persona. La sexualidad es una construcción social, se percibe y aprende en interacción con los demás, lo que se constituye en el ambiente de un contexto sociocultural preciso, el cual puede fomentar la represión de la sexualidad, su exaltación, o el permiso de expresarse con naturalidad; estos aspectos coyunturales, por supuesto, influirán en la forma en que el adolescente perciba y vivencie su propia sexualidad.

Para Bandura (1979) la sexualidad es “el resultado de la interacción de la evolución biológica y del medio ambiente sociocultural, este último influye

poderosamente sobre el funcionamiento psicológico del individuo. Además, es producto de la experiencia y el aprendizaje.” Estos factores dependen, a su vez, en gran medida, de la estructura social y la cultura a la que pertenece cada individuo, dado que los seres humanos adquieren buena parte de sus conocimientos al pertenecer a un grupo, por las enseñanzas directas o indirectas que reciben, o por la observación y/o imitación del comportamiento de los demás. Por eso, se considera que la conducta sexual es fruto de tres factores interrelacionados: el aprendizaje, los procesos cognitivos y el medio ambiente en sentido social – compuesto por la familia, el entorno escolar, los medios de comunicación de masas, entre otros.

En ese sentido podemos resumir que la sexualidad es la expresión integral de los individuos como seres sexuales en una sociedad, cultura y tiempo determinado. Es el modo de comportarse, comunicarse, sentir, pensar, expresarse y relacionarse con los demás; de igual modo, la sexualidad es considerada como un elemento básico de la personalidad, producto del aprendizaje sociocultural y, por supuesto, también sujeta al cambio. La sexualidad debe ser vista desde una perspectiva integral.

Tal como se sostiene en la (OMS 1998): “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”. Tradicionalmente, el tema de la sexualidad se ha analizado desde la perspectiva de la salud reproductiva y se ha limitado a una visión biológica y de organización de servicios (Cerruti, 1997). Sin embargo, en este momento, resulta necesaria la incorporación del concepto de salud sexual en el contexto de la promoción y prevención continua de la salud, en el marco de la salud integral del adolescente (CIPD, 2004). Por ello, es importante indagar sobre los elementos de la sexualidad en la adolescencia desde una perspectiva más amplia y preparada, a partir de los siguientes conceptos:

1.1.1 Sexualidad humana.

Es una función normal del ser humano, que consiste en el modo de ser, de relacionarse y de vivir como hombre y como mujer (Cerruti, 1997). También es el elemento constitutivo de los seres humanos que posibilita una comunicación plena, total y trascendente (OPS, 1997). Todos los seres humanos nacen sexuados. Esa diferenciación genética condiciona nuestra existencia y provoca la búsqueda de pareja emocional y sexual.

El sexo es el instinto que nos lleva a la búsqueda de una pareja. La sexualidad viene definida por la expresión del sexo: la forma y la manera en la que expresamos el hecho de ser sexuados. Esto nos permite diferenciar entre la sexualidad femenina y masculina. Por otra parte, la afinidad por el encuentro entre las parejas nos permite distinguir entre conductas homo, bi y heterosexuales en cuanto a la misma.

La sexualidad tiene tres funciones: la comunicación, el placer y la procreación. La primera es la dimensión relacional, de interacción y expresión de emociones, sentimientos y afectos. Existen varias formas de comunicación, tanto la verbal como la gestual y la de contacto dérmico, esencial en las relaciones sexuales. La segunda es la más cercana a la esencia del individuo, pero ha sido la más oscurecida culturalmente. Es la más creativa y lúdica y la que permite al ser humano expresarse como individuo o con su pareja de forma libre y creativa.

La tercera ha sido la más usada para justificar la conducta sexual o para asustar a las personas de las nefastas consecuencias de la actividad sexual. Esta dimensión obliga a tomar decisiones de responsabilidad a la hora de elegir tener o no tener descendencia. La interacción sexual es un hecho biológico, psicológico y social. No es posible valorar las relaciones de pareja sin apreciar la dimensión afectiva y sexual.

1.1.2 Salud sexual.

Es la integración de los aspectos somáticos, emocionales e intelectuales del ser sexual que enriquezcan la personalidad, la comunicación y el amor (OMS,1994). Es el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva, así como sus funciones y procesos. Las personas son capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos en la que no es obligatoria la procreación, pues la sexualidad en sí misma es una forma de comunicación, convivencia y/o amor entre las personas.

La sexualidad es una parte importante del ser humano. El amor, el afecto y la intimidad sexual representan un papel importante en las relaciones saludables. También contribuyen con su sentido del bienestar. Algunos trastornos pueden afectar la capacidad de los hombres y de las mujeres de tener relaciones sexuales o disfrutarlas. Las inquietudes acerca de la infertilidad o el temor a los embarazos no planificados también pueden tener que ver con los problemas.

Además, muchas enfermedades y trastornos afectan la salud sexual. Entre ellas se encuentran las enfermedades de transmisión sexual y el cáncer. Entre los hombres, el tratamiento del cáncer de próstata puede causar una disfunción eréctil. Entre las mujeres, el cáncer cervical, uterino, vaginal, vulvar u ovárico puede tener consecuencias sexuales.

1.1.3 Salud reproductiva

La salud reproductiva es reconocida como un derecho en la mayoría de los países del mundo. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud reproductiva es la condición de bienestar físico, mental y social vinculada al sistema reproductivo. Por lo tanto, la salud reproductiva promueve que las personas puedan gozar de una vida sexual segura y que decidan cuándo quieren

tener hijos. En este sentido, supone el derecho de hombres y mujeres de estar informados acerca del funcionamiento de sus propios cuerpos y de los métodos anticonceptivos existentes.

De esta forma, la salud reproductiva está conformada por diversos servicios y técnicas, incluyendo la educación y los cuidados vinculados a las enfermedades de transmisión sexual. Diversas estadísticas señalan que los embarazos no deseados suponen el 50% del total, una cifra que incide en la existencia de abortos de alto riesgo y enfermedades venéreas de distinto tipo. Se estima que mueren 600.000 mujeres al año por complicaciones obstétricas, que no deberían existir en los países con adecuados planes de salud reproductiva.

La salud reproductiva también incluye la detección precoz de afecciones ginecológicas, con exámenes como el control mamario y el PAP. Las acciones de salud reproductiva, a pesar de involucrar también a los hombres, están dirigidas principalmente a las mujeres; a la hora de definir las, seguramente se puso de relieve que la fecundación, el embarazo y el parto suceden en el cuerpo de la mujer y las consecuencias de cualquier complicación involucran más a la mujer, al feto o al recién nacido.

Por otra parte, las estadísticas revelan que las secuelas de la mayoría de enfermedades de transmisión sexual son más graves en las mujeres y que los métodos de planificación familiar, usados en mayor cantidad por ellas, representan, en general, más riesgos potenciales que los que usan los hombres. Las mujeres tienen también una participación más activa en la crianza de los hijos y es su papel muy importante no sólo para el bienestar de ellos, sino para su crecimiento y desarrollo adecuados.

Por muchos siglos, la mujer embarazada recibió atención solo en el momento mismo del parto, con la creencia de que aquello era suficiente. Debió pasar mucho

tiempo para que esta concepción se modificara, y sólo a fines del siglo XIX numerosos médicos señalaron la importancia del cuidado prenatal.

En el presente siglo, en los años ochenta, el interés de la asistencia médica empezó a apartarse de los programas que se concentraban únicamente en la planificación de la familia.

Los gobiernos y los programas de salud pública comenzaron a concentrar sus esfuerzos en la salud materna infantil y a integrar la planificación de la familia principalmente en el período posterior al parto. La atención se concentraba en las madres y los niños sanos.

1.1.3.1 Enfoque Educativo Del Preservativo

(DOMOS Centro de Desarrollo de la Mujer, Michellet.)

No es posible cerrar los ojos ante una realidad tan cruda como el embarazo adolescente, que afecta mayormente a jóvenes de sectores populares que ven truncado su futuro y no pueden sino reproducir el círculo de la pobreza y la exclusión social.

La posibilidad de recurrir a un método de anticoncepción de emergencia debe ser asegurada en igualdad de condiciones para todas las mujeres en edad reproductiva que lo necesiten. Cuando una adolescente se embaraza sin desearlo, como ocurre a diario, podemos decir que la joven o el joven no contaron con las redes necesarias para vivir su sexualidad de manera informada y responsable y si bien una vida sexual activa hace parte de un proceso de desarrollo natural, no obstante trae consigo riesgos que solo pueden ser afrontados si se tiene clara conciencia de ellos.

1.1.3.2. Influencia De La Cultura

Las redes sociales, la religión y las creencias locales influyen en la elección de las personas, en gran medida, estas normas comunitarias determinan las preferencias individuales respecto de la procreación y comportamiento sexual y reproductivo.

La comunidad y la cultura influyen en la actitud de una persona hacia la planificación familiar, el sexo deseado de los hijos, las preferencias sobre el tamaño de la familia, las presiones familiares para tener hijos y si la planificación está o no de acuerdo con las costumbres y creencias religiosas.

En algunas culturas, por ejemplo, son numerosas las mujeres que rechazan el preservativo porque el tener hijos y criarlos siguen el sendero que las lleva al respeto y la dignidad que ha de conferirles la sociedad.

Los esfuerzos por fomentar la igualdad en la toma de decisiones y de crear conciencia acerca de los derechos de reproducción en la familia, la comunidad y la sociedad también promueven la elección informada de la planificación familiar. Se ha reconocido el papel de las redes sociales en la difusión de nuevas ideas del anticonceptivo. A medida que aumenta el número de personas que deciden practicar el uso del preservativo, resulta cada vez más aceptable para otros que optan también por practicarla.

1.1.3.3 Influencia De La Religión

La doctrina moral de la iglesia católica no admiten otro medio anticonceptivo que el basado en la observación de los periodos fértiles e infértiles de la mujer (El Ritmo). (La Cíclica Humana Vitae) promulgada por el Papa Pablo VI se reafirmó en ella prohibiendo a los fieles el uso de pastillas anovulatorias.

Si bien en todo caso hay que considerar que la tradición patriótica en la que se basa el magisterio de la ciencia hace al creyente responsable únicamente ante su propia conciencia. El ministerio de sanidad del vaticano envió a los guardianes de la doctrina de la iglesia católica un documento sobre el preservativo realizado a petición del Papa Benedicto XVI. El vaticano se opone totalmente a todos los métodos de contra concepción a excepción de la abstinencia (total o temporal) y condena el uso del preservativo.

1.1.3.4. Influencia De La Familia

El estado civil de la persona, la estabilidad del matrimonio, la comunicación con el cónyuge, el nivel académico y la formación dentro de la familia influye en las decisiones sobre el uso del preservativo no obstante, muchas mujeres afirman que el uso de preservativo es una decisión individual en la que no interviene ni el cónyuge ni los familiares. Ya que algunas decisiones se reflejan las presiones de los cónyuges ya sea para la utilización de algún método o simplemente para no utilizar ningún tipo de método anticonceptivo.

La gente también difiere en lo relativo a creencias culturales y religiosas, y algunas personas no practican en absoluto el uso del preservativo o evitan ciertos métodos a raíz de sus valores o creencias.

Flores B., Flores E., Rojas L. (2010) Señalan que los padres no brindan la información necesaria y los jóvenes reciben conocimientos falsos, ideas equivocadas e incompletas sobre los diferentes aspectos de la vida sexual, concibiéndolo como algo misterioso y vergonzoso ante sus progenitores, ya que estos han negado las explicaciones apropiadas debido a que carecen de una preparación emocional y científica ante las relaciones sexuales y se ven acosados por el temor, prejuicios y tabúes.

Las personas no casadas cuya actividad sexual es mínima o que tienen relaciones sexuales con más de una pareja suele preferir los preservativos ya que estos cumplen tres aspectos fundamentales es un método que protege contra el VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual (ITS), y también contra el embarazo. En su mayoría, los usuarios del preservativo valoran ciertos atributos de los métodos como la eficacia, la seguridad, la ausencia de efectos secundarios, y su costo.

Algunas personas eligen el preservativo por creer que a diferencia de los métodos hormonales que provocan trastornos corporales, los efectos secundarios

producidos por los preservativos sin mínimos, además socialmente son aceptables y fáciles de utilizar.

1.1.4 Identidad sexual.

A menudo los padres creen que cuando sus hijos cumplen 11, 12 ó 13 años, llega el día de “hablar de sexualidad” y que este momento será determinante en las elecciones que su hijo tome en el futuro. No hay nada más lejano e irreal. Resulta que desde que nace, e incluso mucho antes, su hijo tiene una información genética que se reafirmará o transformará de acuerdo con sus vivencias a lo largo de su infancia y pre adolescencia.

Lo cierto es que, llegada la adolescencia, los jóvenes experimentan sentimientos extremos con respecto a su sexualidad, y, dada su inexperiencia en la vida, no comprenderán muchas de las cosas que le pasan. También, verán películas, telenovelas o videos musicales donde parejas del mismo sexo podrán tener un contacto amoroso, y se preguntarán qué sucede y por qué es diferente que en casa.

Para aprender a hablar con los hijos de su identidad sexual, es necesario conocer cierto vocabulario que comprende todo este complicado tema. Aquí algunas definiciones: Identidad (u Orientación Sexual): Es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos.

- Heterosexual: Significa sentirse atraído/a por personas del sexo opuesto al propio.
- Homosexual: Significa sentirse atraído/a por personas del mismo sexo que el propio.

- **Bisexual:** Significa sentirse atraído/a por personas del sexo opuesto y del mismo sexo que el propio.

Aunque en el lenguaje común las personas usen otros términos para definir la orientación sexual lo cierto es que son estas las palabras exactas con las cuales debes hablarle a tus hijos de la orientación sexual de las personas.

Es importante también que en estas charlas no juzgues a las demás personas por su diferente condición sexual. Los hijos repiten todo el tiempo los comportamientos de sus padres, y si te notan despectivos con otras personas, no tendrán ejemplo de lo que es la tolerancia y el respeto por el otro. Ellos deben crecer respetando los derechos de los demás, así no los compartan.

Llegará el momento en que tus hijos ya no serán unos niños y entrarán en una etapa donde el mundo les quedará pequeño. En esta etapa, llamada adolescencia, todo lo querrán saber y entender. Por eso, es tan importante que tú como padre seas el que dirija el conocimiento que él va a tener del mundo. Si no lo haces, otras personas ajenas al hogar lo harán, sin el tacto, la comprensión y la profundidad que sólo tú puedes brindarle.

1.1.5 Identidad de género.

También conocida como identidad genérica es la forma en cómo se identifica la persona, si como hombre o como mujer, la forma en que se reconoce a sí misma, basando su conducta y su forma de ser y pensar a ese género con el que se siente identificada, todo esto va indistintamente de su sexo, orientación sexual, edad, nivel socio-económico, etc. Es la conciencia de la persona de sentir pertenencia al sexo masculino o femenino. Una persona puede sentir una identidad de género distinta de sus características fisiológicas innatas.

Es la convicción íntima y profunda que tiene cada persona acerca de su pertenencia al sexo femenino y masculino, independientemente de sus características cromosómicas o somáticas. La identidad de género o identidad genérica es cómo se identifica la persona, si como hombre o como mujer, la forma en que se reconoce a sí misma, basando su conducta y su forma de ser y pensar a ese género con el que se siente identificada la persona, todo esto va indistintamente de su sexo, orientación sexual, edad, nivel socio-económico, etc., esto quiere decir que todas las personas tenemos una identidad de género.

Entre las identidades de género hay tres tipos que son las más vulnerabilidades:

Travesti: Es un hombre o una mujer que de forma eventual o en situaciones específicas se viste y comporta como una persona del género contrario (hombre como mujer - mujer como hombre).

Transgénero: Es un hombre o mujer que se comporta y viste de forma permanente como una persona del género contrario y ya es parte de su estilo de vida sin embargo está conforme con su sexo biológico.

Transexual: Es un hombre o mujer que se viste y comporta de forma permanente como una persona del género contrario siendo esto parte de su estilo de vida, además de no estar de acuerdo con su sexo biológico, a diferencia de la persona transgénero.

Existe un trastorno de identidad genérica cuando hay un conflicto entre el sexo físico real de una persona y el sexo con el que ésta se identifica. Por ejemplo, una persona identificada sexualmente como varón puede realmente sentirse y actuar como una mujer. La persona experimenta molestias considerables con el sexo biológico con el que nació. El trastorno de identidad de género no es lo mismo que la homosexualidad.

1.1.6 Rol sexual.

Actitudes, patrones de comportamiento y atributos de personalidad definidos por la cultura en que el individuo vive como papeles sociales estereotipadamente "masculinos" o "femeninos". Es la expresión de feminidad o de masculinidad que presenta una persona, de acuerdo con las normas de su grupo y sociedad.

Los Jóvenes se sienten una necesidad de reconocimiento y aceptación por parte de las personas significativas para ellos. Este reconocimiento y aceptación le proporciona un concepto positivo de sí mismo. Lo que los psicólogos llaman autoestima. El término se puede convertir en cliché rápidamente, pero es importante que piensen en lo que significa para ellos.

1.1.7 Orientación sexual.

La sexualidad es un aspecto central en la vida y en la identidad de una persona. No hay una única manera de vivirla. Las personas sienten, piensan y desean de distinta manera. Cuando decimos "sexualidad" pensamos en "relación sexual", pero significa mucho más que eso. La sexualidad se va desarrollando desde los primeros años, y con ella, el deseo y la orientación sexual. La orientación sexual de muchas personas suele tomar un camino más definitivo durante la adolescencia.

En esta etapa, con el despertar sexual, el o la adolescente empieza a sentir atracción por otras personas y, esa atracción se puede definir hacia personas del sexo opuesto o de su mismo sexo. A diferencia de la identidad sexual o de los roles de género socialmente asignados a los varones y a las mujeres, la orientación sexual es el sexo hacia el cual una persona se siente atraída emocional, romántica, sexual o afectivamente.

La orientación sexual es diversa y abarca un abanico que va desde las personas que se consideran exclusivamente heterosexuales (que sólo sienten atracción a

personas del sexo opuesto) hasta las que se asumen solamente lesbianas o gays (que sólo sienten atracción a personas del mismo sexo), incluyendo diversas formas de bisexualidad (experimentar una atracción sexual, emocional y afectiva hacia personas de su mismo sexo y del sexo opuesto).

A pesar del reconocimiento que gay, lesbianas y bisexuales han logrado en los últimos años, las estructuras y estereotipos sociales que vienen del pasado suelen exigir a hombres y mujeres que desde chicos se comporten de una manera determinada en las relaciones con otras personas del mismo y del otro sexo; como por ejemplo, que sientan únicamente atracción hacia el sexo opuesto, reconociendo esta relación como la única forma de afecto y de deseo aceptable. Estas creencias rígidas acerca de qué comportamientos son apropiados para los hombres y para las mujeres pueden impedir que se disfrute libremente de la sexualidad, y de poder manifestar por quiénes sentimos afecto. Lo importante es vivir desde nuestros deseos y valores sin presiones, respetando las diferencias y la diversidad.

1.2. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son una invención reciente, un concepto en construcción y reconstrucción, que ha alcanzado un estatus político poderoso en potencia. ⁽¹⁷⁾Correa, 2003) Su origen se remonta hacia comienzos del siglo XX, si bien el término surge en la década de los 60, cuando la feminista MargeBerer englobó en la nominación derecho reproductivo una serie de derechos reivindicados por el movimiento de mujeres: derecho a la planificación familiar, al aborto, a la salud integral, al placer sexual. El feminismo jugó un papel central en la visualización de las desigualdades surgidas de la división de lo público y lo privado, y a las luchas iniciadas al comienzo del siglo XX por los derechos políticos y civiles, se le sumaron a partir de la década del 60, otras reivindicaciones relacionadas con el cuerpo y el derecho a decidir.

El postulado feminista de “lo personal es político”, fue instalando en el debate público aquello que hasta entonces parecía ser sólo del ámbito familiar y doméstico. (Abracinskas, López Gómez, 2001) “Las críticas se dirigieron tanto a la forma tradicional de trazar la frontera entre ambas esferas, como al sentido mismo de la distinción. (...) En primer lugar, el ámbito público se transformaba en objeto de reflexión, teorización y legislación, mientras que la esfera doméstica (familiar y sexual) se trivializaba, aceptando como dato natural las relaciones patriarcales.

En segundo lugar, la distinción público-privado suponía, tanto desde el punto de vista de la organización social como de la ideología, la desigual asignación de mujeres y hombres a una y otra esfera. Y en tercer lugar, la defensa de la “privacidad” tenía como consecuencia práctica que el ámbito doméstico y familiar se sustrajera al escrutinio público y a la protección legal.” (Pateman, 1996).

La experiencia personal comenzará a ser comprendida en su raíz socio-histórica, ganando historicidad la vida privada. El movimiento feminista jugará un rol fundamental en las transformaciones de las relaciones de género, al instituir un nuevo sujeto político que rompe con la heteronomía histórica. De mujeres víctimas a mujeres sujetos. Sujetos con derecho a tener derechos (²⁰Arendt, 1988) La visibilidad y reconocimiento social de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos fundamentales se gesta entonces, desde los años sesenta fundamentalmente, y como acción política de los movimientos sociales (feminista, de la diversidad sexual, en particular).

Entrañan un fuerte cuestionamiento al contrato social moderno, al re-significar la dicotomía público – privado, planteando nuevos conflictos para la democracia en la medida que interpelan las estructuras de poder y decisión, y postulan una apertura de lo íntimo y personal a la aplicación de derechos y prerrogativas.

En tal sentido, al decir Correa (2003), deben considerarse como parte del debate más amplio sobre la reconstrucción del contrato social moderno. Los derechos

sexuales y los derechos reproductivos son conquistas humanas, y son escenario de conflicto y negociación social permanente. En tanto parte de los derechos humanos, son interdependientes, integrales e indivisibles de otros derechos Sen, 1990; Human RightsWatch, 1996; Copelon y Petchesky, 1995). Al decir de Petchesky (2002).

“Si no fuera así, ¿cómo puede una persona actuar responsablemente como ciudadana y como miembro de un grupo familiar y de una comunidad si su cuerpo y su sexualidad son definidos y controlados por otros (esposo, parientes, autoridades religiosas o el estado)?” Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son uno de los ejes de construcción de ciudadanía y de profundización de la convivencia democrática. Se refieren al poder de cada persona para tomar decisiones informadas y responsables sobre su sexualidad y vida reproductiva.

Y a la disponibilidad de recursos para poder llevar a la práctica esas decisiones de manera segura, efectiva y sin discriminaciones. (Correa y Petchesky, 1995) Para poder ejercer estos derechos con equidad debe estar garantizada la libertad de cada persona para poder decidir (dimensión individual de los derechos) y tener condiciones de justicia para que las decisiones sean respetadas (dimensión social de los derechos). La promoción de derechos sexuales y derechos reproductivos con los y las adolescentes implicaría, desde esta perspectiva, propiciar condiciones que favorezcan su autonomía y empoderamiento.

1.2.1. DESPERTAR SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

El despertar del sexo en el espíritu del adolescente, provoca pavor, angustia, depresión. Estas vivencias tienen origen sexual. En el fondo misterioso de la naturaleza humana, esta vivencia no es tan simple como tantas otras vivencias del hombre; sino que se irradia inmediatamente en la esfera de la fantasía.

El adolescente sufre más si se le rodea de misterio y tabú; en el fondo de su naturaleza hay algo que quiere espiritualizarse, madurar mejor para huir del temprano comercio sexual, porque en él predomina la vivencia erótica, que es la raíz de toda idealización desde el fondo de sí mismo.

El despertar sexual no es la búsqueda del impulso sexual en el adolescente como muchos adultos creen. Por todo lo dicho sería relativamente fácil para los padres y educadores, educarlos con su consejo, ilustraciones, ejercicios, higiene, etc. Por otro lado, los elementos que influyen en el despertar sexual temprano son variados. El despertar sexual es influencia dada por los amigos mayores, el cine, televisión, alimentación, etc.

1.2.2. PROBLEMAS EN LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE

En el fondo de este sentimiento amoroso palpitan las vivencias de admiración y simpatía a la belleza corporal, viendo en el ser amado a su propio modelo, porque todavía no ve su realidad, ni ideal del objeto, le falta madurar para ello.

1.3. EMBARAZO EN ADOLESCENTE

Aunque las relaciones sexuales tempranas no son recomendables, en la eventualidad de que ocurrieran es indispensable tener protección, no solo contra el embarazo sino contra todo tipo de enfermedades de transmisión sexual. La mejor opción será informarse bien sobre métodos contraceptivos y es responsabilidad de ambos preocuparse de este aspecto de la relación. Sin embargo vale la pena reiterar que el sexo es una opción que puede esperar y que hay otras formas de expresión amorosa que enriquecen y consolidan el afecto mutuo.

1.3.1. RELACIONES SEXUALES EN ADOLESCENTES

La decisión de tener sexo es algo tan trascendente para el futuro emocional y afectivo de una joven que es mejor tomarlo con calma y evaluando todas las

implicancias. Lo importante es hacerlo sin presión de ninguna clase –menos del enamorado y amiga que ya han tenido experiencia previas- y porque se trata de una decisión madura y meditada. Algunas preguntas que ayudan a tomar esta decisión son:

- ¿Tengo seguridad de que mañana me sentiré bien de haberlo hecho?
- ¿Es este el recuerdo que quiero guardar de la primera vez que hice el amor?
- ¿He hablado suficiente con mi pareja sobre lo que ocurriría si yo saliese embarazada?
- ¿Estoy segura de contar plenamente con él?
- ¿Podría afrontar sola cualquier consecuencia de este acto?
- ¿Lo deseo o lo voy a hacer por presión de mi enamorado o amigas?
- ¿Si hay un solo NO en todas las respuestas posibles, es mejor posponer la primera relación.

1.3.2. EL PROBLEMA DE LA HOMOSEXUALIDAD

En primer lugar, es conveniente evaluar las razones por las que se piensa que en verdad lo es. Un gran número de adolescentes tiene experiencias de tipo homosexual que son más bien exploraciones de su propia sexualidad. Otros, tienen estas dudas de confusión o porque en su entorno hay muchas experiencias de este tipo.

Si las dudas son serias, sería mejor acudir a un especialista pues la orientación sexual no es algo que uno elija de un escaparate y se necesita ayuda profesional para definirse y optar por un tipo de sexualidad que conlleva sus propios retos. Es importante explicar, que si uno se siente atraído por personas del mismo sexo, debe analizar la situación y conversar de ello con los seres queridos.

1.3.3. SEXUALIDAD SANA

La OMS, definió la SEXUALIDAD SANA como "La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, amoldándose a criterios de ética social y personal. La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza, de culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reactividad sexual o perturben las relaciones sexuales".

Supone la integración de elementos corporales, emocionales, intelectuales y sociales del individuo, por medios que le sean enriquecedores y que potencien su personalidad, su comunicación con los otros y el amor. Se trata de un conjunto de manifestaciones psíquicas y físicas del ser humano, entendido como un ser indivisible BIO-PSICO-SOCIAL, en constante transformación, y en estrecha relación con la madurez orgánica y las condiciones socioculturales en las que se desenvuelve.

Los conceptos de 'normalidad' o 'anormalidad' van a estar directamente relacionados con los valores, principios, gustos, aptitudes o incapacidades físicas, fantasías y rechazos de cada persona.

La intimidad es entre dos personas y lo sano es que exista respeto, comprensión y mucho amor. Por lo mismo, el ambiente debe ser seguro; donde no haya otros oyendo u observando.

Una sexualidad sana, implica:

- La valoración positiva y aceptación del propio cuerpo, lo que contribuye a mejorar nuestra autoestima y nuestras relaciones interpersonales.
- Una concepción desinhibida, afectuosa y lúdica de la sexualidad, sabiendo que todos somos diferentes, y siendo capaces de expresar nuestros deseos y respetar los de los demás.

- Un conocimiento completo de uso de la sexualidad, en su parte tanto reproductiva como de dar y recibir placer.

En consonancia con lo expuesto es importante no caer en el reduccionismo de identificar sexualidad con reproducción, estimulación sensual con genitalidad o comportamiento sexual con penetración. Por el contrario, la sexualidad puede ser entendida como un ámbito de la experiencia individual, no determinado de antemano, que evoluciona y se modifica a lo largo de la vida adquiriendo diversos modos de expresión no preestablecidos.

1.4. ORIENTACIÓN SEXUAL

Durante los años de la adolescencia, los sentimientos sexuales se despiertan de nuevas formas debido a los cambios físicos y hormonales que se producen en la pubertad. Estos cambios afectan tanto al cuerpo como a la mente y es posible que los adolescentes se hagan preguntas sobre nuevos y, con frecuencia, intensos sentimientos sexuales. A muchas personas les lleva tiempo comprender quiénes son y en qué se están transformando. Parte de esa comprensión incluye los sentimientos y atracciones sexuales de la persona.

El término “orientación sexual” se refiere al sexo (es decir, masculino o femenino) hacia el que la persona se siente atraída. Existen diferentes tipos de orientación sexual:

Heterosexual. Las personas heterosexuales sienten una atracción romántica y física hacia miembros del sexo opuesto: los hombres heterosexuales sienten atracción por las mujeres y las mujeres heterosexuales sienten atracción por los hombres.

A veces se hace referencia a los heterosexuales como “hetero”.

Homosexual. Las personas homosexuales sienten una atracción romántica y física hacia personas del mismo sexo: las mujeres que sienten atracción por otras mujeres son lesbianas; a los hombres que sienten atracción por otros hombres se los suele llamar gay. (El término “gay” también se utiliza, en algunas ocasiones, para describir a personas homosexuales de cualquier sexo).

Bisexual.

Las personas bisexuales sienten una atracción romántica y física hacia personas de ambos sexos. Los adolescentes, ya sean hombres o mujeres, suelen descubrir que tienen pensamientos y atracciones sexuales. Para algunos, estos sentimientos y pensamientos pueden ser intensos, e incluso confusos o perturbadores. Esto puede ser así especialmente en el caso de las personas que tienen pensamientos románticos o sexuales sobre alguien de su mismo sexo. Podrían preguntarse: “¿qué me pasa?” o “¿soy gay?”.

Pensar de manera sexual tanto en personas del mismo sexo como del sexo opuesto es bastante frecuente a medida que uno comienza a distinguir los sentimientos sexuales emergentes. Esta clase de imaginación sobre personas del mismo o del otro sexo no significa necesariamente que la persona pueda clasificarse dentro de una determinada orientación sexual.

Algunos adolescentes también pueden experimentar sexualmente, incluso con personas del mismo sexo, durante los años en los que exploran su propia sexualidad. Estas experiencias no necesariamente definen, por sí mismas, si una persona es gay o heterosexual.

1.4.1 Escoger Su Orientación Sexual

La mayoría de los profesionales de la salud, incluidas las organizaciones como la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics) y la

Asociación Psicológica Estadounidense (American Psychological Association), opinan que la orientación sexual abarca una compleja combinación de factores biológicos, psicológicos y ambientales. Los genes de una persona y los factores hormonales innatos también podrían desempeñar una función.

Estos profesionales de la salud creen que, en la mayoría de los casos, la orientación sexual, sea cual sea el motivo de su origen, no puede simplemente elegirse. Pero no todos están de acuerdo. Algunos opinan que los individuos pueden escoger hacia quién se sienten atraídos y que las personas homosexuales han elegido sentirse atraídos por personas del mismo sexo. En algunos casos, la orientación sexual de una persona, independientemente de cuál sea, podría verse influida por las experiencias de vida.

Sin embargo, existen muchísimas opiniones y estereotipos sobre la orientación sexual, algunos de los cuales podrían ser dañinos para personas de cualquier orientación. Por ejemplo, tener una apariencia o intereses más “femeninos” no significa que un joven sea gay.

Y tener una apariencia más “masculina” no significa que una joven sea lesbiana. Al igual que con otros aspectos de la vida, si se hacen suposiciones basadas únicamente en el aspecto se pueden sacar conclusiones equivocadas.

1.4.2. EDAD DE INICIO DE LA ACTIVIDAD COITAL

Se ha producido un adelantamiento en la edad de inicio de la actividad coital y una tendencia a la equiparación de la edad entre los dos sexos en la primera relación coital, aunque en nuestro país existe una mayor precocidad en los chicos que en las chicas (15,3 años frente a 16,1 años).

Esta disminución de la edad de inicio de la actividad coital posiblemente este influenciado por:

- Eficacia y divulgación de los métodos anticonceptivos.
- Bajo nivel cultural de los padres.
- Falta de creencias religiosas.
- Precocidad de la menarquia.
- Inestabilidad familiar.
- Mayor permisividad cultural y social.

En nuestro país, el porcentaje de adolescentes que a los 16 años mantienen relaciones coitales es inferior al del Norte y Centro de Europa (13-27% en España y 50% en Europa). Las chicas que inician la actividad coital antes de los 14 años presentan dos veces más incidencia de ETS que las que comenzaron su actividad coital con más de 17 años. Con la aparición del SIDA se están produciendo modificaciones de la conducta sexual, con una demora en el inicio de la actividad coital por parte de las chicas, aspecto no observado en los varones.

1.4.3. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

Cuando existe un mayor número de parejas sexuales, mayor es el riesgo de adquirir una ETS sobre todo cuando existen más de 6 compañeros sexuales en el último año. Estudios recientes señalan que en la actualidad existe un mayor porcentaje de adolescentes que tienen más de 6 parejas sexuales en el último año. En la época actual, el establecimiento de la primera relación de pareja estable (matrimonio o no) es más tardío en comparación con décadas anteriores.

Este hecho junto al inicio más precoz de las relaciones sexuales produce un mayor número de parejas sexuales diferentes a lo largo de la vida, dentro de lo que se ha llamado la “monogamia serial”, expansionando la ventana de riesgo en la que muchos jóvenes pueden tener diversos compañeros sexuales. De los adolescentes que consultan por ETS existe un mayor porcentaje de chicos frente a chicas que han tenido 5 o más parejas sexuales por trimestre (31,7 frente a 18,6%).

1.4.4. PRÁCTICAS SEXUALES

Las pacientes con ETS exhiben una mayor conducta sexual de riesgo que la población general y el punto culminante del problema de continuar la conducta sexual de riesgo están entre los jóvenes varones homosexuales.

La adolescencia es un periodo de la vida en la que es frecuente la experimentación sexual siendo la actividad sexual de los adolescentes no planificada ya que el sexo para los adolescentes es una fuente de placer y confirmatorio de su libertad.

En la relación sexual, el sexo se percibe como algo espontáneo y romántico, excluyendo el planteamiento de las medidas de prevención frente a ETS y SIDA. Para las chicas adolescentes las relaciones sexuales tienden a ser más psicoafectivas que para el varón, buscando ser aceptadas, deseadas, cuidadas y protegidas. Para la mayoría de personas heterosexuales, las relaciones íntimas van acompañadas necesariamente de la realización de coito vaginal, especialmente en los grupos de edad más activos sexualmente.

La idea de relación sexual completa incluye el coito vaginal. La actividad coital en las adolescentes implica un mayor riesgo de EIP que para mujeres de 25 a 30 años. Este mayor riesgo se ve incrementado con una mayor frecuencia de relaciones coitales, sobre todo en presencia de vaginosis bacteriana. Es destacable el elevado porcentaje de adolescentes que mantienen relaciones sexuales con personas desconocidas (hasta un 18%, sobre todo por parte de los varones), relaciones con prostitutas y relaciones homosexuales en chicos activos sexualmente (9,8 y 3,7% respectivamente).

1.4.5. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El método anticonceptivo más utilizado por los adolescentes en las primeras relaciones sexuales es el coito interrumpido, pasando entre 6 y 12 meses desde el

primer intercambio sexual hasta el uso de un método anticonceptivo de forma regular. Cuando las adolescentes acuden a las consultas de planificación familiar el preservativo es utilizado por un 50-60% de ellas, aunque el uso del mismo no es constante ni de manera adecuada.

El uso del preservativo se integra sólo como mecanismo contraceptivo de transición y no como método de prevención de ETS, siendo los individuos sexualmente activos los que tienen una peor actitud hacia el mismo.

Con la aparición del SIDA se ha producido un aumento del uso del preservativo principalmente en chicos sin pareja regular y también en chicas.

La elección del método anticonceptivo en función de la protección de ETS ha aumentado considerablemente, tanto en chicas como en chicos y también en pareja estable o sin pareja estable.

1.4.6. MASTURBACIÓN

La masturbación, presente desde otras épocas, aparece nuevamente con una intensidad propia de este momento de la vida, siendo también la manera de canalizar las fantasías sexuales. Para algunos/as puede adquirir un carácter necesario para su autoestima, les lleva a renunciar a su deseo, se quedan “colgadas” de lo que el otro quiere, y esto le impide tomar sus propias decisiones.

En su relación con el otro sexo, la chica necesita sentirse amada, ya que si sólo hay deseo, puede llegar a sentir la pasión con sentimientos de ser como un objeto descartable, de aquellos de “usar y tirar”, con los concomitantes fantasmas de prostitución, de no ser valoradas, de ser utilizadas.

Por eso el discurso predominante en las jóvenes parece ser “el sexo implica amor, pero el amor no tiene necesariamente que implicar sexo. Será un desafío el combinar el deseo y el amor, cada una tendrá que inventar un punto en que el amor le sirva como sostén, para pasar por la experiencia del deseo y acceder al

goce. Por su parte, a los adolescentes varones se les somete a presiones psíquicas importantes: ser los más inteligentes, tener gran seguridad en sí mismos, no demostrar demasiado el afecto; no llorar, llevar la iniciativa sexual, ser sexualmente activo, por tanto el amor se les presenta más del lado de la debilidad.

1.4.7. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Si estos hábitos son adecuados contribuirán a garantizar la salud en la edad adulta. Por estilo de vida saludable se entiende el patrón de comportamientos relativamente estable de los individuos o grupos que guardan una estrecha relación con la salud¹⁶ (Nutbeam, Aaro y Catford, 1989). Un patrón conductual es el modo habitual de respuesta a diferentes situaciones; el consumo de cigarrillos y alcohol, las dietas ricas en grasas y abundantes o la falta de ejercicio constituyen algunos ejemplos de comportamientos poco saludables o de riesgo.

Entre las variables más clásicas a considerar dentro de un estilo de vida saludable figuran la práctica deportiva, los hábitos de alimentación, el consumo del alcohol y de tabaco y también las percepciones de salud que experimentan los sujetos¹⁷ (Balaguer, 2002). En un estudio que constituye un antecedente directo de esta investigación (Dolcini y Adler, 1994) no se encontró relación directa entre el consumo de sustancias tóxicas legales (tabaco y alcohol) y el autoconcepto físico. En cambio en el trabajo de Pastor et al. (en prensa), utilizando el Perfil de Autopercepciones para Adolescentes (SPPA) de Harter, se encontraron correlaciones positivas de la percepción (autoconcepto) en competencia física con la práctica deportiva y con la alimentación sana, y negativas con el consumo de alcohol y tabaco; en cambio la dimensión de apariencia física ha mostrado relaciones menos claras con los hábitos de vida saludable.

1.4.8. ACTIVIDAD Y EJERCICIOS EN LA ADOLESCENCIA

La práctica del deporte es buena para la mayoría de las personas y en el caso de los adolescentes, aún más. No sólo ayudará al desarrollo de su organismo que es tan importante en esta etapa sino, también, servirá para prevenir hábitos muy perjudiciales como el consumo de tabaco, alcohol o drogas. Pero además de esos innegables beneficios físicos, la práctica deportiva tiene aún más ventajas para los adolescentes en su proceso de maduración personal.

En ese periodo complejo que es la adolescencia puede no ser nada fácil para unos padres lograr que su hijo o hija adolescente retomen la práctica deportiva o la comiencen si de niños no se han dedicado a ella, pero los beneficios pueden ser enormes. Así que un consejo para los padres de adolescentes es que se marquen como prioridad lograr que sus hijos le dediquen unas horas semanales al deporte.

La práctica de cualquier deporte con constancia ayuda a que los adolescentes aprendan la importancia de la disciplina, la constancia y el esfuerzo.

Fomenta igualmente la competitividad que si se desarrolla con moderación puede ser muy beneficiosa en su vida. Los chicos y las chicas aprenden a disfrutar de las victorias y a hacerse fuertes con las derrotas. En el caso de los deportes de equipo se amplía además la cantidad de beneficios para los chicos. Aprenden la importancia de contar con los demás lo que desarrolla su sociabilidad; entienden la importancia de respetar la autoridad; la necesidad de seguir las reglas y la trascendencia de respetar a los rivales.

Las ventajas físicas de la actividad deportiva se suman a los beneficios emocionales. Está comprobado que el ejercicio físico practicado con regularidad ayuda a prevenir importantes enfermedades como la obesidad, la osteoporosis o los trastornos cardíacos. Otro de los aspectos beneficiosos de la práctica deportiva regular es que también está comprobado que actúa como prevención para el consumo de sustancias nocivas como el alcohol, el tabaco o las drogas.

Hay algunos datos significativos en la relación de la práctica deportiva de los adolescentes con el menor consumo de estas sustancias. Se sabe, por ejemplo, que se dan menores cifras de consumo en chicos y chicas que practican regularmente deportes individuales como natación o atletismo. También se sabe que se produce menor consumo de alcohol, tabaco o drogas cuantos más jóvenes comienzan a practicar el deporte. E, igualmente, cuantas más horas entrenan a la semana también se reducen las cifras de consumo de esas sustancias perniciosas.

1.5 LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA Y SUS COMPLICACIONES.

La juventud, según la OMS, se extiende desde los 10 a los 24 años e incluye la pubertad, la adolescencia inicial o pre adolescencia (de los 10 a los 14 años), la adolescencia media o tardía (de los 15 a los 19) y la juventud plena (de los 20 a los 24 años). El tema de esta investigación se centra en las concepciones o ideas que tienen los adolescentes en torno a la sexualidad. Estas ideas se ven influidas, en gran medida, por el contexto sociocultural en el que están inmersos, y repercuten a su vez en el tipo de vivienda, sentimientos y actitudes que se desarrollan hacia ella.

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

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (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. No obstante, este dato indica que la precocidad en el inicio sexual se mantiene, así como su mayor secuela, el embarazo no deseado. Según cifras aún no oficiales, el índice de embarazos en adolescentes en la provincia se ubicaba en diciembre de 2012 en el 19%, dos puntos menos que en 2010. No obstante, a pesar del decrecimiento, los índices siguen siendo excesivamente elevados. A la reducción de las tasas en los últimos años han contribuido el Programa Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor (PRONESA) y la ejecución de proyectos impulsados por diversas organizaciones, Mi Futuro lo decido Yo, Fundación Esquel y Ecuador Adolescente, etc.; y la inclusión de la educación sexual como un eje transversal en el pénsum de estudios .

Las probabilidades de que las adolescentes de entre 15 y 19 años mueran debido a complicaciones durante el embarazo o el parto son dos veces mayores que las de una mujer de 20 a 30 años. Resulta impostergable, por lo tanto, considerar la sexualidad en el contexto de la salud integral de los adolescentes, por la repercusión que tienen en el estilo de vida, e incorporar como estrategia de intervención la educación de la sexualidad tempranamente y en el marco de la promoción y prevención continúa de salud a través del ciclo vital.(Ginebra OMS 1997) Respecto a las valoraciones y consecuentes actitudes hacia la sexualidad, hay que hacer hincapié en el gran componente sociocultural que poseen.

Las más extendidas sexualmente provienen de concepciones restringidas. Félix López (citado en Oliveira, 1998, p. 137) comenta que el pensamiento judeocristiano, dominante en nuestra cultura, se ha encargado de asociar la sexualidad con la impureza y la peligrosidad. La educación sexual puede hacer que los adultos jóvenes retrasen su primera relación sexual o si ya estan

sexualmente activos, que usen la anticoncepción. Casi todos los estudios llegan a la conclusión de que la educación sexual no da lugar a que se tengan relaciones sexuales mucho antes o que estas sean más frecuentes. Sin embargo en la actualidad una nueva concepción de la educación sexual y afectiva va extendiéndose poco a poco hacia una mayor normalidad.

1.6 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.6.1. Concepto

El proceso de atención de enfermería (PAE) es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma. Es un sistema de planificación en la ejecución en los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos que siguen una secuencia ordenada lógica.

1.6.2. Características

- Tiene validez universal.
- Utiliza una terminología comprensible para todos los profesionales.
- Está centrado en el paciente marcando una relación directa entre éste y el profesional.
- Está orientado y planeado hacia la búsqueda de soluciones y con una meta clara.
- Consta de cinco etapas cíclicas.

1.6.3. Etapas del Proceso de Enfermería

1.6.3.1. Valoración

Es la primera fase del proceso de enfermería, consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Es importante seguir un orden en la valoración que permita en la práctica de enfermería adquirir hábitos y no omitir ningún dato: los datos que se los define como una información específica que se obtiene del paciente o familiar. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden céfalo-caudal: sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, iniciando por el aspecto general de la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por “sistemas y aparatos”: se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por “patrones funcionales de la salud” la recogida de los datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.

Métodos para obtener datos:

- Entrevista clínica

- La observación
- La exploración física

Los métodos antes mencionado se aplicaron en los estudiantes del tercer año de bachillerato paralelos "A" y "B" del Colegio Simón Bolívar de la parroquia Puerto Bolívar tercer trimestre con los que se valoró su conocimiento sobre sexualidad Formas de prevención y características individuales para evaluar el nivel de conocimiento sobre sexualidad y sus riesgos factores que traen como consecuencias enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, lo que provoca dificultad en el desempeño de sus actividades estudiantiles.

1.6.3.2. Diagnostico

Se define como un enunciado del problema real o potencial de alto riesgo o estado de bienestar del individuo, que requiere intervención para prevenir los riesgos de la sexualidad, consiste en recopilar la base de datos de valoración, analizar e interpretar los datos con la finalidad de determinar con mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que puedan presentar los estudiantes.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe es actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado
- Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar.
- Posible: son enunciados que describen un problema sospechado

- De bienestar: No contienen factores reaccionados se parte de un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado, por deseos expresos de la persona o del grupo.
- Entre los principales diagnósticos de enfermería para esta investigación se ha considerado los siguientes:
- Alto riesgo de infección por ITS relacionado con el deficiente conocimiento sobre prevención evidenciado con promiscuidad sexual.
- Alto riesgo de embarazo precoz relacionado con el inadecuado uso de anticonceptivos evidenciado con la falta de conocimiento.
- Alteración del patrón percepción de la salud relacionada con la conducta sexual ineficaz evidenciado con presentación de ITS.
- Alteración del patrón auto percepción auto concepto relacionado con el embarazo precoz, evidenciado con temor, miedo, ansiedad.
- Alto riesgo de muerte materna fetal relacionado con embarazo precoz evidenciado por consecuencias en el embarazo.
- Alto riesgo de suicidio en adolescentes por ineficaz patrón auto percepción auto concepto evidenciado con pánico, temor.

Riesgo complicaciones **Relacionado con** aumento de ITS y Embarazo precoz.

Factores relacionados

Conocimiento deficiente sobre el manejo de la sexualidad y sus riesgos en estudiantes del tercer año de bachillerato, falta de aceptación del diagnóstico, desinterés por estudiar, etc.

Resultado

Adquiere conocimiento en el control de las ITS.

Mantener un adecuado control de salud oportuno.

Intervenciones: asesoramiento, educación

Actividades

- Identificar las conductas que se desea cambiar para hacer las recomendaciones pertinentes en cuanto a la opinión de los adolescentes en cuanto a sexo.
- Utilizar tablas estadísticas institucionales para ayudar al paciente a valorar su integridad sexual.
- Demostrar de manera atractiva que la abstinencia sexual además del sexo con responsabilidad son la mejor opción.
- Orientar a los estudiantes a considerar factores de riesgo relacionados con su edad, recursos económicos, cultura y conducta ante el sexo
- Informar a los estudiantes sobre la importancia de evitar o disminuir las actitudes mal fundadas ante la sexualidad.
- Orientar a la familia sobre la importancia del apoyo a los adolescentes en los cambios en cuanto a sexualidad de los jóvenes.

- Evaluar la capacidad de los jóvenes sobre el conocimiento y conducta ante la sexualidad.
- Informar a los estudiantes del propósito y del beneficio de llevar una vida sexual responsable.
- Advertir a los jóvenes de los efectos al exponerse a la sexualidad precoz y ayudar a su orientación.
- Difundir la información con carteles llamativos e información precisa.

1.6.3.3. Planificación

En esta fase se desarrollan actividades para prevenir, minimizar o corregir los problemas detectados, así como para promocionar la Salud. Capacidad para aprender habilidades básicas de supervivencia y de cuidado personal en caso de relaciones sexuales para prevenir las complicaciones.

Los objetivos que nos planteamos para prevenir las complicaciones en los jóvenes son los siguientes:

- Identificar el pensamiento sobre el sexo y sus riesgos en los adolescentes del Colegio Simón Bolívar en La Parroquia de Puerto Bolívar.
- Determinar las formas de prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo precoz.
- Elaborar un plan educativo sobre prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo precoz a los estudiantes del Colegio Simón Bolívar, mediante charlas educativas que permitan concientizar a los adolescentes y a la vez mejorar su estilo de vida.

1.6.3.4. Ejecución

En esta etapa se pone en práctica lo planificado, con el objetivo de lograr una óptima satisfacción en las necesidades que tienen los adolescentes motivo de estudio. La Ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Se determinó las características individuales de los jóvenes, el sexo, la etnia el lugar de residencia.
- Se determinó el tipo de conducta de los jóvenes ante el sexo.
- Mediante un test se identificó las Actitudes frente a la sexualidad de los jóvenes.
- Se realizó taller educativo sobre sobre prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo precoz.

1.6.3.5. Evaluación de las actividades de Enfermería

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

La evaluación se basa en comparar planificadamente las repuestas de la persona, y determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. Emitir un juicio comparándolo con varios criterios. Los más importantes que valora la enfermería son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

Consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el conocimiento, o problema, que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución de los estudiantes hacia la consecución de los resultados esperados.

Se evaluó en base a lo planificado

- Se evaluó las Características individuales de los jóvenes, el sexo, la etnia el lugar de residencia.
- Se evaluó el tipo de conducta de los jóvenes ante el sexo, y lo que implica riesgo de desarrollar ITS a corto plazo.
- Se evaluó la propuesta educativa sobre la prevención de las complicaciones dirigida a los alumnos sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo precoz. del Colegio Simón Bolívar en La Parroquia de Puerto Bolívar.

CAPÍTULO II

2. MATERIALES Y METODOS

2.1. LOCALIZACION DE LA INVESTIGACIÓN

El escenario donde se realizó la investigación fue en El Colegio Simón Bolívar, viene cumpliendo su función educativa en beneficio de la comunidad de Puerto Bolívar, por el lapso de 37 años en la sección diurna y 29 años en la sección nocturna, posee 3 jornadas de trabajo: matutino, vespertino y nocturna. En la jornada matutina desarrolla sus actividades el Bachillerato en Ciencias con la especialidad Químico Biológicas y el Bachillerato Técnico con las especialidades de Aplicaciones Informáticas e Información, La Sección Nocturna tiene la especialidad en Aplicaciones Informáticas.

2.2. UNIVERSO DE TRABAJO

El universo de la siguiente investigación está constituido por 80 Alumnos de entre 15 a 18 años de edad, que asisten al Tercer año de Bachillerato a los paralelos A-B del Colegio Simón Bolívar, de la Parroquia de Puerto Bolívar tercer trimestre 2013.

2.3. MUESTRA

La muestra estará constituida por el 100% del universo en estudio la misma que corresponde a 80 Alumnos de entre 15 a 18 años de edad.

2.4. METODOS

2.4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Por las características del estudio que se planteó se determina que el estudio fue descriptivo, ya que se realizó una presentación de las características de las variables tal como se presentaron en el contexto de los adolescentes, además es transversal porque se lo realizó en un tiempo determinado de Julio a Septiembre del 2013.

2.4.2. DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño de estudio fue no experimental ya que el investigador no manipuló las variables en estudio.

2.4.3 METODOS TECNICAS E INSTRUMENTOS

El proceso se desarrolló en tres fases:

2.4.3.1. FASE DE INVESTIGACIÓN

MÉTODO: El método utilizado fue el científico ya que se aplicó el razonamiento lógico de los métodos e instrumentos con base teorica-cientifica.

Deductivo: Ya que a partir de la teoría se sustentaron los resultados.

Analítico: Ya que a partir de la desagregación de las partes de las variables se describirán sus elementos.

Sintético: A partir de la unión de los elementos se formaron premisas para la enunciación de conclusiones.

TÉCNICAS:

La técnica de recolección de la información fue mediante la aplicación de la encuesta operativizado en un cuestionario basada en la operativización de variables, dirigido a la población sujeto a estudio de forma directa.

Para la evaluación del conocimiento se utilizó un cuestionario con preguntas semiestructuradas de manera que para categorizar el nivel de conocimiento se manejara de la siguiente manera:

10 – 9 contestaciones correctas	EXCELENTE
8-7 contestaciones correctas	MUY BUENO
6.5 contestaciones correctas	BUENO
4- 3 contestaciones correctas	REGULAR

PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El procedimiento a seguir fue el siguiente:

1. Se pidió permiso a las autoridades del Colegio Simón Bolívar.
2. Se pidió apoyo al personal del área
3. Aplicación de encuesta a estudiantes
4. Consignación de datos en el formulario
5. Vaciar los datos en la base de datos elaborada en Excel

2.4.3.2. FASE DE INTERVENCIÓN

En esta fase se ejecutó un programa educativo dirigido a los estudiantes, enfocándose en la sexualidad responsable.

TÉCNICA: Se utilizó la técnica de exposición oral sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo precoz, así como también se ofertaron los servicios de salud que brinda actualmente en diferentes establecimientos del Ministerio de Salud Pública.

2.4.3.3. FASE DE EVALUACIÓN

La intervención fue evaluada tomando en cuenta tres criterios:

PROCESO: Se evaluó la calidad de intervención a través de metodología utilizada.

PRODUCTO: Se evaluó el producto a través del cumplimiento de objetivos y de actividades programadas. Se utilizó un cuestionario de pre test y pos test.

IMPACTO: Se evaluó la satisfacción del usuario con la intervención mediante la aplicación de formularios de encuesta que se aplicó a cada uno de los estudiantes que conforman la muestra obteniéndose la información de forma directa.

2.5. PLAN DE TABULACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos que fueron recolectados luego fueron tabulados por medio del programa de informática Microsoft Office Excel y presentados en cuadros de doble entradas y simples, analizados por medio de porcentajes, para luego realizar la

explicación e interpretación de los resultados, los mismos que servirán de base para la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

En los aspectos éticos legales, se reservaran los nombres de los estudiantes participantes de la investigación, y se utilizó únicamente los datos estadísticos en su difusión.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<p align="center">Conocimiento Salud sexual</p>	<p>Es el conocimiento sobre la prevención más no solo el equilibrio físico y mental.</p>	<p align="center">Conocimiento</p>	<p>Conoce sobre sexualidad</p> <p>Conoce sobre las complicaciones en la sexualidad</p>	<p>Excelente</p> <p>Muy bueno</p> <p>Bueno</p> <p>Regular</p> <p>Si</p> <p>No</p>
<p align="center">Características individuales</p>	<p>Son las diferencias físicas, biológicas y sociales que presenta cada individuo.</p>	<p>Características Biológicas</p> <p>Características Sociales</p>	<p>Sexo</p> <p>Etnia</p> <p>Actividad</p> <p>Vivienda</p> <p>Tipo de Familia</p>	<p>M..... F...</p> <p>Estudia y trabaja.</p> <p>Solo estudia</p> <p>Arriendo</p> <p>Prestada</p> <p>Propia</p> <p>Mononuclear</p> <p>Nuclea</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Actitudes frente a la sexualidad	Son las creencias que tiene cada adolescente frente a la sexualidad.	Nivel de actitudes	Test de actitudes	Adecuada Regular Inadecuada
Conducta frente al sexo	Son las prácticas que según el conocimiento de los adolescentes que la realizan.	Niveles de conducta	Alto riesgo Mediano riesgo Bajo riesgo	Relaciones sexuales sin preservativo. Relaciones sexuales con preservativo. Masturbación Besos, caricias, Abrazos Compartir juguetes sexuales.

CAPITULO III

3. PROCESAMIENTO DE DATOS

3.1. RESULTADOS DE LA FASE DE INVESTIGACIÓN

CUADRO N° 1

Edad relacionada con el sexo de los estudiantes del Tercer año de Bachillerato paralelos "A" y "B" del Colegio Simón Bolívar en La Parroquia de Puerto Bolívar tercer trimestre 2014.

EDAD	SEXO				TOTAL	%
	FEMENINO		MASCULINO			
	Frec.	%	Frec.	%		
15 a 16	12	15,0	14	17,5	26	32,5
16 a 17	9	11,3	15	18,8	38	47,5
17 a 18	13	16,3	17	21,3	16	20
TOTAL	34	42,5	46	57,5	80	100

FUENTE: ENCUESTA.

ANÁLISIS:

El presente cuadro trata sobre la edad relacionada con el sexo de los estudiantes. De manera general, los estudiantes encuestados el 57.5% son de sexo masculino y el 42.5% son de sexo femenino, mientras que los estudiantes que son de sexo masculino están en el grupo etario comprendido entre 17 y 18 años de edad en el 21.3%, mientras que los de sexo femenino mayormente se encuentran en el 16.3% en el mismo grupo etario.

De hecho que se encuentran en el grupo considerado como adolescentes mayores que va desde los 15 a 19 años de edad, lo que indica también que su nivel de desarrollo físico está alcanzando su madurez, al igual que el componente psicológico.

CUADRO N° 2

Edad relacionada con la etnia de los estudiantes del Tercer año de Bachillerato paralelos "A" Y "B" del Colegio Simón Bolívar en La Parroquia de Puerto Bolívar tercer trimestre 2014.

EDAD	ETNIA						TOTAL	%
	MESTIZA		INDIGENA		AFROECUATORIAN A			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%		
15 a 16	15	18,8	5	6,3	5	6,3	25	31,3
16 a 17	20	25,0	0	0,0	0	0,0	20	25
17 a 18	30	37,5	0	0,0	5	6,3	35	43,8
TOTAL	65	81,3	5	6,3	10	12,6	80	100

FUENTE: ENCUESTA.

ANÁLISIS:

El cuadro establece la relación entre la edad y los grupos étnicos de los adolescentes encuestados.

En el siguiente cuadro observamos que de los 80 estudiantes encuestados, el 81.3% son de etnia mestiza, de los cuales el 37.5% están entre las edades de 17 a 18 años, el 12.6% son de etnia afro ecuatoriana y el 6.3% son de etnia indígena encontrándose ambas etnias entre las edades de 15 a 16 años.

Si bien es cierto que los grupos étnicos, tienen sus propios valores y contravalores en relación a la sexualidad, por lo que se vislumbra que la etnia indígena probablemente sea mas conservadora.

CUADRO N° 3

Edad relacionada con la actividad de los estudiantes del Tercer año de Bachillerato paralelos "A" y "B" del Colegio Simón Bolívar en La Parroquia de Puerto Bolívar tercer trimestre 2014.

EDAD	ACTIVIDAD				TOTAL	%
	ESTUDIA		ESTUDIA/TRABAJA			
	Frec.	%	Frec.	%		
15 a 16	18	22,5	5	6,3	23	28,75
16 a 17	12	15,0	10	12,5	22	27,5
17 a 18	15	18,8	20	25,0	35	43,75
TOTAL	45	56,3	35	43,8	80	100

FUENTE: ENCUESTA

ANÁLISIS:

El presente cuadro trata sobre la edad relacionada con la actividad de los estudiantes.

De los 80 estudiantes fueron encuestada de un 56.3% del total que solo estudia, mientras que el 43.8% estudia y trabaja. Estando mayoritariamente en el grupo poblacional de 17 a 18 años de edad.

El trabajo implica la independencia social en la persona, por lo que el grupo de 17 a 18 años de edad que estudian y trabajan, probablemente ya tengan independencia familiar, acompañada de la libertad sexual.

CUADRO N° 4

Edad relacionada con el tipo de vivienda de los estudiantes del Tercer año de Bachillerato paralelos "A" y "B" del Colegio Simón Bolívar en La Parroquia de Puerto Bolívartercer trimestre 2014.

EDAD	TIPO DE VIVIENDA						TOTAL	%
	RENTADA		PRESTADA		PROPIA			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%		
15 a 16	20	25,0	9	11,3	2	2,5	31	38,8
16 a 17	10	12,5	5	6,3	4	5,0	19	23,8
17 a 18	8	10,0	2	2,5	20	25,0	30	37,5
TOTAL	38	47,5	16	20,0	26	32,5	80	100

FUENTE: ENCUESTA

ANÁLISIS:

El siguiente cuadro presenta la relación de la edad con el tipo de vivienda de los jóvenes estudiantes.

De manera general, el 47.5, viven en casa rentada, mientras que el 32.5% viven en casa propia, siendo de forma específica que el 25% de los adolescentes de 15 a 16 años viven en casa rentada, mientras que los adolescentes de 17 a 18 años viven en casa propia.

Esta situación, de tener una vivienda propia, le establece seguridad en el adolescente, que le permitirá tener afianzado su personalidad y por lo tanto su autorresponsabilidad en las acciones que asuma.

CUADRO N° 5

Edad relacionada con el tipo de Familia de los estudiantes del Tercer año de Bachillerato paralelos "A" y "B" del Colegio Simón Bolívar en La Parroquia de Puerto Bolívar tercer trimestre 2014.

EDAD	TIPO DE FAMILIA						TOTAL	%
	MONONUCLEAR		NUCLEAR		EXTENSA			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%		
15 a 16	17	21,3	2	2,5	3	3,8	22	27,5
16 a 17	13	16,3	9	11,3	4	5,0	26	32,5
17 a 18	8	10,0	5	6,3	19	23,8	32	40,0
TOTAL	38	47,5	16	20,0	26	32,5	80	100

FUENTE: ENCUESTA.

ANÁLISIS:

El siguiente cuadro nos indica la edad relacionada con el Tipo de familia de los estudiantes.

El cuadro refleja que el 47.5%, conviven en una familia mononuclear, mientras que el 32.5% su familia es extensa. De manera específica el 23.8% de los adolescentes de 17 a 18 años proceden de una familia extensa, y el 21.3% de los adolescentes de 15 a 16 años lo hacen de una familia nuclear.

El tipo de familia en la que conviven los adolescentes tiene que ver mucho con el tipo de actitud que asuman los adolescentes, ya que en la familia nuclear la imagen paterna y el ejemplo de padre, además de lo que representa la madre con cariño, hará fortalecer la personalidad del adolescente.

CUADRO N° 6

Edad relacionada con las variables de conocimiento de salud sexual de los estudiantes del Tercer año de Bachillerato paralelos "A" y "B" del Colegio Simón Bolívar en La Parroquia / Puerto Bolívar tercer trimestre 2013.

EDAD	CONOCIMIENTO SOBRE SEXUALIDAD						TOTAL	%
	ALTO		MEDIANO		BAJO			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%		
15 a 16	3	3,8	13	16,3	9	11,3	25	31,3
16 a 17	4	5,0	17	21,3	5	6,3	26	32,5
17 a 18	19	23,8	8	10,0	2	2,5	29	36,3
TOTAL	26	32,5	38	47,5	16	20,0	80	100

FUENTE: ENCUESTA.

ANÁLISIS:

El siguiente cuadro presenta la relación de la edad con el conocimiento de salud sexual de los estudiantes.

Se observa que el 47.5% de los adolescentes tienen un conocimiento mediano sobre sexualidad, mientras que el 32.5% lo tienen alto, en relación a la edad, son los adolescentes de 17 a 18 años de edad quienes tienen alto conocimiento sobre la sexualidad, en un 23.8%, mientras que los adolescentes de 16 a 17 años tienen un mediano conocimiento, al igual que los de 15 a 16 años.

El conocimiento en la persona es la base para asumir acciones ya sean que vaya a favor o en contra de su salud, se puede indicar que al tener conocimiento sobre sexualidad, el adolescente podrá asumir acciones a favor de la prevención de la enfermedad, mientras que el desconocimiento sobre el tema, hará que asuma acciones de riesgo para su salud con la consiguiente probabilidad de adquirir una infección de transmisión sexual o un embarazo no deseado.

CUADRO N° 7

Edad relacionada con las variables de complicaciones de salud sexual de los estudiantes del Tercer año de Bachillerato paralelos "A" y "B" del Colegio Simón Bolívar en La Parroquia / Puerto Bolívar tercer trimestre 2013.

EDAD	CONOCIMIENTO SOBRE COMPLICACIONES DE LA SALUD SEXUAL						TOTAL	%
	ALTO		MEDIANO		BAJO			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%		
15 a 16	3	3,8	13	16,3	9	11,3	25	31,3
16 a 17	4	5,0	17	21,3	5	6,3	26	32,5
17 a 18	19	23,8	8	10,0	2	2,5	29	36,3
TOTAL	26	32,5	38	47,5	16	20,0	80	100

FUENTE: ENCUESTA.

ANÁLISIS:

El siguiente cuadro presenta la relación de la edad con el conocimiento sobre complicaciones de salud sexual en los estudiantes.

Se observa que el 47.5% de los adolescentes tienen un conocimiento mediano sobre las complicaciones de la salud sexual, mientras que el 32.5% lo tienen alto, en relación a la edad, son los adolescentes de 17 a 18 años de edad quienes tienen alto conocimiento sobre las complicaciones de la salud sexual en un 23.8%, mientras que los adolescentes de 16 a 17 años tienen un mediano conocimiento, al igual que los de 15 a 16 años.

El conocimiento sobre todo de complicaciones en la persona se traduce en acciones de prevención de la enfermedad especialmente de las infecciones de transmisión sexual y de otra consecuencia como son los embarazos no deseados, la categoría del conocimiento marca de hecho los riesgos que conlleva a los adolescentes cuando este es mediano o bajo.

CUADRO N° 8

Edad relacionada con la actitud frente a la sexualidad de los estudiantes del Tercer año de Bachillerato paralelos "A" y "B" del Colegio Simón Bolívar en La Parroquia de Puerto Bolívar tercer trimestre 2014.

EDAD	ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD						TOTAL	%
	INADECUADA		REGULAR		ADECUADA			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%		
15 a 16	20	25,0	9	11,3	2	2,5	31	38,8
16 a 17	10	12,5	5	6,3	4	5,0	19	23,8
17 a 18	8	10,0	2	2,5	20	25,0	30	37,5
TOTAL	38	47,5	16	20	26	32,5	80	100

FUENTE: ENCUESTA.

ANÁLISIS:

El cuadro establece la relación entre la edad y los niveles de actitudes sobre la sexualidad en los estudiantes de bachillerato del colegio Simón Bolívar de Puerto Bolívar.

De manera general se observa como el 47.5% de los adolescentes tienen una inadecuada actitud sobre sexualidad, mientras que el 32.5% la actitud sobre sexualidad es la adecuada. De manera específica, el 25% de los adolescentes de 15 a 16 años tienen una actitud inadecuada frente a la sexualidad, mientras que los de 17 a 18 años en cambio es una adecuada actitud que mantienen.

Esta situación probablemente este correlacionada con el conocimiento que tienen los adolescentes en relación a sexualidad y sus complicaciones, en donde los de 15 a 16 años no tienen un adecuado conocimiento sobre este tema, no así los adolescentes de 17 a 18 años en que por su conocimiento y también por la mayor madurez biológica

CUADRO N° 9

Edad relacionada con la conducta frente al sexo de los estudiantes del Tercer año de Bachillerato paralelos "A" y "B" del Colegio Simón Bolívar en La Parroquia de Puerto Bolívar en el periodo -2014.

EDAD	NIVEL DE CONDUCTA						TOTAL	%
	ALTO RIESGO		MEDIANO RIESGO		BAJO RIESGO			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%		
15 a 16	17	21,3	2	2,5	3	3,8	22	27,5
16 a 17	13	16,3	9	11,3	4	5,0	26	32,5
17 a 18	8	10,0	5	6,3	19	23,8	32	40,0
TOTAL	38	47,5	16	20	26	32,5	80	100

FUENTE: ENCUESTA.

ANÁLISIS:

El cuadro establece la relación entre la edad y el nivel de conducta de los adolescentes del Colegio Simón Bolívar de Puerto Bolívar.

De manera general el 47.5% de los adolescentes tienen un alto riesgo en relación a su conducta, mientras que el 32.5% poseen un bajo riesgo. Y de manera específica los adolescentes de 17 a 18 años de edad tienen un bajo riesgo conductual en relación a la salud sexual, mientras que los adolescentes de 15 a 16 años de edad están en alto riesgo.

De hecho el riesgo está relacionado precisamente con el asumir actividades preventivas para evitar el contagio de las infecciones de transmisión sexual con el mayor riesgo de transmisión de VIH, y los embarazos no deseados

CUADRO N° 10

Nivel de conocimiento relacionado con las actitudes sobre sexualidad de los estudiantes del Tercer año de Bachillerato paralelos "A" y "B" del Colegio Simón Bolívar en La Parroquia de Puerto Bolívar en el periodo -2014.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL	ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD						TOTAL	%
	INADECUADA		REGULAR		ADECUADA			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%		
ALTO	3	3,8	15	18,8	8	10,0	26	32,5
MEDIO	21	26,3	1	1,3	16	20,0	38	47,5
BAJO	14	17,5	0	0,0	2	2,5	16	20
TOTAL	38	47,5	16	20	26	32,5	80	100

FUENTE: ENCUESTA.

ANÁLISIS:

El cuadro establece la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes sobre sexualidad de los adolescentes del colegio Simón Bolívar de Puerto Bolívar.

Se observa que los adolescentes que tienen un conocimiento alto sobre salud sexual, tienen una actitud regular sobre la sexualidad en un 18.8%, mientras que aquellos que tienen un nivel de conocimientos medio, poseen una actitud inadecuada sobre la sexualidad, mientras que el 20% la actitud es adecuada, le sigue aquellos que tienen bajo conocimientos sobre sexualidad y tienen una actitud inadecuada en un 17,5%.

En los adolescentes que tienen nivel de conocimientos alto, no es congruente con su actitud, mientras que los que tienen bajo conocimiento si existe congruencia con la actitud inadecuada frente a la sexualidad. Esta situación pone en riesgo a los adolescentes de presentar consecuencias como la presencia de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados.

CUADRO N° 11

Nivel de conocimiento relacionado con el nivel de conducta sobre sexualidad de los estudiantes del Tercer año de Bachillerato paralelos "A" y "B" del Colegio Simón Bolívar en La Parroquia de Puerto Bolívar en el periodo -2014.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL	NIVEL DE CONDUCTA						TOTAL	%
	ALTO RIESGO		MEDIANO RIESGO		BAJO RIESGO			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%		
ALTO	3	3,8	15	18,8	8	10,0	26	32,5
MEDIO	21	26,3	1	1,3	16	20,0	38	47,5
BAJO	14	17,5	0	0,0	2	2,5	16	20
TOTAL	38	47,5	16	20	26	32,5	80	100

FUENTE: ENCUESTA.

ANÁLISIS:

El cuadro establece la relación entre el nivel de conocimientos y el nivel de conducta sobre sexualidad de los adolescentes del colegio Simón Bolívar de Puerto Bolívar.

Se observa que los adolescentes que tienen un conocimiento alto sobre salud sexual, tienen una conducta de mediano riesgo, lo que equivale a decir que tiene prácticas sexuales con preservativo en un 18.8%, mientras que aquellos que tienen un nivel de conocimientos medio, poseen una conducta de alto riesgo, lo que indica que no utiliza preservativo en sus relaciones sexuales, mientras que el 20% la actitud es adecuada, le sigue aquellos que tienen bajo conocimientos sobre sexualidad y tienen una conducta de alto riesgo en un 17,5%.

Los riesgos que tienen los adolescentes van en diferentes categorías, no se puede decir que el riesgo es cero en ellos independiente del nivel de conocimientos que tengan sobre sexualidad, de hecho las consecuencias latentes son los embarazos no deseados y la presencia de infecciones de transmisión sexual con el consiguiente riesgo de VIH.

CUADRO N° 12

Nivel de conocimiento relacionado con el uso de preservativos en los estudiantes del Tercer año de Bachillerato paralelos "A" y "B" del Colegio Simón Bolívar en La Parroquia de Puerto Bolívar en el periodo -2014.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL	USO DE PRESERVATIVO				TOTAL	%
	SI		NO			
	Frec.	%	Frec.	%		
ALTO	3	3,8	23	28,8	26	32,5
MEDIO	20	25,0	11	13,8	38	47,5
BAJO	3	3,8	20	25,0	16	20
TOTAL	26	32,5	54	67,5	80	100

FUENTE: ENCUESTA.

ANÁLISIS:

El cuadro establece la relación entre el nivel de conocimientos y la utilización de preservativos en los adolescentes del colegio Simón Bolívar de Puerto Bolívar.

De manera general, el 67.5% de los adolescentes no utilizan preservativos, mientras que el 32.5% si lo hace.

De manera específica, aquellos adolescentes que tienen conocimiento alto sobre salud sexual, en el 28.8% no utilizan preservativo, mientras que los que tienen conocimiento medio si lo utilizan en un 25%, pero aquellos que tienen un conocimiento bajo no usan el preservativo en un 25%.

De hecho la utilización del preservativo, es la medida de prevención específica de las infecciones de transmisión sexual – VIH y también lo utilizan como uno de los medios de planificación familiar. La no utilización marca el riesgo a la que se ven abocados los adolescentes, que muy a pesar de tener conocimiento sobre la sexualidad y sus consecuencias, mantienen prácticas de riesgo.

3.2. RESULTADOS DE INTERVENCION

EVALUACION DE PROCESO

CUADRO N°1

Interés de los temas expuestos por parte de los estudiantes del Tercer año de Bachillerato paralelos "A" y "B" del Colegio Simón Bolívar / Parroquia de Puerto Bolívar / tercer trimestre 2013.

INTERÉS DE LOS TEMAS	N°	%
Si	80	100
No	-	-
TOTAL	80	100

FUENTE: ENCUESTA

Análisis:

El **100%** de los estudiantes que atendieron la charla del Colegio Simón Bolívar en La Parroquia de Puerto Bolívar tercer trimestre 2013 sobre prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo precoz manifestaron estar muy agradecidos por el acontecimiento q se dio en su colegio ya que les servirá de mucho en su etapa de adolescencia.

CUADRO N°2.

Claridad de la exposición realizada hacia los estudiantes del Tercer año de Bachillerato paralelos "A" y "B" del Colegio Simón Bolívar en La Parroquia de Puerto Bolívar tercer trimestre 2014.la sobre prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo precoz.

CLARIDAD DE LA EXPOSICION	F	%
Si	80	100
No	0	0
TOTAL	80	100

FUENTE: ENCUESTA

Análisis:

El **100%**de los estudiantes que atendieron a la charla sobre prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo precoz. Manifestaron que hubo claridad en la exposición de la charla educativa.

CUADRO N°3.

Calidad del material visual educativo utilizado en la charla educativa sobre prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo precoz hacia los estudiantes.

CALIDAD DEL MATERIAL VISUAL EDUCATIVO	F	%
Bueno	80	100
Regular	0	0
Malo	0	0
TOTAL	80	100

FUENTE: ENCUESTA

Análisis:

El **100%** de los estudiantes que acudieron a la charla manifestaron que la calidad audiovisual era muy buena y que les agrado el material entregado ya que la información era importante, clara y creativa.

CUADRO N°4.

Calidad del ambiente donde recibieron la charla educativa.

CALIDAD DEL AMBIENTE	F	%
Adecuado	80	100
Inadecuado	0	0
TOTAL	80	100

FUENTE: ENCUESTA

Análisis:

El **100%**de los usuarios que acudieron a la charla manifestaron que el ambiente fue adecuado y les agrado.

**EVALUACION DEL PRODUCTO
CUADRO N° 5**

Temas de la charla educativa realizada hacia los Alumnos que acuden al Colegio Simón Bolívar.

TEMAS DE LA CHARLA EDUCATIVA	PRE- TEST						POST- TEST					
	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL		CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
COMPLICACIONES DE LAS ITS.	19	24	61	76	80	100	80	100	0	-	80	100
ACTITUD FRENTE A LA SEXUALIDAD.	14	18	66	83	80	100	80	100	0	-	80	100
CONOCIMIENTO DE SALUD SEXUAL	11	14	69	86	80	100	80	100	0	-	80	100
FORMAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EMBARAZO PRECOZ EN LOS ESTUDIANTES	16	20	64	80	80	100	80	100	0	-	80	100

Fuente: Encuestas

Análisis:

La presente tabla representa la relación entre el pre - test y post - test de la charla que se ejecutó acerca de sobre formas de prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo precoz en los estudiantes la misma que demuestra que antes de la charla educativa el **83%** los estudiantes tenían un déficit de conocimiento; pero al concluir. La charla educativa se obtuvo un mayor porcentaje en el aumento de conocimientos siendo así que la intervención beneficio al grupo en estudio.

EVALUACION DE IMPACTO

CUADRO N° 6

Trato que recibieran los alumnos del plantel educativo durante la charla educativa por parte dela expositora.

TRATO QUE RECIBIÓ	F	%
Bueno	80	100
Regular	0	0
Malo	0	0
TOTAL	80	100

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: Alumnos del Tercero de Bachillerato

Análisis:

El **100%**de los usuarios que acudieron a la charla sobre laformas de prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo precoz en los estudiantes, expresaron su gratitud al estar satisfechos con el trato recibido, por parte dela expositora.

CONCLUSIONES

Luego de haber analizado los datos obtenidos de la fase de investigación e intervención una vez sintetizado la información puedo concluir que:

1. El conocimiento sobre sexualidad, tiene poca correlación con la actitud de la sexualidad y formas de prevención de los adolescentes evidenciado en la no utilización del preservativo.
2. Las características individuales de los adolescentes sujeto de investigación, son estudiantes que van entre 16 y 17 años de edad, de sexo masculino, de etnia mestiza, se dedican solo a estudiar en el 56.3%, viven en casa rentada, proceden de una familia mononuclear.
3. En relación a la percepción de los adolescentes sobre el sexo, tienen un conocimiento mediano sobre sexualidad, además de las complicaciones de la salud sexual.
4. Las actitudes sobre las relaciones sexuales, tienen una inadecuada actitud, con un alto riesgo en su conducta, sin que utilicen el preservativo en sus relaciones sexuales.
5. La intervención fueron técnicas educativas basadas en la exposición oral de la cual hubo entendimiento y satisfacción por los conocimientos dados.

RECOMENDACIONES

Después de concluir con el trabajo de investigación es necesario recomendar lo siguiente:

AL PERSONAL DOCENTE

1. Incentivar al personal de salud a realizar talleres educativos, acerca de la formas de prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo precoz en los estudiantes.
2. Coordinación con el equipo de salud del Subcentro de salud para la realización de capacitación a los estudiantes con técnicas lúdicas sobre salud sexual.
3. Incentivar a través de DOBE a la consejería en estudiantes con problema de sexualidad.
4. Formación de consejeros estudiantiles con la técnica de pares para prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados.

A LOS PADRES DE FAMILIA

1. Asistir y participar de los programas educativos que realicen los establecimientos de salud.

A LOS ESTUDIANTES

2. Acudir a los controles trimestrales al Subcentro de salud para revisión periódica de su salud en función de prevención de enfermedades.
3. Poner en práctica las formas de prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo precoz e informar a su médico periódicamente. También es importante que conozca cómo puede enfrentarse a ellas.
4. Llevar unos correctos hábitos de higiene.
5. Solicitar consejería para llevar una vida sexual activa

BIBLIOGRAFIA

1. Anales Nestlé. 1995. Vol. N0. 3. La Adolescencia. pág. 129 -143
2. Arana, MT., Calle, MC. & Arana, M. (2011). *Haciendo realidad el derecho a la salud Promoción y cuidado de la salud del adolescente y jóvenes*. Perú: OPS-GTZ.
3. Asociación Mundial de Sexología. (1999). Publicado en el XIV Congreso Mundial de Sexología. "*Declaración de los Derechos Sexuales*". Hong Kong
4. Asociación Mundial para la Salud Sexual. (2011, Julio 17). Publicado en la Declaración de Montreal "*Salud sexual para el milenio*" XVII Congreso Mundial de Sexología. Montreal. Canadá.
5. Bandura, A. y Walters, R. (2010). *Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad*. Madrid: Alianza Editorial.
6. Barceló, C. (1995). *Riesgos ambientales*. Ecuador: Inhem.
7. Barreno, G., Lezcano, Y, y Mosqueira, L. (2011). *Comparación del Crecimiento intrauterino entre recién nacidos a término de madres adolescentes y adultas*. Quito: Universidad Central de Ecuador.
8. Burga, M. (2012). *Materiales de Informática, Módulos de Cálculos Psicométricos*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
9. Clínicas de Norteamérica. Ginecología y Obstetricis en Adolescente. Vol. N~ 3.1989. pág. 715 - 732, 733 - 788 y 807-8378.
Disponible:<http://www.bvs.edu.sv/adolesc/tc/sexualidadadole21.pdf>

10. DOLER.N; Kegeles, 5: Adolescent Contraceptive behavior.An Assessment on Behavior and assessment of Decision Processess. The Journal of Pedriatrie. Vo. 116 March 1990. Nr: 3. pág.463-470.
11. Flores N, A. Lugo, D Lugo y E Moya 1998. Conocimientos generales sobre sexualidad en adolescentes del área urbana de la ciudad de Punto Fijo. Revista Venezolana. [online]. Junio.-nov.1998 [citado 01 noviembre 2007]; Disponible en:
<http://www.indexmedico.com/publicaciones/journals/revistas/venezuela/cardon/edicion3/adolescencia.htm>
12. García Imia, I, E Avila Gálvez, A Lorenzo Gonzalez y M. Lara Carmona 2002. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. Rev Cubana Pediatr. [online].sep.-dic. 2002 [citado 24 Octubre 2007];74 (4): 0-0. Disponible:<http://64.233.169.104/search?q=cache:B911Oe1ySYJ:scielo.sld.cu/scielo.php%3Fpid%3...>
13. GARCÍA. J; Juan F: Práctica Anticonceptiva en Adolescentes y Jóvenes del área metropolitana de la ciudad de México. Julio- Agosto 1992. Vol. 34 N0. 4. GEREDAS, M; Sileo, E: Embarazo en Adolescencia. 1992.Pág. 14-18.
14. INSALUD. 2006. Informe epidemiológico del programa SIDA/ITS. del estado Carabobo. Departamento de epidemiología regional.
15. LOPEZ, B; Mancias, T; y Col; Patrones de Crecimiento de los Venezolanos; Dimorfismo Sexual y Ritmo de Maduración. Archivos Venezolanos de Pediatría, Vol. 58. N~ 4.Octubre>Noviembre, 1995, pág. 163-170..
Médico Ginecólogo Obstetra, Consultor en Salud Reproductiva del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), Ecuador

16. Organización Panamericana de la Salud. 2000. Promoción de la salud sexual. Antigua Guatemala: Organización Panamericana de la Salud
17. Organización Panamericana de la Salud. 1995. Salud del Adolescente OPS/OMS. Washington. Organización Panamericana de la Salud
Pablo DumetHinostraza
18. Padilla de Gil M. 2001 Salud Sexual de los y las adolescentes en el Salvador. Revsogia [On Line] 2001 [2007 de Octubre 23]; 8(3):85-94
19. Quispe Rojas, WT, AT Quispe Rojas y GT Quispe Rojas 2003 Conocimientos, actitudes y practicas sobre sexualidad en la población adolescente del Municipio de Mollepata-Cusco 2003. Situa. [On Line] 2003; 13 (1):Disponible en: <http://64.233.169.104/search?q=cache:R19oGmZTDOgJ:sisbib....>
20. SAEZ, G; Arias, A; Una ventana hacia la Atención Integral de la Salud Adolescente, Iera. Edición. Bqto. Venezuela. 1994.pag. 11-38.
21. SAEZ, G: La Salud del Adolescente y la Acción en la Comunidad, 2da Edición, UNICEF, Vol. N~1. Julio 1992.Venezuela. pág. 7-10.
22. SAEZ. G: Sexualidad en la Adolescencia. 2da. Edición.ProgramaProame, O.M.S.O.P.S. Caracas, octubre - 1992. Pag.14 - 20.
23. Smith E, y D. Mackie 1997. Psicología Social. Madrid: Editorial Médica Panamericana
24. URBANO, O; Navarro, E; Lihon, D: Exploración de Conoci-mientos sobre Sexualidad en Adolescentes. Estudiantes de me-dio rural, haciendo énfasis en MAC y ETC. Junio. 1994. Coro -Vzla.

25. www.diariopinion.com 2013

26. www.INEC.gov.ec/sid.cut/galerías

27. [.http://www.respyn.uanl.mx/ix/4/articulos/articulo_actitudes_sexualidad.htm](http://www.respyn.uanl.mx/ix/4/articulos/articulo_actitudes_sexualidad.htm)

ANEXOS

ANEXO N° 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Año 2014									
Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Revisión de la Literatura										
Revisión de los datos										
Elaboración del Anteproyecto										
Presentación del Anteproyecto										
Elaboración tesis										
Revisión de la Literatura										
Aplicación de encuestas										
Tabulación de los datos										

ANEXO N°2

PRESUPUESTO

ACTIVIDADES	RECURSOS	VALOR	TOTAL
Revisión de la literatura	6 movilizaciones	4	20
	Internet	1	15
	Copias	0,02	12
Elaboración del Anteproyecto	7 movilizaciones	3	10,5
	Impresiones	0,05	35
	Internet	1	40
Aplicación de Encuestas	Materiales		
	12 movilizaciones	3	36
	Copias	0,02	10
	Internet	1	5
	Bolígrafos	0,25	20
	Humanos		
	Ayudante	1	5
Tabulación de los Datos	Internet	1	8
Elaboración del Programa Educativo	Movilizaciones	2	24
	Impresión	0,25	6,5
Intervenciones del programa educativo	Materiales		
	Trípticos	0,08	10,4
	Encuestas	0,03	6
	Bolígrafos	0,25	3
	Refrigerio	60	60
	Invitaciones	2	2
	Marcadores	0,3	1,2
	Humanos		
	Investigador		
	Colaborador		
Usuaris			
Correcciones del informe de tesis	Impresiones	0,25	5
Empastado de tesis	4 tesis empastadas	10	40
Sustentación de tesis	Dispositivas	5	5
	Refrigerio	1,5	45
		Subtotal	424,6
	Imprevistos		30
TOTAL			454,6

ANEXO 3

UNIVERSIDAD DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA

GUÍA DE ENCUESTA

Objetivo: Recopilar información necesaria sobre las formas de prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo precoz en los estudiantes.

Instructivo: Le pedimos comedidamente que conteste las siguientes preguntas según corresponda.

1. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE USTED?

2. INDIQUE SU GÉNERO

Masculino ____

Femenino ____

3. ¿TIENE USTED VIDA SEXUAL ACTIVA?

Si ____

No ____

4. ¿USTED SE REALIZA CONTROLES MEDICOS CON FRECUENCIA?

Si ____

No ____

En caso de ser positiva su respuesta detalle cuantos controles se realiza al mes: ____

5. ¿CONOCE SOBRE COMPLICACIONES DE LA SEXUALIDAD?

SI ____

NO ____

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

RESPONSABLE: Yajaira Vélez

GRUPO BENEFICIARIO: Alumnos del Colegio Simón Bolívar.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período conflictivo y de tránsito en el que se producen una serie de cambios biológicos, intelectuales y sociales, que tienen una fuerte incidencia en la conducta sexual de los jóvenes. De ahí la importancia de una adecuada educación sexual, que en nuestro país es todavía una asignatura pendiente. Se caracteriza por ser un período de cambios biológicos, psicológicos y sociales que se desencadenan como resultado de la acción de las hormonas sexuales femeninas y masculinas, lo cual provoca la madurez anatómica y funcional y una amplia transformación de la figura corporal sexuada.

Desde que este fenómeno alcanzó sus máximos registros en 1990, la tasa ha disminuido un 36%. La principal causa de la disminución es que ahora, más adolescentes usan métodos de control de la natalidad y métodos anticonceptivos de lo que lo hacían en 1990. De hecho entre 1992 y 2000, todos los estados en el país tuvieron una disminución en sus tasas de embarazo adolescente entre el 5% y el 54% como resultado de este tipo de programas.

Entre 16 y 18 años se ubica el rango de edad de las madres adolescentes, cuya cifra total en Ecuador es de 122.301. “Las adolescentes que se embarazan a los 16 años terminan el colegio, pero de allí hacen un par en su área de crecimiento personal para desarrollar el rol de madres” Lo sorprendente es que pese a los programas de salud destinados al control y prevención de los embarazos no deseados, la problemática radica en el seno familiar. “Vivimos en una sociedad acelerada, le demos o no el preservativo, los jóvenes

van a tener sexo. La adolescencia sigue siendo ese período de transición y aprendizaje en el que a menudo es difícil acceder a una demanda de información y educación sexual en el que se encuentra el individuo con serios obstáculos para acceder a los anticonceptivos y medidas de prevención de enfermedades de transmisión sexual.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Concientizar sobre sexualidad y sus riesgos a más de medir el nivel de conocimiento en estudiantes del Tercer año de Bachillerato paralelos "A" Y "B" del Colegio Simón Bolívar / Parroquia de Puerto Bolívar tercer trimestre 2014.

CONTENIDO

1. EDUCATIVO

1.1 LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE

En López y Fuertes (1999) define a la sexualidad “como la función de relación con los demás, caracterizada por la búsqueda de comunicación, afectividad y placer. Complementariamente puede implicar reproducción. Es una constante del ser humano desde el nacimiento hasta su muerte. Su estructuración es fundamentalmente social y cultural, más que biológica”. Los autores refieren que la sexualidad, pues, constituye una forma de expresión de nuestro ser y nuestros sentimientos más íntimos, es una forma y un proceso de comunicación.

1.2 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son una invención reciente, un concepto en construcción y reconstrucción, que ha alcanzado un estatus político poderoso en potencia. (Correa, 2003) Su origen se remonta hacia comienzos del siglo XX, si bien el término surge en la década de los 60, cuando la feminista MargeBerer englobó en la nominación derecho reproductivo una serie de derechos reivindicados por el movimiento de mujeres: derecho a la planificación familiar, al aborto, a la salud integral, al placer sexual. El feminismo jugó un papel central en la visualización de las desigualdades surgidas de la división de lo público y lo privado, y a las luchas iniciadas al comienzo del siglo XX por los derechos políticos y civiles, se le sumaron a partir de la década del 60, otras reivindicaciones relacionadas con el cuerpo y el derecho a decidir.

1.3 EMBARAZO EN ADOLECENTE

Aunque las relaciones sexuales tempranas no son recomendables, en la eventualidad de que ocurrieran es indispensable tener protección, no solo contra el embarazo sino contra todo tipo de enfermedades de transmisión sexual. La mejor opción será informarse bien sobre métodos contraceptivos y es responsabilidad de ambos preocuparse de este aspecto de la relación. Sin embargo vale la pena reiterar que el sexo es una opción que puede esperar y que hay otras formas de expresión amorosa que enriquecen y consolidan el afecto mutuo.

2. METODOLOGÍA

- Técnicas de exposición
- Procedimiento de prevención
- Charla educativa

3. DEMOSTRACIÓN

- Ejercicio de actitudes
- Tipo de conductas

4. ESTRATEGIAS

- Se coordinó con el director del centro de salud y con la licenciada en enfermería líder para ponerse de acuerdo en el día y hora de la intervención.
- Además se entregaron hojas volantes y se colocó un anuncio en la entrada de la Institución Educativa y en puntos estratégicos.

- para mayor formalidad y compromiso de los usuarios se entregaron tarjetas de invitación al plan educativo.

5. EDUCACIÓN

Exposición oral y audiovisual de los temas de interés

6. RECURSOS

- **RECURSOS HUMANOS:**
 - Docentes
 - Alumnos del Colegio Simón Bolívar.
 - Autora: Yajaira Vélez

- **RECURSOS MATERIALES:**
 - Lápiz
 - Papel periódico.
 - Cinta adhesiva
 - Encuestas
 - Infocus
 - Computadora
 - Pendrive
 - Trípticos

- Cámara.
- Transporte
- Refrigerio
- Invitaciones
- Copias

- **RECURSOS ECONÓMICOS:**

Charla educativa	35.00
Movilización	25.00
Refrigerio	50.00
Copias	20.00
Imprevistos	30.00
TOTAL	150,00

7. EVALUACIÓN:

La fase de intervención fue evaluada por medio de los siguientes criterios y utilizando los indicadores de:

- **Proceso:** Calidad de la intervención referente a la aplicación de la encuesta y la charla educativa.
- **Producto:** Cumplimiento de las actividades y de los objetivos propuestas.
- **Impacto:** - Se valoró la satisfacción de la intervención por parte de los alumnos de tercero de bachillerato del colegio Simón Bolívar, mediante un post test y el registro de asistencia.

ANEXO N° 8
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**AGENDA DE CAPACITACIÓN SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE
SEXUALIDAD Y SUS RIESGOS.**

LUGAR: En el centro educativo Simón Bolívar salón auditorio.

FECHA: Agosto 2014.

1. Saludo y Bienvenida a las asistentes, por la responsable del programa de intervención.
2. Presentación de la expositora.
3. Aplicación del PRE Test de evaluación a las presentes.
4. Exposición de los temas.
5. Entrega de trípticos.
6. Aplicación del POST Test de evaluación a los presentes.
7. Levantamiento de firmas de las asistentes a la charla.
8. Refrigerio.
9. Agradecimiento a las presentes y colaboradoras del programa.
10. Evaluación de las actividades planificadas

ANEXO N° 9

CRONOGRAMA DE CHARLAS

TEMA	TÉCNICA	RECURSOS		TIEMPO	RESPONSABLE	FECHA
		HUMANOS	MATERIALES			
1. ITS <ul style="list-style-type: none"> • Concepto • Epidemiología • Etiología • Fisiopatología • Complicaciones • Consecuencias • Enfermedades concomitantes 	Oral, audiovisual y escrita	Autora Usuarios alumnos de tercero de Bachillerato	<ul style="list-style-type: none"> • Lápiz • Papel periódico. • Cinta adhesiva • Encuestas • Infocus • Computadora • Pem drive • Trípticos • Cámara. • Transporte • Refrigerio • Invitaciones • Copias 	20 min	Yajaira Vélez	Agosto del 2014

ANEXO N° 9

CRONOGRAMA DE CHARLAS

TEMA	TÉCNICA	RECURSOS		TIEMPO	RESPONSABLE	FECHA
		HUMANOS	MATERIALES			
<p>2. sobre formas de prevención de embarazo precoz en los estudiantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Actividad • Etnia 	<p>Oral, audiovisual y escrita</p>	<p>Autora</p> <p>Usuarios alumnos de tercero de bachillerato</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lápiz • Papel periódico. • Cinta adhesiva • Encuestas • Infocus • Computadora • Pem drive • Trípticos • Cámara. • Transporte • Refrigerio • Invitaciones • Copias 	<p>20 min</p>	<p>Yajaira Vélez</p>	<p>Agosto del 2014</p>

ANEXO N° 9

CRONOGRAMA DE CHARLAS

TEMA	TÉCNICA	RECURSOS		TIEMPO	RESPONSABLE	FECHA
		HUMANOS	MATERIALES			
<p>3. sobre formas de prevención de infecciones de transmisión sexual y en los estudiantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de preservativos. • Coito Interrumpido • Conocimiento de Complicaciones • Conducta frente al sexo. 	<p>Oral, audiovisual y escrita</p>	<p>Autor</p> <p>Alumnos de tercero de Bachillerato</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lápiz • Papel periódico. • Cinta adhesiva • Encuestas • Infocus • Computadora • Pem drive • Trípticos • Cámara. • Transporte • Refrigerio • Invitaciones • Copias 	<p>20 min</p>	<p>Yajaira Vélez</p>	<p>Agosto del 2014</p>

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FALCULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PRETEST

INSTRUCTIVO: Dígnese usted a responder las siguientes preguntas.

1. Considera que las ITS son enfermedades peligrosas.

a) Si () b) No ()

2. Las cifras de embarazos no deseados en adolescentes está en crecimiento.

a) Si () b) No ()

3. Qué tipo de actitud tienen ante la sexualidad

a) Adecuada() b) Regular () c) Inadecuada ()

4. Qué tipo de conducta tiene frente al sexo

a) Alto riesgo () b) Mediano Riesgo () c) Bajo Riesgo()

5. Utiliza preservativo en las relaciones sexuales

a) Si () b) No ()

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FALCULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

POSTEST

INSTRUCTIVO: Dígnese usted a responder las siguientes preguntas.

1. Considera que las ITS son enfermedades peligrosas.

a) Si () b) No ()

2. Las cifras de embarazos no deseados en adolescentes está en crecimiento.

a) Si () b) No ()

3. Qué tipo de actitud tienen ante la sexualidad

a) Adecuada() b) Regular () c) Inadecuada ()

4. Qué tipo de conducta tiene frente al sexo

a) Alto riesgo () b) Mediano Riesgo () c) Bajo Riesgo()

5. Utiliza preservativo en las relaciones sexuales

a) Si () b) No ()

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

EVALUACIÓN DEL PROCESO:

1.- ¿Los temas expuestos fueron de interés y llenaron sus expectativas?

Si () No ()

2.- ¿La expositora fue clara en su intervención?

Si () No ()

3.- ¿Cómo le pareció la calidad del material educativo y la ayuda audiovisual utilizada en la charla educativa?

Bueno () Regular () Malo ()

4.- La calidad del ambiente físico dónde se realizó la charla fue:

Adecuado () Inadecuado ()

5.- ¿El trato que recibió antes, durante, y después de la charla por parte de la expositora fue?

Bueno () Regular () Malo ()