

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE MEDICINA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**MOTIVOS POR LOS CUALES LOS ADOLESCENTES DE LOS 5TOS Y 6TOS  
CURSOS DEL COLEGIO DE SEÑORITAS “HIPATIA CÁRDENAS DE  
BUSTAMENTE” Y DE LA UNIDAD EDUCATIVA “JULIO MARIA  
MATOVELLE” DEL AÑO LECTIVO 2011-2012 NO APLICAN LOS  
CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD QUE POSEEN.**

**STEPHANIE GISSELLE GUERRA NAVARRETE  
CLAUDIA MARGARITA MEJIA BUJTAR**

**Director: Dr. RODRIGO DIAZ**

**Asesor Metodológico: Dra. PATRICIA ORTIZ**

**QUITO, 2012**

# DEDICATORIA

Dedico mi tesis de grado a los adolescentes, ya que fue creada por y para ellos, nuestra inspiración para crearla nació de ellos. También quiero dedicarla a mi familia ya que el esfuerzo y tiempo invertido en ésta me ha sido posible gracias a ellos quienes me brindaron todo su apoyo y comprensión.

**Claudia**

Este trabajo va dedicado a todas las personas que de una u otra forma fueron parte de él. A mis padres por que gracias a ellos soy lo que soy hoy en día, me han apoyado en toda mi travesía hasta conseguir cumplir mi sueño, ser médica. A mis hermanos, los cuales han estado a mi lado toda la vida, me han llenado de felicidad y me han mostrado un amor inigualable. A todos mis maestros que me han apoyado y guiado a lo largo de mi carrera, por sus enseñanzas impartidas dentro y fuera de las aulas. A mis amigos más cercanos, que me han acompañado en todo sentido y me han aconsejado cuando más lo necesité.

**Stephanie**

# AGRADECIMIENTO

Este estudio ha requerido de mucho esfuerzo, dedicación y tiempo. Gracias a mis padres y hermanos por el apoyo incondicional que me han dado a lo largo de mi vida y carrera, por enseñarme que no hay límites, que el proponerme una meta en la vida y cumplirla, es la mayor decisión que puedo tomar. Por su tiempo, dedicación, paciencia, apoyo y colaboración le agradezco infinitamente a: Dra. Patricia Ortiz, Dr. Rodrigo Díaz. y a todas aquellas personas que colaboraron o participaron en la realización de esta tesis, mi más sincero agradecimiento.

**Stephanie**

Mis más cálidos agradecimientos se dirigen a mis padres, mi familia, ya que sin ellos no estaría donde estoy, ellos han sido mi apoyo desde el día uno, siempre velando por mi bienestar, quiero agradecer a mis compañeros y amigos ya que ellos me enseñaron el espíritu de competencia y superación, finalmente quiero agradecer a Dios, por permitirme experimentar el gran regalo de la vida.

**Claudia**

# DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

<b>MAC:</b>	Métodos Anticonceptivos
<b>ACO:</b>	Anticonceptivos orales
<b>ITS:</b>	Infecciones de transmisión sexual
<b>DIU:</b>	Dispositivo intrauterino
<b>SIDA:</b>	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
<b>VIH:</b>	Virus de inmunodeficiencia humana
<b>PA:</b>	Presión Arterial
<b>FR:</b>	Frecuencia Respiratoria
<b>FC:</b>	Frecuencia Cardíaca

## Contenido

<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>2</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>3</b>
<b>DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....</b>	<b>4</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS .....</b>	<b>9</b>
<b>ÍNDICE DE CUADROS .....</b>	<b>10</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>11</b>
ABSTRACT .....	13
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>15</b>
1.    INTRODUCCIÓN.....	15
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>20</b>
2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA .....	20
2.1. SEXUALIDAD.....	20
2.1.1 DEFINICIÓN .....	20
2.1.2. HISTORIA DE LA SEXUALIDAD .....	20
2.2. ADOLESCENCIA .....	25
2.2.1. DEFINICIÓN CRONOLÓGICA .....	25
2.2.2. DEFINICIÓN SOCIOLÓGICA.....	26
2.2.3 PUBERTAD.....	28
2.2.4. CAMBIOS ANATOMO-FISIOLÓGICOS.....	28
2.2.5 CAMBIOS PSICO-SOCIALES.....	30
2.3. SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA .....	31

2.3.1. INICIO DE LA VIDA SEXUAL.....	32
2.3.2. CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ENTRE LOS Y LAS ADOLESCENTES.....	37
2.3.3. EMBARAZO ADOLESCENTE.....	42
2.3.4. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ENTRE LOS ADOLESCENTES.....	44
2.3.5. SEXUALIDAD Y AMOR.....	45
2.3.5.1 DEFINICIÓN DE AMOR.....	45
2.3.5.2 INICIO DEL AMOR.....	46
2.3.5.3 ETAPAS DEL AMOR.....	48
2.3.6 MITOS Y TABÚES.....	51
2.3.7. RELACIÓN DEL GÉNERO CON LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE.....	53
2.4 CONOCIMIENTO Y APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO.....	53
2.4.1 CONOCIMIENTO.....	53
2.4.1.1 DEFINICIÓN.....	53
2.4.1.2 CARACTERÍSTICAS DEL CONOCIMIENTO.....	54
2.4.2 APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO.....	55
2.4.2.1 DEFINICIÓN.....	55
2.4.2.2 CONDICIONES PARA EL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO.....	55
2.5 ACTITUDES Y CREENCIAS.....	56
2.5.1 ACTITUDES.....	56
2.5.1.1 DEFINICIÓN.....	56
2.5.1.2 CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES:.....	59
2.5.2 CREENCIAS.....	59
2.5.2.1 DEFINICIÓN.....	59
2.5.2.2 COMPONENTES DE LAS CREENCIAS.....	60
2.6 JUSTIFICACIÓN.....	61

<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>62</b>
3. MATERIALES Y MÉTODOS .....	62
3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	62
3.2 OBJETIVO GENERAL .....	62
3.3 TIPO DE ESTUDIO .....	62
3.4 METODOLOGÍA .....	62
3.4.1 MUESTRA.....	62
3.4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	63
3.4.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	63
3.4.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:.....	63
3.4.5 CATEGORÍAS DE LAS VARIABLES .....	63
3.4.6 ANÁLISIS DE DATOS.....	64
3.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	65
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>66</b>
4. RESULTADOS .....	66
4.1 CONOCIMIENTO GENERAL SOBRE LA SEXUALIDAD .....	67
4.1.1 CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC).....	67
4.1.2 CONOCIMIENTO SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS).....	68
4.1.3 CONSECUENCIAS DE TENER RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN.....	69
4.1.4 FUENTES DE INFORMACIÓN .....	69
4.2 ACTITUDES .....	70
4.2.1 EXIGENCIAS SOCIALES PARA TENER RELACIONES SEXUALES .....	70
4.2.2 EMBARAZO ADOLESCENTE .....	71
4.2.3 DISPOSICIÓN FAMILIAR ANTE EL EMBARAZO ADOLESCENTE .....	73

4.2.4 MOTIVOS POR LOS CUALES ACCEDERÍAN A TENER RELACIONES SEXUALES .....	74
4.2.5 MOTIVOS POR LOS CUALES NO ACCEDERÍAN A TENER RELACIONES SEXUALES .....	75
4.2.6 ACCESO A LAS RELACIONES SEXUALES SEGÚN EL GÉNERO .....	76
4.2.7 PAPEL DE LA RELIGIÓN EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL .....	77
4.2.8 IDEAS DE INVULNERABILIDAD AL CONTAGIO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS).....	78
4.2.9 ANTICONCEPCIÓN GRATUITA .....	79
4.3 PRÁCTICA .....	80
4.3.1 USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC).....	80
4.3.2 ACCESIBILIDAD A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC).....	81
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>82</b>
5.1 DISCUSIÓN .....	82
5.2 LIMITACIONES.....	92
5.3 CONCLUSIONES.....	94
5.4 RECOMENDACIONES.....	97
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>103</b>
ANEXO 1.....	104
ANEXO 2.....	105
ANEXO 3.....	106
ANEXO 4.....	107
ANEXO 5.....	108

# ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.....	33
Gráfico 2.....	35
Gráfico 3.....	36
Gráfico 4.....	37
Gráfico 5.....	39
Gráfico 6.....	43

# ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.....	30
Cuadro 2.....	52
Cuadro 3.....	55
Cuadro 4.....	57
Cuadro 5.....	59
Cuadro 6.....	63

## **RESUMEN**

Este es un estudio cualitativo interpretativo-explicativo con el objetivo de demostrar los motivos por los cuales los adolescentes no practican los conocimientos sobre sexualidad que poseen, para esto se realizaron entrevistas semiestructuradas con adolescentes de 17 años de dos unidades educativas del Distrito Metropolitano de Quito y la característica del muestreo fue acumulativa y secuencial hasta llegar a tener la información suficiente es decir alcanzar saturación con el fin de responder a la pregunta planteada en esta investigación.

Se logró determinar que los y las adolescentes no practican de forma adecuada sus conocimientos acerca de sexualidad debido a que no existe un aprendizaje significativo de la información que se les suministra, además gran parte de la información es proporcionada por sus contemporáneos.

Se evidenció que existen ciertos condicionantes para que los y las adolescentes inicien la vida sexual como: la madurez, la estabilidad económica, el amor, estado civil e influencia cultural y religiosa. Existe un motivo por el cual ellos no iniciarían la vida sexual y es la falta de "oportunidad". Concomitantemente se observó que el embarazo adolescente puede significar un método de escape a sus problemas y como contraparte un obstáculo para su plan de vida, así también la perspectiva de ayuda por parte de los padres tiene dos polos, el primero es de apertura y el segundo de rechazo.

Se demostró que los y las adolescentes poseen una percepción de invulnerabilidad hacia las ITS, las cuales les predisponen para no usar MAC y por lo tanto estar expuestos a ellas.

Y por último el MAC más utilizado es el de barrera ya que es el más conocido, accesible y discreto. El principal obstáculo para no adquirir un MAC es la percepción de ser juzgados.

Se recomienda mejorar la calidad y continuidad de los programas de educación sexual en las unidades educativas, para que de esta manera disminuya la brecha entre conocimiento y práctica.

## ***ABSTRACT***

This is an interpretive-explanatory qualitative study attempted to demonstrate the reasons why teenagers do not practice sexual knowledge that they possess, this semi-structured interviews were conducted on teenagers of two educational units of the Metropolitan District of Quito and the characteristic of was acumulative and sequential sampling until we have sufficient information (reaching saturation) in order to answer the question posed in this research.

It was determined that teenagers do not practice properly their knowledge about sexuality because there is no significant learning of the information supplied to them, however the information is provided by his contemporaries.

It was evident that there are certain conditions for adolescents begin sexual life: maturity, economic stability, love, marital status and cultural and religious influence. There is a reason why they do not initiate sex life and lack of "opportunity". Concomitantly noted that teenage pregnancy can mean a method of escape from their problems and as a counterpart an obstacle to their plan of life, so the prospect of help from parents has two poles, the first is open and the second rejection.

It was shown that adolescents have a sense of invulnerability to STDs, which predispose them to not use Anticonceptive Method (AM) and therefore be exposed to them.

And finally the most widely used AM is the barrier as it is the best known, accessible and discreet. The main obstacle to purchasing a AM is not the perception of being judged.

It is recommended to improve the quality of sex education programs in the educational units to thereby reduce the gap between knowledge and practice.

# CAPÍTULO I

## *1. INTRODUCCIÓN*

La sexualidad adolescente es un tema que ha ido aumentando en interés. Se han realizado diversos estudios con el fin de encontrar el grado de conocimiento sobre sexualidad que ellos poseen. Sin embargo no existen suficientes estudios que lleven a comprender los motivos por las cuales los y las adolescentes no emplean en la práctica sus conocimientos.

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

El segundo pilar del estudio es la adolescencia, la definición de esta ha resultado difícil y ha producido grandes polémicas; según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización de Naciones Unidas (ONU) es:

"La adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años".<sup>1</sup>

Sin embargo existen varias definiciones, la adolescencia no se puede quedar como una etapa medida por años y meses, porque reúne varios cambios que el ser humano vive. Transitamos en la vida de una estación a otra, dejamos unas cosas y adquirimos otras, modificamos pensamientos y actitudes, transformamos el cuerpo y afectos. Según Menkes Bancet (2003) "La misma concepción de adolescencia varía de cultura en cultura y en determinadas sociedades ni siquiera existe este término". Por esta razón existen otras definiciones como refiere Caballero y Cols. (2006): "la adolescencia es una etapa del ciclo vital en el desarrollo humano que se caracteriza por el crecimiento y maduración biológica, fisiológica, psicológica y social del individuo".

Se han realizado estudios cuantitativos en el Ecuador para determinar el grado de conocimiento sobre sexualidad que poseen los y las adolescentes, con los cuales se obtuvo datos importantes que brindan pautas para mejorar el sistema de educación sexual en el país. En el estudio de Vallejo y Andrade (2011) se demostró que el 45.1% de adolescentes inician sus actividades sexuales entre los 15 y 24 años, datos que concuerdan con el 46.7% dado por ENDEMAIN (2004). Estos resultados contrastan con el estudio realizado por Mogrovejo L. y Melo J. (2011) el cual evidencia que el 40.6% de adolescentes ya ha iniciado su

---

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud .Salud del Adolescente .OPS/OMS Washington.1995.P

vida sexual, se demostró adicionalmente que en esta población las personas de sexo masculino superaban en porcentaje (48,7%) a las de sexo femenino (25.9%).

Según MenkesBancet y cols. (2003) el promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales es de 15 años, sin embargo se observa que el 5% inician a la edad de los 13 años resultados tomados de Caballero y cols (2006), este porcentaje es menor al encontrado en el estudio de Gonzales J. (2009) realizado en Colombia que demostró que el 33% de adolescentes menores de 13 años ya han iniciado su vida sexual.

En varios estudios realizados en Ecuador se ha demostrado que los y las adolescentes conocen sobre métodos anticonceptivos, Andrade M. y Vallejos K. (2010) refieren que el 37.1% de adolescentes Quiteños conocen sobre anticoncepción, resultado que contrasta con el estudio realizado por Mogrovejo L. y Melo J. (2011) señala que el 90% de adolescentes conocen sobre métodos anticonceptivos.

Según Andrade M. y Vallejos K. (2010) el 15.7% utilizó un método anticonceptivo en la primera relación sexual, información que difiere del resultado obtenido por Mogrovejo L. y Melo J. (2011) el cual indica que el 52.8% utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, en el mismo se indagó sobre cual era el motivo por el que no utilizaron métodos anticonceptivos y la respuesta fue: un 7% refirió que deseaba el embarazo y el resto no planearon el encuentro sexual y; esta pesquisa es similar a la

realizada por Ruales F. (2005) que concluyó que los y las adolescentes de 14 años o menos no usaron anticonceptivos en su primera relación sexual en un 69%, y de 15 a 19 años en un 42.2%. Se evidencia que la situación que pasan los y las adolescentes en nuestro país es similar a la de Latinoamérica en general, en Argentina el 13.5% de adolescentes utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, en la investigación de Sbarbi M. (2009).

Además dicha investigación reveló que las adolescentes continúan siendo las más vulnerables a tener un embarazo no planificado por falta de utilización, uso inadecuado y durante poco tiempo, y falla del método anticonceptivo. El 94% y 62 % de las jóvenes entre 13 y 14 años y 15 y 19 años respectivamente, no utilizan métodos anticonceptivos a pesar de haber admitido tener información y acceso a los mismos. Casi un cuarto de las encuestadas que si los utilizan, dijeron haber tenido un embarazo no planificado por la falla del método anticonceptivo. El 79% y el 49% de las jóvenes con las edades mencionadas también aceptaron haber realizado una pausa en la utilización. Mogrovejo L. y Melo J. (2011) indican que el 97.9% de los y las adolescentes conocen la existencia del preservativo masculino y lo señalan como el más conocido y seguro; el 87.3% conocen sobre los Anticonceptivos Orales (ACO); entre los métodos menos conocidos se encuentran "El ritmo" con 45,5% y El Coitus interruptus con 21,7%.

Sin embargo según Andrade M. y Vallejos K. (2010) el 65.1% de adolescentes mencionan que conocen el ciclo menstrual femenino (método del ritmo), pero al pedirles que grafiquen el ciclo el 97.7% lo realizó de manera incorrecta, también se evidenció que solamente el 10.7% de quienes conocen sobre ACO sabe como utilizarlos. El Coitus interruptus es utilizado por el 36.9% de adolescentes; Ruales F. (2005) indica que el 94% de adolescentes piensan que los métodos anticonceptivos más seguros son el Preservativo, ACO y Dispositivo intrauterino (DIU). Estos resultados son compatibles con los hallados en un estudio realizado en Colombia por Gonzales F. (2004) el cual indica que el anticonceptivo mas conocido es el preservativo en un 93.2%.

En la investigación realizada por Godoy M. (2009). concluye que “conocimiento” resulta ser incompleto y lleno de mitos ya que la fuente de información de estos “conocimientos” son maestros en 67.6% y amigos en un 13%. Mogrovejo L. y Melo J (2011) afirman que estas personas quienes evidentemente no están capacitadas proporcionan información errónea, ya que el 9% de adolescentes piensan que el preservativo puede ser reutilizado. Según Andrade M. y Vallejos K. (2010) el 86.9% de adolescentes saben que el preservativo previene el embarazo, 51.3% saben que evita la ITS y 66.3% saben que evita el HIV.

Adicionalmente se evidencia en los estudios antes mencionados que el aprendizaje no ha sido significativo.

# CAPÍTULO II

## 2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

### 2.1. SEXUALIDAD

#### 2.1.1 Definición

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS):

"La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales".<sup>2</sup>

#### 2.1.2. Historia de la sexualidad

La sexualidad es un fenómeno pluridimensional que ha ido evolucionando con la mentalidad humana.

Durante la prehistoria existen 2 etapas, antes de la agricultura y después de ella, ya que con esta la calidad de vida de la población cambió. Antes de la agricultura la finalidad de la sexualidad era meramente reproductiva ya que la persecución de la caza y búsqueda de frutos obligaba al ser humano a llevar

---

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002. Ginebra: OMS

una vida nómada. Posterior al descubrimiento de la agricultura con el advenimiento de territorios fijos, el ser humano conoció el placer de la sexualidad y decidió practicar la monogamia para asegurar el patrimonio familiar (Ligia Vera-Gamboa, 1998). Sin embargo según la investigación que realizó Morris Desmond (1977) se ha demostrado que el ser humano poseía experiencias sexuales diferentes a las del resto de animales ya que los cambios anatómicos le permitieron hacerlo. Es así que el comportamiento sexual posee tres fases: la formación de la pareja, actividad precopulativa y cópula, características que no difieren mucho en la actualidad.

En el Antiguo Testamento ya se regulaba la conducta sobre sexualidad de la época. Así, en el Exodo (XX, 14) en los diez mandamientos, se prohíbe el adulterio: “no pecarás con la mujer de tu prójimo ni te contaminarás con tal unión”. Aparece proscrita la homosexualidad en Levítico (XVIII, 22): “no cometerás pecado de sodomía porque es una abominación” y aparece el tabú de la desnudez en Levítico (XVIII, 7) y la prohibición del incesto en Levítico (XVIII, 6): “nadie se juntará carnalmente con su consanguinidad, ni tendrá que ver con ella”. También en Corintios (I, 1-5) se hace evidente la prohibición del incesto.

En el Judaísmo, el matrimonio tenía como finalidad la descendencia, la mujer era considerada una ciudadana de segunda categoría y tenía a cargo la

reproducción y crianza de los hijos y servicio a su esposo; el cual compartía con las esposas secundarias (Ligia Vera-Gamboa, 1998).

Dentro de la cultura egipcia el incesto estaba permitido y la circuncisión, tenía un carácter ritual en la ceremonia de iniciación de la adolescencia. En Grecia, se toleraba la homosexualidad masculina entre adultos y adolescentes púberes dentro de un contexto educativo; en Atenas las mujeres no podían andar solas, privilegio exclusivo de las hetairas (prostituta fina), quienes podían andar públicamente con hombres.

Por centurias las creencias religiosas dominaron el comportamiento sexual, reduciéndolo al proceso de reproducción (Calderone M., 1978).

En la edad Media, la Iglesia consolidaba su poder, en esta época aparecieron los famosos cinturones de castidad, y se hicieron evidentes muchos problemas sexuales, por lo que la Iglesia para reafirmarse refrenda el matrimonio monógamo y declara al instinto sexual como demoníaco dando origen así a la Santa Inquisición.

Alrededor de 1530, la Reforma protestante encabezada por Martín Lutero se gana a Inglaterra, al admitir el primer divorcio solicitado por Enrique VIII para separarse de Catalina y casarse con Ana Bolena (Ligia Vera-Gamboa, 1998).

A finales del siglo XV aparecen en Europa los primeros indicios de enfermedades de transmisión sexual, conocidas entonces como enfermedades

venéreas y que fueron consideradas un castigo celestial por los excesos sexuales (Del Río Chiriboga C., 1996).

Durante los siglos XVIII y XIX las conductas sexuales como por ejemplo la masturbación, eran consideradas inapropiadas y se le culpaba de desórdenes como la epilepsia. En 1882 aparece el trabajo de Richard Kraft-Ebing "*Psychopatia Sexualis*", donde describe diferentes tipos de comportamiento sexual etiquetándolos como patológicos y surgiendo así el término desviación sexual. Sus escritos ligaban la sexualidad no reproductiva con el concepto de enfermedad sexual mismo que persiste hasta nuestros días (Caruso KS., 1993). Kraft-Ebing fue considerado como el fundador de la Sexología Moderna (Matsers W, Johnson V, Kolodny R., 1988).

En la clase media, el pensamiento religioso daba gran importancia a la familia, pero no permitían olvidar que el sexo era una desafortunada necesidad y no algo de lo que pudiera disfrutarse (Anónimo, 1995). Para las mujeres el sexo era algo que debía soportarse, lo que llevó a la aparición de mitos que mezclaban la culpa y el miedo. Lo curioso de esto es que fueron los propios médicos los responsables de estos mitos. Así por ejemplo se decía que "el exceso de relaciones sexuales reducía la vida del hombre o lo volvía idiota". También se propagaba que si las mujeres referían disfrutar de las relaciones sexuales estaban sentenciadas a morir jóvenes. La difusión de estos mitos se dio por considerarse los médicos como depositarios de la moral burguesa por lo que

deseaban acabar con todo tipo de práctica sexual (Matsers W, Johnson V, Kolodny R., 1988).

En la clase alta, por el contrario, se disfrutaba del amor libre y las grandes ciudades de Europa contaban con ejércitos de prostitutas, sin olvidar que ya desde entonces existía la prostitución infantil. Además, fue en la época victoriana que se aprobaron las primeras leyes que prohibían la pornografía (Matsers W, Johnson V, Kolodny R., 1988). Se puede decir que esta época fue considerada de puritanismo y la de mayor represión sexual.

Posteriormente aparece un médico vienés, Sigmund Freud (1856-1939) quien inicio el modernismo sexual, lo cual surgió a raíz de las rígidas normas victorianas. El estableció que desde la infancia los humanos ya somos seres sexuales (Matsers W, Johnson V, Kolodny R., 1988 y Anónimo, 1995). Al mismo tiempo el médico Havelock Ellis publica su obra *Psychology of Sex*. De acuerdo con Caruso, establece que el deseo sexual es igual para hombres y mujeres y refuta el concepto de que la masturbación ocasionaba insania (Caruso KS., 1993).

Durante el siglo XIX, la sexualidad comenzó a estudiarse con serenidad, la represión de sociedades puritanas continuó, aunque se evidenciaba varias contradicciones morales. Por ejemplo, exigía continencia sexual a las mujeres "decentes", y al mismo tiempo toleraba la prostitución como un vertedero

inevitable de las necesidades "sucias" de los hombres (Masters W, Johnson V, Kolodny R., 1988 y Anónimo 1995).

En el siglo XX inició el importante movimiento de liberación femenina, para situar a la mujer en un plano de igualdad con el hombre. Poco después se da el nacimiento de la sexología como ciencia (1974). Los años 60, con los movimientos juveniles de transformación política, económica y ética, trajeron un cambio decisivo en la sexualidad, esta se consideró desde entonces como una cualidad única del ser humano (Masters WH, Johnson VE., 1970). En nuestros días, la manifestación de la sexualidad ocupa un lugar importante dentro de la vida cotidiana (Ligia Vera-Gamboa, 1998).

## **2.2. ADOLESCENCIA**

### **2.2.1. Definición cronológica**

Según el autor Muss, *“la palabra adolescencia viene del latín *adolescere*, que significa *crecer o madurar*”*<sup>3</sup>, lo que haría referencia a un periodo de cambio y crecimiento, que involucra transformaciones corporales y psicológicas, que conducen a la adquisición de autonomía adulta.

En cuanto a una definición cronológica de la adolescencia, ésta resultaría estática, ya que excluye el aspecto evolutivo de la misma, sin embargo, resulta

---

<sup>3</sup> Kimmel Douglas y Weiner Irving. La adolescencia: una transición del desarrollo. 1ra. Edición, Editorial Ariel, Barcelona – España. 1998. Toado de MUUSS R. Theories of adolescent, p.4

necesario conocer su tiempo de duración, aunque no se puede precisar las edades en que inicia y termina la adolescencia, a esto se le añade que estas edades van a variar de una parte del mundo a otra. Por lo tanto, es necesario utilizar la siguiente referencia:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS):

"La adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años".<sup>4</sup>

Así, conforme al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en su Programa de Atención Integral a los/as Adolescentes, distribuye la población de adolescentes en 2 grupos: adolescentes tempranos (10 a 14 años) y adolescentes tardíos (15 a 19 años) (Gavilanes Endara G. y cols, 2009).

### **2.2.2. Definición sociológica**

"La adolescencia es una construcción histórica vinculada de manera estrecha a la prolongación de la vida escolar y la democratización de la educación, y coinciden también con los planteamientos anteriores en el sentido de que el término "adolescencia" es producto de la civilización, es decir, es una construcción cultural y

---

<sup>4</sup> Organización Panamericana de la Salud .Salud del Adolescente .OPS/OMS Washington.1995.P

social". Sin embargo, la misma concepción de adolescencia varía de cultura en cultura y en determinadas sociedades ni siquiera existe este término."<sup>5</sup>

El concepto de juventud de Margulis, aclara los procesos de la vida y si bien el autor se refiere a la juventud, el proceso de adolescencia está comprendido en esta. Al respecto dice:

“Conviene ya señalar las limitaciones del concepto juventud: esa palabra cargada de evocaciones y significados, que parece autoevidente, puede conducir a laberintos de sentido si no se tiene en cuenta la heterogeneidad social y las diversas modalidades como se presenta la condición de joven. Juventud es un concepto esquivo, construcción histórica y social y no mera condición de edad. Cada época y cada sector social postula formas de ser joven”<sup>6</sup>

Así, este autor hace alusión a lo que es el planteamiento esencial de las definiciones alternativas, es decir la especificidad histórica y social de las formaciones humanas consideradas como adolescencia y juventud:

“Diversas situaciones sociales y culturales, históricamente constituidas, intervienen en las maneras de ser joven, en los modelos que regulan y legitiman la condición de juventud”.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Menkes Bancet, Catherine/Suárez, López Leticia. (2003). Sexualidad y Embarazo Adolescente en México. Papeles de Población, enero-marzo, número 035. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México. pp 3-4.

<sup>6</sup> Margulis, Mario. Editor. Ariovich, Laura *et al.* La juventud es más que una palabra. 2ª. Ed. Buenos Aires: Biblos, 2000. p. 11.

<sup>7</sup> *Ibidem*

Con base a las diferentes definiciones, se puede decir que no es posible definir “la adolescencia” como un concepto único, amplio y que encierre toda la fenomenología que esta etapa significa, sino que podemos hablar de “adolescentes”, múltiples, diversos, concretos, históricos, diferenciados por clase social, estrato socioeconómico, género, escolaridad, ocupación, religión y/o contexto familiar.

### **2.2.3 Pubertad**

“La pubertad es un acto de la naturaleza, la adolescencia es un acto del ser humano”.( Kant, E.1989).

“Por lo tanto la pubertad es un periodo de transición entre la infancia y la vida adulta, en el que aparecen los caracteres secundarios, la velocidad de crecimiento aumenta hasta obtenerse la talla final con la fusión de las epífisis óseas, y se logra la capacidad de fertilidad y reproducción.”<sup>8</sup>

### **2.2.4. Cambios Anatomo-fisiológicos**

La pubertad es la etapa de transición desde la infancia hasta la vida adulta, en la cual se experimentan cambios biológicos, psicológicos y sociales que se distribuye en tres periodos distintos: precoz, medio y tardío. Sin embargo estos cambios son experimentados de forma distinta en cada individuo.

---

<sup>8</sup> Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. Sección de la Asociación Española de Pediatría. 1996. Pubertad normal y patológica. Valladolid.

## Desarrollo biológico

Los niveles de hormona Luteinizante (LH) y Folículo estimulante (FSH) aumentan de forma progresiva durante la infancia media, sin que existan cambios evidentes. Los cambios rápidos de la pubertad comienzan con un incremento de la sensibilidad de la hipófisis a la Hormona Liberadora de Gonadotrofinas (GnRH), la liberación pulsátil de GnRH, LH y FSH durante el sueño, los aumentos correspondientes de andrógenos y estrógenos gonadales. Los desencadenantes de esos cambios se conocen de forma incompleta, pero pueden implicar desarrollo neuronal, que progresa a lo largo de la infancia media y la adolescencia.

La secuencia resultante de cambios somáticos y fisiológicos da lugar a la escala de madurez sexual (Escala de Tanner). (Ver Anexo 1 y 2)

En las niñas el primer signo de pubertad que se manifiesta es la aparición de los botones mamarios, lo cual sucede entre 8 a los 13 años. La menarquia suele aparecer de 2 a 2.5 años más tarde (intervalo normal entre 9 y 16 años), alrededor del momento del crecimiento máximo de altura. Los cambios menos evidentes comprenden al aumento del tamaño de los órganos de reproducción tales como: ovarios, útero, labios menores y mayores, clítoris. Se engrosa el endometrio y la mucosa vaginal.

En los niños el crecimiento testicular comienza a los 9.5 años y su desarrollo completo se da al alcanzar un volumen testicular de 9 a 10 cm<sup>3</sup>. Bajo la

influencia de la LH y la Testosterona aumentan de tamaño los túbulos seminíferos, epidídimos, vesículas seminales y la próstata.

En ambos sexos la aceleración del crecimiento comienza en las etapas iniciales de la adolescencia pero no se alcanza un máximo hasta el Tanner 3 o 4, suele producirse 2 años mas tardes en niños que en niñas. El crecimiento lineal comienza en las estructuras distales del cuerpo con agrandamiento de la manos y pies, seguida de brazos y piernas y por último el tronco y el tórax. El cambio de la voz se debe ha un aumento rápido del tamaño de la laringe, faringe y pulmones. Los andrógenos estimulan a las glándulas sebáceas predisponiendo a la aparición del acné (Behrman, Kliegman y Jenson. 2004).

### **2.2.5 Cambios Psico-sociales**

<b>Cuadro 1. Cuestiones principales durante la adolescencia temprana, media y tardía</b>			
<b>Variable</b>	<b>Adolescencia temprana</b>	<b>Adolescencia media</b>	<b>Adolescencia tardía</b>
<b>Interés sexual</b>	El interés sexual suele ser mayor que la actividad sexual	Surge el impulso sexual, experimentación, dudas sobre la orientación sexual	Consolidación de la identidad sexual
<b>Cognitivo y moral</b>	Operaciones concretas, moralidad convencional	Emergencia de pensamiento abstracto, cuestiona costumbres, centrado en si mismo	Idealismo, absolutismo
<b>Concepto de sí mismo</b>	Preocupación por los cambios corporales, conciencia de si	Preocupación por el atractivo, introspección progresiva	Imagen corporal relativamente estable

	mismo		
<b>Familia</b>	Intentos de aumentar la independencia, ambivalencia	Lucha continuada por aceptación de mayor autonomía	Independencia práctica, la familia sigue representado una base segura
<b>Compañeros</b>	Grupos del mismo sexo, conformidad, pandilla	Cortejo, grupo de compañeros menos importante	Intimidad, posible compromiso
<b>Relación con la sociedad</b>	Ajuste a la escuela media	Evaluación de las capacidades y las oportunidades	Decisiones sobre la profesión

(Fuente: Behrman R. Nelson. Tratado de pediatría. 17ª edición)

### **2.3. SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA**

El reconocimiento y aceptación de la sexualidad adolescente es un tema que se ha evadido según diversos investigadores, porque es incómodo de abordar en vista de la ampliación de la brecha generacional (Lassonde L, 1997).

“En definitiva, es el embarazo adolescente el que evidencia la existencia de una sexualidad activa en los y las adolescentes que, sin embargo, es negada sistemáticamente”.<sup>9</sup>

Otros autores observan un avance en cuanto al reconocimiento de la sexualidad adolescente. Fátima Juárez (2002) destaca que el contexto social en que se da ahora la reproducción temprana ha cambiado considerablemente. En general en los países de América Latina ha venido ocurriendo un cambio pausado pero continuo de valores, actitudes y comportamientos, pasando de una sociedad

<sup>9</sup> Parrini Roses, Rodrigo. Paternidad en la adolescencia: Estrategias de análisis para escapar del sentido común ilustrado. Explorando en la cuadratura del círculo. Chile. 1999

tradicional que colocaba la actividad sexual dentro del matrimonio, a una donde el sexo premarital se practica en secreto, pero es admitido.

No obstante se reconocen dos factores que ponen en entredicho esta permisividad: 1) La persistencia de la doble moral sexual que censura las relaciones sexuales fuera del matrimonio para la mujer y las promueve para el hombre y, 2) que la vulnerabilidad de los y las adolescentes y los jóvenes en el área de la salud sexual y reproductiva se ve incrementada por la deficiencia en los canales de educación sexual y la cobertura de los servicios de salud y planificación familiar que por lo general, excluyen a la población joven soltera. (Juárez F, 2002).

### ***2.3.1. Inicio de la vida sexual***

La salud sexual y reproductiva es un componente central en la vida de adolescentes y jóvenes, la manera cómo es vivenciada y socializada por ellos puede resultar trascendental en su vida adulta.

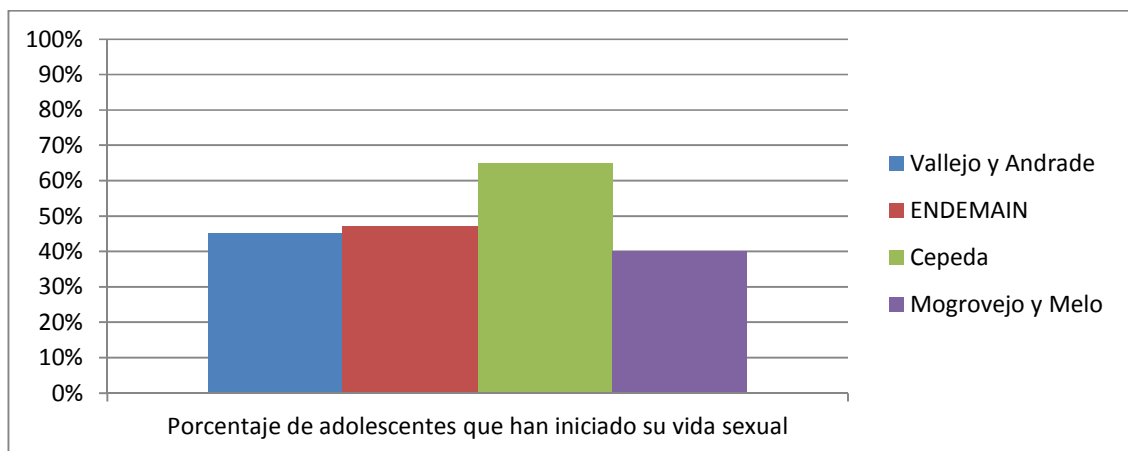
Según Menkes y cols. (2003) el promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales es de 15 años, sin embargo se observa que el 5% inician a la edad de los 13 años, resultados tomados de Caballero y cols. (2006); este porcentaje es menor al encontrado en el estudio de Gonzales J. (2009) realizado en Colombia que demostró que el 33% de adolescentes menores de 13 años ya han iniciado su vida sexual. En Brasil el promedio de edad de inicio es de 14,4 años, al

investigar a fondo cual fue el motivo el 64,2% respondió que la razón principal fue deseo y excitación (Gubert D, 2009).

En el estudio de Vallejo y Andrade (2011) se demostró que el 45.1% de adolescentes inician sus actividades sexuales entre los 15 y 24 años, datos que concuerdan con el 46.7% dado por ENDEMAIN (2004). Estos resultados contrastan con el estudio realizado por Mogrovejo y Melo (2011) el cual evidencia que el 40.6% de adolescentes ya ha iniciado su vida sexual (Ver Gráfico 1), de estos el 5% son menores de 13 años, el 76,8% se encuentran entre 13 y 15 años y el 18,2% son mayores de 16 años; se demostró adicionalmente que en esta población las personas de sexo masculino superaban en porcentaje (48,7%) a las de sexo femenino (25.9%). El 65% de adolescentes ya han tenido relaciones sexuales, de los cuales en 40% comprenden de los 12 a 15 años (Cepeda G., 2003).

**Gráfico 1**

Porcentaje de adolescentes que han iniciado su vida sexual en el Ecuador



(Realizado por Guerra Stephanie y Mejía Claudia)

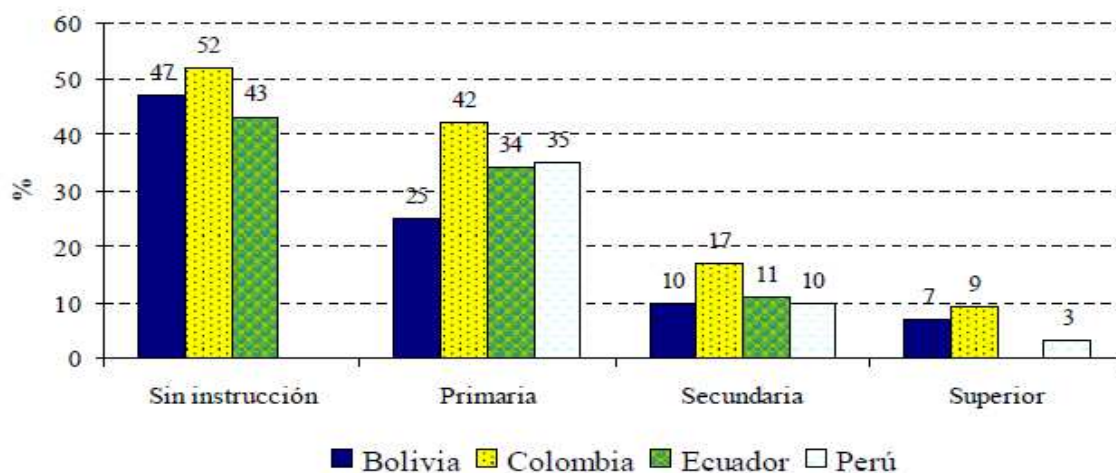
Se ha evidenciado que existen ciertos factores que influyen en la edad de inicio de la vida sexual de los y las adolescentes como: la escolaridad, dinámica familiar y estado socioeconómico.

La relación de la escolaridad con sexualidad adolescente ha sido mostrada; así, a mayor educación, menor porcentaje de mujeres sexualmente activas. Hay que señalar que esto se relaciona con el hecho de que las mujeres sin escolaridad suelen unirse de manera temprana (Menkes Bancet, 2003). Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más alto, 11% con secundaria completa (ENDEMAIN 2004).

Los registros y aumentos de la maternidad adolescente se presentan en quienes viven predominantemente en áreas rurales. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta siete veces más altas entre las adolescentes que no tienen educación, comparadas con las de niveles educativos más altos. (Ver Gráfico 2).

**Gráfico 2**

**Porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas según nivel de instrucción, 2003-2005**



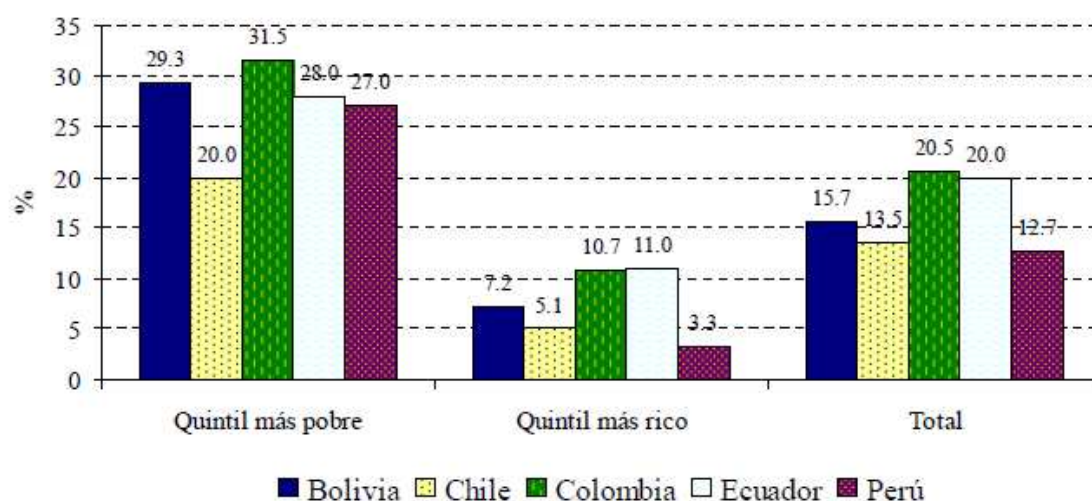
(Fuentes: CELADE (2004). Boletín Demográfico 68. América Latina y Caribe: Fecundidad 1950-2050. Santiago de Chile; Encuestas DHS; Guzmán, J.M. et al. (2001). Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe. México; Guzmán, J.M. et al. (2006). "La démographie de l'Amérique latine et de la Caraïbe depuis 1950". Population. Vol. 61. Núm. 5-6. France. INED.)

En cuanto a dinámica familiar se evidencia que existe 1,62% de riesgo mayor de tener relaciones sexuales en la adolescencia cuando la familia es disfuncional (Ruales F. 2005).

En relación al estado socioeconómico se evidencia que el 30% de las adolescentes del quintil inferior de ingresos son madres en Bolivia y Ecuador, mientras que son pocas las adolescentes de mayor nivel de ingresos que son madres o se embarazan (ver Gráfico 3).

**Gráfico 3**

**Porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas según condición de pobreza, 2002-2005**



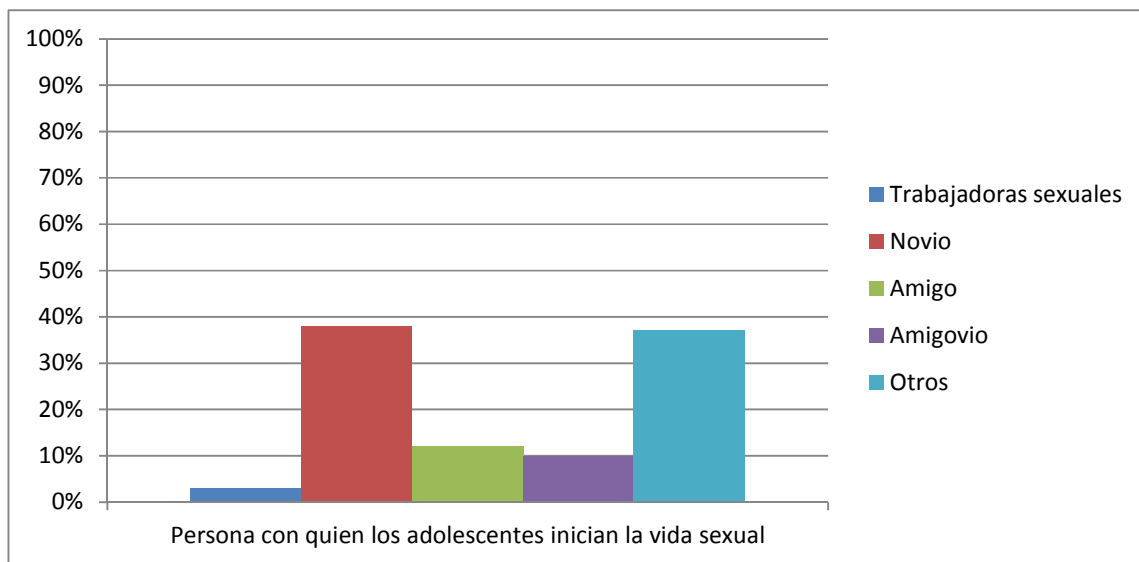
(Fuentes: CELADE (2004). Boletín Demográfico 68. América Latina y Caribe: Fecundidad 1950-2050. Santiago de Chile; Encuestas DHS; Guzmán, J.M. et al. (2001). Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe. México; Guzmán, J.M. et al. (2006). "La démographie de l'Amérique latine et de la Caraïbe depuis 1950". Population. Vol. 61. Núm. 5-6. France. INED.)

La persona con quien los y las adolescentes inician su vida sexual esta marcada muchas veces por la sociedad en la que ellos viven, así la exigencia de la "prueba de amor" y "al burdel para que se haga hombre" son una demostración clara de que existen ciertos términos en las relaciones entre mujeres y varones. En el Ecuador se demostró que el 2,5% de adolescentes tuvieron su primera relación sexual con trabajadoras sexuales (Andrade y Vallejos, 2010), resultado que contrasta con el estudio realizado por Ruales (2005) el cual demuestra que el 14% de adolescentes tuvieron experiencias

sexuales en el prostíbulo. El 37,6% de los y las adolescentes las tuvieron con el novio/a, el 12% con un amigo/a y 9,6% con “amigovio/a” (Andrade y Vallejos, 2010), (Ver Gráfico 4).

**Gráfico 4**

Persona con quien los y las adolescentes inician la vida sexual



(Realizado por Guerra Stephanie y Mejía Claudia)

También existen motivos que los y las adolescentes toman en cuenta para no tener experiencias sexuales entre los cuales se encuentra en un 30,6% los valores inculcados, 17% por que no desean tenerla, 12% por miedo a las ITS y 9,3% por miedo al embarazo (Ruales, 2005).

### **2.3.2. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos entre los y las adolescentes**

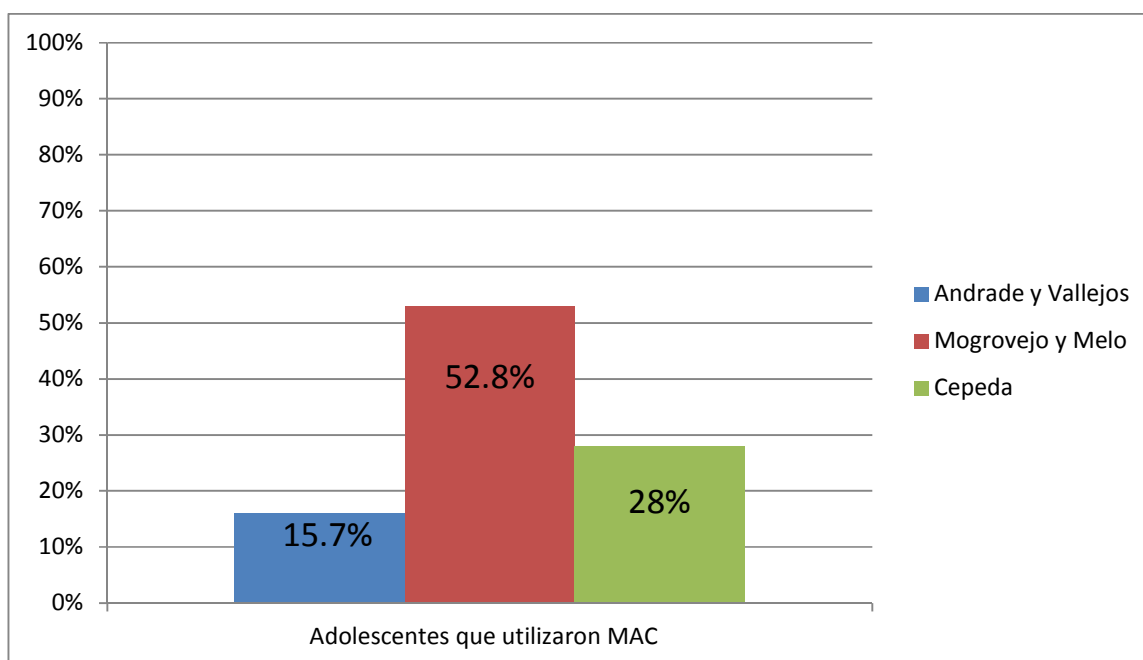
Los estudios tienden a mostrar que el inicio sexual ocurre de forma no planificada (Tarazona, 2006). Parkes (2009) demostró en su estudio realizado

en Estados Unidos que los y las adolescentes usaron el 54% preservativos, 11% preservativos combinados con ACO, 4% solo ACO, 4% Anticonceptivos de emergencia y 21% no uso ningún método. Se evidencia que en Argentina el 13.5% de los y las adolescentes utilizaron algún MAC en su primera relación sexual (Sbarbi M. 2009). Uno de los hallazgos de Menkes y Suárez (2003) es que gran parte de las mexicanas adolescentes no utilizaron ningún MAC en la primera relación sexual. En Brasil se ha demostrado que los y las adolescentes que usan un MAC en su primera relación sexual el 73,8% utilizó preservativo (Gubert 2009).

En el Ecuador según Andrade y Vallejos (2010) el 15.7% utilizó un MAC en la primera relación sexual, información que difiere del resultado obtenido por Mogrovejo y Melo (2011) el cual indica que el 52.8% utilizó algún MAC en su primera relación sexual, en el mismo se indagó sobre cual fue el motivo por el que no utilizaron MAC y la respuesta fue que no planearon el encuentro sexual y un 7% refirió que deseaba el embarazo; esta pesquisa es similar a la realizada por Ruales (2005) que concluyó que los y las adolescentes de 14 años o menos no usaron MAC en su primera relación sexual en un 69%, y de 15 a 19 años en un 42.2%. Cepeda G. (2003) demostró que el 28% usaron MAC en la primera relación sexual (Ver Gráfico 5).

**Gráfico 5**

Porcentaje de adolescentes que utilizaron un MAC en su primera relación sexual



(Realizado por Guerra Stephanie y Mejía Claudia)

En general, el uso en la primera relación sexual es muy bajo, únicamente 13.5% de adolescentes usaron algún método durante su primera relación sexual; siendo que la razón predominante del no uso entre mujeres que tuvieron relaciones premaritales fue el que no esperaba tener relaciones, mientras que entre mujeres que tuvieron relaciones maritales fue el desconocimiento de métodos (ENDEMAIN 2004).

En el caso de la anticoncepción, hay una distancia entre el conocimiento y el uso de métodos, el 91% vs. 47% respectivamente, (ENDEMAIN 2004). Más del 90% de adolescentes conocen algún método moderno, aunque hay métodos como la anticoncepción de emergencia que no son conocidos ni por la mitad de los y las adolescentes.

Adicionalmente, la investigación de Sbarbi M. (2009) reveló que las adolescentes continúan siendo las más vulnerables a tener un embarazo no planificado por falta de utilización, uso inadecuado, durante poco tiempo y falla del MAC. El 94% y 62 % de las jóvenes entre 13 y 14 años y 15 y 19 años respectivamente, no utilizan MAC a pesar de haber admitido tener información y acceso a los mismos. Casi un cuarto de las encuestadas que si los utilizan, dijeron haber tenido un embarazo no planificado por la falla del MAC. El 79% y el 49% de las jóvenes con las edades mencionadas también aceptaron haber realizado una pausa en la utilización.

En el Ecuador, Andrade y Vallejos (2010) refieren que el 37.1% de adolescentes Quiteños conocen sobre anticoncepción y Mogrovejo y Melo (2011) señala que el 90% de adolescentes conocen sobre MAC.

Mogrovejo y Melo (2011) indican que el 97.9% de adolescentes conocen la existencia del preservativo masculino, compatible con los hallados en un estudio realizado en Colombia por Gonzales (2004) el cual indica que el anticonceptivo más conocido es el preservativo en un 93.2%. Según Mogrovejo

y Melo (2011) el 21.7% lo señalan como el más conocido y seguro; también el 67% señalan que este método permite tener relaciones sexuales placenteras y el 9% piensan que el preservativo es reutilizable. En cuanto a la utilización de este método el 52,9% de adolescentes lo usarían constantemente, el 31% lo usarían en forma ocasional y el 15,8% no lo usarían (Andrade y Vallejo, 2010). Con respecto a la función de los preservativos el 86.9% opinan que evita el embarazo, el 51.3% que evita las ITS y 66.3% que evita HIV (Andrade y Vallejos, 2010).

El 87.3% conocen sobre los Anticonceptivos Orales (ACO) (Mogrovejo y Melo, 2011); se evidenció que solamente el 10.7% de quienes conocen sobre ACO sabe como utilizarlos (Andrade y Vallejos, 2010).

El 65.1% de adolescentes mencionan que conocen el ciclo menstrual femenino, pero al graficarlo el 97.7% lo realizó de manera incorrecta; el Coitus interruptus es utilizado por el 36.9% de adolescentes Andrade y Vallejos, (2010).

Entre los métodos menos conocidos se encuentran “El ritmo” con 45,5% y el Coitus interruptus con 21,7% (Mogrovejo y Melo, 2011).

Ruales (2005) indica que el 94% de adolescentes piensan que los métodos anticonceptivos más seguros son el preservativo, ACO y DIU.

La mayoría de las adolescentes unidas no usa actualmente algún método anticonceptivo moderno, incluso aquellas quienes no desean hijos/as en los

próximos meses, y los métodos que utilizan, no son los más adecuados, pues más de una entre diez adolescentes usan métodos tradicionales 12% (ENDEMAIN 2004), esto es más frecuente entre las mujeres no unidas sexualmente activas quienes en su mayoría utilizan este tipo de métodos (Gómes, C., 2007).

Los y las adolescentes señalan que la información sobre sexualidad que poseen la reciben de sus amigos en 13% (Mogrovejo L. y Melo J., 2011) y de sus maestros del colegio en un 67.6% (Andrade M. y Vallejos K., 2010).

### **2.3.3. Embarazo Adolescente**

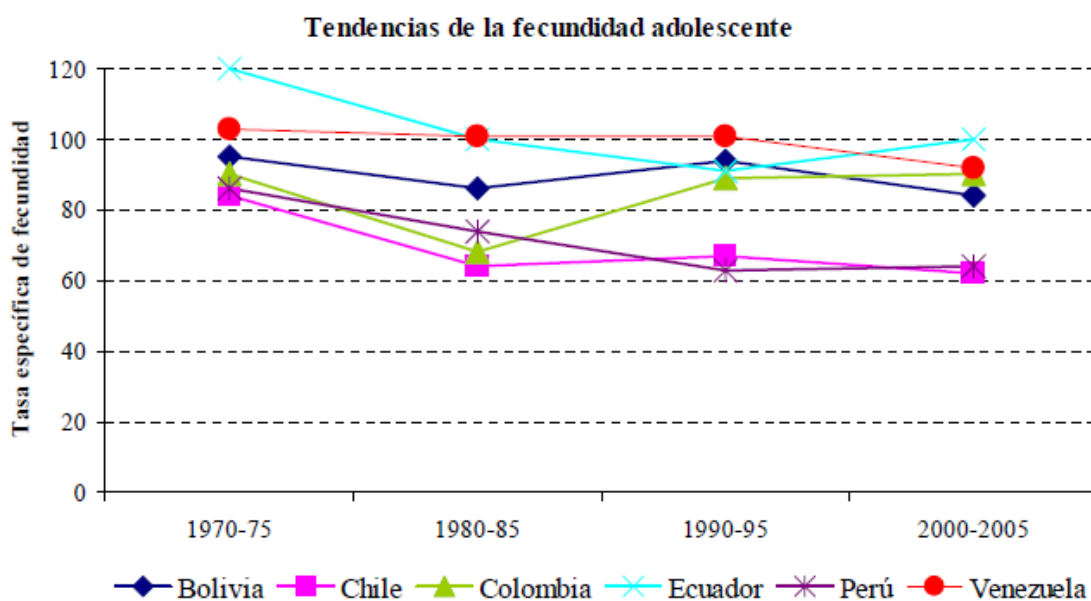
En los países andinos viven aproximadamente 28 millones de adolescentes entre 10 y 19 años, de los cuales la mitad pertenece al grupo de 10 a 14 años y la otra al grupo de 15 a 19 años. De los 7 millones de adolescentes mujeres entre 15 y 19 años se estima que 1.5 millones ya son madres o ya están embarazadas, siendo gran parte de estos embarazos no planificados (UNFPA, 2005).

En el Ecuador viven aproximadamente dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años, los cuales corresponden al 20% del total de la población ecuatoriana. En la última década se ha visto incrementada la fecundidad en adolescente de 15 a 19 años en el país, siendo mayor en la sub-región andina, dándose 100 nacimientos por cada 1000 mujeres. (Guzmán J.M., 2006). Dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están

embarazadas por primera vez (ENDEMAIN 2004). Andrade y Vallejos (2010) demuestra que el 7,8% de las adolescentes sexualmente activas ya han tenido un embarazo o están embarazadas, el 21,3% se embarazó la primera vez que tuvo relaciones sexuales.

En América Latina la fecundidad adolescente (15-19 años) aumentó en Colombia y Ecuador. (Ver Gráfico 6).

**Gráfico 6**



(Fuentes: CELADE (2004). Boletín Demográfico 68. América Latina y Caribe: Fecundidad 1950-2050. Santiago de Chile; Encuestas DHS; Guzmán, J.M. et al. (2001). Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe. México; Guzmán, J.M. et al. (2006). "La démographie de l'Amérique latine et de la Caraïbe depuis 1950". Population. Vol. 61. Núm. 5-6. France. INED.)

Andrade y Vallejos (2010) indagaron en su estudio sobre cual seria el comportamiento de los padres de familia al saber que su hijo adolescente va a tener hijo, ellos respondieron que 60.6% aceptarían, el 17.1% los correrían de la casa y el 14.2% obligan a su hijo a casarse. Y en cuanto al comportamiento que tendrían las adolescentes embarazadas el 2.8% decidirían dejar de estudiar.

#### **2.3.4. Infecciones de transmisión sexual entre los y las adolescentes**

En términos epidemiológicos los jóvenes de 15 a 24 años son considerados un grupo poblacional vulnerable a las ITS por múltiples factores biológicos y sociales. La mayoría de las ITS son adquiridas por adolescentes con mayor facilidad por la anatomía de su aparato reproductivo.

Por ejemplo, la clamidiasis y la gonorrea infectan con mayor facilidad el cérvix de las adolescentes y son fácilmente transmitidas entre las jóvenes sexualmente activas y sus parejas (Caballero José y cols, 2006).

“Los y las adolescentes en particular corren el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual debido a sus altos niveles de actividad sexual, experimentación sexual –a menudo con múltiples parejas– y al hecho de que no utilizan condones consistentemente, o que nunca los usan”.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Moore y Rosenthal (1994: 18), citado por Aggleton, Peter. (2001) PRÁCTICAS SEXUALES, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SIDA ENTRE JÓVENES. En: Stern, Claudio y Juan Guillermo Figueroa (coords). Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación. El Colegio de México. México. 365-381.

Las ITS de nueva generación (como el VIH, el herpes genital, el virus de papiloma humano) son susceptibles de ser adecuadamente tratadas pero no son curables y de ahí la necesidad de reorientar los programas de atención de enfermedades de transmisión sexual hacia la prevención y la importancia de evitar las prácticas riesgosas. (CONAPO, 2000).

En el Ecuador se ha visto que el 14,2% de los y las adolescentes conocen las formas de contagio del HIV (Andrade y Vallejos, 2010).

El VIH/SIDA es la pandemia más extendida desde fines de siglo y ahora es una enfermedad importante en adolescentes y jóvenes. Estimaciones de fines de 2001 indicaban que un tercio de las personas infectadas con VIH/SIDA en el mundo eran de ese grupo de edad, según UNICEF unos 11.8 millones de jóvenes, de los cuales 62% eran mujeres (Caballero, 2006).

### ***2.3.5. Sexualidad y Amor***

#### ***2.3.5.1 Definición de Amor***

Se define el amor como una motivación que incluye no solamente estados emocionales “felicidad, satisfacción, cariño, orgullo” si no también componentes fisiológicos; estos se activan con el incremento del interés y la práctica sexual que tiene la persona. (Altemus y cols., 2006).

### **2.3.5.2 Inicio del amor**

#### **La filogenia del amor**

Cualquier partícula o célula no puede experimentar sentimientos como el amor, sin embargo son proclives a responder a ciertos estímulos como los microorganismos que pueden dirigirse hacia determinados estímulos, como luz y calor (Burunat, 2007).

El amor requiere de un sistema nervioso, pero no de cualquier sistema nervioso. Los primeros animales con ciertas células neuroepiteliales precursoras de las neuronas, no son capaces de amar porque su fisiología nerviosa no lo permite.

De esas neuronas primitivas dispersas por el cuerpo a las masas de neuronas, cada vez más numerosas, comienzan a disponerse preferentemente en el eje central del cuerpo, al mismo tiempo que uno de esos grandes grupos celulares, o ganglios, el primero, situado en la porción cefálica del animal, va a ir transformándose en un primitivo cerebro, aunque son organismos cada vez más complejos, siguen ignorando el significado del amor.

La culminación del proceso se alcanza en los Vertebrados, con la aparición de una estructura central, la notocorda, que señala el inicio del esqueleto interno, que a su vez posibilita un crecimiento mucho mayor del cuerpo. Este nuevo

diseño posibilitará, aunque no de manera inmediata, la aparición del amor sobre la faz de la Tierra (Burunat, 2007).

Así el amor romántico en humanos puede ser una forma desarrollada de un sistema general de cortejo de los mamíferos, que evolucionó para estimular la elección de pareja, ahorrando tiempo y energía de cortejo (Fisher, 1998).

### **La ontogenia del amor**

El amor es una motivación fisiológica generada por varias estructuras cerebrales que muestran activación o inactivación, en función de la duración de la relación amorosa, como la corteza cingulada, la región media de la ínsula, la corteza retro-espinal derecha, y varias áreas del neocórtex: parietal, frontal inferior y temporal medial (Bartels y Seki, 2004) (Ver Anexo 3).

En los y las adolescentes se despliega el control frontal mediante la mielinización de sus conexiones la cual finaliza en la segunda década de la vida y, en consecuencia, pueden ser más proclives a tomar decisiones o a adoptar compromisos para los que pudieran no estar suficientemente maduros, dado que la impulsividad es una característica esencial de la conducta juvenil (Casey y cols, 2003).

### ***2.3.5.3 Etapas del Amor***

#### **Etapa 1: Primera impresión**

Nuestros sentidos son la puerta de entrada para todo lo que ocurre fuera de nosotros, en el amor no hay excepción: una vez dentro, comienza la batalla química y hormonal (Alberoni, 2000). Encontrar a la persona que nos atraiga es el primer paso, y es también una responsabilidad que suele atribuirse al sentido de la vista y olfato. Esta afirmación se debe al descubrimiento de sustancias, que atraen o repelen a ciertos animales, llamadas feromonas, moléculas de bajo peso, que son lo suficientemente volátiles y resistentes como para viajar por el aire distancias cortas en humanos o largas como en los animales (Fisher, 1994).

El ser humano posee feromonas, que son secretadas por las glándulas sudoríparas de la axila y por la piel de la entrepierna. Los receptores olfativos del órgano vomeronasal del ser humano reciben diferentes mezclas de feromonas sin que le llamen la atención, hasta que el aroma de la persona adecuada comienza a ser inquietante en un proceso que no se registra racionalmente. Esta genera una agitación y se tiene la necesidad de buscar con la vista el origen de la perturbación. Cuando se tiene al blanco en la mira y se produce el contacto visual, una descarga eléctrica pone al cerebro en un estado especial que despierta a un conjunto de células en el sistema límbico, que

secretan a su vez una sustancia conocida como feniletilamina (FEA) (Flores, 2008).

### **Etapa 2: Atracción (primera fase neuroquímica)**

La feniletilamina se esparce por el cerebro y produce el amor. Inicialmente, provoca un estado de semi-inconciencia, en el cual se suspenden todas las acciones cerebrales: la vista, que generalmente es periférica, se vuelve central; se pierde el oído y el habla; no hay sensación térmica en la piel ni equilibrio y se turba la coordinación de ideas y de movimiento. El cerebro sólo distingue sonidos internos, como las palpitaciones o los ruidos intestinales. Sin embargo, este periodo dura pocos segundos (Flores, 2008).

Para recuperar el control, el cerebro secreta dopamina o norepinefrina que estimulan al hipotálamo; éste último se comunica químicamente con la hipófisis, tiroides, páncreas, glándulas suprarrenales, y después, en las mujeres con los ovarios; en los hombres con los testículos. Al final de la comunicación química ocurre: vasoconstricción, aumento de PA, ligero aumento de temperatura, escalofríos, sudoración en cara y manos, aumento de FR y FC. Después viene un aumento de glucosa en la sangre; dilatación de pupila; y contracción de estómago e intestino, “mariposas en el estómago”; lo que se conoce como arrebatos sentimentales (Flores, 2008).

### **Etapa 3: Afecto o enamoramiento (segunda fase neuroquímica)**

Una vez que el primer encuentro acaba, el cerebro debe nivelar las sustancias que fueron secretadas; para ello se activan los calmantes naturales por

excelencia: endorfinas y encefalinas. El cerebro sabe que debe controlar las variaciones de temperatura y sobre todo de azúcar, por lo cual el páncreas secreta insulina.

Después se produce oxitocina, péptido del amor, que genera la urgencia de la sensación táctil, del contacto directo con la persona amada. En el caso de la amistad, se cierra el ciclo y puede convertirse en una relación duradera; sin embargo, para el enamoramiento, se necesita cada vez más el intercambio químico; así se llega al beso, donde olor y sabor se juntan, provocando una memoria a muy largo plazo (Flores, 2008).

#### **Etapas 4: Pasión (fase neuroendocrina)**

El proceso amoroso culminará con las relaciones sexuales, para ello los impulsos eróticos serán cada vez más intensos y con intervalos más cortos. Las glándulas suprarrenales aumentarán su producción de testosterona tanto en hombres como en mujeres. En el caso de los hombres, la cantidad de testosterona aumentará mucho, ya que se sumará a la aportada por los testículos, ocasionando una veloz iniciativa para presionar a la pareja. Para las mujeres esa pequeña diferencia en el aumento de testosterona provoca una especie de ceguera en el juicio y toma de decisiones, motivo por el cual no se oyen consejos y lo único en mente es estar con la pareja, aumentar el contacto físico y tener relaciones sexuales, con esto se cierra el ciclo amoroso.

La atracción bioquímica de la primera fase neuroquímica, puede durar, según se sabe hasta hoy, de dos a tres años. La combinación de la segunda fase

neuroquímica y la fase neuroendocrina puede durar hasta cuatro años más. Una vez cumplidos estos ciclos químico-biológicos, que suman alrededor de siete años, la relación se vuelve fundamentalmente racional, sin quitar que pueda seguir existiendo la atracción química, pero con otra velocidad o impulsada con otra fuerza, la cual es conocida como costumbre (Flores, 2008).

### **2.3.6 Mitos y tabúes**

Cuando se carece de información objetiva se suele superar ese vacío creando teorías, supuestos que por ser la única información de la que disponemos acaban por consolidarse como creencias muy arraigadas. El tema de la sexualidad ha sido negado desde hace mucho tiempo.

A los 3-4 años comienza la curiosidad por la sexualidad. A los tres años son preguntas de tipo anatómico, a los cuatro sobre el origen de los niños, a los cinco sobre el lugar por dónde nacen los niños, a los seis sobre cómo se hacen los niños, etc. Lógicamente, en función de la respuesta que se obtiene de estas preguntas volveremos a preguntar o será un tema que quedará en la oscuridad de la duda.

Existen varias creencias que los y las adolescentes las tienen presentes, algunas de ellas son:

<b>Cuadro 2. Mitos sobre la sexualidad</b>	
El pene cuanto más grande, más placer producirá	Si la adolescente no llega al orgasmo, no hay probabilidad de embarazo
Si la adolescente esta con la regla, no hay posibilidad de embarazo	En la primera vez, no hay probabilidad de embarazo
Si lo haces de pie, no hay posibilidad de embarazo	Si la penetración no es muy profunda, no hay probabilidad de embarazo
Mientras la mujer está en el período de lactancia, no haya posibilidad de embarazo	La marcha atrás sea un método anticonceptivo eficaz
Un hombre que se hace la vasectomía pierde virilidad	Un hombre que es impotente no puede tener hijos
Los preservativos son un mal método anticonceptivo porque se rompen frecuentemente	La píldora anticonceptiva se tome solo el día que vayas a mantener una relación
La píldora anticonceptiva prevenga de ITS	Que sólo puedes contagiarte de una ITS si mantienes muchas relaciones sexuales en poco tiempo y con personas que no conoces
A una persona que es seropositiva del VIH se le note	El SIDA sea una enfermedad que sólo afecte a homosexuales, heroinómanos y hemofílicos, y que los heterosexuales no tengan de qué preocuparse
La desaparición de los síntomas de una enfermedad de transmisión sexual implique que ésta está curada	Sea poco saludable que la adolescente se bañe o se lave la cabeza cuando está con la menstruación
El control de la natalidad sea cosa de mujeres	La homosexualidad sea una enfermedad
Las lesbianas sean masculinas y los gays sean afeminados y se les note a simple vista.	La masturbación sea una enfermedad
La masturbación sea una conducta exclusiva de adolescentes	Si una mujer no llega al orgasmo a través de conductas con penetración, es una frígida
El alcohol mejore la actividad sexual.	Para que la relación sexual sea totalmente gratificante han de llegar las dos personas a la vez al orgasmo
La primera vez que se mantiene una relación sexual con penetración tenga que ser necesariamente dolorosa.	Las verdaderas y únicas relaciones sexuales placenteras sean las que implican penetración
Las fantasías sexuales sean peligrosas	Los ancianos y ancianas que tienen intereses sexuales sean unas personas perversas

(Realizado por Guerra Stephanie y Mejía Claudia)

### ***2.3.7. Relación del género con la sexualidad adolescente***

Los roles de género juegan un papel determinante en las prácticas y negociaciones de diversos aspectos en la sexualidad adolescente y por qué y cómo las relaciones de género impactan la sexualidad adolescente.

Las expectativas acorde al género operan de manera decisiva en la iniciación sexual de los y las adolescentes. La identidad sexual y la ubicación de su rol se expresan en estereotipos tradicionales asignados a mujeres y hombres. Si bien estos han cambiado en las últimas décadas, aún se mantienen modelos asentados en las culturas occidentales.

Se adjudican al varón los valores de una sexualidad activa, independiente y heterosexual, con un inicio temprano de relaciones sexuales. Por el contrario para las mujeres la expectativa se centra en una sexualidad sin erotismo y organizada para la procreación por lo que la sexualidad femenina queda escindida entre la procreación y la experiencia sexual (Checa S., 2005).

## ***2.4 CONOCIMIENTO Y APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO***

### ***2.4.1 CONOCIMIENTO***

#### ***2.4.1.1 Definición***

El Conocimiento es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor,

una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente (Davenport y Prusak, 1998).

#### **2.4.1.2 Características del Conocimiento**

Para Andreu y Sieber (2000), lo fundamental son básicamente tres características:

- El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia y lo incorporan a su acervo personal estando “convencidas” de su significado e implicaciones.
- Su utilización, puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma”, permite “entender” los fenómenos que las personas perciben y también “evaluarlos”, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento.
- Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada.

Estas características convierten al conocimiento, cuando en él se basa la oferta de una empresa en el mercado, en un cimiento sólido para el desarrollo de sus ventajas competitivas. En efecto, en la medida en que es el resultado de la acumulación de experiencias de personas, su imitación es complicada a menos que existan representaciones precisas que permitan su transmisión a otras personas efectiva y eficientemente.

## **2.4.2 APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO**

### **2.4.2.1 Definición**

Es el proceso donde se suma nuevas informaciones de manera no arbitraria y sustantiva y que requiere como condiciones: predisposición para aprender y material potencialmente significativo. Es una interacción entre profesor, aprendiz y materiales, en el cual se delimitan las responsabilidades correspondientes a cada uno de los protagonistas del evento educativo. Pero son muchos los aspectos y matices que merecen una reflexión que pueda ayudar a aprender significativa y críticamente de los errores en su uso o aplicación (Rodríguez, 2003).

### **2.4.2.2 Condiciones para el aprendizaje significativo.**

De acuerdo con la teoría del aprendizaje significativo para que se puedan dar el aprendizaje se requiere que se cumplan tres condiciones (Ballester, 2002).

<b>Cuadro 3. Condiciones para el aprendizaje significativo</b>	
Significatividad lógica del material	Se refiere a la estructura, para que un contenido sea lógicamente significativo se requiere una serie de matizaciones que afectan definiciones, lenguaje, datos empíricos, enfoque crítico y epistemología
Significatividad psicológica del material	Se refiere a que puedan establecerse relaciones no arbitrarias entre los conocimientos previos y los nuevos
Motivación	Debe existir además una disposición subjetiva, una actitud favorable para el aprendizaje por parte del estudiante

(Realizado por Guerra Stephanie y Mejía Claudia)

## **2.5 ACTITUDES Y CREENCIAS**

### **2.5.1 ACTITUDES**

#### **2.5.1.1 Definición**

“Actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o una situación, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente de una manera determinada”<sup>11</sup>.

Las actitudes lógicamente son constructos hipotéticos, son manifestaciones de la experiencia consciente, informes de la conducta verbal, de la conducta diaria, etc. (MacCorquodale y Meehl, 1948).

Hay que destacar cinco aspectos:

- Las creencias son la base de las actitudes.
- Las actitudes se pueden referir a “objetos” y “situaciones”
- Las actitudes son predisposiciones a actuar a partir de la experiencia.
- Son predisposiciones que necesitan de estímulos socio – culturales.
- El núcleo de estas predisposiciones lo constituyen los “valores” que orientan el comportamiento y son “la fuerza motivacional”.

Las actitudes son sólo un “indicador” de la conducta pero NO la conducta. Es por ello, que las mediciones de actitudes deben interpretarse como indicios y no como hechos.

---

<sup>11</sup> Rokeach Milton. Naturaleza de las actitudes. Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales, Vol. 1, 1968, Pág. 15

Las actitudes están constituidas por tres componentes:

- I. Afectivo (sentimientos evaluativos de agrado o desagrado),
- II. Cognoscitivo (opiniones e ideas acerca del objeto)
- III. Conductuales (tendencias de acción).

Existe una panorámica del concepto general de actitud.

<b>Cuadro 4. Diferentes definiciones</b>		
<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Definición</b>
Thomas y Znaniecki	1918	Es una tendencia a la acción
Thurstone	1928	Es la suma de las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, sesgos, ideas preconcebidas, miedos, amenazas y convicciones acerca de un determinado asunto.
Krech y Krutchfield	1948	Es un sistema estable de evaluaciones positivas o negativas, sentimientos, emociones y tendencias de acción favorables o desfavorables respecto a objetos sociales
Secord y Backman	1964	Son ciertas regularidades en los sentimientos, pensamientos y predisposiciones a actuar respecto a algún aspecto del entorno.
Triandis	1971	Es una idea cargada de emotividad que predispone a una clase de acciones ante una clase particular de situaciones sociales.
Fazio y Roskos-Ewoldsen	1994	Son asociaciones entre objetos actitudinales (prácticamente cualquier espectro del mundo social) y las evaluaciones de estos objetos

(Realizado por Guerra Stephanie y Mejía Claudia)

Es oportuno establecer una diferencia entre las actitudes y términos que se le parecen; así, entre Sentimientos y Actitudes (Jiménez, 1985) las diferencias son:

- El sentimiento se centra en su objeto, en tanto la actitud puede ser más difusa.

- El sentimiento es consciente en tanto la actitud cubre aspectos conscientes y reprimidos (Allport, 1968)

Otra de las diferencias que se debe establecer es entre Actitud y Personalidad (Allport, 1970):

- El objeto de una actitud es definido en tanto el rasgo de personalidad es una manera general de comportamiento del individuo.
- Las actitudes pueden ser específicas o generales en tanto los rasgos de personalidad son siempre generales.
- La actitud entraña aceptación o rechazo, mientras los rasgos no poseen una dirección definida.

Se puede considerar la diferencia entre Actitudes y Opiniones, siendo esta última una manifestación más específica de la actitud que no implican necesariamente componentes afectivos y conductuales. La opinión es un juicio general sobre un objeto.

La última diferencia que se debe establecer es entre Actitudes y Valores, haciendo las siguientes puntualizaciones (Rokeach, 1973, pp.17-19):

- El valor es una creencia individual, en tanto la actitud es una organización de varias creencias focalizadas en un objeto o situación.
- El valor trasciende objetos y situaciones, mientras la actitud se centra en un objeto o situaciones concretos.

- El valor tiene carácter normativo, la actitud no.
- Los valores son más centrales que las actitudes en el sistema de personalidad del individuo.

### **2.5.1.2 Características de las actitudes:**

Las actitudes de forma general podemos caracterizarla a través de los siguientes rasgos distintivos:

<b>Cuadro 5. Características de las actitudes</b>	
Dirección	Puede ser positiva o negativa
Magnitud	Grado de favorabilidad o desfavorabilidad con el que se evalúa el objeto de la actitud
Intensidad	Fuerza del sentimiento asociada con la actitud
Centralidad	Es la preponderancia de la actitud como guía del comportamiento del sujeto

(Realizado por Guerra Stephanie y Mejía Claudia)

## **2.5.2 CREENCIAS**

### **2.5.2.1 Definición**

En términos operativos es la acción de creer en un objeto o situación que se supone verosímil o que tiene para el individuo algo digno de ser creído.

Todas las actitudes implican creencias, pero no todas las creencias implican actitudes. Cuando determinadas actitudes específicas se organizan en una estructura jerárquica, constituyen sistemas de valores.

Un enunciado que expresa la creencia puede manifestarse en la siguiente forma:

“Yo creo (o pienso) que tal y tal cosa”

### **2.5.2.2 Componentes de las creencias**

- Componente cognitivo o de conocimiento.
- Componente afectivo que se expresa en términos de simpatía – antipatía y corresponde al hecho que la creencia es capaz de activar afectos.
- Componente de acción o de comportamiento que contiene una disposición a responder de determinada manera.

## **2.6 JUSTIFICACIÓN**

En la actualidad los y las adolescentes representan un 20% del total de la población andina, en nuestro país la población es de 14.306.876 de habitantes, en la provincia de Pichincha los y las adolescentes corresponden a 559.368 de habitantes, INEC 2010.

Este estudio buscó centrarse en esta población en especial ya que son los y las adolescentes los más vulnerables a tomar decisiones erróneas, esto puede observarse de forma objetiva en el archivo de la Unidad de Atención para la Adolescencia, HGOIA, que manifiesta que el 17.5 % de las mujeres entre 15 y 19 años son madres, este hecho ha puesto en alerta a las entidades Gubernamentales de nuestro país, mismas que han realizado planes políticos, programas y proyectos nacionales.

La razón del presente estudio se basó en la experiencia empírica de las investigadoras de si existen motivos para que los y las adolescentes al tener conocimiento sobre sexualidad en general no los estén aplicando adecuadamente en la práctica.

Se han realizado varios estudios en el Ecuador muchos de ellos ya citados, los cuales nos demuestran que los y las adolescentes poseen un cierto porcentaje de conocimiento sobre sexualidad, sin dejar atrás el hecho que este “conocimiento” no siempre es completo y muchas veces es erróneo.

# **CAPÍTULO III**

## **3. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las causas por las que los y las adolescentes no ponen en práctica sus conocimientos sobre sexualidad?

### **3.2 OBJETIVO GENERAL**

Comprender las causas por las que los y las adolescentes no ponen en práctica sus conocimientos sobre sexualidad.

### **3.3 TIPO DE ESTUDIO**

Es un estudio Cualitativo Interpretativo-explicativo.

### **3.4 METODOLOGÍA**

#### **3.4.1 MUESTRA**

El estudio se realizó con los y las adolescentes de 17 años que cursaban el segundo y tercer año de Bachillerato Químico-Biólogo del Colegio de señoritas Hipatia Cárdenas de Bustamante y de la Unidad Educativa “Julio María Matovelle” que cumplieron los criterios de inclusión.

La característica del muestreo fue acumulativa y secuencial hasta llegar a tener la información suficiente (alcanzar saturación) con el fin de responder a la pregunta planteada en esta investigación.

### **3.4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Adolescentes de 17 años que cursen el segundo y tercer año de Bachillerato Químico-Biólogo.
- Adolescentes que posean el consentimiento informado previamente firmado por su representante legal.

### **3.4.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Adolescentes que no tengan 17 años y que no cursen el segundo y tercer año de Bachillerato Químico-Biólogo.
- Adolescentes que no posean el consentimiento informado.

### **3.4.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Se realizaron entrevistas individuales grabadas semiestructuradas a los y las adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión. Estas entrevistas se realizaron en las instituciones educativas en el horario diurno.

- Guía de entrevista semiestructura (Anexo 4).

### **3.4.5 CATEGORÍAS DE LAS VARIABLES**

<b>Cuadro 6. Categoría de variables</b>	
<b>Conocimiento general de sexualidad</b>	Conocimiento sobre métodos anticonceptivos
	Conocimiento sobre Infecciones de transmisión sexual
	Consecuencias de las relaciones sexuales sin protección
	Fuentes de información
<b>Actitudes tomadas frente a la sexualidad</b>	Exigencias sociales para tener relaciones sexuales
	Embarazo adolescente
	Disposición familiar ante el embarazo adolescente

	Motivos por los cuales accederían a tener relaciones sexuales
	Motivos por los cuales no accederían a tener relaciones sexuales
	Acceso a las relaciones sexuales según el género.
	Papel de la religión en el comportamiento sexual
	Ideas de invulnerabilidad al contagio de infecciones de transmisión sexual
	Anticoncepción gratuita
<b>Práctica adoptadas</b>	Uso de métodos anticonceptivos
	Accesibilidad a los métodos anticonceptivos

(Realizado por Guerra Stephanie y Mejía Claudia)

### **3.4.6 ANÁLISIS DE DATOS**

Para el análisis de datos del estudio se realizó los siguientes pasos:

- Grabar los datos.
- Escuchar y transcribir las grabaciones
- Entrevistas individuales con guías semiestructuradas, las cuales serán grabadas.
- Transcripción de las grabaciones.
- Leer y organizar los datos
- Analizar los contenidos mediante la creación de categorías y si fuera necesario subcategorías resultantes de las entrevistas.
- Describir los resultados
- Interpretar de los resultados

### **3.5 ASPECTOS ÉTICOS**

Se garantizó el anonimato e intimidad al realizar las entrevistas. Además cada adolescente tomado en cuenta debió presentar el consentimiento informado previamente firmado por su representante legal. (Anexo 5).

# CAPÍTULO IV

## **4. RESULTADOS**

Mediante las entrevistas individuales realizadas en los colegios “Hipatia Cárdenas de Bustamante” y la “Unidad Educativa Julio María Matovelle”, se logró reunir información sobre la percepción de los y las adolescentes acerca de la sexualidad, detallada a continuación.

Con el objetivo de conseguir un análisis integro sobre la sexualidad, para la presentación de los resultados de las entrevistas se agruparon en tres categorías:

1. Conocimiento general sobre sexualidad
  - a. Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos (MAC).
  - b. Conocimiento sobre Infecciones de Transmisión sexual (ITS).
  - c. Consecuencias de las relaciones sexuales sin protección.
  - d. Fuentes de información.
2. Actitudes tomadas frente a la sexualidad
  - a. Exigencias sociales para tener relaciones sexuales.
  - b. Embarazo adolescente.
  - c. Disposición familiar ante el embarazo adolescente.
  - d. Motivos por los cuales accederían a tener relaciones sexuales.

- e. Motivos por los cuales no accederían a tener relaciones sexuales.
- f. Acceso a las relaciones sexuales según el género.
- g. Papel de la religión en el comportamiento sexual.
- h. Ideas de invulnerabilidad al contagio de Infecciones de transmisión sexual (ITS).
- i. Anticoncepción gratuita.

### 3. Prácticas adoptadas

- a. Uso de Métodos anticonceptivos (MAC)
- b. Accesibilidad a los Método anticonceptivo (MAC)

## ***4.1 Conocimiento general sobre la sexualidad***

### ***4.1.1 Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos (MAC)***

Los datos revelan que el conocimiento sobre MAC que poseen los y las adolescentes entrevistados es incompleto, se muestra que no existe un aprendizaje significativo con respecto a la existencia y aplicación de los mismos.

Los mitos juegan un papel muy importante en el uso de los MAC, como por ejemplo: *“el coito interrumpido sea un método anticonceptivo eficaz”* o *“la píldora anticonceptiva se tome solo el día que vayas a mantener una relación”*.

Sin embargo ellos sobrestiman ciertas ideas lo que produce una falta de uso de MAC esto se expresa en ideas como: *“los preservativos son un mal método anticonceptivo porque se rompen frecuentemente”*.

*“[...] el típico preservativo, el diafragma y las pastillas, las inyecciones, el calendario y esos no más. El ciclo menstrual era una etapa no recuerdo cual era, las pastillas deben tomarse [...]”*

*“[...] ese aro de plástico que te pones en el túnel, el anillo, el condón femenino nosotras mismo nos tenemos que poner y el preservativo del hombre que va en su miembro.”*

*“[...] la T que se pone interiormente en el útero para evitar que se ponga el feto ahí.”*

*“[...] dicen que con el preservativo va a tener menor sensibilidad.”*

#### **4.1.2 Conocimiento sobre Infecciones de transmisión sexual (ITS)**

Se evidenció que los y las adolescentes conocen la existencia de las ITS sin embargo no las diferencian, en la entrevista se preguntó si conocen las características fisiopatológicas y clínicas de las patologías, teniendo ante esta interrogante, una respuesta nula. En todos los casos el VIH-SIDA es la más nombrada.

*“En realidad son muchas, las más comunes son SIDA, gonorrea, sífilis, ladillas, entre otras.”*

*“[...] chancro, verrugas genitales [...]”*

*“No recuerdo que enfermedades de transmisión sexual hay, pero sé que existen”.*

#### **4.1.3 Consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección**

Se evidencia que los y las adolescentes no han desarrollado conciencia de las consecuencias que conlleva tener relaciones sexuales sin protección. Varias de sus aseveraciones reflejan que las relaciones sexuales suelen ser no planificadas. A pesar de que los y las adolescentes indican cuales son las consecuencias de practicarlas, las consideran ajenas a ellos.

*“Cuando inicié mi vida sexual no pensé en consecuencias, no pensé en nada.”*

*“En ese momento no pensaron nada y no se dieron cuenta sino hasta que ya estaban sin ropa, [...] es como un instinto”.*

*“Las consecuencias de una relación sin protección son: el embarazo y algunas enfermedades.”*

#### **4.1.4 Fuentes de información**

Los y las adolescentes entrevistados no encuentran diferencias entre la información que les otorgan en el colegio, los padres y los amigos.

A pesar de que en la sociedad ecuatoriana la sexualidad sigue siendo un tabú, el problema del embarazo adolescente parece ser la falta de comunicación entre padres e hijos. Sin embargo son los compañeros quienes responden las dudas y aunque saben que la información no es correcta la toman como verdad.

*“[...] no existe diferencia entre la información que ellos me dan.”*

*“Con mis papás no hablo sobre sexualidad [...].”*

*“Mis amigos son morbosos [...] esa es la fuente mala de donde uno aprende.”*

## **4.2 Actitudes**

### **4.2.1 Exigencias sociales para tener relaciones sexuales**

Los y las adolescentes consideran el hecho de que para tener relaciones sexuales necesitan cumplir ciertas características como: la madurez, la estabilidad económica, el amor y el estado civil.

El grupo entrevistado considera que la madurez constituye un pilar fundamental para asumir las responsabilidades que conlleva tener relaciones sexuales.

Por otro lado de estas entrevistas se obtuvo que los y las adolescentes consideren a la estabilidad económica un requisito para iniciar la vida sexual con la finalidad de formar una familia.

Se evidenció que el amor es imprescindible, se podría decir que las etapas iniciales del proceso de enamoramiento existen procesos fisiológicos que los llevan a iniciar su vida sexual.

También ellos conciben una idea cultural que consiste en que la actividad sexual debe desarrollarse dentro de la relación conyugal exclusivamente.

Sin embargo al plasmar de forma objetiva que edad consideran adecuada para tener relaciones sexuales, se obtuvo un rango de edad de 17 a 23 años, lo cual refleja la percepción de los y las adolescentes de que en esta edad ya presentarían todas las características antes mencionadas.

*“Cuando yo quiera formar una familia y porque es una forma de respetarme a mi misma y de estar segura de lo que voy hacer.”*

*“[...] tener un autoestima ya formado, tu moral bien formada, estar formada intelectualmente y emocionalmente. Cuando estemos maduras [...]”*

*“[...] creo que la condición sería amar a la persona que uno tiene a su lado [...]”*

*“Que este bien enamorada, creo.”*

*“[...] necesito tener una situación económica fija para poder tener una relación sexual bien hecha [...]”*

#### **4.2.2 Embarazo adolescente**

Se reconoce que el embarazo en esta etapa no es adecuado, ya que dificultaría sus objetivos de vida complicando su rol dentro de la sociedad.

Algunos de los y las adolescentes entrevistados interpretan al embarazo como una salida a sus problemas intrafamiliares, sin tomar en cuenta las implicaciones de esta decisión.

Como se mencionó anteriormente la mayoría de las relaciones sexuales en adolescentes no son planificadas, razón por la cual no cuentan con los MAC necesarios para llevar a cabo un acto sexual responsable.

*“El embarazo adolescente es por inmadurez, [...] es una bendición ser madre pero a la edad adecuada, [...] dejas muchas cosas, tus sueños, tus esperanzas de seguir adelante.”*

*“Creo que es truncarte, fallarte a ti misma [...].”*

*“El embarazo adolescente es lo peor que les puede pasar a los adolescentes, a ella y a él, porque tendrían que dejar los estudios y ya tendrá que cuidar a sus hijos. Yo empezaría a trabajar, no se si me obligaría a casarme, no quisiera dejar mis estudios [...].”*

*“[...] yo creo que le ven como salida ilógica porque tienen muchos problemas familiares [...].”*

*“[...] teóricamente sabemos muchas cosas pero si no queremos escuchar, es la única salida que encuentran para los problemas que tienen [...] si no sabemos hacer nada más y lo que nos queda es casarnos, no nos queda más [...].”*

*“A veces es falta de responsabilidad de parte de los dos [...].”*

*“[...] muchas veces es por ignorancia de los jóvenes porque no nos preparamos bien, y no pensamos en las consecuencias.”*

### **4.2.3 Disposición familiar ante el embarazo adolescente**

Se puede evidenciar que la manera de actuar de los padres hacia el embarazo adolescente es compleja, ya que actúan muchos factores morales, la percepción que poseen los y las adolescentes en este estudio indica que gran parte de sus padres estarían dispuestos a apoyarlos en ambos géneros, sin embargo son los y las adolescentes quienes refieren que una de las consecuencias sería decepcionar a sus padres, ya que ellos proyectan sus objetivos de vida hacia sus hijos.

Por otro lado cierto grupo de adolescentes manifiestan que sus padres no les brindarían apoyo, por lo cual se encontrarían obligados a abandonar sus estudios y comenzar a trabajar para poder sustentar los gastos de su nueva familia.

*“Mi madre, creo que al fin y al cabo toda madre apoyaría pero mi papá pegaría el grito en el cielo [...] es decepcionar a mis padres [...] me prohibirían muchas cosas [...].”*

*“Yo creo que mis papis si me apoyarían pero se sentirían decepcionados de mi porque el sueño de mi padre es que su hija sea una profesional [...].”*

*“Sería la muerte para ellos, yo prefiero matarme que decepcionarlos, mi familia se destruye [...].”*

*“Mis viejos me mandan a la mierda si se llegaran a enterar que embarace una chica, pero a la final si me apoyarían.”*

*“[...] me dicen que me vaya de la casa, no me obligarían a casarme pero si que haga mi vida.”*

*“[...] tendría que trabajar, si dejaría el estudio porque cometí un error y debería pagarlo.”*

#### **4.2.4 Motivos por los cuales accederían a tener relaciones sexuales**

Uno de los motivos que lleva a los y las adolescentes a tener relaciones sexuales es poseer una estabilidad emocional, la cual les da confianza y seguridad.

Además ellos toman en cuenta que el estar enamorado de la persona que tienen a su lado sería el motivo principal que los llevaría a tener relaciones sexuales, cabe recalcar que de los adolescentes, uno de ellos mencionó al amor como motivo principal.

Los y las adolescentes se desarrollan en una sociedad que las empuja a seguir preceptos propios de su grupo etario, se puede notar que existe un grado de dependencia hacia la otra persona, la cual refleja que estos adolescentes se encuentran dispuestos a ceder a los pedidos de su pareja para evitar perderla.

*“Recientemente inicie mi vida sexual, lo hice porque he estado bastante tiempo y fue porque se dio el momento.”*

*“Yo no he tenido mi primera experiencia sexual porque no encuentro una pareja fija”*

*“Principalmente debería ser el amor mas no como un acto impulsivo, debe predominar el amor y el respeto mutuo, eso me llevaría a tener una relación.”*

*“[...] sentir que tu quieres ya lo suficiente a esa persona, y querer permanecer el resto de la vida con esa persona.”*

*“[...] porque los hombres les exigen la prueba de amor [...] y accedemos [...].”*

*“Tal vez dejarse llevar por un chico [...].”*

*“[...] lo hacen por miedo a no quedarse solas.”*

*“[...] la amistad con otras personas también hace que no apliques lo que conoces, te dejas llevar por lo que diga el resto.”*

#### **4.2.5 Motivos por los cuales no accederían a tener relaciones sexuales**

Se demuestra que los y las adolescentes están dispuestos a tener relaciones sexuales cuando otro se lo propone, siempre y cuando sientan estabilidad emocional con su pareja, la falta de oportunidad también es uno de los motivos importantes en el género masculino especialmente.

Por otro lado, ellos consideran que no poseen la edad adecuada para tener relaciones sexuales.

Se pudo evidenciar que los y las adolescentes que poseen una autoestima alta no estarían dispuestos a tener relaciones sexuales a esta edad.

*“[...] no me he enamorado, he tenido novios pero a la ligera, y ninguno me ha propuesto.”*

*“Yo aun no he tenido, porque no se ha dado nunca la oportunidad.”*

*“[...] pienso que todavía no es edad.”*

*“[...] el respeto a mi misma, y como yo me respeto y me valoro sé que no cualquiera puede tenerme [...].”*

*“[...] yo antes quiero tener una profesión, una vida ya hecha [...].”*

#### **4.2.6 Acceso a las relaciones sexuales según el género.**

La educación que se brinda desde el hogar y en las instituciones educativas en nuestra sociedad aún mantiene ciertas características conservadoras, motivo por el cual se piensa que las mujeres deben mantener algunos estándares morales para evitar ser rechazadas y así como el género femenino, los hombres deben cumplir ciertos estándares que incluyen un inicio de vida sexual a temprana edad.

Adicionalmente existe un grupo de adolescentes que considera que al vivir en una sociedad libre podrían tener relaciones sexuales tanto hombre como mujeres sin prejuicios.

*“Como el pensamiento es machista las mujeres tenemos que llegar vírgenes al matrimonio, ser pudorosas. Entonces creo que a las mujeres nos imponen más temor desde que nos educan.”*

*“Es verdad que los hombres tenemos más acceso al sexo porque somos más visuales, por eso somos más propensos al sexo”.*

*“Yo creo que como cada uno es dueño de sus actos y decide cuando tener relaciones sexuales, es equitativo.”*

*“Creo que es falso que los hombres tengan acceso al sexo mas fácilmente porque ahora es igual mujeres y hombres”*

#### **4.2.7 Papel de la religión en el comportamiento sexual**

Se debe mencionar que en la actualidad la religión tiene gran peso en cuanto a la forma de actuar de los y las adolescentes, ya sea por creencia en un ser superior o por miedo a las consecuencias que llevaría tener una vida sexual activa. Por otro lado esta los influye ya que postula normas morales que deben ser seguidas a cabalidad.

Sin embargo existen ciertos adolescentes que al no practicar una religión en especial no se encuentran forzados a seguir ciertas conductas morales otorgadas por la ella.

*“La religión si tiene que ver porque si eres sensato y crees en Dios y sigues sus pasos si maduras en ti mismo y sabes que debes o no hacer.”*

*“[...] dicen que respete su cuerpo hasta el matrimonio.”*

*“La religión en parte influye, porque dice de la abstinencia [...].”*

*“[...] a veces no haces cosas porque Dios puede castigarte [...].”*

*“La religión trata el tema de la sexualidad como que de satanizarle como que hacerle ver algo malo y puede que se refleje esa idea mala sobre el sexo [...].”*

*“La religión no influye, antes era más pero ahora ya no.”*

#### **4.2.8 Ideas de invulnerabilidad al contagio de Infecciones de transmisión sexual (ITS)**

Se puede observar que los y las adolescentes están conscientes de la exposición al contagio de ITS, sin embargo señalan que la transmisión sexual no es la única forma de contagio. Es importante señalar que la prevención para evitarlas si es una idea presente en ellos.

Por otro lado existe cierto sentimiento de inmunidad hacia el contagio de ITS, esta idea se encuentra fomentada por su percepción de ser invulnerables a las consecuencias de los actos que realizan en esta etapa de la vida.

*“[...] todos estamos expuestos, entonces es preferible cuidarse.”*

*“No todas son solo por vía sexual que se transmiten [...] por los baños también [...] perforaciones, mala práctica médica, transfusiones”*

*“Yo hablando por mi no podría contagiarme por el hecho de que aún no llevo una vida sexual activa, y cuando la inicie no la llevaría de manera tan desenfrenada, si me protegería.”*

*“Creo que no estoy propensa a contagiarme de estas enfermedades [...]”*

#### **4.2.9 Anticoncepción Gratuita**

Se evidenció que los y las adolescentes encuentran adecuado el programa de anticoncepción gratuita ya que esto les permitiría tener relaciones sexuales de forma responsable.

Debemos tomar en cuenta que a pesar del conocimiento que poseen los y las adolescentes acerca del programa de anticoncepción gratuita y su finalidad, muchos de ellos tergiversan la información tomándola como incentivo para el inicio de su vida sexual.

*“Está bien porque tener relaciones sexuales es decisión de cada persona y si deciden hacerlo es mejor que se protejan.”*

*“[...] ahorita todos se alocan y hacen lo que quieran.”*

*“Por una parte está bien que sea gratuito porque hay chicos que no compran los preservativos por vergüenza [...]”*

*“Es un arma de doble filo la anticoncepción gratuita, porque es darte libertad, [...]”*

*“No me parece bien que pongan máquinas de condones porque mas están incentivando a las personas a tener relaciones antes de tiempo.”*

*“Por un lado bien el problema es que al hecho de ser dispensadores son accesibles para toda clase de personas que no precisamente tienen un criterio bien formado para una relación basada en la planificación familiar, para no concebir [...] Por otro lado está mal porque el hecho de poner menores de edad expuestos a la facilidad de acceder a eso, es darles una llave para que abran la puerta y hagan lo que se les dé la gana [...]”*

### **4.3 Práctica**

#### **4.3.1 Uso de Métodos anticonceptivos (MAC)**

El grupo entrevistado refiere que el método más conocido es el de barrera.

La discreción parece ser uno de los determinantes en la elección de MAC por los y las adolescentes.

A pesar de que ellos conocen la existencia de los MAC, ya en la práctica la calidad de este conocimiento sobre el uso de estos es vaga.

*“Yo escogería el condón [...], los demás no tengo un claro conocimiento y porque es más barato que los demás.”*

*“Yo usaría el preservativo porque te protege para no tener hijos”*

*“La inyección porque es una vez al mes, y las mamás no lo notan.”*

*“Yo usaría el condón de mujer me han dicho que es más seguro pero no se como funciona [...].”*

*“No se como funcionan los métodos anticonceptivos”*

#### **4.3.2 Accesibilidad a los Métodos anticonceptivos (MAC)**

Los y las adolescentes entrevistados refirieron tener la percepción de ser juzgados al momento de intentar adquirir los MAC

*“[...] el señor de la farmacia me quedó viendo con cara de tan chiquita y comprando preservativos, [...] Me sentí extraña [...].”*

*“[...] estaba insegura y con nervios.”*

*“[...] sentía mucha vergüenza.”*

*“Cuando vas seguro a comprar no pasa nada.”*

# CAPÍTULO V

## **5.1 DISCUSIÓN**

Se ha demostrado en varios estudios que los y las adolescentes poseen cierto nivel de conocimiento general sobre sexualidad.

Cuando se carece de información objetiva se suele superar ese vacío creando ideas, supuestos que por ser la única información de la que disponemos acaban por consolidarse como creencias muy arraigadas.

Mogrovejo y Melo (2011) señalan que el 10% desconocen sobre MAC. Se evidenció en los resultados de este estudio que no existe un aprendizaje significativo de la información que se les otorga en el colegio, padres y amigos. Si bien los y las adolescentes saben de MAC es evidente que el conocimiento es vago e incompleto, ya que se demuestra a través de las entrevistas que desconocen la forma adecuada de utilizarlos. De igual manera se demostró que existen ideas erradas en cuanto al uso de los MAC, que hacen que los y las adolescentes no los utilicen.

En el Ecuador se ha observado que el 14,2% de adolescentes conocen las formas de contagio del VIH (Andrade y Vallejos, 2010). En el presente estudio se evidenció que ellos conocen la existencia de las ITS no obstante desconocen cuales son y la clínica de las mismas, en todos los casos el VIH-SIDA es la más nombrada.

Tarazona (2006) demuestra que el inicio sexual ocurre de forma no planificada. Molina y Jara (1995) demostraron como el primer encuentro sexual se daba regularmente bajo condiciones de presión y espontaneidad, no se usaba método alguno para prevenir el embarazo. Según el presente estudio se puede observar que los y las adolescentes no han desarrollado conciencia de las consecuencias que conlleva tener relaciones sexuales sin protección.

El hecho de que la relación sexual sea casual y no planificada conlleva al adolescente a no contar con MAC en ese momento. También se ha demostrado que las hormonas juegan un papel importante en la toma de decisiones al momento de tener una relación sexual. Se evidencia que los adolescentes al intentar complacer a la pareja muchas veces acceden a no utilizar un MAC en la relación sexual.

Debemos considerar que a pesar de que ellos están al tanto de las consecuencias que trae el tener una relación sexual irresponsable el momento que sucede no lo toman en cuenta, adicionalmente el momento del encuentro generalmente es inesperado, esto puede ser debido a las hormonas, se ha demostrado que la testosterona juega un papel importante en la cuarta etapa del enamoramiento, así en los hombres provoca una actitud de presión a la pareja para tener cierto contacto físico. En las mujeres en cambio existe una especie de ceguera en el juicio y toma de decisiones. Por lo tanto se encuentran susceptibles a acceder a una relación sexual no responsable.

Debemos considerar que la información que reciben los y las adolescentes es otorgada por sus maestros, padres y amigos.

Patrício y Araújo (2000) afirman que los tabúes y prejuicios evitan que el individuo trate de aprender. Por lo tanto, ellos buscan ayuda con otros adolescentes con el objetivo de intercambiar ideas y compartir los mismos temores. En el presente estudio se pudo observar que el conocimiento recibido por las diferentes fuentes no siempre es igual, ya que ellos aprenden de sus amigos quienes tienen el mismo conocimiento y es aquí donde el papel de los mitos y creencias toman gran importancia en su forma de poner en práctica lo que conocen.

Nuestros resultados han mostrado que el tabú sobre la sexualidad en la familia parece persistir, hecho que se demuestra por la falta de educación sexual impartida por los padres, Leilane Barbosa y cols (2006) indicaron que este tabú persiste incluso cuando se trata de la relación entre hermanas adolescentes.

Los y las adolescentes se desenvuelven en una sociedad regida por características morales muy definidas, ya sean estas administradas por la religión, la familia y las mismas costumbres adquiridas a lo largo del tiempo, éstas provocan que ellos sean encasillados en distintos roles con la finalidad de que se cumpla a cabalidad sus responsabilidades ante la misma Corcoran y cols (2000).

En este estudio se pudo notar que existen tres características imprescindibles para el inicio de su vida sexual, la madurez, el amor y el matrimonio.

La definición de madurez para este grupo etario involucra: un desarrollo completo tanto física como psicológicamente, tener una profesión y estabilidad económica y laboral, con el fin de asumir la responsabilidad de una posible paternidad o maternidad. De los factores identificados como protectores para el embarazo aparece la capacidad reflexiva y el proyecto de vida (Bernardita Baeza y cols., 2007).

Es importante señalar que el amor es una descarga de diferentes hormonas las cuales modifica el funcionamiento de muchas estructuras cerebrales. Este hecho podría llevarlos a tomar decisiones para los que pudieran no estar suficientemente maduros (Casey y cols., 2003). El “amor romántico” se constituye como un elemento determinante para el inicio de la actividad sexual que se asocia al no uso de anticoncepción, dado que en ese contexto la introducción de los métodos anticonceptivos se interpreta por las adolescentes como falta de confianza en la pareja (De la Cuesta C, 2001). El noviazgo viene a simbolizar igual que en otros contextos el espacio de entrenamiento sexual y que permite con el tiempo, identificar a la mujer ideal para entablar una relación estable (Zárate, 2005; Gutiérrez, 2007).

Los y las adolescentes conciben una idea cultural que consiste en que la actividad sexual debe llevarse a cabo dentro de la relación conyugal exclusivamente.

Otro tema significativo a tratar es el incremento de la fecundidad adolescente. En el Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez (ENDEMAIN 2004). Al indagar este tema ellos reconocen que el embarazo en esta etapa no es adecuado, ya que dificultaría el desarrollo de sus objetivos de vida obstaculizando su rol dentro de la sociedad, es llamativo que el embarazo en esta edad se considera como una salida a los problemas intrafamiliares, sin que tomen en cuenta las consecuencias de su decisión.

Se mostró que la mayoría de los padres apoyarían a sus hijos en caso de un embarazo adolescente, sin embargo existen padres que desapruaban este hecho tomándolo como un fracaso de parte de sus hijos. Se puede afirmar que la forma de actuar de los padres ante el embarazo adolescente es compleja, ya que actúan muchos factores morales, gran parte de los padres estarían dispuestos a apoyar a sus hijos en ambos géneros, sin embargo un rasgo importante a aclarar es que la más devastadora de las consecuencias sería decepcionar a los padres, ya que ellos proyectan sus objetivos de vida hacia sus hijos.

Bernardita Baeza y cols. (2007) demuestra que cuando existe un “límite estrecho familiar”, este podría actuar como factor de riesgo para el aborto provocado, ante el temor de la adolescente que se embaraza debe enfrentar a sus padres cuando han expresado la frase “te caso o te echo”. Reeder y cols (1995) afirma que las carencias afectivas que se producen principalmente en la familia y la baja autoestima son factores de riesgo para un embarazo adolescente. Bernardita Baeza y cols. (2007) evidenció que la familia involucrada que cuida a sus miembros, estableciendo límites claros, la que se ha denominado “familia cuidadora” es un factor protector para en el embarazo adolescente.

La persona con quien los y las adolescentes inician su vida sexual esta marcada en la mayoría de los casos por la sociedad en la que ellos viven, así la exigencia de la “prueba de amor” y “al burdel para que se haga hombre” son una demostración clara de que existen ciertos términos en las relaciones entre mujeres y varones (Checa S., 2005). Los resultados de este estudio han resaltado esta idea, ya que ellos afirman que existe diferencia en cuanto a la accesibilidad a las relaciones sexuales dependiendo del género. Luz y Berni (2000) demostraron que las desigualdades de género limitan a las personas a asumir diferentes patrones de comportamiento, por lo que ser un adolescente debe actuar de acuerdo a la naturaleza de su sexo. Caricote (2006) demostró que los varones constantemente fueron presionados por su grupo de pares y familiares varones a demostrar ser hombre, es así que la gran mayoría de los

varones tuvieron su debut sexual por presión social, lo que hacía que muchas veces se recurriera al viejo ritual de asistir con mujeres expertas o prostitutas

La religión tiene gran peso en cuanto a la forma de actuar de los y las adolescentes, ya sea por creencia en un ser superior o por miedo a las consecuencias que llevaría tener una vida sexual activa. Por otro lado esta los influye ya que postula normas morales que deben ser seguidas a cabalidad. Las costumbres están generalizadas tanto entre el clero como entre la población civil y que la religión encuentra a un Dios justiciero que premia a los buenos y castiga a los malos, y a los justos en la contemplación de Dios, mientras los pecadores son víctimas de toda clase de horrores en el infierno (Menéndez M. 1998).

Se ha podido notar que los y las adolescentes se encuentran consientes que la exposición hacia las ITS no es ajena a ellos, ya que señalan que la transmisión sexual no es la única forma de contagio adicionalmente es importante señalar que la prevención para evitar el contagio es una idea presente en ellos.

Sin embargo existen ciertos adolescentes que se consideran protegidos del contagio de ITS, idea que se expresa debido al sentido de inmunidad hacia las enfermedades en esta etapa de la vida.

En el presente estudio se evidencia estas dos ideas, por un lado la conciencia de un posible contagio de ITS e invulnerabilidad hacia las mismas.

Pesse y cols. (2011) afirman que los y las adolescentes aceptan que la presencia de enfermedades de transmisión sexual es una preocupación importante, pero de la que se habla con recelo; “es preferible distraer la atención”. Consideran que estas patologías se hacen presentes como consecuencia del inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales (según ellos entre los 12 y 13 años) y de la cantidad de parejas que tienen. Estas conductas, según ellos, son muy comunes entre los y las adolescentes escolarizados. No se habla del VIH como un problema; se conoce su existencia, pero lo ven como muy lejano, lo que es terriblemente falso y extremadamente peligroso. Según datos obtenidos del SIISE, en el año 2008 hubieron 679 muertes por VIH, y de esas, 225 (33,1%) se produjeron entre los 15 y 29 años. (Secretaría Técnica del Frente Social, 2010).

Papalia y Wendkos (2001), la percepción de invulnerabilidad, el egocentrismo y las fantasías propias de esta etapa del desarrollo, aumentan el riesgo de embarazo en adolescentes e ITS.

En el Ecuador se realizan programas de anticoncepción gratuita, con el fin de prevenir embarazos no deseados y el contagio de ITS. En los 10 últimos años los embarazos en adolescentes se incrementaron en un 74% en edades estimadas de 10 y 14 años, según datos del Ministerio de Salud Pública (MSP).

En Marzo del 2011 se realizó una importante campaña de anticoncepción. El Ministro de Salud, David Chiriboga, explicó que la meta era disminuir el número

de partos al año en todo el país a través de varias estrategias que contempla la campaña gubernamental. Entre esas citó el acceso gratuito a todos los MAC en las unidades del ministerio de Salud Pública y en toda la red sanitaria que incluye hospitales y centros de salud. Se señaló que con la gratuidad se eliminarán las barreras económicas que han impedido a los ciudadanos tener acceso a los métodos de planificación familiar.

Asimismo la campaña incluyó programas de educación sexual y planificación familiar, que estuvieron a cargo de los ministerios de Educación, Salud y de Inclusión Económica y Social. Se invirtió \$ 4 millones en métodos anticonceptivos. La campaña incluyó a niños y adolescentes de entre 10 y 14 años de edad.

Pesse y cols. (2011) señalan que los y las adolescentes sienten como problema cercano al embarazo no planificado y sus consecuencias, sobre todo por el discrimen que sufren las jóvenes que deben enfrentarlo. Lo curioso es que a pesar de vivir de cerca esas realidades, no saben, o no quieren dar respuestas, acerca de sus medidas preventivas. Manifiestan que “no hacen nada por evitarlas”.

Según CIPEA el 96% de mujeres de 15 a 49 años conoce sobre los métodos anticonceptivos pero solo el 14% las utiliza.

En el presente estudio se observó que la mayoría de los y las adolescentes entrevistados tenían una opinión tanto favorable y desfavorable con respecto a

la anticoncepción gratuita. Mencionaban que ésta era un “arma de doble filo” ya que su propósito era protegerlos de las consecuencias de una relación sexual, pero a la vez se lo tomaba como un incentivo para el inicio prematuro de las mismas.

En el caso de la anticoncepción, hay una distancia entre el conocimiento y el uso de métodos, el 91% vs. 47% respectivamente, (ENDEMAIN 2004). La falta de conocimiento en sexualidad se refiere a que existe información pero que es escasa frente a sus necesidades respecto de cómo prevenir un embarazo, de los MAC tienen información pero no saben cómo usarlos (Bernardita Baeza y cols. 2007). Evidenciamos en nuestros resultados que los motivos para el uso de MAC son la discreción del mismo hacia la familia y la accesibilidad, sin embargo esta es limitada ya que ellos crecen con creencias muy conservadoras las cuales les hacen pensar que el usar MAC es mal visto por la sociedad.

Barbosa y cols. (2006) evidenciaron que la elección de un método anticonceptivo parece estar basada en las creencias desarrolladas a partir de la observación de la vida de la gente propia familia, lo que demuestra que la forma de actuar de un individuo se desarrolla a través de la influencia de varios factores en su entorno socio-cultural. En el presente estudio se evidencio que una de las características para elegir un MAC es la discreción, porque en este caso el uso de MAC esta penalizado por la sociedad en la que se desenvuelven.

El uso marginal e inconsistente de los MAC, a pesar del conocimiento respecto de su existencia. Los y las adolescentes refieren que el no uso de MAC se debe a que no acuden a los centros de salud donde se distribuyen y se explica el uso de éstos, por miedo a ser puestas en evidencia, principalmente frente a la familia. Asimismo, el no uso de MAC aparece asociado a una discriminación de género, ya que socialmente no se permitiría a las mujeres, pero sí a los adolescentes, tener actividad sexual y utilizar anticonceptivos.

## **5.2 LIMITACIONES**

Dentro del estudio realizado se presentaron algunas dificultades para obtener la información en general.

Una de ellas fue que al momento de realizar las entrevistas algunos de los y las adolescentes de género masculino, se mostraban tímidos al hecho de comentar sus opiniones sobre la sexualidad. Sin embargo en la prueba piloto realizada en adolescentes de género masculino no se encontró tal dificultad.

La investigación cualitativa se basa en las creencias, presunciones, experiencias de los individuos ya sean estos el objeto de estudio o los investigadores. Por lo cual el enfoque que se da en el análisis es subjetivo. Encontramos cierta dificultad al analizar los resultados en forma objetiva, por la razón antes mencionada.

Por otro lado no se encontró estudios cualitativos realizados del mismo tema en el Ecuador ya que se reducen la posibilidad de comparar los datos del presente estudio.

### **5.3 CONCLUSIONES**

- El conocimiento general sobre la sexualidad que poseen los y las adolescentes estudiados es incompleto y errado, en cuanto a los MAC no existe un aprendizaje significativo debido a que conocen cuales son pero no la forma de utilizarlos, de igual manera el conocimiento sobre ITS es vago ya que conocen su existencia sin embargo no distinguen cuales son y la clínica que estas poseen.
- La mayoría de las relaciones sexuales son no planificadas y se presentan de forma casual motivo por el cual las consecuencias de una relación sexual sin protección se encuentran presentes en los y las adolescentes sin embargo las consideran ajenas a ellos.
- Los y las adolescentes obtienen la información sobre la sexualidad de sus maestros, padres y amigos. Existe una falta de comunicación entre los padres e hijos debido a que actualmente aun existe cierto tabú en cuanto a la sexualidad, esta es la razón por la cual estos adolescentes buscan resolver sus dudas en sus contemporáneos.
- Este grupo etario considera que se debe cumplir ciertas exigencias sociales para iniciar la vida sexual. El amor, la estabilidad económica, la madurez y el estado civil son los cuatro pilares para satisfacer las mismas. Sin embargo existe una contradicción en cuanto a estas exigencias y la edad referida como adecuada, de 17 a 23 años, por lo tanto sus concepciones no van acorde a su praxis diaria.

- A pesar de que algunos adolescentes piensan que el embarazo es una salida para sus problemas familiares, otro grupo piensa que este es un obstáculo para lograr sus objetivos de vida.
- La percepción que poseen los y las adolescentes acerca de la actitud de los padres sobre el embarazo es distinta, porque en este tema actúan ciertos factores morales que condicionan sus actos.
- Los motivos por los cuales los y las adolescentes tendrían relaciones sexuales son el amor que sienten hacia la otra persona, lo que los lleva a percibir cierta estabilidad emocional y la falta de autoestima en algunos casos provoca que ellos accedan a las demandas de su pareja.
- El contexto es uno de los motivos por el cual los y las adolescentes no tendrían relaciones sexuales.
- La educación impartida hacia estos adolescentes los empuja a cumplir preceptos morales propios de cada género.
- Actualmente la religión influye en la conducta de los y las adolescentes en cuanto a sexualidad se refiere, si bien muchos de ellos cumplen ciertas normas morales que la religión impone, otros adolescentes al no practicar ninguna religión no sienten la presión que esta ejerce sobre ellos.
- Los y las adolescentes están conscientes del posible contagio de ITS, sin embargo ven a este hecho como ajeno a ellos ya que tienen una percepción de invulnerabilidad a ser afectados por estas.

- El uso de los MAC se encuentra regido por el conocimiento que tienen de estos, si este conocimiento es erróneo la práctica se vuelve obsoleta.
- Para que un MAC sea utilizado por los y las adolescentes debe cumplir dos parámetros: el primero es la discreción y el segundo es la accesibilidad.
- El miedo que tienen los y las adolescentes a ser juzgados evita que ellos adquieran los MAC.

## **5.4 RECOMENDACIONES**

La recomendación para lograr el objetivo de los programas de educación sexual, es adoptar nuevos métodos que capten de mejor manera la atención de las nuevas generaciones de estudiantes, así impartir una enseñanza novedosa que proporcione a los/as alumnos/as no solo interés sino concientización respecto a un tema de vital importancia como es el de la sexualidad, factor necesario dentro de una sociedad cambiante.

Se recomienda a las instituciones educativas implementar estrategias cuyo objetivo sea enfatizar la educación sexual, en base a la creación de una asignatura específicamente enfocada en este tema, el cual englobarían temas como: la autoestima, cambios físicos y psicológicos en etapa de adolescencia, sexualidad y anticoncepción.

Mencionado esto, se pretende una mejora en la enseñanza del tema de sexualidad dentro de las instituciones educativas tanto públicas como privadas, sin descuidar el cumplimiento de las mismas.

# BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS Washington.2006.
2. López A y cols. ADOLESCENTES Y SEXUALIDAD. Universidad de la República. Uruguay-Montevideo; 2005.
3. Anónimo. LA SEXUALIDAD EN LA HISTORIA. Documento inédito. Instituto Mexicano de Sexología; 1995.
4. Morris D. THE NAKED APE. A zoologist's Study of the Human Animal. España; 1977.
5. Matsers W, Johnson V, Kolodny R. PERSPECTIVAS DE LA SEXUALIDAD. EN: LA SEXUALIDAD HUMANA. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1988.
6. Anónimo. JUDEO CRISTIANISMO Y SEXUALIDAD. Documento inédito. Instituto Mexicano de Sexología; 1995.
7. Calderone M. HISTORICAL PERSPECTIVES ON THE HUMAN SEXUALITY MOVEMENT: HINDSIGHTS, INSIGHTS AND FORESIGHTS. New York: Grune & Stratton; 1978.
8. Cerruti S. SOCIEDAD Y SEXUALIDAD. EN: SEXUALIDAD HUMANA. ASPECTOS PARA DESARROLLAR DOCENCIA EN EDUCACIÓN SEXUAL. Montevideo: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 1992.
9. Del Río Chiriboga C. SIDA Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. México: El Manual Moderno; 1996.
10. Caruso KS. FEMALE SEXUALITY AND SEXUAL COUNSELING. Curr Prob Obstet Gynecol Fertil; 1993.
11. Anónimo. LA SEXUALIDAD VICTORIANA. EN: SECRETOS DE LA PAREJA. Barcelona: Planeta De- Agostini; 1995.
12. Anónimo. LA REVOLUCIÓN SEXUAL. EN: SECRETOS DE LA PAREJA. Barcelona: Planeta De Agostini; 1995.
13. Anónimo. LOS SEXÓLOGOS. EN: SECRETOS DE LA PAREJA. Barcelona: Planeta- De Agostini; 1995.
14. Kinsey A, Pomeroy W, Martin C. SEXUAL BEHAVIOR IN THE HUMAN MALE. Philadelphia: WB Saunders; 1948.
15. Kinsey A, Pomeroy W, Martin C. SEXUAL BEHAVIOR IN THE HUMAN FEMAL. Philadelphia: WB Saunders; 1953.
16. Masters W, Johnson V. HUMAN SEXUAL INADEQUACY. Boston: Little Brown; 1970.
17. CONAPO. LA SITUACIÓN ACTUAL DE LAS Y LOS JÓVENES EN MÉXICO. DIAGNÓSTICO SOCIODEMOGRÁFICO. México; 2000.
18. Caballero J, Conde C, Villaseñor A. ITS Y VIH/SIDA EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES. México; 2006.
19. Menkes C, Suárez L. SEXUALIDAD Y EMBARAZO ADOLESCENTE EN MÉXICO. Papeles de Población, enero-marzo, número 035. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México; 2003.
20. Margulis M. LA JUVENTUD ES MÁS QUE UNA PALABRA. 2ª Ed. Buenos Aires: Biblos; 2000.

21. González G y cols. PERFIL DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL EN ADOLESCENTES MEXICANOS DE 12 A 19 AÑOS DE EDAD. RESULTADOS DE LA ENSA 2000. *Revista de Salud Pública*, mayo-junio de 2005; volumen 47: número 3, p. 210.
22. Gubert D. SEXUAL INITIATION IN MALE ADOLESCENTS. Estados Unidos, 2009.
23. Salles V, Tuirán R. EL DISCURSO DE LA SALUD REPRODUCTIVA: ¿UN NUEVO DOGMA? México; 2001.
24. Weeks J. LA CONSTRUCCIÓN CULTURAL DE LAS SEXUALIDADES. ¿QUÉ QUEREMOS DECIR CUANDO HABLAMOS DE CUERPO Y SEXUALIDAD?. México; 1998.
25. Parrini R. PATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA: ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS PARA ESCAPAR DEL SENTIDO COMÚN ILUSTRADO. EXPLORANDO EN LA CUADRATURA DEL CÍRCULO.
26. Encuestas DHS para Bolivia, Colombia y Perú; CAN para Chile; ENDEMAIN para Ecuador; PNSNNA para Venezuela
27. CELADE (2004). *Boletín Demográfico 68. América Latina y Caribe: Fecundidad 1950-2050*. Santiago de Chile; Encuestas DHS; Guzmán, J.M. et al. (2001). *Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe*. México; Guzmán, J.M. et al. (2006). "La démographie de l'Amérique latine et de la Caraïbe depuis 1950". *Population*. Vol. 61 : Núm. 5-6. France. INED.
28. Juárez F. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES EN AMÉRICA LATINA: EVIDENCIA, TEORÍAS E INTERVENCIONES. En: La fecundidad en condiciones de pobreza: una visión internacional. Instituto de Investigaciones Sociales. México; 2002.
29. González J. *CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA SEXUALIDAD EN UNA POBLACIÓN ADOLESCENTE ESCOLAR*. Revista de Salud Pública de Colombia. 2009 Junio; Vol. 11: Núm. 1, pp. 14-26.
30. Vallejos K, Andrade M. RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO, PRÁCTICAS Y ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DE LOS 4TOS, 5TOS Y 6TOS CURSOS DE LOS COLEGIOS: TÉCNICO NACIONAL RUMANIA, SAN PEDRO PASCUAL, INSTITUTO TÉCNICO LOS SHRYRIS Y GALILEO GALILEI, DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO Y VALLE DE LOS CHILLOS EN EL MES DE MAYO DE 2010. Quito, Ecuador. 2010
31. INEC. CENSO POBLACIONAL 2010; <http://www.inec.gov.ec/>
32. Mogrovejo L, Melo J. ANTICONCEPCIÓN, CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y CREENCIAS EN ADOLESCENTES ENTRE 14 Y 18 AÑOS DE EDAD EN CUATRO COLEGIOS DE LA CIUDAD DE QUITO. Quito, Ecuador. 2011.
33. Cepeda G. CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD EN LOS ALUMNOS DE LOS 6TOS CUSOS DEL COLEGIO MIXTO "CARLOS MARIA CARDENAL DE LA TORRE". Quinche. 2002.
34. Tarazona D. ESTADO DEL ARTE SOBRE COMPORTAMIENTOS SEXUAL ADOLESCENTE (II). Revista Electrónica del Instituto Psicología y Desarrollo. Abril 2006. Número 7. ISSN 1811-847X, P. 2.
35. Parkes A. CONTRACEPTIVE METHOD AT FIRST SEXUAL INTERCOURSE AND SUBSEQUENT PREGNANCY RISK. Enero 2009.
36. Ruales F. DIFUSIÓN FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA INICIO DE RELACIONES SEXUALES TEMPRANAS EN ADOLESCENTES, QUITO, ECUADOR. 2005.

37. Sbarbi M. Crece el embarazo adolescente en Latinoamérica MADRES ADOLESCENTES EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE. 2009.
38. Gonzales F. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN JÓVENES ENTRE 14 Y 25 AÑOS DE EDAD DE ESTRATOS 1 – 2 DEL SISBEN DE UN MUNICIPIO DEL DEPARTAMENTO DEL CUNDINAMARCA. Bogotá Colombia. 2004
39. García C. FACTORES SOCIALES Y SU ASOCIACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO PARA ADQUIRIR ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. *Ciencia Ergo Sum*, Julio 2001; volumen 8, número dos. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México, pp.162-168.
40. Moore, Rosenthal (1994: 18), citado por Aggleton, Peter. PRÁCTICAS SEXUALES, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SIDA ENTRE JÓVENES. *Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación 2001*. El Colegio de México. México. 365-381.
41. Flores Rosales Gilda. La fórmula química de cupido. *Revista Digital Universitaria* 10 de noviembre 2008 • Volumen 9 Número 11 • ISSN: 1067-6079
42. Alberoni, A. *Enamoramiento y amor*. Barcelona: Ed. Gedisa, 2000.
43. Fisher, H. *Anatomía del amor*. Barcelona: Editorial Anagrama, 1994.
44. Gonzaga, G.C.; Turner, R.A.; Keltner, D.; Campos, B. y Altemus, M. (2006): Romantic love and sexual desire in close relationships. *Emotion* 6(2):163-179.
45. Diamond, L.M. (2003): What does sexual orientation orient? A biobehavioral model distinguishing romantic love and sexual desire. *Psychol Rev* 110(1):173.192.
46. Burunat, E. (2004): El desarrollo del sustrato neurobiológico de la motivación y emoción en la adolescencia: ¿Un nuevo período crítico? *Infancia y Aprendizaje* 27:87-104
47. Fisher, H.E.; Aron, A. y Brown, L.L. (2006): Romantic love: a mammalian brain system for mate choice. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 361(1476):2173-2186.
48. Fischer, H.E.; Aron, A.; Mashek, D.; Li, H.; Strong, G.; Brown, LL. (2002): Review: The neural mechanisms of mate choice: A Hypothesis. *Neuro Endocrinol Lett*, 23(4):92-97
49. Aragona, B.J.; Liu, Y.; Yu, Y.J.; Curtis, J.T.; Detwiler, J.M.; Inser, T.R. y Wang, Z. (2006): Nucleus accumbens dopamine differentially mediates the formation and maintenance of monogamous pair bonds. *Nat Neurosci*, 9(1):7-8.
50. Fernández-Espejo, E. (2000). ¿Cómo funciona el nucleus accumbens? *Rev Neurol*. 30(9): 845-849.
51. Carlsson, N.R. (1999), *Fisiología de la Conducta*. Ed. Ariel, col. Psicología, p. 533 (1999).
52. Schaffer, H.J. y Hall, M.N. (2001). Updating and refining prevalence estimates of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A research synthesis. *Am J Pub Health*, 89,1369-1376.
53. Blanco, C., Moreyra, P., Nunez, E.V., Saiz-Ruiz, J. e Ibañez A. (2001). Pathological gambling: Addiction or compulsion. *Seminars Clin Neuropsych*, 6, 167-176.
54. Potenza, M.N. y Wilber M.K. (2001). Neurological studies of pathological gambling and substance dependence. *Psychiatric Times*, 17.
55. Gerdner y Svensson (2003). Predictor of gambling problems among male adolescents. *Int J Soc Welfare* 12(3), 182-188.
56. Georgiadis, J.R.; Kortekaas, R. Kuipers, R.; Nieuwenburg, A.; Pruijm, J.; Reinders, A.A. y Holstege, G. (2006): Regional cerebral blood flow changes associated with clitorally induced orgasm in healthy women. *Eur J Neurosci* 24(11):3305-3316.

57. Bartels, A. y Seki, S. (2004): The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage* 21:1155-1166.
58. Checa S. IMPLICACIONES DEL GÉNERO EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE. *Anales de la Educación común* 2005; número 1-2. Publicación de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.
59. (Matthew C. Gutmann, Department of Anthropology Brown University, 1998)
60. (EL MASCHISMO Cristina Pagán Sánchez María Juan Garre 2007)
61. (Rodríguez Saavedra, D. (2010). 'Masculinidad(es): modos de manifestar el poder'. *Dialogo*. Universidad de Puerto Rico)
62. (Castañeda, M. (2007). 'El machismo invisible regresa'. México: Taurus)
63. (El machismo como fenómeno psicocultural, *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1972 vol. 4 numero 003, pg. 295-309)
64. Rodríguez Palmero, M. L. (2003 a). Aprendizaje significativo e interacción personal. Ponencia presentada en el IV Encuentro Internacional sobre Aprendizaje Significativo, Maragogi, AL, Brasil, 8 a 12 de septiembre.
65. Ballester, A (2002). "El aprendizaje significativo en la práctica. Cómo hacer el aprendizaje significativo en el aula". Depósito legal PM 1838-2002. [www.pensamientoestrategico.com](http://www.pensamientoestrategico.com)
66. ALLPORT, G.W. (1970) *Psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
67. CACIOPPO, J.T.; PETTY, R.E.; GEEN, T.R. (1989) Attitude structure and function: From the tripartite to the homeostasis model of attitudes. In Pratkanis, A. R. (Ed);
68. RODRIGUEZ, A. (1989) Interpretación de las actitudes. En Rodríguez; J.Seoane, *Creencias, actitudes y valores* (pp.199-314) Madrid: Alhambra.
69. ROKEACH, M. (1968) A theory of Organization and Change within Value-Attitudes systems. *Journal Sociology Issues*, 24, 13-33.
70. ROSENBERG, M.J. (1960) A Structural Study of Attitudes Dynamics. *Public Opinion Quarterly*, 24, 319-340.
71. THOMAS, K.; ZNANIECKI, F. (1918) *The Polish Peasant in Europe and America*, Chicago: Universidad de Chicago Press.
72. THURSTONE, L. Chavez, E. (1929) *The measurement of attitude*. Chicago: Chicago Univ. Press.
73. SECORD, P.; BACKMAN, C. (1964) *Social Psychology*. New York: McGraw-Hill.
74. JIMENEZ, F. (1985) *Ciencias Sociales*. Madrid: UNED.
75. Patrício ZM. O cuidado com a qualidade de vida dos adolescentes: um movimento ético e estético de "Koans e Tricksters". In: Ramos FRS, Monticelli M, Nitschke RG, organizadores. *Projeto Acolher: Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro*. Brasília: Aben/Governo Federal; 2000. p. 121-43 [ Links ]
76. Araújo TL. et al. Mães adolescentes: favorecimento da relação de ajuda. In: Alves MDS, Pagliuca LMF, Barroso MGT, organizadores. *Cultura e poder nas práticas de saúde: sociedade, grupo, família*. Fortaleza: Pós - Graduação/DENF/ Universidade Federal do Ceará; 1999.
77. Jesus MCP. Educação sexual e Compreensão da Sexualidade na Perspectiva da Enfermagem. In: Ramos FRS, Monticelli M, Nitschke RG, organizadores. *Projeto Acolher: Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro*. Brasília: Aben/Governo Federal; 2000. p. 46-55
78. Leilane Barbosa de SousaI; Janaína Francisca Pinto FernandesII; Maria Grasiela Teixeira BarrosIII. Sexualidad en la adolescencia: análisis del influjo de factores culturales

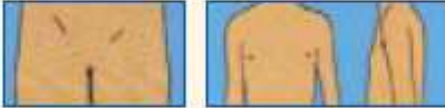
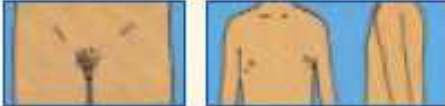
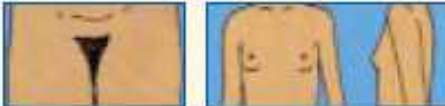
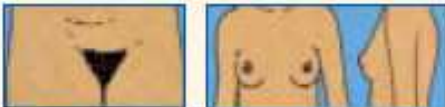
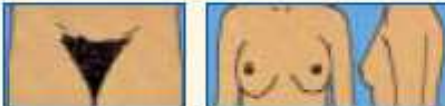
presentes en el contexto familiar. Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. Acta Paulista de Enfermagem. vol.19 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2006

79. De la Cuesta C. Tomarse en el amor en serio: el contexto del embarazo en la adolescencia en Colombia. J Transcultural Nursing 2001;12(3):180-92.
80. Reeder S, Martin L, Koniak D. Adolescencia: sexualidad, embarazo y crianza de los hijos. En: Reeder S, Martin L, Koniak D (eds). Enfermería Materno-Infantil. 17º edición, EUA: Interamericana McGraw-Hill, 1995; 923-48.
81. Póo A, Baeza B, Capel P, Llano M, Tuma D, Zúñiga D. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. Rev SOGIA 2005; 12:17-24.
82. Zárate, V. M. (2005). Cuerpos, masculinidades y antropología, a propósito de la "construcción de la (s) masculinidad (es)". En R. Montesinos (coordinador). Masculinidades emergentes. México: Universidad Autónoma Metropolitana- Iztapalapa /Miguel Ángel Porrúa. pp. 79-106.
83. Gutiérrez, L. S. (2007). La construcción cultural de la sexualidad masculina: un análisis discursivo. En: Montesinos, R. (coordinador). Perfiles de la masculinidad. México: Universidad Autónoma Metropolitana – Plaza y Valdés Editores, pp. 75-114.
84. Corcoran J, Franklin C, Benneth P. Ecological factors associated with adolescent pregnancy and parenting. Social Works Research 2000; 24(1):29-39.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### ETAPA DE MADURACIÓN SEXUAL EN NIÑAS

	<b>Estadio 1.</b> Pecho infantil, no vello púbico.
	<b>Estadio 2.</b> Botón mamario, vello púbico no rizado escaso, en labios mayores.
	<b>Estadio 3.</b> Aumento y elevación de pecho y areola. Vello rizado, basto y oscuro sobre pubis.
	<b>Estadio 4.</b> Areola y pezón sobreelevado sobre mama. Vello púbico tipo adulto no sobre muslos.
	<b>Estadio 5.</b> Pecho adulto, areola no sobreelevada. Vello adulto zona medial muslo.

Tomado de Tanner 1962.

## ANEXO 2

### ETAPA DE MADURACIÓN SEXUAL EN NIÑOS



**Estadio 1.** Sin vello púbico. Testículos y pene infantiles.



**Estadio 2.** Aumento del escroto y testículos, piel del escroto enrojecida y arrugada, pene infantil. Vello púbico escaso en la base del pene.



**Estadio 3.** Alargamiento y engrosamiento del pene. Aumento de testículos y escroto. Vello sobre pubis rizado, grueso y oscuro.



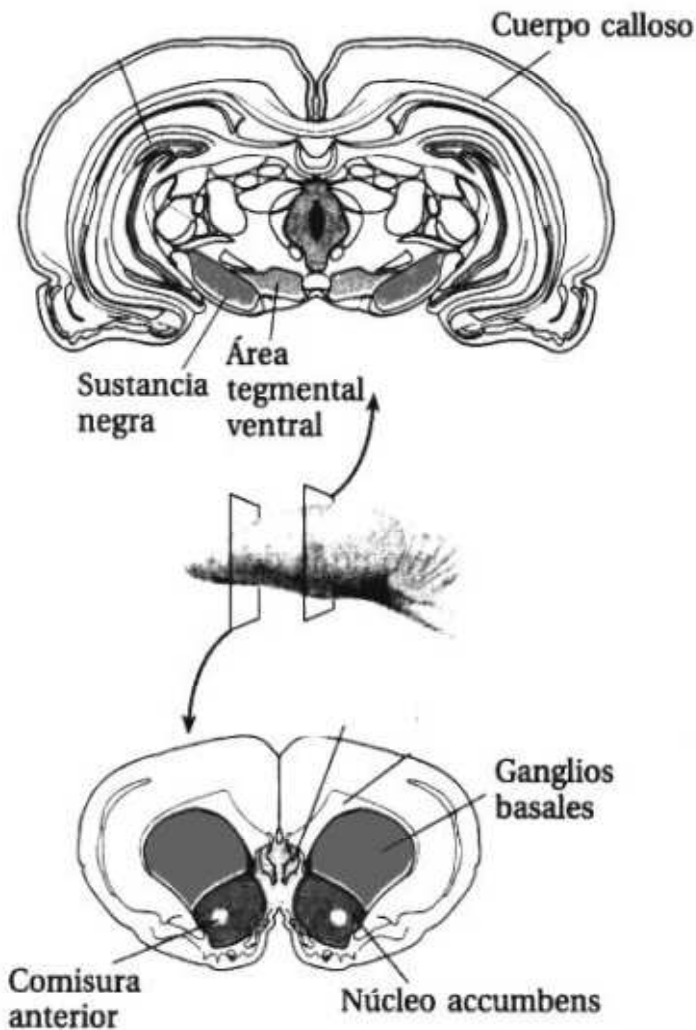
**Estadio 4.** Ensanchamiento del pene y del glande, aumento de testículos, aumento y oscurecimiento del escroto. Vello púbico adulto que no cubre los muslos.

**Estadio 5.** Genitales adultos. Vello adulto que se extiende a zona medial de muslos.

*Tomado de Tanner 1962.*

## ANEXO 3

### UN CIRCUITO DISEÑADO PARA EL AMOR



En el mesencéfalo se encuentran los principales grupos neuronales productores del neurotransmisor dopamina en el cerebro, la *Sustancia Negra* y el *Área Tegmental Ventral*, (ATV). El circuito que va desde el ATV al *Núcleo Accumbens*, estructura subcortical del telencéfalo, y que se muestra en esta figura esquemática de cerebro de roedores, es el circuito que más se ha relacionado con la experiencia placentera generada por la diversidad de sustancias, procedimientos y conductas que pueden causar adicción y dependencia. Otras estructuras participan de la valoración de los resultados, o en la predicción de la

utilidad de las acciones en función de sus consecuencias, por ejemplo, la *corteza orbitofrontal*, la *corteza prefrontal dorsolateral* (no apreciables en esta imagen del cerebro de rata), el *estriado* (otro componente de los ganglios basales), etc. Una revisión sucinta en castellano sobre el funcionamiento del *Núcleo Accumbens* en. Figura adaptada de CARLSSON, N.R. (1999)

## **ANEXO 4**

### PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA INDIVIDUAL

¿Que edad consideras adecuada para tener relaciones sexuales y por qué?

¿Cuáles son los motivos por los que se inician las relaciones sexuales?

¿Por qué crees que los adolescentes no tienen relaciones sexuales?

¿Qué piensas sobre la afirmación que los hombres tienen más acceso a las relaciones sexuales? ¿Por qué crees que se da esta diferencia? ¿Existe esta diferencia?

¿Utilizaste algún método anticonceptivo la primera vez que tuviste relaciones sexuales, cual fue?

¿Cuáles son los métodos anticonceptivos que conoces?

¿Cómo obtuviste los anticonceptivos? ¿Has tenido alguna dificultad para adquirir algún método anticonceptivo?

¿Cómo te sentiste al momento de conseguir los anticonceptivos?

¿Cómo funcionan los métodos que conoces?

¿Cómo utilizas los métodos que conoces?

¿Cuáles son los motivos por los que tú no utilizas o utilizarías los métodos anticonceptivos?

¿Qué opinas tú sobre el embarazo adolescente? ¿Qué harías tú si te quedas embarazada o tu novia?

¿Qué pensarían tus padres si saben que te quedaste embarazada o tu novia?

¿Qué opina tu religión sobre la sexualidad?

¿Qué opinas sobre las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección?

¿Cuáles son las infecciones de transmisión sexual que conoces?

¿Crees que te puede dar alguna ITS, por qué?

## **ANEXO 5**

### CARTA DE CONSENTIMIENTO

Quito,.....del 2012

Estimados Padres de Familia:

El propósito de la presente es solicitar su consentimiento para que su hija/o forme parte de la investigación que será realizada por las Stas. Stephanie Guerra y Claudia Mejía egresadas de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, con el fin de evaluar el conocimiento sobre sexualidad que poseen las señoritas estudiantes de esta prestigiosa Institución Educativa, y posteriormente brindar talleres sobre el mismo tema, que ha sido escogido para nuestra tesis de grado.

Los datos serán recolectados a través de una entrevista individual respetando la confidencialidad de la información y datos obtenidos.

Agradeciendo su participación de antemano, solicitamos llenar los datos a continuación.

Yo,..... representante de la alumna ....., estudiante de la Unidad Educativa ..... autorizo a mi hija a ser parte del estudio antes mencionado. Cuyo fin será meramente investigativo. Para constatar mi autorización sello este consentimiento informado con mi firma y numero de cédula.

---

CI: