

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

*LA CONDUCTA SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES Y SUS
DETERMINANTES PSICO-SOCIALES, MEDIDOS A TRAVÉS DE LA
ENCUESTA MUNDIAL DE SALUD PARA ESCOLARES DE LA OMS
EN SAN ISIDRO MANABÍ ECUADOR DURANTE EL 2018.*

DISERTACIÓN PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

DRA. MARÍA GABRIELA SANTACRUZ MANCHENO

DR. CARLOS ERAZO CHEZA

DIRECTOR

PhD. ANA LUCÍA MONCAYO

DIRECTOR METODOLÓGICO

QUITO, 2020.

DIRECTOR:

Dr. Carlos Erazo Cheza

LECTORES:

PhD. Ana Lucía Moncayo

Dr. Andrés Vinueza A.

Dedicatoria:

Este trabajo de investigación es dedicado a Dios porque cada día bendice mi vida, a toda a mi familia en especial a mis padres Cristóbal y Magdalena por su ejemplo constante de amor, sabiduría, comprensión y dedicación gracias a ellos soy lo que soy.

Agradecimiento:

Agradezco de manera atenta a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador fundada por la Compañía de Jesús. A quienes me han acompañado en este proyecto de investigación: Carlos Erazo Cheza, Ana Lucía Moncayo y Andrés Vinueza Aguirre; excelentes profesionales y seres humanos que me han hecho comprender las palabras de Paulo Freire “Lucho por una educación que nos enseñe a pensar y no por una educación que nos enseñe a obedecer”.

Contenido

Tabla de Contenido

Dedicatoria:	3
Agradecimiento:	3
Declaración y Autorización:	9
Resumen	10
Abstract	11
1. CAPÍTULO I.	13
1.1 Introducción	13
1.2 Justificación	15
<i>1.2.1 Embarazo adolescente</i>	15
<i>1.2.2 Enfermedades de transmisión sexual</i>	17
<i>1.2.3 Violencia de género</i>	17
<i>1.2.4 Muerte Materna</i>	18
<i>1.2.5 Fracaso - deserción escolar</i>	19
<i>1.2.6 Pobreza</i>	20
1.3 Problema de Investigación	21
1.4 Objetivo General	23
1.5 Objetivos Específicos	23
1.6 Hipótesis	24
2. CAPÍTULO II. Revisión Bibliográfica	24

2.1 Adolescencia y conducta sexual	24
2.2 Determinantes sexuales	28
2.2.1 <i>Inicio precoz de relaciones sexuales</i>	28
2.2.2 Número de parejas sexuales:	29
2.2.3 <i>Exposición temprana a contenido sexual</i>	30
2.2.4 <i>Abuso o violencia sexual</i>	30
2.2.5 <i>Uso de preservativo o anticonceptivos</i>	31
2.3 Determinantes Sociales	33
2.3.1 <i>Tipo de familia</i>	33
2.3.2 <i>Hábitos perjudiciales para la salud</i>	34
2.3.3 <i>Pobreza</i>	35
2.3.4 <i>Programas inefectivos de educación sexual</i>	36
2.3.5 <i>Contenido inapropiado en medios de comunicación - acceso libre a internet</i>	38
2.4 Determinantes Psicológicos	39
2.4.1 <i>Violencia</i>	39
2.4.2 <i>Actitud temeraria</i>	40
2.5 Cuestiones Legales	41
2.5.1 <i>Código de la Niñez y Adolescencia (2003);</i>	41
2.5.2 <i>La Constitución de la República del Ecuador (2008)</i>	41
2.5.3 <i>Los Derechos Sexuales y Reproductivos</i>	42
3. CAPÍTULO III: Metodología de la Investigación	45
3.1 Tipo de Estudio	45
3.2 Instrumento de Investigación	45

3.3 Criterios de Inclusión	45
3.4 Población	45
3.5 Muestra	45
3.6 Plan de recolección de datos	46
3.7 Plan de análisis	46
3.8 Aspectos bioéticos	46
4. CAPÍTULO IV: Resultados	47
4.1 Datos Generales	47
4.2 Distribución de la Población	47
4.3 Conducta Sexual	47
4.4 Violencia y Salud Mental	50
4.5 Apoyo Familiar y Amabilidad por sus pares	50
4.6 Hábitos prejudiciales para la salud	50
4.8 Factores Asociados al desarrollo de conducta sexual de riesgo en adolescentes.	58
5. CAPÍTULO V. Discusión	63
6. CAPÍTULO VI. Conclusiones y Recomendaciones	67
6.1 Conclusiones	67
6.2 Recomendaciones	68
7. Referencias Bibliográficas	70
8. Apendices	76
8.1 <i>Apéndice I: Encuesta global de salud para escolares GSHS</i>	76
8.2 <i>Apéndice II. Operacionalización de Variables</i>	89

<i>8.3 Apéndice III: Aprobación del Proyecto “La Conducta Sexual de los Adolescentes y sus determinantes psicosociales” por el Comité de Bioética de la PUCE</i>	93
<i>8.4 Apéndice IV: Aprobación del Proyecto “Diagnóstico de las condiciones de salud de la parroquia San Isidro” por el Comité de Bioética de la PUCE</i>	94
<i>8.5 Apéndice V: Consentimiento Informado</i>	95
<i>8.6 Apéndice VI: Asentimiento Informado</i>	96

Lista de Figuras

Figura 1. <i>Determinantes Psicosociales Relacionados con la Conducta Sexual</i>	14
Figura 2 <i>Tasa Especificada de Nacidos Vivos de Madres Adolescentes de 15 a 19 años</i>	16
Figura 3 <i>Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes entre Ecuador – América y el Mundo (Nacimiento por 1000 mujeres de 15 - 19 años de edad 1980 / 2015)</i>	16
Figura 4 <i>Objetivos de Desarrollo Sustentable y Salud Integral del Adolescente</i>	22
Figura 5 <i>Derechos Sexuales y Reproductivos</i>	43
Figura 6 <i>Prevalencia de Relaciones Sexuales según edad y género en adolescentes de San Isidro, Manabí – Ecuador 2018.</i>	48
Figura 7 <i>Número de parejas sexuales según edad y género en adolescentes de San Isidro, Manabí – Ecuador 2018.</i>	49
Figura 8 <i>Consumo de sustancias en adolescentes que han tenido relaciones sexuales. San Isidro, Manabí – Ecuador 2018</i>	51

Lista de Tablas:

Tabla 1	52
<i>Descripción de la Población de adolescentes San Isidro Manabí - Ecuador 2018.</i>	
Tabla 2	59
<i>Factores Asociados con significancia estadística entre Relaciones sexuales y las variables de la Encuesta Global de Salud Escolar en San Isidro-Manabí 2018.</i>	
Tabla 3	61
<i>Factores Asociados entre las Relaciones sexuales y las variables de la Encuesta Global de Salud Escolar en San Isidro-Manabí 2018.</i>	

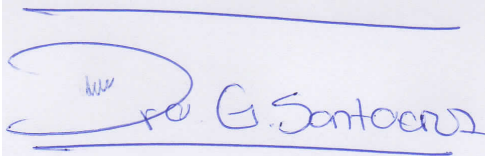
Declaración y Autorización:

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, MARÍA GABRIELA SANTACRUZ MANCHENO, CI 1716812944 autora del trabajo de graduación titulado: **“La Conducta Sexual de los Adolescentes y sus Determinantes Psico-Sociales, medidos a través de la Encuesta Mundial de Salud para Escolares de la OMS en San Isidro Manabí Ecuador durante el 2018”**, previa a la obtención del grado académico de **MD ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA** en la Facultad de Medicina:

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito 15 de Julio del 2020



MARIA GABRIELA SANTACRUZ MANCHENO

1716812944

Resumen

Introducción: Las principales conductas sexuales de riesgo se inician en la adolescencia y se perpetúan en la vida adulta. Se han identificado varios factores determinantes (sexuales, sociales y psicológicos) relacionados. Estas conductas producen complicaciones que limitan al proyecto de vida como: embarazo no deseado y de riesgo, muerte materna- fetal, enfermedades de transmisión sexual incluyendo VIH, deserción escolar, falta de oportunidades, aislamiento social, enfermedades psicológicas, perpetuación del círculo de pobreza y violencia.

Objetivo: Identificar los determinantes psicosociales relacionados con la conducta sexual de los adolescentes de San Isidro – Manabí determinados a través de la Encuesta Global de Salud a Adolescentes (GSHS)

Metodología: Se realizó un estudio transversal analítico en una muestra probabilística de 205 adolescentes entre 12 y 18 años que asisten al Colegio San Isidro de la parroquia rural de San Isidro, Manabí – Ecuador en el periodo académico 2018-2019.

Resultados: El 50,2%(103) fueron hombres; el 53,18%(109) tenían 15 años o más. La prevalencia de relaciones sexuales en este grupo de adolescentes fue del 28,2%(58). El 17,1%(35) tuvo un inicio de relaciones sexuales a los 14 años o antes. El número de parejas sexuales más de 4 personas fue del 8,8%(18), el 64,3%(45) utilizó preservativo en su última relación sexual, el 42% (86) no sabe dónde conseguir preservativos, el 27,3%(56) indico no conocer sobre VIH y enfermedades de transmisión sexual. Los factores asociados en el desarrollo de una conducta sexual de riesgo (tener relaciones sexuales) fueron: género masculino (OR 1,95; IC95% 1,04-3,63 p=0,03), edad mayor de 15 años (OR 9,3; IC95% 4,12-21,08 p=<0,01), presencia de pensamiento suicidas (OR 2,68; IC95% 1,14-6,31 p=0,02), tener más de tres amigos cercanos (OR 2,4; IC95% 1,08-5,30 p=0,03), consumo de cigarrillo (OR

4,5; IC95% 2,27-9,11 $p < 0,01$), alcohol (OR 18,58; IC95% 5,5-62,08 $p < 0,01$) y drogas (OR 6,56; IC95% 1,93-22,28 $p = 0,03$).

Conclusiones: Los determinantes psicosociales relacionados con el desarrollo de una conducta sexual de riesgo son en su mayoría demográficos (género, edad, nivel de instrucción), psicológicos (pensamientos suicidas, número de amigos) y sociales (consumo de sustancias). Estas se pueden mejorar con la implementación de programas y proyectos de desarrollo integral para la familia, sociedad y adolescentes.

Palabras Clave: Adolescentes, Sexualidad, Conducta Sexual, Educación Sexual. (Descriptores de Salud, DECS)

Abstract

Introduction: The main risky sexual behaviors begin in adolescence and are perpetuated in adult life. Several related determining factors (sexual, social and psychological) have been identified. These behaviors produce complications that limit the life project such as: unwanted and risky pregnancy, maternal-fetal death, sexually transmitted diseases including HIV, school dropouts, lack of opportunities, social isolation, psychological diseases, perpetuation of the cycle of poverty and violence.

Objective: To identify the psychosocial determinants related to the sexual behavior of adolescents in San Isidro - Manabí determined through the Global Survey of Health of Adolescents (GSHS)

Methodology: An analytical cross-sectional study was carried out in a probabilistic sample of 205 adolescents between 12 and 18 years old who attend the San Isidro School of the rural parish of San Isidro, Manabí - Ecuador in the period 2017 - 2018.

Results: 50.2% (103) were men; 53.18% (109) were 15 years or older. The prevalence of sexual relations in this group of adolescents was 28.2% (58). 17.1% (35) had an onset of sexual intercourse at the age of 14 or earlier. The number of sexual partners more than 4 people was 8.8% (18), 64.3% (45) used a condom in their last sexual relationship, 42% (86) do not know where to get condoms, 27, 3% (56) indicated that they did not know about HIV and sexually transmitted diseases. The associated factors in the development of risky sexual behavior (having sex) were: male gender (OR 1.95; 95% CI 1.04-3.63 p = 0.03), age older than 15 years (OR 9.3; 95% CI 4.12-21.08 p = <0.01), presence of suicidal thoughts (OR 2.68; 95% CI 1.14-6.31 p = 0.02), having more than three close friends (OR 2.4; 95% CI 1.08-5.30 p = 0.03), cigarette smoking (OR 4.5; 95% CI 2.27-9.11 p = <0.01) , alcohol (OR 18.58; 95% CI 5.5-62.08 p = <0.01) and drugs (OR 6.56; 95% CI 1.93-22.28 p = 0.03).

Conclusions: The psychosocial determinants related to the development of risky sexual behavior are mostly demographic (gender, age, educational level), psychological (suicidal thoughts, number of friends) and social (substance use). These can be improved with the implementation of comprehensive development programs and projects for the family, society and adolescents.

DECS: Adolescents, Sexuality, Sexual Behavior, Sex Education.

1. CAPÍTULO I.

1.1 Introducción

Las conductas sexuales de riesgo se inician en la adolescencia y se perpetúan en la vida adulta. Se ha definido una *conducta sexual* de riesgo (García-Vega, 2012) como la exposición de una persona a situaciones que pueden ocasionar daños a su salud o a la de otra persona; sobre todo ante la posibilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual o embarazo no deseado.

Los principales determinantes biopsicosociales relacionados con la conducta sexual de los adolescentes se resumen en la Figura 1 dentro de los cardinales encontramos: edad, género, nivel de desarrollo, tipo de familia, clase social, grupo cultural, religiosidad, tipo de comunidad (Parra y Pérez, 2010).

Figura 1.

Determinantes Psicosociales Relacionados con la Conducta Sexual



Elaborado por: La autora.

El inicio temprano de prácticas sexuales se ha relacionado con el desarrollo de conductas sexuales de riesgo (López, 2017); pueden dificultar el desarrollo integral de los adolescentes y su proyecto de vida. Las principales consecuencias de estas conductas sexuales de riesgo repercuten más en las mujeres (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2020) las principales son: embarazo no deseado y de riesgo, muerte materna, enfermedades de transmisión sexual incluyendo VIH, deserción escolar, falta de oportunidades, aislamiento social, enfermedades psicológicas, perpetuación del círculo de pobreza y violencia.

1.2 Justificación

Las conductas sexuales se configuran a temprana edad y constituyen un aspecto trascendental en el porvenir del individuo. Las conductas sexuales de riesgo tienen serias repercusiones para la persona que las practica, su pareja, familia y la sociedad dentro de las primeras se destacan:

1.2.1 Embarazo adolescente: Se define cuando se produce en una mujer entre los 10-19 años o desde que inicia la edad reproductiva. El Ministerio de Educación (2019) lo considera como un fenómeno multicausal. Existen factores sociales, familiares, escolares y personales que potencian la prevalencia del mismo.

La OMS (2012) indica que a nivel mundial se registra en 11% de embarazos en mujeres entre 10-19 años la mayoría en países en desarrollo y sus complicaciones constituyen una de las principales causas de muerte en esta población.

En el Plan Nacional de Salud Sexual y Salud reproductiva del Ministerio de Salud (2017), indica que en América latina el embarazo en adolescentes constituye una prioridad de salud pública, ocupa el segundo lugar a nivel mundial luego de África Subsahariana. Así mismo, se encontró que el Ecuador es el tercer país a nivel de la región con la tasa más alta de embarazo en adolescentes.

En el país es considerado como delito de violación el embarazo en niñas menores de 14 años por ser más vulnerables y con mayor riesgo de complicaciones. En el año de 2017, se calculó que la tasa de nacidos vivos de madres de 10 a 14 años de edad es de 2,8 por cada 1.000 mujeres en ese rango de edad según datos del Ministerio de Educación (2019).

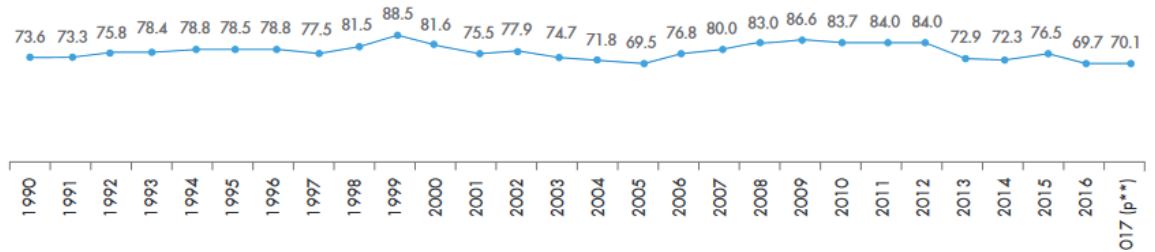
Figura 2

Tasa Especificada de Nacidos Vivos de Madres Adolescentes de 15 a 19 años

Tasa especificada de nacidos vivos de madres adolescentes de 15 a 19 años

Periodo: 1990 - 2017 en el año (†+)

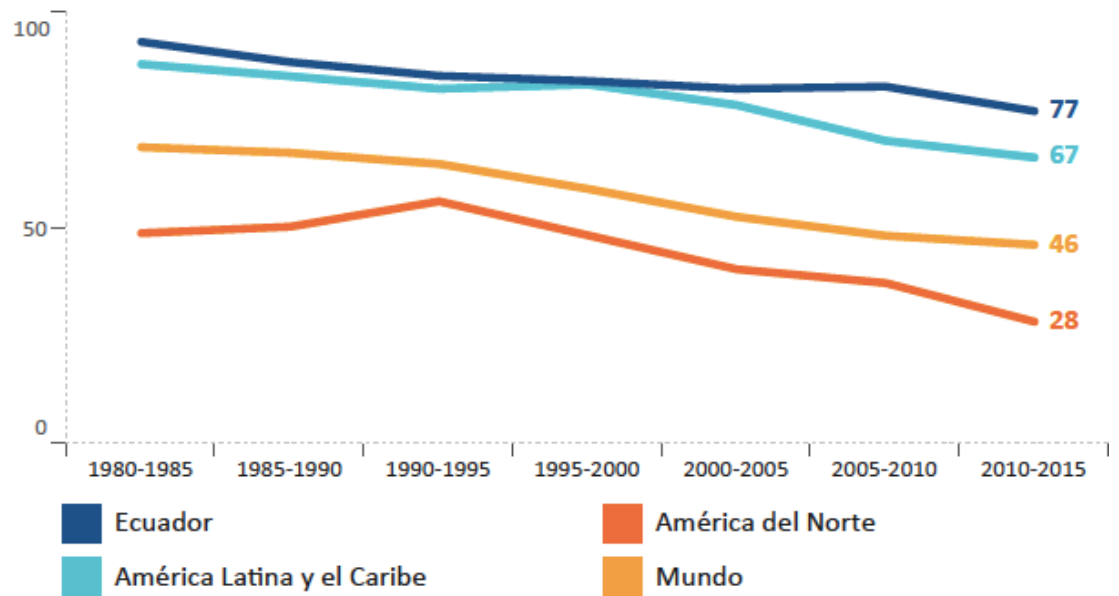
En el año de 2017, se obtuvo 54.051 nacidos vivos de madres de 15 a 19 años de edad que corresponden a una tasa de 70,1 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en ese rango de edad.



Fuente: Registro Estadístico de Nacidos Vivos 1990 – 2017 – Ministerio de Educación 2019

Figura 3

Tendencias en la Tasa de Fecundidad de Adolescentes entre Ecuador – América y el Mundo (Nacimiento por 1000 mujeres de 15 - 19 años de edad 1980 / 2015)



Fuente: Perspectivas de Población Mundial, División de Población, ONU, Revisión 2015

1.2.2 Enfermedades de transmisión sexual: El inicio cada vez más temprano de relaciones sexuales conlleva en ocasiones a mayor número de parejas sexuales y la falta de conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual, métodos anticonceptivos y educación sexual. Se ha evidenciado un aumento en los casos de ETS en los adolescentes; en Estados Unidos de América la mitad de los nuevos casos de diagnósticos de ETS son detectados en personas entre 15 - 24 años. (Cardona, 2015; Instituto Guttmacher 2019). Además, es preocupante que en las adolescentes embarazadas ha aumentado de la cifra de diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

El cáncer de cuello uterino es el segundo tipo de cáncer más frecuente en América Latina. En el Ecuador en el año 2008 el 50% de las mujeres diagnosticadas con esta enfermedad fallecieron según datos del Ministerio de Salud Pública (2017).

El aumento de enfermedades de transmisión sexual en los adolescentes constituye un signo de alarma; refleja que las medidas educativas, familiares y sociales destinadas para mermar esta realidad son insuficientes e infectivas. Lo que nos obliga a pensar en nuevas estrategias para evitar las consecuencias agudas, crónicas y mortales de las diferentes enfermedades de transmisión sexual.

1.2.3 Violencia de género: El Ministerio de Salud Pública (2017) la define como la violencia (física, psicológica, sexual, privación de libertad o mixtas) dirigida contra la mujer. En Ecuador constituye un problema de salud pública se reporta que 6 de cada 10 mujeres han sido víctimas de algún tipo de violencia de género. El 70,3% de las mujeres

que se han casado o unido en una edad entre 16 - 20 años han sido las que mayor violencia han soportado.

Se considera que la mayor cantidad de embarazos en niñas son debidas a situaciones de violencia. Lo que nos obliga a elaborar estrategias que castiguen severamente este tipo de prácticas y planes de actuación e identificación temprana de situaciones de violencia en niñas y adolescentes.

1.2.4 Muerte Materna: La OMS (1992) la define como la que se produce mientras una mujer se encuentra embarazada o en los primeros 42 días después del parto debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo; pero no por causas accidentales o incidentales. Constituye uno de los principales indicadores de las condiciones de salud de las mujeres, indica de manera indirecta el cumplimiento de derechos fundamentales y desigualdad de género; conforma el quinto objetivo de desarrollo sustentable el que persigue una reducción en un 75%.

En el Ecuador en 1990 la razón de mortalidad materna (RMM) fue de 154 por cada 100.000 nacidos vivos para el año 2014 fue de 49.16 por cada 100.000 nacidos vivos con una reducción en ese periodo del 68% sin embargo durante el año 2013 - 2014 se evidencia un aumento de la RMM en un 3.5%. Obliga analizar los programas direccionados a disminuir la mortalidad infantil y comprobar su cumplimiento.

En el Ecuador durante los años 2010 - 2014 se produjeron 976 muertes maternas de las cuales un 14% fue en menores de 20 años, y de ellas el 13.6% en el rango de 15 - 19 años. La mayoría de muertes maternas se producen en mujeres de zonas rurales, de bajo nivel económico, con limitación al acceso de servicios básicos - vías de acceso y muchas veces con falta de acceso a la educación. La muerte materna secundaria a la realización

de un aborto en el Ecuador es de 15,6% siendo la quinta causa de muerte según el Ministerio de Salud Pública (2017).

1.2.5 Fracaso - deserción escolar: El embarazo temprano es la principal causa de deserción escolar y existe una relación directamente proporcional entre nivel de instrucción y número de hijos. Las mujeres adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de deserción escolar; lo que conlleva a falta de oportunidades posteriores y disminución en la posibilidad de acceder a un empleo digno y perpetuación en el ciclo de violencia y pobreza.

El Ministerio de Salud Pública (2017) determina que las mujeres tienen una mayor tasa de analfabetismo 7,7% comparada con los hombres 5,8%. Más en zonas rurales 18% y en mujeres indígenas 23% contra un 11% en hombres indígenas. Y al determinar el nivel de instrucción se encontró que la tasa global de fecundidad (TGF) fue de 4,4 en mujeres sin instrucción en comparación con de 2,1 en aquellas con educación superior. El 44,3% de mujeres que se embarazaron (15 a 24 años) interrumpió sus estudios y no volvió a estudiar.

El Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (2012) encontró que una mujer sin educación formal tiene 1,19 veces más posibilidad de tener 2 o 3 hijos y 2,75 veces más posibilidad de tener 4 o más hijo durante su vida, en comparación con mujeres con las mismas características pero que tienen educación superior.

Las mujeres con educación primaria tienen 1,33 veces más posibilidad de tener 2-3 hijos y 1,66 veces más posibilidad de tener 4 o más hijos. La educación secundaria disminuye la tasa a 1,47 veces más posibilidad de tener 2-3 hijos y 1,12 más posibilidad de tener 4 o más hijos en comparación con una mujer que alcanzó educación superior. Los datos

nos reflejan cómo a medida que aumenta el nivel de instrucción disminuye la probabilidad de tener mayor descendencia, lo significa mayores probabilidades laborales, continuar con nivel de instrucción y brindar una vida digna a sus hijos.

1.2.6 Pobreza: Las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes puede contribuir de manera directa sobre los niveles de pobreza. En los hogares monoparentales donde la madre es la jefa de familia muestran mayores niveles de pobreza en comparación con los hombres. Se demuestra la inequidad y desigualdad en la que viven hombres y mujeres ecuatorianas. Según los quintiles de pobreza existe mayor cantidad de niños en los hogares más pobre (Q1, 4,1 hijos) en comparación con los hogares más ricos (Q5, 2,1 hijos) según datos de Ministerio de Salud Pública (2017)

El desarrollo de conductas sexuales de protección en la vida de las personas, empezando desde la más temprana edad debe constituir una prioridad en las estrategias de Estado. Como hemos evidenciado las conductas sexuales de riesgo producen consecuencias gigantescas en el futuro y pueden llegar a afectar el proyecto de vida de los niños - adolescentes y del país en temas trascendentales como: deserción escolar, falta de oportunidades, desigualdad de género, maltrato, aumento de muerte infantil, pobreza entre otras.

Por lo que es responsabilidad del Estado, familia, escuela y la sociedad brindar las herramientas necesarias para afrontar este periodo de la mejor manera. Este trabajo de investigación pretende analizar la situación de los adolescentes de San Isidro Ecuador e identificar los principales determinantes psico – sociales para el desarrollo de la conducta sexual. La finalidad será proponer la creación de estrategias de estado, y programas dirigidos a disminuir las conductas sexuales de riesgo en adolescentes.

1.3 Problema de Investigación

La adolescencia (10-19 años) es un periodo de cambios con transformaciones rápidas e importantes (físicas, biológicas, sociales, psicológicas). Representa el fin de una etapa y el inicio de otra que incluye responsabilidades - obligaciones, exposición a situaciones nuevas, toma de decisiones, entre otras. El objetivo final de la adolescencia constituye la formación de la identidad (López y col. 2017).

Es importante conocer las características personales, familiares y ambientales en las que se desarrollan los jóvenes para determinar el grado de vulnerabilidad y exposición a conductas sexuales peligrosas. Todo lo antes mencionado nos obliga a tomar medidas enfocadas en lograr mantener una adecuada salud integral del adolescente.

Es evidente su importancia para preservar los derechos de los adolescentes, los derechos sexuales y reproductivos considerados como derechos humanos. O como marcador de desarrollo de un país; la Organización Mundial de la Salud *OMS* en el año 2015 propuso 17 objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 2015 - 2030) dentro de los cuales y relacionados directamente con este tema se encuentran los indicados en la Figura 4.

Figura 4

Objetivos de Desarrollo Sustentable y Salud Integral del Adolescente

Objetivos de Desarrollo Sustentable y salud integral del adolescente	
Objetivo1. Poner fin a la pobreza	
Objetivo 2: Hambre cero	
Objetivo 3: Salud y bienestar	3.1.- Reducir la tasa mundial de mortalidad materna
	3.2 Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años
	3.3 Poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
	3.5 Prevenir y el tratar el abuso de sustancias adictivas
	3.7 Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, planificación familiar, y educación
Objetivo 4. Educación	4.1 Asegurar que todas las niñas y todos los niños terminen la enseñanza primaria y secundaria, que ha de ser gratuita, equitativa y de calidad
Objetivo 5. Igualdad de Género	5.2 Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas, la trata y la explotación sexual
	5.5 Asegurar la participación completa y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo a todos los niveles
	5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos

Elaborado por: La autora.

El objetivo de esta investigación es analizar la conducta sexual de adolescentes en una población rural de Manabí (San Isidro) identificando determinantes psicosociales; por medio de la aplicación de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS). Esta población tiene como particular sufrió cambios significativos luego del terremoto del 16 de abril del 2016 de magnitud de 7,8, en el que se reportaron 3741 réplicas con

673 personas fallecidas. Situación que afectó a toda la población y en especial al núcleo familiar.

El desarrollo de investigaciones basadas en mejorar la calidad de vida de los adolescentes; deben ser consideradas como una inversión ya que serán los protagonistas de las futuras sociedades. Si educamos a los niños y adolescentes con la verdad, sin tabús sobre educación sexual, a evitar hábitos perjudiciales para la salud, con equidad de género, respeto, a reconocer - manejar sus emociones y mantener redes de apoyo. Obtendremos como resultado una comunidad conformada de individuos preparados de forma integral con profesionales, personas de alta moral y buenas prácticas de convivencia.

1.4 Objetivo General

- *Identificar los determinantes psicosociales relacionados con la conducta sexual de los adolescentes de San Isidro Manabí; determinados a través de la Encuesta Global de Salud a Escolares (GSHS).*

1.5 Objetivos Específicos

- Describir las características psicosociales de los adolescentes de San Isidro en el 2018 por edad y sexo.
- Establecer los determinantes psicosociales asociados a la conducta sexual de riesgo en los adolescentes de San Isidro en el 2018.
- Describir las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes de San Isidro en el 2018.

1.6 Hipótesis

- Existen determinantes psico-sociales que se asocian a conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de San Isidro Manabí.
- Existen factores de riesgo y protección relacionados a la conducta sexual que determinan la calidad de vida de los adolescentes.

2. CAPÍTULO II. Revisión Bibliográfica

2.1 Adolescencia y conducta sexual

La Real Academia de la Lengua Española define la adolescencia como el periodo de la vida que sigue la niñez y precede la juventud. Generalmente inicia a los 10 años hasta los 19 años (López, 2017) se caracteriza por ser una etapa de importantes y rápidos cambios a nivel biológico, social, interpersonal y emocional; se asume responsabilidades y autonomía. Su objetivo final es la construcción de la identidad del individuo.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011); describe las fases de la adolescencia en la que se encuentran:

Temprana (10-14 años): Empieza a manifestar los cambios físicos, con aceleración del ritmo de crecimiento, desarrollo de órganos sexuales secundarios. Situaciones que pueden desarrollar ansiedad por el proceso de transformación. Existen cambios a nivel cerebral, se estima que se duplica la cantidad de células cerebrales.

Tardía (15-19 años): Ya se han desarrollado todos los cambios físicos propios del desarrollo. A nivel cerebral se sigue reorganizando, aumenta la capacidad de pensamiento analítico y reflexivo conforme aumenta el sentido de responsabilidad del

joven. Inicialmente Presentan mucha preocupación por la opciones y presión social luego van volviéndose más independientes.

Por naturaleza los adolescentes son reconocidos por ser temerarios, pues la curiosidad hacia el mundo que los rodea, el deseo de conocerlo y desarrollar su identidad los puede colocar en situaciones de potencial riesgo.

La conducta sexual se ha definido como: el conjunto de actitudes tendientes a estimular el erotismo personal y de la pareja. La conducta *sexual de riesgo* es la exposición a una situación que puede ocasionar daños a su salud o de otras personas. Especialmente en cuanto a la posibilidad de sufrir enfermedades de trasmisión sexual o generar una situación de embarazo no deseado. (García-Vega- 2012)

En el caso de sexualidad es primordial brindar información veraz y concisa, para evitar desarrollar conductas sexuales de riesgo y prevenir sus consecuencias como: inicio temprano de vida sexual activa, falta de conocimiento y empleo de métodos de planificación familiar, riesgo de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, abuso sexual, maltrato, deserción escolar, falta de oportunidades que afectan al individuo, pareja, familia y sociedad.

Se ha identificado la influencia de ciertos determinantes para el desarrollo de conductas sexuales de riesgo como: edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, tipo de familia, relación intrafamiliar, abuso de alcohol o drogas ilícitas, abuso sexual, maltrato, entre otras. Por lo que es necesario identificarlos en nuestro medio para reconocerlos y manejar al adolescente y su familia de manera integral, contando con al apoyo del Estado, escuela y medios de comunicación.

Por otro lado, se han encontrado varias conductas sexuales de protección de las cuales la mayoría gira en torno a la educación (formal y sexual) de los niños y adolescentes desde muy pequeños. Hablar sin tabú, enseñar con la verdad sobre el cuerpo humano en niños y niñas, el proceso de fecundación el amor de pareja y de familia, conocimiento sobre métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, embarazos en adolescentes, etc. Es importante educar en esperar a la persona indicada, no ceder a las presiones evitando la curiosidad. (Floch y col, 2015).

Parra y Pérez (2010) publicaron el *Comportamiento Sexual en adolescentes y su relación con variables biosociales*. Los resultados del estudio reflejan que el 34.4% de los adolescentes ya habían tenido su primera relación sexual, además que la práctica sexual es mayor en aquellos que consumían drogas o alcohol y en los que reportaban violencia intrafamiliar, mientras que es menor en aquellos con buena relación con ambos padres. Como conclusión se demuestra la relación del desarrollo de conductas sexuales de riesgo con otro tipo de variables psicosociales como consumo de drogas alcohol, violencia familiar, tipo de familia.

Campos, y col. (2012) evaluaron la conducta sexual de 1501 adolescentes entre 13-18 años la relacionaron con diferentes variables. Se identificó que los hombres empiezan vida sexual activa antes que las mujeres y reportan mayor número de contactos sexuales, también se relaciona con uso de drogas o alcohol, tipo de familia, tipo de unidad educativa.

García-Vega (2012), argumenta que los hombres desarrollan más frecuentemente conductas sexuales de riesgo en comparación con las mujeres probablemente por mayor interés en buscar sensaciones sexuales y presión de sus pares. Sin embargo, quienes sufren las consecuencias de estas conductas de riesgo en mayor parte son las mujeres al someterse a abortos, embarazos no deseados, aumento de infecciones de transmisión sexual y VIH - SIDA.

Folch y col. (2015) describen y comparan la conducta sexual con otros indicadores de salud sexual y reproductiva, e identificar otros determinantes asociados a conductas sexuales de riesgo en jóvenes de 16 a 21 años (800) en Cataluña. Dentro de los principales resultados encontramos que los chicos mayoritariamente ya habían tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida y también presentan mayor consumo de alcohol. Y dentro de algunas complicaciones hallaron que el 17.6% de los adolescentes se había realizado estudios para VIH y 5.6% fueron positivos. Además, 10% de las chicas que tuvieron relaciones sexuales había estado embarazada alguna vez ($p = 0.018$) y un 50% acepto haber utilizado la píldora de emergencia.

El análisis de los resultados obtenidos en el 2007 en la encuesta mundial de salud a escolares, en las ciudades de Quito, Guayaquil y Zamora revelan la profunda necesidad de generar programas y proyectos para disminuir los efectos producidos por conductas sexuales de riesgo. Se evidencia que aproximadamente un 15% de los adolescentes habían tenido algún tipo de contacto sexual y un 12% en menores de 12 años. Esto predispone de manera significativa el aumento de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y una prolongación en el ciclo de pobreza. Con

respecto al número de parejas sexuales el 15% ha tenido relaciones con 3 personas, y se puede observar poco uso de métodos anticonceptivos, en especial el preservativo en el último encuentro.

Es importante en esta etapa contar con redes de apoyo efectivas, con programas educativos que abarquen temas sensibles (identificación sexual, inicio de relaciones sexuales, embarazos no deseados, métodos de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual).

Dentro de los principales determinantes psico- sociales relacionados con la conducta sexual que se han identificado encontramos:

2.2 Determinantes sexuales

2.2.1 Inicio precoz de relaciones sexuales: Habitualmente se considera un inicio prematuro en relaciones sexuales cuando inician antes de los 15 años. Según datos del Ministerio de Salud Pública (2017), el 39,2% de las mujeres entre 15 - 19 años reportan haber tenido relaciones sexuales. El 7,5% su primera relación sexual fue antes de los 15 años y un 89,9% de ellas tuvo relaciones sexuales con personas mayores de 24 años. Un 18,3% de las mujeres de 15-19 años indican haber tenido un hijo. Un 7,5% de los embarazos en menores de 15 años terminan en aborto.

Alfaro (2015) analiza los resultados de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS) en España y encuentra una tendencia cada vez más temprana para el inicio de las relaciones sexuales. Se observa que el 16,5% de los adolescentes, han tenido su primera relación sexual con menos de 16 años. Fortenberry (2013) evidencia algunos

aspectos problemáticos relacionados con un inicio de relaciones sexuales tempranas como: abuso de sustancias, conductas de riesgo, desuso y poca información de métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual incluyendo VIH, embarazo no deseado, fracaso o deserción escolar.

El inicio temprano de una vida sexual activa es uno de los principales determinantes para el desarrollo de conductas sexuales de riesgo. Conlleva a un aumento de la posibilidad de tener un mayor número de parejas sexuales a lo largo de la vida, enfermedades de transmisión sexual, embarazo en adolescentes.

2.2.2 Número de parejas sexuales: Un mayor número de parejas sexuales, determina mayor riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual incluyendo VIH - SIDA, embarazo no deseado, muerte de adolescente.

García (2012) presenta que los adolescentes varones inician su vida sexual activa más temprano, tienen mayor número de parejas sexuales y mayor número de relaciones con parejas ocasionales sin uso de preservativo. Las mujeres por otro lado indican que suelen tener relaciones sexuales en un contexto de una relación estable.

El Ministerio de Salud Pública (2019) analiza que los hombres se educan en un contexto en el cual deben demostrar su virilidad con múltiples parejas sexuales, inicio temprano de vida sexual, comprobar su capacidad de ser padres lo que conlleva a un factor de riesgo para desarrollar conductas sexuales de riesgo. Aumenta el riesgo en ellos a adquirir enfermedades de transmisión sexual y VIH, sufrir violencia, accidentes, homicidios o suicidios, adicciones al cigarrillo, alcohol o drogas.

El inicio cada vez más temprano de relaciones sexuales y la tendencia a la conformación de la familia se ha retrasado; nos lleva a tener una mayor cantidad de tiempo de vida sexual activa y la posibilidad de experimentar con mayor número de parejas sexuales.

2.2.3 Exposición temprana a contenido sexual: Los medios de comunicación escrita como televisión presenta mucho contenido sexual. Lo podemos encontrar en muchos anuncios de productos, programas de televisión, telenovelas, entre otros. El acceso libre a internet puede llevar a un uso indiscriminado y exposición a edades tempranas de contenido pornográfico, cybersexo o búsqueda de parejas sexuales.

Los adolescentes mantienen diferentes vías para el acceso a la información: amigos, familia y los medios de comunicación e Internet. Es muy importante vigilar y cuidar los contenidos de los diferentes medios de comunicación e información. Pero también abre a posibilidad de utilizar estos mismos medios para acceder a información importante para adolescentes como: métodos anticonceptivos, beneficios del preservativo, evitar el desarrollo de hábitos perniciosos (consumo de alcohol, cigarrillo, drogas, sedentarismo), identificar y denunciar violencia entre otros.

2.2.4 Abuso o violencia sexual: El abuso o violencia sexual es una situación más frecuentemente observada en mujeres. El Ministerio de Salud Pública (2017) la define como: una imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona a la que se obliga a tener relaciones o prácticas sexuales con el agresor o terceros; mediante el uso de engaños, fuerza física, intimidación, amenaza, generación de dependencia material, material o abuso de poder,

La violencia sexual en mujeres ecuatorianas se registra en un 25% es decir 1 de cada 4, ha sufrido violencia sexual. Esta situación incrementa la posibilidad de sufrir otro tipo de violencia. De la misma manera los embarazos en menores de 14 años tienen una alta correlación con violencia sexual, en el año 2017 se reporta una tasa de 2,8 por cada 1000 nacidos vivos de madres entre 10 - 14 años; se debe recordar que en la legislación ecuatoriana el contacto sexual con menores de 14 años es considerada como violación. Así la violencia sexual constituye un determinante de embarazo precoz y no planificado en una población no competente.

El Instituto Guttmacher (2019) reportó que la violencia sexual en Estados Unidos de América entre el 2015 - 2017 era de un 13% de las mujeres y un 5% de los hombres. Las principales consecuencias de la violencia sexual que causa a la víctima y su familia son: homicidio - suicidio, embarazo no deseado, aborto, parto prematuro. Aumento de 1,5 veces más de problemas ginecológicos como: infecciones de transmisión sexual; trastornos psicológicos (depresión, ansiedad, estrés postraumático, insomnio, adicciones, trastornos alimenticios, hábitos perjudiciales para la salud), efectos en la salud física: cefalea, lumbalgia, dolor abdominal, limitaciones en la movilidad. Ministerio de Salud Pública (2017).

2.2.5 Uso de preservativo o anticonceptivos: El uso de preservativo es la medida más eficaz para evitar enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado. Mientras que el resto de anticonceptivos solo previenen el embarazo más no las enfermedades de transmisión sexual responsables de múltiples comorbilidades y mortalidad como: VIH - SIDA, cáncer de cuello de útero, esterilidad entre otras.

García-Vega (2012) indica que la conducta sexual de riesgo en los individuos puede ser evaluada analizando el conocimiento de métodos anticonceptivos que indican poseer, la frecuencia, razón por la que no se usó preservativo y número de prácticas sexuales de riesgo. Dentro de las principales razones para no usar preservativo se encuentran: encontrarse bajo el efecto de alcohol (33,3%), su pareja no quiso usarlo (31,6%), no disfrute sexual por el uso del preservativo (51,3%), por tener una pareja estable (37,6%), por usar otros métodos anticonceptivos (23,1%), por no poder frenar un encuentro sexual inesperado (41,9%) y por no considerar los posibles riesgos de no usarlo (29,1%).

El uso del preservativo en el primer encuentro sexual es un predictor positivo para el uso del mismo en el último encuentro sexual y menor prevalencia de enfermedades de transmisión sexual según Cinta (2015). En los adolescentes norteamericanos un 89% de las mujeres y un 94% de los hombres utilizaron algún tipo de método anticonceptivo durante el 2015 - 2017; de ellos en su primer encuentro sexual un 77% de las mujeres y un 91% de los hombres indicó que había utilizado un método anticonceptivo. El uso de anticonceptivos en adolescentes de 14 años o menores que inician su vida sexual activa es menor en comparación con adolescentes de mayor edad reposta el Instituto Guttmacher (2019).

En los adolescentes ecuatorianos el Ministerio de Salud Pública (2017) determinó que entre 12 - 14 años un 79,5% tiene conocimiento sobre métodos anticonceptivos en comparación con mujeres entre 15 -49 años 98%. La principal fuente de obtención de anticonceptivos es el Ministerio de Salud Pública (MSP) con 48%, organizaciones

privadas con fines de lucro (farmacias y clínicas privadas) con 37.7%. La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos (MAC) en el Ecuador es de 7%, mayor en mujeres indígenas (10.4%) y afro ecuatorianas (10.1%) además es más marcada en mujeres sin instrucción (9.2%).

En los Estados Unidos de América se reporta que para a la edad de 18 años más de la mitad de los adolescentes ya habían tenido relaciones sexuales; de ellos el 99% utilizaron algún método anticonceptivo. Se evidenció un aumento del uso de anticonceptivos de 97,7% en el 2002 a 99,4% entre el 2011 – 2015 según datos del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (2017).

El diagnóstico de nuevos casos de VIH en adolescentes norteamericanos entre 13 - 24 años en el año 2016 fue de 21%. Y en relación con nuevos casos de enfermedades de transmisión sexual anualmente se reportan aproximadamente 10 millones de casos nuevos en personas entre 15-24 años. La infección por clamidia se aproxima a un 20% y otras como gonorrea, tricomoniasis o herpes genital suman un 11% en los datos del Instituto Guttmacher (2019).

Constituye de primordial importancia educar, exhortar y brindar facilidades para el uso de métodos anticonceptivos; ya que son parte de los Derechos Humanos, consignados como Derechos Sexuales y Reproductivos.

2.3 Determinantes Sociales

2.3.1 Tipo de familia: La mayor parte del aprendizaje que adquirimos a lo largo de nuestra vida viene de nuestros hogares; López (2017) considera a la familia como un

agente educativo esencial. Siendo de fundamental importancia en el desarrollo de la sexualidad de los adolescentes; para que consigan comprender la importancia de relaciones amorosas sólidas, aceptándose incondicionalmente y reconociéndose como valiosos. Esto se logra al ofrecer un modelo de pareja positiva la cual se debería lograr mostrar en el hogar.

Es fundamental que en el hogar fluya la comunicación y los padres puedan hablar abiertamente y se ofrezca desde temprana edad educación sexual como: diferencia entre género, anatomía y fisiología sexual, métodos anticonceptivos, contestar preguntas y aclarar miedos, indicar cuales constituyen prácticas de riesgo y de protección, informar sobre consecuencias como embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual, entre otras.

El Ministerio de Educación (2019) identifica varios determinantes familiares relacionados con el desarrollo de conductas sexuales de riesgo siendo los principales: ausencia o poco diálogo familiar, estereotipos de género, conflictos familiares, violencia intrafamiliar y de género, desinformación sobre educación sexual y reproductiva, currículo oculto. La familia es el núcleo de la sociedad y de donde adquirimos la mayor cantidad de información y educación de cómo enfrentar la vida; por lo que debemos lograr llevar un mensaje adecuado a los niños y adolescentes para transformar la realidad.

2.3.2 Hábitos perjudiciales para la salud: Dentro de los principales identificados encontramos el consumo de cigarrillo, alcohol y drogas, el sedentarismo, alimentación

inadecuada, falta de uso de preservativo, utilizar internet como medio para encontrar pareja, entre otros.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2013) Ecuador ocupa el noveno puesto regional en el consumo de alcohol con 7,1 litros per cápita; el número uno es Chile con 9,6 litros. Los datos muestran que 912,576 de ecuatorianos consumen alcohol en mayor cantidad los hombres (89,7%) que las mujeres (10,35%), de ellos un 41,8% lo realiza de forma semanal. Del total un 2,5% (228.114) son adolescentes entre 12 y 18 años la distribución según etnia: montubios 10,8%, afroamericano 9,7%, blanco 8,8%, mestizo 8% e indígena 4,5%.

Los efectos del alcohol y drogas pueden producir en los adolescentes realizar conductas sexuales de riesgo como mantener relaciones con desconocidos y lo que es aún peor sin uso de anticonceptivo. García-Vega (2012) determinó que un 33,3% de los adolescentes no habían utilizado preservativo en su última relación sexual ya que se encontraban bajo efectos del alcohol. Y en la investigación en adolescentes españoles Alfaro (2015) uno de cada cuatro (23,4%) indicó haberse encontrado bajo efecto de alcohol o drogas la última vez que mantuvieron relaciones sexuales siendo estadístico con ($p < 0,001$); más frecuente en hombres (29,2%) que en mujeres (16%).

2.3.3 Pobreza: Según el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2017) un 60% de la población es pobre según las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y la mayor distribución de la pobreza según su etnia: 88% indígena, 83% montubios, 70% afroecuatorianos. En cuanto a la diferencia de género las mujeres jefas de hogar tienen mayor nivel de pobreza que los hombres.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos son reconocidos como Derechos Humanos universales e irrenunciables. En el Ecuador se encuentran afectados por la inequidad económica de etnia y de género; producen varias consecuencias como: diferente tasa de fecundidad entre distintos grupos de población, desequilibrio en la fecundidad deseada y observada, embarazo en adolescentes, mortalidad materna, menor acceso a métodos anticonceptivos, incremento de ITS incluido VIH, violencia de género, cánceres y enfermedades relacionadas con la sexualidad. Ministerio de Salud Pública (2017)

La Tasa global de Fecundidad (TGF) analizada según los quintiles de pobreza la relación en el número de hijos en los hogares en el quintil 1. cuatro hijos VS hogares más ricos quintil 5. 2 hijos. Otros factores asociados a la pobreza son: la muerte materna, enfermedades de transmisión sexual y VIH, el cáncer de cuello uterino

Uno de los mayores determinantes en el ciclo de perpetuación de la pobreza constituye en embarazo en adolescentes. En el Ecuador 2 de cada 3 adolescentes entre 15 - 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez, esta posibilidad aumenta en los grupos más pobres. Las conductas sexuales de riesgo son mayores en adolescentes pobres y sin educación por lo que es primordial atender las necesidades de este grupo prioritario y frenar el círculo de pobreza.

2.3.4 Programas inefectivos de educación sexual: Con respecto a los contenidos de educación sexual dentro del currículum de escuelas y colegios es fundamental que esté sea de calidad e impartido en todas las unidades educativas del país sin importar si son fiscales, privadas, municipales, etc. La educación formal podría contribuir a generar

conocimientos similares y útiles, incluyendo criterios científicos, profesionales éticos y culturales.

En el Ecuador el Ministerio de Educación en conjunto con el Ministerio de Salud (2019), redactaron la Guía Metodológica de Prevención del Embarazo en niñas y adolescentes. En el documento se discute la situación actual y la importancia de luchar contra el embarazo adolescente e indica la manera de introducir conceptos de sexualidad en niños y adolescentes según su nivel de instrucción. De esta manera se pretende unificar y garantizar que los niños y adolescentes reciban la mejor calidad de educación en el ámbito sexual.

Dentro de los objetivos educacionales principales que se busca lograr en los niños y adolescentes se encuentran: aceptar la figura corporal sexuada, identidad sexual, orientación del deseo sexual, disfrutar de la actividad sexual, evitar los riesgos asociados a la actividad sexual, respetar la biografía sexual de los demás, negarse a tener relaciones, conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual uso de preservativos y anticonceptivos, entre otros. López (2017).

Las principales vías de acceso a la información que se mantienen los adolescentes es por sus amigos, su familia y los medios de comunicación. Se debe lograr como estrategia de Estado mejorar los contenidos en los programas al aire y cuidar el libre acceso a internet fomentar el uso de páginas adecuadas para adolescentes. Los jóvenes norteamericanos tienen acceso a varias herramientas digitales diseñadas para aconsejarlos dentro de las principales se encuentran: videos educativos, chat en tiempo

real en la que los adolescentes conversan con educadores capacitados sobre diferentes temas de sexualidad.

El Ministerio de Educación (2019) reconoce la importancia de la educación como el principal factor de protección frente a embarazos en adolescentes, además es el motor principal para la movilidad social y de desarrollo. Para poder mejorar la educación sexual en adolescentes es necesaria la participación activa de la familia, los educadores, medios de comunicación e implementación planes y proyectos Estatales relacionados.

2.3.5 Contenido inapropiado en medios de comunicación - acceso libre a internet: El último tiempo es preocupante la cantidad de contenidos audio visuales inapropiados para la audiencia en general y en especial para los niños y adolescentes. En programas de mayor audiencia podemos encontrar actitudes perjudiciales como: consumo de alcohol, drogas, vida sexual activa y promiscuidad, violencia extrema (suicidio, homicidio, violencia de género), narcotráfico, antivalores como envidia, orgullo, venganza, entre otras.

Cinta (2015) y otros investigadores encuentran preocupante el hecho de que cada vez más adolescentes y adultos mayores utilizan diferentes plataformas web para encontrar parejas sobre todo sexuales. De la misma manera la exposición a contenido sexual en edades tempranas, pornografía, cybersexo, sexting y otras predisponen a un inicio de relaciones sexuales temprana, mayor número de parejas, promiscuidad.

2.4 Determinantes Psicológicos

2.4.1 Violencia: La Organización Mundial de Salud define a la violencia como el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo u otras personas que tiene como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o muerte. En este sentido en el Ecuador el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, (2017) indica sobre la violencia en mujeres que: 6 de cada 10 mujeres han sido víctimas de algún tipo de violencia, 54,9% violencia psicológica, 38% violencia física, 35,3% violencia patrimonial y un 25,7% sufre violencia sexual, es decir 1 de cada 4 mujeres. Al relacionarlo con el número de hijos las que tienen 3 hijos presentan 50,3% posibilidad de violencia; mientras las que tienen 4 o más 60%. Las mujeres que se han casado o unido entre los 16-20 años tienen un 70,5% de posibilidad de sufrir violencia. Se considera que la principal causa de embarazos en niñas tiene que ver con situaciones de violencia y la reproducción de patrones que fomentan las desigualdades de género.

El Ministerio de Salud Pública (2017) menciona los efectos físicos, psicológicos sexuales y reproductivos a corto y largo plazo de la violencia encontramos: homicidio, suicidio, embarazo no deseado, aborto, muerte fetal, parto prematuro, infecciones de transmisión sexual y VIH o HPV, trastornos psicológicos (depresión, ansiedad, insomnio, trastornos alimentarios, adicciones), efectos en salud física, incremento en el consumo de tabaco, alcohol y drogas y perpetuación de prácticas sexuales de riesgo, aumento en la tasa de mortalidad materno infantil

2.4.2 Actitud temeraria: Las características propias de las en el desarrollo de la identidad del adolescente lo pueden llevar a tomar decisiones y optar actitudes temerarias que consecuencias a corto y mediano plazo que pueden afectar su proyecto de vida. Una de las principales es la curiosidad ante cosas nuevas y asumir riesgos, menospreciar las advertencias de personas mayores, ceder a presiones de los pares, pensamientos y prácticas sexuales, tendencia a desarrollar hábitos perjudiciales para la salud (consumo de alcohol, cigarrillo, drogas) reportadas por López (2017).

Los adolescentes por una parte son sobre estimulados por múltiples medios de comunicación y ambientes en los que se desarrollan para practicar conductas sexuales de riesgo; pero no reciben la suficiente información ni educación sobre las consecuencias de las actitudes que desarrollan y su repercusión en su proyecto de vida.

Los embarazos y nacimiento de madres adolescentes (15-19 años) reportados por el Ministerio de Educación del Ecuador (2019) han aumentado. En 1990 se localizaba en 73.6 por cada 1.000 habitantes, en el año 2000 se evidencia un incremento de hasta 88 por cada 1000 nacimientos; mientras que para el año 2013 se sitúa en 72.9. Existe la necesidad de mayor apoyo en este grupo prioritario por medio de la realización de programas y proyectos encaminados al mejoramiento de conductas sexuales para evitar embarazos no deseados.

Los niños y adolescentes tienen el poder de cambiar el mundo, volverlo más justo, rechazar actitudes y comportamiento transmitidos por generaciones que no son adecuados (violencia, machismo, daño al medio ambiente, discriminación, etc). Debido a las características propias de los adolescentes (curiosidad, perseverancia, entusiasmo,

creatividad), tienen las herramientas de transformar nuestra sociedad de maneras impresionante y volverlo un mejor lugar.

2.5 Cuestiones Legales

2.5.1 Código de la Niñez y Adolescencia (2003); en el artículo 6.- Determina que “todos los niños, niñas y adolescentes son iguales ante la ley y no serán discriminados por causa de edad, nacionalidad, genero, orientación sexual o enfermedad entre otras; así se pretende asegurar la justicia entre todos, no beneficiar a un grupo y dar la oportunidad de desarrollar todas sus capacidades.

En el mismo documento en el artículo 67.- Conceptualiza al maltrato como: “Toda conducta de acción u omisión, que provoque o pueda provocar daño a la integridad de o salud física, psicológica o sexual en un niño, niña o adolescente, por parte de cualquier persona”. Se pretende precautelar la integridad física psicológica y sexual del niño o adolescente en cuestión y evitar nuevos casos de los diferentes tipos de violencia.

2.5.2 La Constitución de la República del Ecuador (2008) con respecto a este tema contiene varios artículos; recalcan la responsabilidad del Estado, sociedad, familia y centros educativos para actuar de manera articulada en distintos puntos sensibles del desarrollo de la conducta sexual de los adolescentes, evitar embarazos no deseados, muerte materna neonatal o infantil, dentro de los principales encontramos:

Artículo 32.- Garantizar la salud con políticas económicas, sociales, culturales educativas y ambientales. Además, permitirá acceso permanente a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y reproductiva.

El artículo 347, responsabilidades del Estado ecuatoriano, numeral 4 relacionada con las unidades educativas y su deber de impartir educación en ciudadanía, sexualidad y ambiente; cuyo objetivo final es generar un país con conciencia social y del ambiente.

En el numeral 6 como otra responsabilidad de Estado encontramos que busca erradicar todas las formas de violencia en el sistema educativo y vela por la integridad física, psicológica y sexual. Es fundamental eliminar con la violencia en el sistema educativo, que generalmente conlleva a desarrollar otro tipo de actitudes violentas.

En el artículo 66.- Garantías de las personas: expresa el derecho de las personas en tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, orientación sexual.

2.5.3 *Los Derechos Sexuales y Reproductivos* son abordados en el Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, (2017) encontrados en el marco del derecho a la salud integral, al considerarlos como parte de los Derechos Humanos fundamentales que deben ser garantizados y efectivizados por parte del estado, se resumen en la Figura 4:

Figura 5

Derechos Sexuales y Reproductivos

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA CONSTITUCION DEL ECUADOR 2008	DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS REFERENTES A TRATADOS INTERNACIONALES COMO CIPD, CEDAW, CONSENSO DE MONTEVIDEO, ENTRE OTROS
<p>Derechos sexuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Derecho a una educación en sexualidad, desde el enfoque de derechos, en entidades educativas. - Derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad. - Derecho al acceso permanente, oportuno y sin exclusión por orientación sexual, edad, pertenencia étnica o discapacidad a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud sexual. - Derecho a la integridad sexual. - Derecho a guardar reserva sobre su salud y vida sexual. - Derecho a no ser discriminada o discriminado por su orientación sexual. - Derecho a vivir una sexualidad libre de coerción y violencia - Derecho a atención prioritaria a víctimas de violencia sexual. - Derecho de niños, niñas y adolescentes a la protección y atención contra todo tipo explotación sexual. 	<p>Derechos sexuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser reconocidos como seres sexuados - Fortalecer la autoestima y autonomía para adoptar decisiones libres sobre la sexualidad. - Contar con información oportuna, veraz y completa sobre sexualidad. - Decidir si se quiere iniciar y mantener la vida sexual o no. - Decidir libremente si se contrae matrimonio, se convive con la pareja o si se permanece solo o sola. - Explorar y disfrutar de una vida sexual placentera, sin vergüenza, miedos ni culpas. - Vivir la sexualidad sin sometimiento a violencia, presión, abuso, explotación o acoso. - Tener relaciones sexuales consensuadas. - Escoger a las y los compañeros sexuales. - Pleno respeto por la integridad física del cuerpo y sus expresiones sexuales. Expresar libre y autónomamente la orientación sexual.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA CONSTITUCION DEL ECUADOR 2008	DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS REFERENTES A TRATADOS INTERNACIONALES COMO CIPD, CEDAW, CONSENSO DE MONTEVIDEO, ENTRE OTROS
<p>Derechos reproductivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Derecho al acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud reproductiva. - Derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener. - Derecho a la eliminación de riesgos laborales que afecten la salud reproductiva. - Derecho al acceso y estabilidad en el empleo sin limitaciones por embarazo o número de hijas e hijos. - Derechos de maternidad (lactancia y trabajo). - Derecho a licencia por paternidad. - Derecho a la no discriminación vinculada con los roles reproductivos. - Derecho a acciones y servicios de salud reproductiva, durante el embarazo, parto y postparto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Protegerse del embarazo y las ITS. - Tener acceso a servicios de salud sexual de calidad. <p>Derechos reproductivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre ellos. - Decidir de manera libre y responsable la posibilidad de ser padres o madres. - Decidir libremente el tipo de familia que se quiere formar. - Acceder a métodos anticonceptivos seguros, aceptables, y eficaces, incluyendo a la anticoncepción de emergencia. - En las mujeres a no sufrir discriminaciones o tratos desiguales por razón de embarazo o maternidad, en el estudio trabajo o dentro de la familia. - Tener acceso a servicios de salud y atención médica que garanticen una maternidad segura y libre de riesgos durante la gestación, el parto, y la lactancia. - Contar con servicios educativos e información para garantizar la autonomía reproductiva. - Tener acceso a los beneficios del progreso científico, para contar con servicios accesibles que satisfagan las necesidades dentro de los mejores estándares de calidad.

Fuente: Ministerio de Educación (2019)

3. CAPÍTULO III: Metodología de la Investigación

Las variables estudiadas fueron el género, el haber tenido o no relaciones sexuales y el inicio temprano de la vida sexual (<15 años). Y las comparamos con diversos determinantes relacionados con conductas sexuales de riesgo:

- Características demográficas (edad, género, nivel de instrucción, tipo de familia)
- Consumo de Cigarrillo - alcohol y drogas.
- Violencia - Salud Mental
- Prácticas sexuales
- Uso de anticonceptivos
- Conocimiento de VIH

3.1 Tipo de Estudio: Se trata de un estudio transversal – analítico

3.2 Instrumento de Investigación: Encuesta Global de Salud a Escolares (GSHS) de la Organización Mundial de la Salud.

3.3 Criterios de Inclusión: Adolescentes del Colegio Fiscal de San Isidro Manabí de 12 a 18 años autorización de sus padres por consentimiento informado y de ellos por medio de asentimiento informado

3.4 Población: 900 estudiantes de Colegio Fiscal San Isidro de Manabí – Ecuador con edad entre 12 – 19 años.

3.5 Muestra: Fue determinada a través de fórmula de población finita resultando en 205 adolescentes entre 12 - 19 años aleatorizados. El nivel de confianza utilizado fue de 95% y una precisión absoluta de 0,05.

3.6 Plan de recolección de datos incluyó la elaboración digital de la Encuesta (GSHS) utilizando la plataforma *Formularios de Google Drive*; luego de la obtención de consentimiento y asentimiento informado aceptado por los padres y los estudiantes respectivamente. Se procedió a aplicar la encuesta en el centro de cómputo en la unidad educativa a los adolescentes utilizando códigos únicos.

3.7 Plan de análisis incluyó la elaboración automática de la base de datos, se realizó la limpieza de la misma utilizándose imputación estadística en las variables con pérdidas menores al 10% que no fueron recuperables.

Se describe las variables por medio de las medidas de tendencia central y dispersión, así como por la identificación de las frecuencias absolutas y respectivamente, se emplean tablas y gráficos para su representación y análisis. Posteriormente se realiza el análisis de asociación entre las variables de género, haber tenido relaciones sexuales y el inicio temprano de las mismas con los diferentes determinantes psicosociales antes mencionados.

Se utiliza pruebas de hipótesis como el chi cuadrado o el exacto de Fisher y medidas de asociación como Odds Ratio representado por el OR al momento de la presentación de las tablas, se consideraron estadísticamente significativos aquellos resultados con un valor de $p < 0,05$ a con un IC95% utilizó el programa STATA versión 16 y Epiinfo versión 7,0.

3.8 Aspectos bioéticos considerados en esta investigación es la beneficencia al identificar los principales factores de riesgo de los adolescentes y proponer proyectos para mejorar su calidad de vida y una sociedad más justa. Fue considerado por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y al no existir conflictos se aprobó y se ejecutó el proyecto (Apéndice 3).

4. CAPÍTULO IV: Resultados

4.1 Datos Generales

En este estudio participaron 205 adolescentes pertenecientes a la Unidad Educativa Fiscal San Isidro, localizada en Manabí – Ecuador; quienes respondieron la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS) en el mes de octubre del 2018. Pretende identificar los principales determinantes psicosociales relacionados con la conducta sexual en los adolescentes. A continuación, se describen los resultados de la “Tabla 1”.

4.2 Distribución de la Población

El 53,2%(109) pertenecían al grupo etario de 15 años o más y el 46,8%(96) al de 14 años o menos. El 50,24%(103) fueron del género masculino, cursando educación básica el 43,41%(89) y bachillerato el 56,59%(116). El 60%(123) de los adolescentes provenían de una familia tipo nuclear, el 20,98%(43) viven solo con su madre y el 15,2%(31) viven con otros familiares diferentes de sus padres “Tabla 1”.

4.3 Conducta Sexual

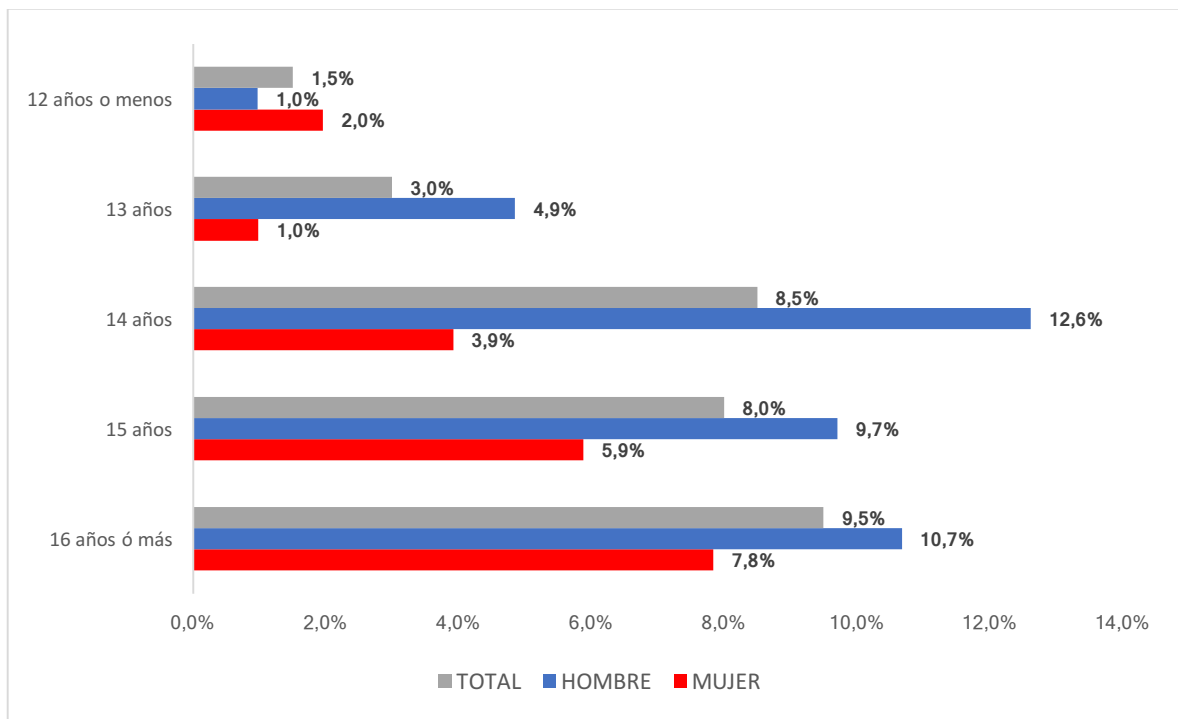
El 28,2%(58) de los adolescentes encuestados habían tenido relaciones sexuales en algún momento de su vida, entre los hombres 38,9%(30) y entre las mujeres 20,6%(20); además durante el último año 18,5%(38) reportaron haber tenido relaciones sexuales.

Como podemos ver en la figura 6, la edad de inicio de relaciones sexuales fue reportada en un 13% (26) a los 14 años o antes y un 17,5%(35) a los 15 años o más. Entre los hombres un 18,5%(19) indicó haber tenido relaciones sexuales a los 14 años o antes y entre las mujeres 6,9% (7). El 1,5%(3) indicó haber tenido relaciones sexuales a los 12 años o antes, el 3%(6) a

los 13 años, el 8,5%(17) a los 14 años, el 8%(16) a los 15 años y un 9,5%(19) a los 16 años o más.

Figura 6

Prevalencia de Relaciones Sexuales según edad y género en adolescentes de San Isidro, Manabí – Ecuador 2018.



Nota: El 13% de los adolescentes iniciaron su vida sexual a los 14 años o antes y un 17,5% a los 15 años o más.

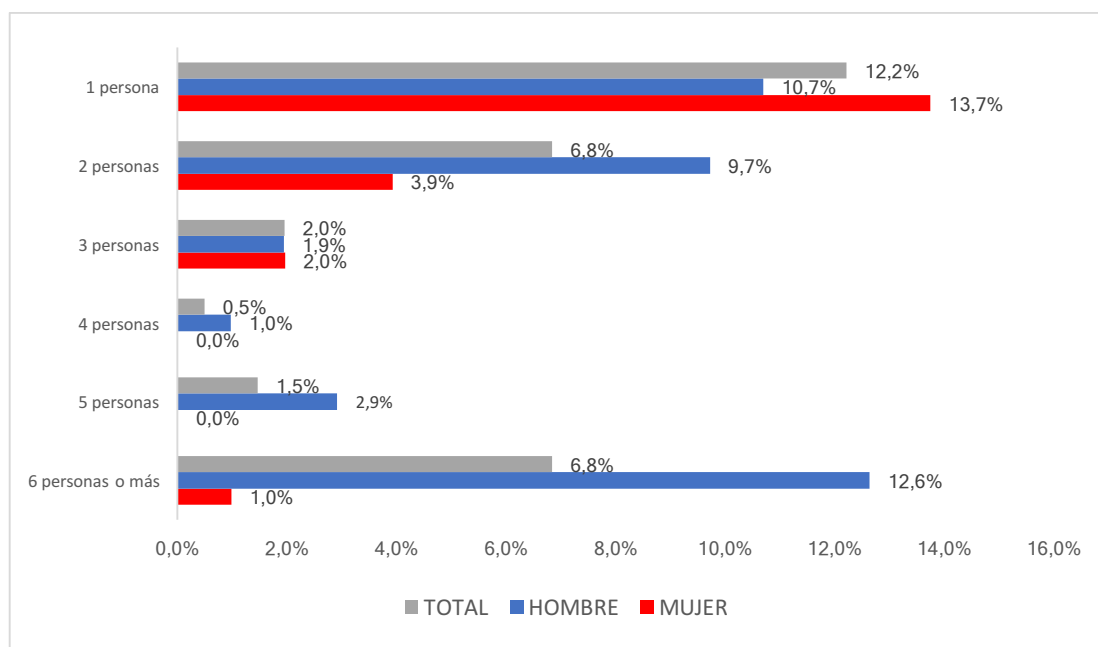
Fuente: Encuesta Global de Salud para Escolares, San Isidro Manabí - 2018.

Elaborado por: La autora.

El número de parejas sexuales se demuestran en la figura 7, el 12,2%(25) indicó haber tenido relaciones sexuales con 1 persona y el 6,83%(14) con 6 o más personas. Un 8,8% (18) de los adolescentes indicó haber tenido relaciones sexuales con 4 o más personas; entre los hombres el 16,5%(17) y entre las mujeres un 1%(1).

Figura 7

Número de parejas sexuales según edad y género en adolescentes de San Isidro, Manabí – Ecuador 2018.



Nota: 8,8% de los adolescentes ha tenido 4 o más parejas sexuales; entre los hombres 16,5% y entre las mujeres 1%

Fuente: Encuesta Global de Salud para Escolares, San Isidro Manabí - 2018.

Elaborado por: La autora.

El uso de preservativo en el último encuentro entre los adolescentes encuestados fue del 64,28%(45) mientras que el 35,7% (25) no lo utilizó y un 42% (86) desconoce en donde adquirirlos. El 9,76%(20) de los adolescentes encuestados que tienen relaciones sexuales refiere que nunca ha utilizado ningún método anticonceptivo en el último año y el 27,32%(56) indica desconocer sobre VIH y SIDA “Tabla 1”.

4.4 Violencia y Salud Mental

El 16,6%(34) indicó haber sido víctima de violencia en el último año y de ellos por 4 ocasiones o más 3%(6). El 3,4%(7) experimentó abuso sexual por una ocasión el último año, el 2,44%(5) admitió pertenecer a grupos que realizan actividades violentas.

El 45,37%(93) de los adolescentes indicaron nunca haber experimentado sentimientos de soledad en el último año. La sensación de anhedonia en el último año fue reportada en el 27,32%(56) de los encuestados. El 12,2%(25) pensaron en un posible suicidio y un 9,76%(20) ideó un plan suicida en el último año. El 3,41%(7) indicó no tener amigos mientras que el 73,66%(151) dijo tener 3 o más amigos cercanos Tabla 1.

4.5 Apoyo Familiar y Amabilidad por sus pares

La percepción de amabilidad por sus pares fue reportada en el 23,9%(49); en cuanto a la comprensión y preocupación por parte de los padres un 33,66%(69) indicó siempre sentirse comprendido mientras que un 16,59%(34) nunca se sintió comprendido.

4.6 Hábitos prejudiciales para la salud

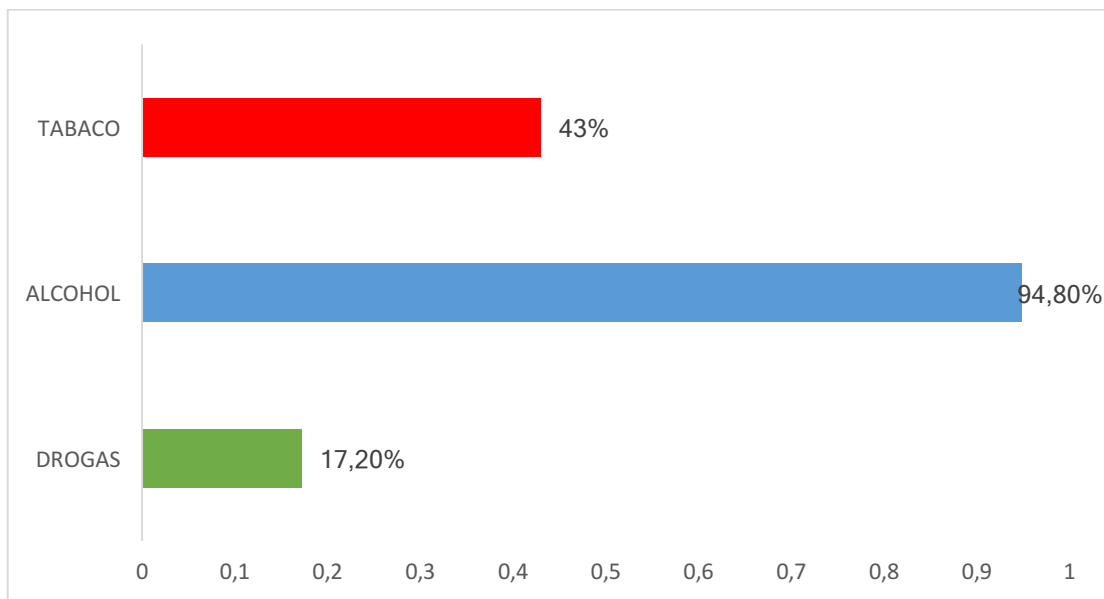
La prevalencia del consumo de cigarrillo encontrado en los adolescentes fue del 22,44%(46), la prevalencia del consumo de alcohol del 62,44%(128) y la prevalencia del consumo de drogas 6,4%(13). En el último mes el consumo de tabaco, alcohol y drogas fue respectivamente de 10,7%(22), 41,9%(86) y 2,9%(6).

La edad inicio de consumo de tabaco, alcohol y drogas en adolescentes de 15 o menos años fue respectivamente 15,1%(31), 47,8%(98) y 4,88%(10). El 4,39%(9) admite haber llegado a estado de embriaguez por 3 o más ocasiones “Tabla 1”.

En la figura 8 encontramos la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y drogas en los adolescentes encuestados que admitieron haber tenido relaciones sexuales siendo 43%(24), 94,80%(54) y 17,2%(10) respectivamente.

Figura 8

Consumo de sustancias en adolescentes que han tenido relaciones sexuales. San Isidro, Manabí – Ecuador 2018



Fuente: Encuesta Global de Salud para Escolares, San Isidro Manabí - 2018.

Elaborado por: La autora.

Tabla 1

Descripción de la Población de adolescentes San Isidro Manabí - Ecuador 2018.

Variables	N	%	%Acumulado
VARIABLES DEMOGRÁFICAS			
Edad			
12 años	41	20	20
13 años	30	14.63	34.63
14 años	25	12.2	46.83
15 años	34	16.59	63.41
16 años	75	36.59	100
Total	205	100	
Género			
Femenino	102	49.76	49.76
Masculino	103	50.24	100
Total	205	100	
Nivel de Instrucción			
Grado 10	16	7.8	7.8
Grado 8	47	22.93	30.73
Grado 9	26	12.68	43.41
Primero de Bachillerato	60	29.27	72.68
Segundo de Bachillerato	22	10.73	83.41
Tercero de Bachillerato	34	16.59	100
Total	205	100	
Tipo de familia			
A. Familia Nuclear	123	60,0%	60
B. Familia Monoparental	50	24,6%	84,6
C. Familia Compuesta	32	15,40%	100
Total	205	100	
¿Con quien vives?			
A. Mamá	43	20.98	20.98
B. Papá	7	3.41	24.39
C. Con los dos	123	60	84.39
D. Con otros familiares	31	15.12	99.51
E. Solo	1	0.49	100
Total	205	100	
VIOLENCIA Y BULLYING			
Número de ocasiones en el último año que ha sido víctima de una agresión			
1 vez	18	8.78	8.78

2 o 3 veces	10	4.88	13.66
4 o 5 veces	4	1.95	15.61
6 o 7 veces	2	0.98	16.59
Ninguna	171	83.41	100
Total	205	100	
Violencia por pareja en el último año			
No he tenido ningún novio o novia	81	39.51	39.51
No	120	58.54	98.05
Si	4	1.95	100
Total	205	100	
Acoso sexual en el último año			
1 vez	7	3.41	3.41
2 o 3 veces	1	0.49	3.9
4 o 5 veces	1	0.49	4.39
No sufrí acoso sexual en los últimos 12 meses	196	95.61	100
Total	205	100	
Pertenencia a grupos que realizan actividades violentas			
No	200	97.56	97.56
Si	5	2.44	100
Total	205	100	
SALUD MENTAL			
Sentimiento de soledad en el último año			
A. Nunca	93	45.37	45.37
B. Rara vez	50	24.39	69.76
C. A veces	43	20.98	90.73
D. Casi siempre	13	6.34	97.07
E. Siempre	6	2.93	100
Total	205	100	
Sensación de anhedonia el último año.			
No	149	72.68	72.68
Si	56	27.32	100
Total	205	100	
Posibilidad de suicidio el último año			
No	180	87.81	87.81
Si	25	12.2	100
Total	205	100	
Plan suicida durante el último año			
No	185	90.24	90.24
Si	20	9.76	100

Total	205	100	
Número de amigos cercanos			
A. 0	7	3.41	3.41
B. 1	20	9.76	13.17
C. 2	27	13.17	26.34
D. 3 o más	151	73.66	100
Total	205	100	
CONSUMO DE CIGARRILLO			
Edad de consumo de cigarrillo por primera vez			
A. Nunca he probado cigarrillos	159	77.56	77.56
B. 7 años de edad o menos	1	0.49	78.05
C. 8 o 9 años	1	0.49	78.54
D. 10 u 11 años	5	2.44	80.98
E. 12 o 13 años	7	3.41	84.39
F. 14 o 15 años	17	8.29	92.68
G. 16 años o más	15	7.32	100
Total	205	100	
Consumo de cigarrillo en el último mes			
A. 0 días	183	89,3	89,3
B. 1 a 2 días	16	7,8	97,1
C. 3 a 5 días	4	2,0	99,1
D. 6 a 9 días	2	1,0	100
Total	205	100	100
CONSUMO DE ALCOHOL			
Edad de consumo de alcohol por primera vez			
Nunca he bebido alcohol aparte de pocos sorbos	77	37.56	37.56
B. 7 años o menos	3	1.46	39.02
C. 8 o 9 años	3	1.46	40.49
D. 10 o 11 años	12	5.85	46.34
E. 12 o 13 años	33	16.1	62.44
F. 14 o 15 años	47	22.93	85.37
G. 16 años o más	30	14.63	100
Total	205	100	
Consumo de alcohol el último mes			
A. 0 días	119	58,1	58,1
B. 1 ó 2 días	57	27,8	85,9
C. 3 a 5 días	8	3,9	89,8
D. 6 a 9 días	9	4,4	94,2
E. 10 a 19 días	9	4,4	98,6
F. 20 a 29 días	2	1,0	99,6

G. Los 30 días	1	0,5	100
Total	205	100	100
Modo de obtención de alcohol en el último mes			
A. No tomé alcohol durante los últimos 30 días	124	60,5	60,5
B. Lo compré en una tienda, un mercado	22	10,7	71,2
C. Le di dinero a otra persona para que lo comprara por mi	4	2,0	73,2
D. Lo conseguí de mis amigos	27	13,2	86,4
E. Lo conseguí en mi casa	8	3,9	90,3
G. Lo conseguí de otra manera	17	8,3	98,6
G. La calle	3	1,5	100
Total	205	100	
Veces que ha llegado a estado de embriaguez			
A. 0 veces	147	71.71	71.71
B. 1 o 2 veces	47	22.93	94.63
C. 3 a 9 veces	9	4.39	99.02
D. 10 o más veces	2	0.98	100
Total	205	100	
Exposición a anuncios de alcohol en el último mes			
A. Nunca	62	30,2%	30,2
B. Rara vez	78	38,1%	68,3
C. Algunos días	41	20,0%	88,3
D. Casi todos los días	18	8,8%	97,1
E. Todos los días	6	2,9%	100
Total	205	100	100
CONSUMO DE DROGAS			
Número de ocasiones de consumo drogas durate su vida			
A. 0 veces	192	93.66	93.66
B. 1 ó 2 veces	11	5.37	99.02
C. 3 a 9 veces	2	0.98	100
Total	205	100	
Edad de consumo de drogas por primera vez			
12 O 13 años	2	0.98	0.98
14 O 15 años	5	2.44	3.41
16 años o más	7	3.41	6.83
A. Nunca he consumido drogas	188	91.71	98.54
B. 7 años o menos	2	0.98	99.51
D. 10 U 11 años	1	0.49	100
Total	205	100	
Consumo de drogas en el último mes			
A. 0 días	199	97,1	97,1

B. 1 a 2 días	5	2,4	99,5
C. 20 a 29 días	1	0,5	100
Total	205	100	100

CONDUCTA SEXUAL

¿Ha tenido relaciones sexuales?

A. Sí	58	28.29	28.29
B. No	147	71.71	100
Total	205	100	

Edad de relaciones sexuales por primera vez

Nunca he tenido relaciones sexuales	144	70.24	70.24
C. 12 años	3	1.46	71.71
D. 13 años	6	2.93	74.63
E. 14 años	17	8.29	82.93
F. 15 años	16	7.8	90.73
G. 16 años o más	19	9.27	100
Total	205	100	

Número de parejas sexuales

Nunca he tenido relaciones sexuales	144	70.24	70.24
B. 1 persona	25	12.2	82.44
C. 2 personas	14	6.83	89.27
D. 3 personas	4	1.95	91.22
E. 4 personas	1	0.49	91.71
F. 5 personas	3	1.46	93.17
G. 6 o más personas	14	6.83	100
Total	205	100	

Relaciones sexuales durante el último año

A. Sí	38	18,5%	18,5
B. No	167	81,5%	100
Total	205	100%	100

Uso de preservativo en el último encuentro sexual

B. Sí	45	64.28	64,28
C. No	25	35.7	100
Total	70	100	

Método de adquisición de preservativo

A. Lo conseguiría de una máquina expendedora	40	19.51	19.51
B. Lo conseguiría en un almacén, tienda o puesto callejero	4	1.95	21.46
C. Lo conseguiría en una farmacia, clínica u hospital	68	33.17	54.63
D. Le daría dinero a otra persona para que me lo comprará	4	1.95	56.59
E. Lo conseguiría de otra manera	3	1.46	58.05
F. No lo sé	86	41.95	100

Total	205	100	
Uso de método anticonceptivos en el último año			
A. Nunca he tenido relaciones sexuales	140	68.29	68.29
B. He tenido relaciones sexuales, pero no en los últimos 12 meses	10	4.88	73.17
C. Nunca	20	9.76	82.93
D. Rara vez	11	5.37	88.29
E. Algunas veces	5	2.44	90.73
F. La mayoría de las veces	7	3.41	94.15
G. Siempre	12	5.85	100
Total	205	100	
Conocimiento sobre VIH o SIDA			
A. Si	149	72.68	72.68
B. NO	56	27.32	100
Total	205	100	
Charla o clase sobre el VIH o SIDA en el último año			
a. SI	133	64.88	64.88
b. No	27	13.17	78.05
c. NO SE	45	21.95	100
Total	205	100	
PERCEPCIÓN DE APOYO Y AFECTO DEL ENTORNO			
¿En el último mes con qué frecuencia la mayoría de los estudiantes en tu escuela fueron amables contigo y te prestaron ayuda?			
A. Nunca	18	8.78	8.78
B. Rara vez	29	14.15	22.93
C. A veces	42	20.49	43.41
D. Casi siempre	67	32.68	76.1
E. Siempre	49	23.9	100
Total	205	100	
¿En el último mes, con qué frecuencia comprendieron tus padres o cuidadores tus problemas y preocupaciones?			
A. Nunca	34	16.59	16.59
B. Rara vez	29	14.15	30.73
C. A veces	38	18.54	49.27
D. Casi siempre	35	17.07	66.34
E. Siempre	69	33.66	100
Total	205	100	

Fuente: Encuesta Global de Salud para Escolares, San Isidro Manabí - 2018.

Elaborado por: La autora.

4.8 Factores Asociados al desarrollo de conducta sexual de riesgo en adolescentes.

Los factores asociados con el desarrollo de una conducta sexual de riesgo (tener relaciones sexuales en la adolescencia), y las variables de la Encuesta Global de Salud Escolar de la OMS, así como sus resultados se encuentran en la “Tabla 2” y “Tabla 3”.

Los hombres de este estudio presentaron 1,95 veces más probabilidad de tener relaciones sexuales (OR 1,95; IC 95% 1,04 - 3,63, $p=0,03$) en comparación con las mujeres. El grupo etario de 15 o más años presentó 9,3 veces más probabilidad de tener relaciones sexuales en comparación con los de menor edad (OR: 9.3; IC95% 4,12-21,08 $p<0,01$). Los estudiantes de bachillerato tienen 7,7 veces más probabilidad de tener relaciones sexuales (OR 7,7; IC95% 3,40 -17,31 $p<0,01$ en comparación con los adolescentes que se encuentran en educación básica.

Los adolescentes con pensamientos suicidas tienen 2,68 veces mayor probabilidad de tener relaciones sexuales (OR 2,68; IC 95% 1,14 – 6,31 $p= 0,02$) comparado con aquellos que no los tuvieron. Tener tres o más amigos cercanos presentó 2,4 veces mayor probabilidad de tener relaciones sexuales (OR 2,41 IC95%1,08-5,30, $p=0,03$) comparados con los que tienen menos amigos.

En relación con hábitos de vida perjudiciales para la salud encontramos que: los adolescentes que han consumido cigarrillo presentan 4,5 veces más probabilidad de tener relaciones sexuales (OR 4,54 IC95% 2,27-9,11 $p = < 0,01$). El consumo de alcohol aumenta 18 veces la probabilidad de tener relaciones sexuales (OR 18,58 IC95% 5,56-62,08, $p=< 0,01$) en comparado con los que no lo consumen. El consumo de drogas aumenta 6,56 veces la

probabilidad de tener relaciones sexuales (OR 6,56 IC 95% 1,93-22,28 p= 0,03) en comparación con aquellos que no las han consumido “Tabla 2”.

Tabla 2

Factores Asociados con significancia estadística entre Relaciones sexuales y las variables de la Encuesta Global de Salud Escolar en San Isidro-Manabí 2018.

Variables	Relaciones Sexuales		OR	IC95%	Valor de p
	No	Si			
	N (%)	N (%)			
GÉNERO					
Femenino	80(78,43)	22(21,57)	1		
Masculino	67(65,05)	36(34,95)	1,95	1,04-3,63	0,03
Total	147(71,71)	58(28,29)			
EDAD					
12 a 14	88(91,67)	8(8,33)	1		
15 a 16+	59(54,13)	50(45,87)	9,32	4,12-21,08	<0,01
Total	147(71,71)	58(28,29)			
INSTRUCCIÓN					
8-9-10 Básica	81(91,01)	8(8,99)	1		
1-2-3 Bachillerato	66(56,90)	50(43,10)	7,67	3,40-17,31	<0,01
Total	147(71,71)	58(28,29)			
PENSAMIENTO SUICIDA					
No	134(74,44)	46(25,56)	1		
Si	13(52)	12(48)	2,68	1,14-6,31	0,02
Total	147(71,71)	58(28,29)			
AMIGOS CERCANOS					
0 a 2 amigos	45(83,33)	9(16,67)	1		
> 3 amigos	102(67,55)	49(32,45)	2,4	1,08-5,30	0,03
Total	147(71,71)	58(28,29)			
CONSUMO DE TABACO					
No	126(79,25)	33(20,75)	1		
Si	21(45,65)	25(54,35)	4,54	2,27-9,11	<0,01
Total	147(71,71)	58(28,29)			
CONSUMO DE ALCOHOL					

No	74(96,10)	3(3,90)	1		
Si	73(57,03)	55(42,97)	18,58	5,56-62,08	<0,01
Total	147(71,71)	58(28,29)			
CONSUMO DE DROGAS					
No	143(74,48)	49(25,52)	1		
Si	4(30,77)	9(69,23)	6,56	1,93-22,28	<0,01
Total	147(71,71)	58(28,29)			

Fuente: Encuesta Global de Salud para Escolares, San Isidro Manabí - 2018.

Elaborado por: La autora.

Otros factores de riesgo que no estuvieron asociados estadísticamente con el desarrollo de una conducta sexual de riesgo en los adolescentes del área rural de San Isidro fueron:

Ser víctimas de agresión (OR 1,73 IC95% 0,80 - 3,74 p: 0,16), acoso sexual (OR 3,37 (IC 95% 0,87 – 13,03 p=0,07), sentimientos de soledad (OR 1,63, IC 95% 0,85-3,10, p=0,13), anhedonia (OR 1,81, IC 95% 0,94-3,50, p=0,07). Falta de apoyo familiar (OR 1,39, IC 95% 0,75 – 2,56), provenir de familias compuestas o vivir solos (OR 1,75, IC 95% 0,69-4,49), el conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH (OR 1,88; IC 95% 0,89-3,96, p:0,09). “Tabla 3”.

Tabla 3

Factores Asociados entre las Relaciones sexuales y las variables de la Encuesta Global de Salud Escolar en San Isidro-Manabí 2018.

Variables	Relaciones sexuales		OR	IC95%	Valor de p
	No	Si			
	N (%)	N (%)			
GÉNERO					
Femenino	80(78,43)	22(21,57)	1		
Masculino	67(65,05)	36(34,95)	1,95	1,04-3,63	0,03
Total	147(71,71)	58(28,29)			
EDAD					
12 a 14	88(91,67)	8(8,33)	1		
15 a 16+	59(54,13)	50(45,87)	9,32	4,12-21,08	<0,01
Total	147(71,71)	58(28,29)			
INSTRUCCIÓN					
8-9-10 Básica	81(91,01)	8(8,99)	1		
1-2-3 Bachillerato	66(56,90)	50(43,10)	7,67	3,40-17,31	<0,01
Total	147(71,71)	58(28,29)			
AGRESIÓN					
No	126(73,68)	45(26,32)	1		
Si	21(61,76)	13(38,24)	1,73	0,80-3,74	0,16
Total	147(71,71)	58(28,29)			
ACOSO SEXUAL					
No	143(72,96)	53(27,04)	1		
Si	4(44,44)	5(55,56)	3,37	0,87-13,03	0,07
Total	147(71,71)	58(28,29)			
SENSACIÓN DE SOLEDAD					
No	107(74,83)	36(25,17)	1		
Si	40(64,52)	22(35,48)	1,63	0,85-3,10	0,1
Total	147(71,71)	58(28,29)			
ANHEDONIA					
No	112(75,17)	37(24,83)	1		
Si	35(62,50)	21(37,50)	1,81	0,94-3,50	0,07
Total	147(71,71)	58(28,29)			
PENSAMIENTO SUICIDA					
No	134(74,44)	46(25,56)	1		

Si	13(52)	12(48)	2,68	1,14-6,31	0,02
Total	147(71.71)	58(28,29)			
AMIGOS CERCANOS					
0 a 2 amigos	45(83,33)	9(16,67)	1		
> 3 amigos	102(67,55)	49(32,45)	2,4	1,08-5,30	0,03
Total	147(71.71)	58(28,29)			
CONSUMO DE TABACO					
No	126(79,25)	33(20,75)	1		
Si	21(45,65)	25(54,35)	4,54	2,27-9,11	<0,01
Total	147(71.71)	58(28,29)			
CONSUMO DE ALCOHOL					
No	74(96,10)	3(3,90)	1		
Si	73(57,03)	55(42,97)	18,58	5,56-62,08	<0,01
Total	147(71.71)	58(28,29)			
CONSUMO DE DROGAS					
No	143(74,48)	49(25,52)	1		
Si	4(30,77)	9(69,23)	6,56	1,93-22,28	<0,01
Total	147(71.71)	58(28,29)			
CONOCIMIENTO VIH					
No	45(80,36)	11(19,64)	1		
Si	102(68,46)	47(31,54)	1,88	0,89-3,96	0,09
Total	147(71.71)	58(28,29)			
APOYO FAMILIAR					
Si	78(75)	26(25)	1		
No	69(68,32)	32(31,68)	1,39	0,75-2,56	0,28
Total	147(71.71)	58(28,29)			
APRECIO POR SUS PARES					
Si	66(68,04)	31(31,96)	1		
No	81(75)	27(25)	0,71	0,38-1,30	0,27
Total	147(71.71)	58(28,29)			
CON QUIEN VIVE					
Papá o mamá	36(72)	14(28)	1		
Con los dos padres	92(74,80)	31(25,20)	0,86	0,41-1,81	0,7
Solo o con otros familiares	19(59,38)	13(40,63)	1,75	0,69-4,49	0,23
Total	147(71.71)	58(28,29)			

Fuente: Encuesta Global de Salud para Escolares, San Isidro Manabí - 2018.

Elaborado por: La autora.

5. CAPITULO V. Discusión

Los principales determinantes psico-sociales asociados con el desarrollo de conductas sexuales de riesgo en la población estudiada son: género masculino, edad >15 años, pensamientos suicidas y hábitos perjudiciales para la salud (consumo de alcohol, cigarrillo y drogas).

García (2012) en su estudio realizado en 815 adolescentes españoles entre 13 – 19 años con el objetivo de identificar las variables que influyen en el comportamiento sexual de riesgo encontró que el 32,3% había tenido relaciones sexuales con penetración. Alfaro (2015) investigó los hábitos sexuales de 2412 adolescentes entre 13 a 18 años de Valladolid, el 30,4% habían tenido relaciones sexuales; sin embargo, en su estudio Royuela, Rodríguez (2015) estudiaron a 1289 adolescentes entre 12 y 17 años y encontraron que el 17,5% había tenido relaciones sexuales con penetración. En nuestro estudio 28,29%(58) de los adolescentes encuestados habían tenido relaciones sexuales en algún momento de su vida.

Existe una tendencia al inicio de relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas; Royuela, Rodríguez (2015) indica que el 35,4% de los adolescentes habían tenido su primera relación sexual a los 14 años o antes y el 64,6% a los 15 años o más. En nuestra investigación un 12,7%(26) había tenido relaciones sexuales a los 14 años o antes y un 17,1%(35) a los 15 años o más. Los varones tienen un inicio más temprano de relaciones sexuales, Cardona (2015) en su estudio con 196 adolescentes entre 10 y 19 años reporta que el 8,6% de los hombres habían tenido relaciones sexuales a los 12 años o menos y las mujeres la edad más baja reportada fue 13 años. En nuestro estudio encontramos que a partir de los 13 años; los hombres aumentan sus prácticas sexuales exponencialmente 22,4%vs 5,20% en las mujeres de la misma edad.

Folch (2015) reportó en su estudio que los hombres presentan mayor número de parejas sexuales el 52,8% indicó haber tenido 4 o más parejas sexuales durante su vida en comparación con las mujeres; también García (2012), encuentra diferencia significativa entre género $p < 0,001$ el 14,1% había tenido relaciones con 5 o más parejas entre los hombres 18,8% y entre las mujeres 9,4%. En nuestro estudio el 16,5% de los chicos indicó haber tenido relaciones con 4 o más personas comparado con 1% en las mujeres.

Pérez (2017) en su estudio sobre ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en 1292 adolescentes colombianos, encuentra que el 100% de sus encuestados que fueron víctimas de abuso sexual por penetración habían tenido un intento de suicida y un 48% presenta ideación suicida. Rivera (2016) estudio 9893 adolescentes mexicanos entre 14 – 19 años, identificó que la sintomatología depresiva alta en adolescentes está asociada con el inicio de relaciones sexuales con penetración (OR 1,88: IC95% 1.19 – 2.99). Los resultados de nuestra investigación el 12,2% (25) de los adolescentes había tenido pensamientos suicidas en el último año y un 9,8% (20) elaboró un plan suicida; los adolescentes con pensamiento suicida tuvieron 2,68 veces más probabilidad de tener relaciones sexuales (OR 2,68 IC95% 1,14-6,31 $p = 0,02$).

En relación al consumo de sustancias y el desarrollo de factores de conductas sexuales de riesgo Alfaro (2015) Encuentra en su investigación que un 23,4% de los adolescentes había ingerido alcohol o drogas la última vez que tuvieron relaciones sexuales es decir casi uno de cada 4 $p < 0,001$. Moure y Doallo (2016) encontraron en su estudio de cohorte con 1387 estudiantes universitarios que: el 46,95% de los jóvenes habían tenido relaciones sexuales bajo influencia del alcohol y demostraron que el consumo intenso de alcohol se encuentra asociado a tener sexo bajo efectos del alcohol en mujeres OR= 2,08 (IC95% 1,03 – 4,21) y en hombres OR=

4,74 (IC 95% 1,49 – 15,09). También demostraron que el consumo de cannabis en mujeres está relacionado con sexo sin condón OR= 2,96 (IC 95% 1,52 – 5,75).

García y Calvo (2017) encuentran en su trabajo sobre consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en 172 jóvenes de Barcelona que el consumo intensivo de alcohol tiene asociación estadísticamente significativa con: sexo bajo efectos del alcohol $p=0,001$ y sin protección $p=0,001$, ser más receptivo para el sexo $p=0,013$, más difícil poner límites o protegerse $p=0,009$ y mantener relaciones sexuales con desconocidos o varios durante la misma noche $p=0,001$. Leal, Molina y Peralta (2020) en su estudio sobre salud sexual y reproductiva en 2589 mujeres chilenas entre 15-24 años encontraron que el consumo problemático de sustancias se encuentra relacionado con inicio de actividad sexual a menor edad, no uso de preservativo, mayor número de parejas sexuales, violencia en la pareja ($p=0,001$).

En nuestro estudio la prevalencia de consumo de cigarrillo, alcohol y drogas fue del 22,4%(46), 62,4%(128) y 6,4%(13) respectivamente. Identificamos una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de sustancias y haber tenido relaciones sexuales: un 43%(24) de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales habían fumado OR 4,54 (IC95% 2,27-9,11 $p<0,01$), un 94,8%(54) había consumido alcohol y tenido relaciones sexuales OR 18,58 (IC95% 5,56-62,1 $p<0,01$) y un 17,2%(10) había consumido drogas y tenido relaciones sexuales OR 6,56 (IC95% 1,93-22,3 $p=0,01$).

En el último informe de la OMS (2017) sobre resultados de la GSHS el consumo de alcohol, cigarrillo y drogas registrado en adolescentes ecuatorianos fue del 56,1%, 27,8% y 3,1% respectivamente. Como podemos evidenciar el consumo de drogas en nuestro estudio es el

doble que el reportado por la OMS para el año 2017 en adolescentes ecuatorianos, de la misma manera el consumo de alcohol es mayor en la población estudiada.

El Centro de Control y Prevención de Enfermedades (2017) reporta que un 50% de los jóvenes norteamericanos tendrán su primera relación sexual antes de los 18 años y prácticamente todos (>99%) utilizan algún método de control de embarazo en especial preservativo; El Instituto Guttmacher (2019) indica que durante el 2015 y 2017 un 89% de las mujeres y un 94% de los hombres norteamericanos entre 15-19 años utilizaron anticonceptivos. García-Vega (2012) y Cardona (2015) quienes indica que un 85% y un 91,3% de los adolescentes encuestados respectivamente había utilizado preservativo en su último encuentro sexual. En comparación con nuestros resultados 64,2%(45) adolescentes indicaron haberlo utilizado y 42%(86) desconoce cómo adquirir preservativos.

Leal (2018) presentó los resultados en su investigación sobre inicio sexual y violencia en la relación de la pareja en 1679 adolescente chilenos entre 15 a 19; el inicio sexual temprano en las mujeres aumenta 5,73 veces el riesgo de violencia física (OR5,73; IC95% 2,52- 17,87) y 7,82 veces violencia psicológica (IC 95% 4,1-19). El Ministerio de Educación (2019) considera que la principal causa de embarazo en niñas tiene que ver con situaciones de violencia y que en Ecuador un 25% de las mujeres han sido víctimas de violencia sexual. Los adolescentes de nuestro estudio indicaron haber sido víctimas de violencia en un 16,6%(34) y un 3,41%(7) habían sufrido acoso sexual por una ocasión al menos.

Rivera (2016) en su estudio con 9893 adolescentes mexicanos entre 14-19 años evidencio como un factor protector una autoestima familiar alta OR 0,50 (IC 0,38-0,65). El Instituto Guttmacher (2019) indicó que los padres son una de las principales fuentes de información para los

adolescentes 70% de sus encuestados indicaron haber conversado con sus padres sobre temas relacionados a relaciones sexuales y anticonceptivos. En nuestro estudio el 49,3%(101) de los adolescentes indicó que nunca o algunas veces se sintieron comprendidos por sus padres sin embargo no se evidenció una asociación significativa.

Una de las principales medidas adoptadas tanto en Europa como en Estados Unidos para evitar el desarrollo de conductas sexuales de riesgo y sus consecuencias, han sido las campañas extensas de educación sexual desde edades tempranas por parte de las unidades educativas, familia y Estado. En los dos se destaca que han conseguido que más del 95% de los adolescentes en Europa y más 99% en Estados Unidos utilicen métodos anticonceptivos en especial el preservativo Instituto Guttmacher (2019); Alfaro (2015). Lo que nos obliga a implementar estrategias efectivas de educación sexual desde edades tempranas en los niños y adolescentes.

6. CAPÍTULO VI. Conclusiones y Recomendaciones

6.1 Conclusiones

- Los factores asociados identificados para el desarrollo de una conducta sexual de riesgo son: género masculino, edad mayor de 15 años, pensamientos suicidas, tener más de 3 amigos cercanos, y consumo de cigarrillos, alcohol y drogas.
- Otros factores de riesgo son: tipo de familia, sentimientos de soledad o anhedonia, violencia – acoso sexual, apoyo familiar y de sus pares.
- Los adolescentes encuestados presentan baja utilización de preservativos y métodos anticonceptivos en general un 42% indica desconocer como adquirirlos.

- Los hombres inician su vida sexual activa de manera más temprana y tienen mayor número de parejas sexuales en relación a las mujeres.
- El consumo de alcohol, drogas y cigarrillo se encuentran ampliamente relacionado con el desarrollo de conducta sexual de riesgo.
- Las complicaciones de desarrollar conductas sexuales de riesgo son muy perjudiciales para la vida de los adolescentes dentro de las principales encontramos: embarazo no deseado, aborto, aumento de mortalidad materno - infantil, enfermedades de transmisión sexual, deserción escolar, falta de oportunidades y perpetuación del ciclo pobreza-violencia.
- La educación sexual desde tempranas edades y como prioridad de Estado contribuye al desarrollo de conductas sexuales de protección y mejora el proyecto de vida de los adolescentes.

6.2 Recomendaciones

- Realizar un estudio a nivel nacional para determinar las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes en el país y desarrollar programas y proyectos encaminados a reducirlas para mejorar la calidad de vida de los adolescentes y el porvenir de la sociedad.
- Educación a la comunidad sobre el potencial daño que producen los estilos de vida perjudiciales para la salud, conductas sexuales de riesgo y sus consecuencias. Accediendo a esta información a través de unidades educativas, instituciones de salud, en los medios de comunicación, internet entre otros.
- Garantizar que el contenido en los medios de comunicación (radio, televisión, prensa escrita e internet) sea adecuado para niños y adolescentes. Limitar contenidos que

normalicen el consumo de alcohol, cigarrillo, drogas, violencia y conductas sexuales de riesgo.

- Mejorar la atención integral del adolescente como prioridad de estado tanto en Unidades Educativas como Centros de Salud.
- Realizar capacitaciones a los docentes de unidades educativas (públicas, privadas, municipales) para iniciar desde edades tempranas con educación sexual. Procurando unificación en los contenidos teniendo como referencia la Guía Metodológica: Prevención de Embarazo en niñas y adolescentes.
- Exhortar a los padres de familia a conversar con sus hijos desde edades tempranas, sin tabú y con información veraz sobre conductas sexuales protectoras y estilos de vida saludable.
- Poner a disposición plataformas informativas de vida saludable para adolescentes con finalidad de desarrollar conductas sexuales de protección. Plataformas como páginas Web, fan pages (Facebook, twitter, Instagram). Chat con especialistas, vídeos informativos, consultas y establecimientos de salud especializados en adolescentes, etc.
- Promocionar el uso del preservativo como el mejor método de prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado.

7. Referencias Bibliográficas

Alfaro, M., Vázquez, M., Fierro, A., Muñoz, M., Rodríguez, L., González, H., et al. Hábitos sexuales en los adolescentes de 13 a 18 años. *Rev Pediatr Aten Primaria*. (2015); 17:217-25. http://archivos.pap.es/files/1116-2000-pdf/67_Habitos_sexuales.pdf

Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*.
http://www.inocar.mil.ec/web/images/lotaip/2015/literal_a/base_legal/A_Constitucion_r_epublica_ecuador_2008constitucion.pdf

American Psychological Association (2020). *Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.)*. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>.

Bromberg, D., O'Donohue, D., (2013). *Sexual Development Adolescents. Handbook of Child and Adolescent Sexuality* (171-192). New York: Elsevier Inc.
<https://doi.org/10.1016/C2010-0-69245-5>

Cardona, D., Ariza, A., Gaona, C., Medina, Ó., (2015). *Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes escolares en la ciudad de Armenia, Colombia*. *Archivo Médico de Camagüey*, 19(6),568-576. <https://www.redalyc.org/pdf/2111/211142941003.pdf>

Centro de Control y Prevención de Enfermedades CDC., (2017). *New CDC Report Teens' Sexual Behavior Illustrates Adolescents' Continued Need for Sex Education and Effective Birth Control*. New York, EU.: Planned parenthood
<https://www.plannedparenthood.org/about-us/newsroom/press-releases/planned-parenthood-new-cdc-report-on-u-s-teens-sexual-behavior-illustrates-adolescents-continued-need-for-sex-education-and-effective-birth-control>

Congreso Nacional del Ecuador. (2014) Código de la Niñez y Adolescencia.

https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/codigo_ninezyadolescencia.pdf

Folch, C., Álvarez, J., Casabona, J., Brotons, M., Castellsagué, X. (2015). *Determinantes de las Conductas Sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña*. Rev Esp Salud pública, 89, 471-485.

https://www.mschs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol89/vol89_5/RS895C_CF.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2002) *Adolescencia una etapa fundamental:*

https://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2006) *Encuesta de línea de base sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y VIH / SIDA en niños niñas y adolescentes.*

https://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf

García, C., Calvo, F., Carbonell, X., Giralt, C., (2017). *Consumo Intensivo de Alcohol y Conductas Sexuales de Riesgo en Población Universitaria.*

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83949782007>

García, E., Menendez, E., Fernandez, P., Cuesta, M., (2012). *Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes*. International Journal of Psychological Research, 5(1), 79-87.

https://www.researchgate.net/publication/277262925_Sexualidad_anticoncepcion_y_conducta_sexual_de_riesgo_en_adolescentes

Guttmacher Institute, (2019). *Adolescent Sexual and Reproductive Health in the United States*. New York, EU.:
<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/adolescent-sexual-and-reproductive-health-in-united-states.pdf>

Hurtado, J. (2012). *El Proyecto de Investigación, Comprensión Holística de la Metodología y la Investigación*. Caracas editorial Quirón, Séptima edición

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2013. *Más de 900 mil ecuatorianos consumen alcohol*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/mas-de-900-mil-ecuatorianos-consumen-alcohol/>

Leal, I., Molina, T., Peralta, E., Sáez, R., (2020). *Salud Sexual y Salud Reproductiva en mujeres jóvenes con consumo de sustancias en Chile según datos VIII Encuesta Nacional de la Juventud*.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000100024

López, F., Carcedo, R., Fernández, N., Caballero, M. (2017). *Afectos y Conductas sexuales en adolescentes: diferencias y semejanzas en dos culturas, España y Colombia*. Universitas Psychologica, 16(4), 1-11.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-4.acsa>

López, F (2017). *La sexualidad en la adolescencia*. Pediatría integral. Volumen (XXI), pp. 278-285). https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi04/06/n4-278-285_RB_Lopez.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, (2017). *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021*: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública,

Quito, Ecuador. <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>

Ministerio de Salud Perú. (2011). Encuesta Global de Salud Escolar, Resultados- Perú 2010. https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/GSHS_Report_Peru_2010.pdf

Ministerio de Educación del Ecuador. (2019). *Guía Metodológica Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes*. <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/06/Guia-Prevencion-Embarazo.pdf>

Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. (2011). *Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar*. https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Proyecto_enipla.pdf

Moure, L., Doallo, S., Salvadores, P., Corral, M., Cadaveira, F., Caamaño, F. (2016) *Consumo intensivo de alcohol y cannabis, y prácticas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.03.007>

Organización Mundial de la Salud OMS (2017). *Salud de Adolescentes y Jóvenes- Perfil del País 2017 Ecuador*. www.paho.org

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Clasificación Internacional de Enfermedades*, X Revisión. Ginebra: OMS; 1992. <https://www.google.com/search?client=ubuntu&channel=fs&q=muerte+materna+definicion+&ie=utf-8&oe=utf-8>

Organización Mundial de la Salud (2007). *Encuesta Mundial de salud Escolar Ecuador*. http://www.who.int/chp/gshs/2007_Ecuador_GSHS_Spanish_Questionnaire.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2007) Global school based student health results

Guayaquil. <https://www.cdc.gov/gshs/countries/americas/ecuador.htm>

Organización Mundial de la Salud. (2007). Global school based student health results

Quito, 2007. <https://www.cdc.gov/gshs/countries/americas/ecuador.htm>

Organización Mundial de la Salud. (2007) Global school based student health results

Zamora, 2007. <https://www.cdc.gov/gshs/countries/americas/ecuador.htm>

Organización Mundial de la Salud (OMS, (sf)). *Temas de Salud. Violencia:*

<https://www.who.int/topics/violence/es/>

Parra, J., Pérez, R., (2010). *Comportamiento Sexual en Adolescentes y su Relación con*

Variables Biosociales. Recuperado el 21 Octubre 2017 de:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip101b.pdf>

Pérez, M., Martínez, L., Vianchá, M., (2017). *Intento e ideación suicida y su asociación*

con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá – Colombia:

<http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v13n1/1794-9998-dpp-13-01-00091.pdf>

Real Academia de la Lengua Española: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed;

[versión 23.3 en línea]. <http://dle.rae.es>. [21 de febrero 2020]

Rivera, L., Leyva, A., García, A., Castro, F., González, D., Santos, L., (2015). *Inicio de*

relaciones sexuales con penetración y factores asociados en chicos y chicas de México

de 14 – 19 años de edad con escolarización en centros públicos.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112016000100005

Royuela, P., Rodríguez, L., Marugán, J., Carbajosa, V., *Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes*. Rev. PediatrAtenPrimaria. 2015;17:127-36.
<https://pap.es/articulo/12173/factores-de-riesgo-de-la-precocidad-sexual-en-adolescentes>

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2014). *Objetivos del Milenio, balance 2014*.<http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/11/Objetivos-del-Milenio-Balance-2014.pdf>

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2009). *Plan Nacional para el Buen Vivir*.http://www.planificacion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf

Teva, I., Ramiro, M., Bermudez, M., Buela, C., (2012). *Análisis de la conducta sexual de adolescentes peruanos*. Rev. Mexicana de Psicología, vol 29, n° 2 pp184-192.
<https://www.redalyc.org/pdf/2430/243030190009.pdf>

8. Apendices

8.1 Apéndice I: Encuesta global de salud para escolares GSHS

1. ¿Qué edad tienes?

- A. 11 años o menos
- B. 12 años
- C. 13 años
- D. 14 años
- E. 15 años
- F. 16 años o más

2. ¿Cuál es tu sexo?

- A. Masculino
- B. Femenino

3. ¿En qué grado, clase o nivel estás?

- A. Grado 8
- B. Grado 9
- C. Grado 10
- D. Primero de Bachillerato

Las próximas 3 preguntas se refieren a tu estatura, tu peso y acerca de pasar hambre.

4. ¿Cuál es tu estatura, sin zapatos? EN LA HOJA DE RESPUESTAS, ESCRIBE TU ESTATURA EN LAS CASILLAS SOMBRADAS QUE ESTÁN EN LA PARTE SUPERIOR DE LA TABLA. LUEGO RELLENA EL ÓVALO CORRESPONDIENTE DEBAJO DE CADA NÚMERO.]

Ejemplo

Estatura (cm)		
1	5	3
0	0	0
●	1	1
2	2	2
	3	●
	4	4
	●	5
	6	6
	7	7
	8	8
	9	9
●	No sé	

5. ¿Cuánto pesas, sin zapatos? EN LA HOJA DE RESPUESTAS, ESCRIBE TU PESO EN LAS CASILLAS SOMBREADAS EN LA PARTE SUPERIOR DE LA TABLA. LUEGO RELLENA EL ÓVALO CORRESPONDIENTE DEBAJO DE CADA NÚMERO.

Ejemplo

Peso (kg)		
0	5	2
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	No sé	

6. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia te quedaste con hambre porque no había suficiente comida en tu hogar?
- Nunca
 - Rara vez
 - Algunas veces
 - Casi siempre
 - Siempre

La siguiente pregunta es acerca de las frutas que tú podrías comer.

7. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces al día comiste habitualmente frutas, como bananos, naranjas, piña, o manzanas?
- No comí frutas en los últimos 30 días
 - Menos de una vez al día
 - 1 vez al día
 - 2 veces al día
 - 3 veces al día
 - 4 veces al día
 - 5 ó más veces al día

La próxima pregunta se refiere a las verduras y hortalizas que comes tales como lechuga, zanahoria, tomates, o espinaca. Por favor, toma en cuenta que los tubérculos como la papa y la yuca NO son verduras ni hortalizas.

8. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces al día comiste habitualmente verduras y hortalizas?
- No comí verduras ni hortalizas durante los últimos 30 días
 - Menos de una vez al día
 - 1 vez al día
 - 2 veces al día
 - 3 veces al día
 - 4 veces al día
 - 5 o más veces al día

Las próximas 3 preguntas se refieren a hábitos de comidas y bebidas.

9. Durante los últimos 30 días ¿cuántas veces al día tomaste gaseosas o bebidas como Coca-Cola, Pepsi, o Inka Kola?
- No tomé gaseosas en los últimos 30 días
 - Menos de una vez al día
 - 1 vez al día
 - 2 veces al día
 - 3 veces al día
 - 4 veces al día
 - 5 ó más veces al día

10. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días comiste en un restaurante de comida rápida como McDonalds, Burger King, o Taco Bell?

- A. 0 días
- B. 1 día
- C. 2 días
- D. 3 días
- E. 4 días
- F. 5 días
- G. 6 días
- H. 7 días

11. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días comiste snacks salados o dulces entre comidas como galletas, papas fritas, cheetos, nachos, Fritolays o Tostitos?

- A. 0 días
- B. 1 día
- C. 2 días
- D. 3 días
- E. 4 días
- F. 5 días
- G. 6 días
- H. 7 días

Las próximas 4 preguntas se refieren a la limpieza de los dientes y el lavado de las manos.

12. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces al día generalmente te limpiaste o cepillaste los dientes?

- A. No me limpié ni cepillé los dientes en los últimos 30 días
- B. Menos de una vez al día
- C. 1 vez al día
- D. 2 veces al día
- E. 3 veces al día
- F. 4 o más veces al día

13. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia te lavaste las manos antes de comer?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. Algunas veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

14. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia te lavaste las manos después de usar el inodoro o la letrina?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. Algunas veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

15. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia usaste jabón al lavarte las manos?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. Algunas veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

Las 2 preguntas siguientes se refieren a agresiones físicas. Se produce una agresión física cuando una o varias personas golpean a alguien, o cuando una o varias personas hieren a otra persona con un arma (como un palo, un cuchillo o un arma de fuego). No hay una agresión física cuando dos estudiantes de aproximadamente la misma fuerza o capacidad deciden pelear entre sí.

16. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has sido víctima de una agresión física?

- A. Ninguna
- B. 1 vez
- C. 2 o 3 veces
- D. 4 o 5 veces
- E. 6 o 7 veces
- F. 8 o 9 veces
- G. 10 u 11 veces
- H. 12 o más veces

17. Durante los últimos 12 meses, ¿tu novio o tu novia te golpeó, abofeteó, o te hizo algún daño físico intencionalmente?

- A. No he tenido ningún novio o novia en los últimos 12 meses
- B. Sí
- C. No

La próxima pregunta se refiere a riñas. Se produce una pelea física cuando dos o más estudiantes de aproximadamente la misma fuerza o capacidad deciden luchar entre ellos.

18. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces participaste en una pelea física?

- A. Ninguna
- B. 1 vez
- C. 2 ó 3 veces
- D. 4 ó 5 veces
- E. 6 ó 7 veces
- F. 8 ó 9 veces
- G. 10 u 11 veces
- H. 12 o más veces

Las siguientes 5 preguntas se refieren a la lesión más grave que hayas sufrido durante los últimos 12 meses. Una lesión es grave cuando te hace perder al menos un día completo de actividades normales (como la escuela, deportes o el trabajo) o requiere atención por un médico o enfermera.

19. Durante los últimos 12 meses ¿cuántas veces te has lesionado gravemente?

- A. 0 veces
- B. 1 vez
- C. 2 ó 3 veces
- D. 4 ó 5 veces
- E. 6 ó 7 veces
- F. 8 ó 9 veces
- G. 10 ó 11 veces
- H. 12 ó más veces

20. En los últimos 12 meses, ¿qué estabas haciendo cuando sufriste la lesión más grave?

- A. No sufrí ninguna lesión grave en los últimos 12 meses
- B. Estaba jugando o entrenándome para un deporte
- C. Estaba caminando o corriendo, pero no como parte de un juego o del adiestramiento para un deporte
- D. Andaba en bicicleta, motoneta o patineta
- E. Iba en un automóvil u otro vehículo automotor o lo conducía
- F. Estaba haciendo un trabajo remunerado o no remunerado, incluidas tareas domésticas, trabajo de jardinería o cocinar
- G. Nada
- H. Otra cosa

21. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál fue la causa principal de la lesión más grave que sufriste?

- A. No sufrí ninguna lesión grave durante los últimos 12 meses
- B. Tuve un accidente automovilístico o me atropelló un vehículo a motor
- C. Me caí
- D. Algo me cayó encima o me golpeó
- E. Estaba peleando con alguien
- F. Fui agredido(a), asaltado(a) o abusado(a) por alguien
- G. Estuve en un incendio o muy cerca de una llama o algo caliente
- H. Algo distinto causó mi lesión

22. Durante los últimos 12 meses, ¿cómo sufriste la lesión más grave?

- A. No sufrí ninguna lesión grave durante los últimos 12 meses
- B. Me lesioné yo mismo(a) de forma accidental
- C. Otra persona me hirió de forma accidental
- D. Me lesioné yo mismo(a) a propósito
- E. Alguien me lesionó a propósito

23. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál fue la lesión más grave que sufriste?

- A. No sufrí ninguna lesión grave en los últimos 12 meses
- B. Tuve un hueso roto o una articulación dislocada
- C. Recibí un corte, una punzada o puñalada
- D. Sufrí un golpe u otra lesión en la cabeza o el cuello, me desmayé o no podía respirar
- E. Recibí una herida con arma de fuego
- F. Sufrí una quemadura grave
- G. Perdí todo o parte de un pie, pierna, mano o brazo
- H. Me sucedió otra cosa

Las siguientes dos preguntas son acerca de la intimidación. La intimidación ocurre cuando un estudiante o un grupo de estudiantes dicen o hacen algo malo o desagradable a otro estudiante. También es intimidación cuando a un estudiante se le toma del pelo ("se la montan") en una forma desagradable o cuando un estudiante es rechazado intencionalmente. No es intimidación cuando dos estudiantes de la misma fuerza o poder discuten o pelean o cuando se toma del pelo de una forma amigable y divertida.

24. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fuiste intimidado?

- A. 0 días
- B. 1 a 2 días
- C. 3 a 5 días
- D. 6 a 9 días
- E. 10 a 19 días
- F. 20 a 29 días
- G. Todos los 30 días

25. Durante los últimos 30 días, ¿cómo fuiste intimidado más frecuentemente?

- A. No fui intimidado durante los últimos 30 días
- B. Fui golpeado, pateado, empujado, mangoneado o encerrado.
- C. Fui objeto de burla por mi raza o color de piel.
- D. Fui objeto de burla por mi religión.
- E. Fui objeto de burla con chistes sexuales o comentarios y gestos morbosos.
- F. Fui rechazado(a) de actividades o completamente ignorado(a).
- G. Fui objeto de burla por la apariencia de mi cara o cuerpo.
- H. Fui intimidado(a) de alguna otra forma.

Las próximas 2 preguntas se refieren al uso de cinturón de seguridad y casco.

26. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia usaste el cinturón de seguridad cuando te transportabas en un carro o en otro vehículo de motor conducido por otra persona?

- A. No me transporté en ningún vehículo conducido por otra persona
- B. Nunca
- C. Raramente
- D. Algunas veces
- E. La mayoría de las veces
- F. Siempre

27. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia usaste el casco de seguridad cuando estabas conduciendo una bicicleta o un vehículo no motorizado?

- A. No me subí en una bicicleta ni en ningún otro vehículo sin motor
- B. Nunca
- C. Raramente
- D. Algunas veces
- E. La mayoría de las veces
- F. Siempre

La próxima pregunta se refiere al acoso sexual. Un hombre o una mujer sufre acoso sexual cuando, en contra de su deseo, recibe agresiones de naturaleza física o verbal de carácter sexual.

28. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces sufriste un acoso sexual?

- A. No sufrí acoso sexual en los últimos 12 meses
- B. 1 vez
- C. 2 ó 3 veces
- D. 4 ó 5 veces
- E. 6 ó 7 veces
- F. 8 ó 9 veces
- G. 10 u 11 veces
- H. 12 o más veces

La siguiente pregunta se refiere a actividades violentas. Hay violencia cuando una persona o un grupo de personas arremeten contra otra persona o grupo de personas con insultos, intimidación, golpes, asalto, robo o violación sexual.

29. ¿Pertenece a algún grupo que realiza actividades violentas?

- A. Sí
- B. No

Las próximas 7 preguntas se refieren a tus sentimientos y amistades.

30. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia te has sentido solo o sola?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. A veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

31. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has estado tan preocupado por algo que no podías dormir por la noche?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. A veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

32. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez te sentiste tan triste o desesperado, casi a diario durante dos semanas seguidas o más de tiempo, que dejaste de hacer tus actividades habituales?

- A. Sí
- B. No

33. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez consideraste seriamente la posibilidad de suicidarte?

- A. Sí
- B. No

34. Durante los últimos 12 meses, ¿has hecho algún plan de cómo intentarías suicidarte?

- A. Sí
- B. No

35. ¿Cuántos amigos o amigas muy cercanos tienes?

- A. 0
- B. 1
- C. 2
- D. 3 o más

36. Durante el año escolar, en alguna de tus clases te enseñaron cómo manejar el estrés de manera saludable?

- A. Sí
- B. No
- C. No se

Las próximas 12 preguntas se refieren al consumo de cigarrillos y otro tipo de tabaco.

37. ¿Qué edad tenías cuando probaste un cigarrillo por primera vez?
- A. Nunca he probado cigarrillos
 - B. 7 años de edad o menos
 - C. 8 ó 9 años
 - D. 10 u 11 años
 - E. 12 ó 13 años
 - F. 14 ó 15 años
 - G. 16 años o más
38. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fumaste cigarrillos?
- A. 0 días
 - B. 1 ó 2 días
 - C. 3 a 5 días
 - D. 6 a 9 días
 - E. 10 a 19 días
 - F. 20 a 29 días
 - G. Los 30 días
39. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días consumiste otra forma de tabaco, como habano o pipa?
- A. 0 días
 - B. 1 ó 2 días
 - C. 3 a 5 días
 - D. 6 a 9 días
 - E. 10 a 19 días
 - F. 20 a 29 días
 - G. Los 30 días
40. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez has intentado dejar de fumar cigarrillos?
- A. Nunca he fumado cigarrillos
 - B. No he fumado cigarrillos durante los últimos 12 meses
 - C. Sí
 - D. No
41. En algún momento durante los próximos 12 meses, ¿crees que fumarás un cigarrillo?
- A. Definitivamente no
 - B. Probablemente no
 - C. Probablemente sí
 - D. Definitivamente sí
42. Si uno de tus mejores amigos o amigas te ofrece un cigarrillo, ¿fumarías?
- A. Definitivamente no
 - B. Probablemente no
 - C. Probablemente sí
 - D. Definitivamente sí
43. ¿Crees que fumar es malo para tu aspecto?
- A. Definitivamente no
 - B. Probablemente no
 - C. Probablemente sí
 - D. Definitivamente sí
44. ¿Te preocuparía si te dijeran que tienes mal aliento a causa del tabaco?
- A. Definitivamente no
 - B. Probablemente no
 - C. Probablemente sí
 - D. Definitivamente sí
45. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días otras personas han fumado en tu presencia?
- A. 0 días
 - B. 1 ó 2 días
 - C. 3 ó 4 días
 - D. 5 ó 6 días
 - E. Los 7 días

46. ¿Quién de tus padres o cuidadores consumen alguna forma de tabaco?

- A. Ninguno
- B. Mi padre o mi cuidador
- C. Mi madre o mi cuidadora
- D. Ambos
- E. No sé

47. ¿Crees que el humo de los cigarrillos de otras personas que fuman es malo para tu salud?

- A. Definitivamente no
- B. Probablemente no
- C. Probablemente sí
- D. Definitivamente sí

48. ¿Le dirías a uno de tus mejores amigos o amigas que apague su cigarrillo o que se vaya a fumar a otro sitio si fuma muy cerca de ti?

- A. Definitivamente no
- B. Probablemente no
- C. Probablemente sí
- D. Definitivamente sí

Las próximas 10 preguntas se refieren al consumo de bebidas alcohólicas. Esto incluye la ingestión de Ron San Miguel, Ron Estelar, Trópico, Cristal, Cerveza Pilsener, y puntas. El consumo de alcohol no incluye beber unos pocos sorbos de vino o chicha en actividades religiosas.

49. ¿Qué edad tenías cuando tomaste tu primer trago de alcohol, algo más que unos pocos sorbos?

- A. Nunca he bebido alcohol aparte de unos pocos sorbos
- B. 7 años o menos
- C. 8 ó 9 años
- D. 10 ó 11 años
- E. 12 ó 13 años
- F. 14 ó 15 años
- G. 16 años ó más

50. Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días tomaste al menos una bebida que contenía alcohol?

- A. 0 días
- B. 1 ó 2 días
- C. 3 a 5 días
- D. 6 a 9 días
- E. 10 a 19 días
- F. 20 a 29 días
- G. Los 30 días

51. Durante los últimos 30 días, en los días en que tomaste alcohol, ¿cuántos tragos tomaste normalmente por día?

- A. No tomé alcohol durante los últimos 30 días
- B. Menos de un trago
- C. 1 trago
- D. 2 tragos
- E. 3 tragos
- F. 4 tragos
- G. 5 tragos ó más

52. Durante los últimos 30 días, ¿cómo conseguiste normalmente el alcohol que tomaste?

SELECCIONA SÓLO UNA RESPUESTA.

- A. No tomé alcohol durante los últimos 30 días
- B. Lo compré en una tienda, un mercado o en la calle
- C. Le di dinero a otra persona para que lo comprara por mí
- D. Lo conseguí de mis amigos
- E. Lo conseguí en mi casa
- F. Lo robé
- G. Lo conseguí de otra manera

53. Durante los últimos 30 días, ¿alguien se negó a venderte alcohol por tu edad?

- A. No he intentado comprar alcohol durante los últimos 30 días
- B. Sí, alguien se negó a venderme alcohol por motivo de mi edad.
- C. No, mi edad no me impidió comprar alcohol

54. Durante tu vida, ¿cuántas veces tomaste tanto alcohol que llegaste a emborracharte?

- A. 0 veces
- B. 1 ó 2 veces
- C. 3 a 9 veces
- D. 10 ó más veces

55. Durante tu vida, ¿cuántas veces has tenido resaca, te has sentido enfermo, has tenido problemas con tu familia o amigos, has faltado a la escuela o te has metido en peleas como resultado de tomar alcohol?

- A. 0 veces
- B. 1 ó 2 veces
- C. 3 a 9 veces
- D. 10 ó más veces

56. En cualquier momento durante los próximos 12 meses, ¿crees que tomarás una bebida alcohólica?

- A. Definitivamente no
- B. Probablemente no
- C. Probablemente sí
- D. Definitivamente sí

57. Si alguno de tus amigos o amigas te ofreciera una bebida alcohólica ¿te la tomarías?

- A. Definitivamente no
- B. Probablemente no
- C. Probablemente sí
- D. Definitivamente sí

58. ¿Cuántas bebidas alcohólicas en una noche crees que podrían dañar tu salud?

- A. Tomar en una noche no puede dañar mi salud
- B. 1 o 2 bebidas
- C. 3 o 4 bebidas
- D. 5 o más bebidas

La próxima pregunta se refiere a la frecuencia con la que ves anuncios publicitarios de alcohol en TV, videos, cine, Internet, eventos deportivos, conciertos musicales y revistas.

59. En los últimos 30 días, ¿qué tan a menudo viste anuncios de alcohol?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. Algunos días
- D. Casi todos los días
- E. Todos los días

La próxima pregunta se refiere a drogas.

60. Durante tu vida, ¿cuántas veces has usado drogas como marihuana, cocaína, o éxtasis?

- A. 0 veces
- B. 1 ó 2 veces
- C. 3 a 9 veces
- D. 10 ó más veces

Las próximas 6 preguntas se refieren a las relaciones sexuales.

61. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?

- A. Sí
- B. No

62. ¿Qué edad tenías cuando tuviste relaciones sexuales por primera vez?

- A. Nunca he tenido relaciones sexuales
- B. 11 años ó menos
- C. 12 años
- D. 13 años
- E. 14 años
- F. 15 años
- G. 16 años ó más

63. Durante tu vida, ¿con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?

- A. Nunca he tenido relaciones sexuales
- B. 1 persona
- C. 2 personas
- D. 3 personas
- E. 4 personas
- F. 5 personas
- G. 6 ó más personas

64. Durante los últimos 12 meses, ¿has tenido relaciones sexuales?

- A. Sí
- B. No

65. La última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿usaste tu o tu pareja un condón o preservativo?

- A. Nunca he tenido relaciones sexuales
- B. Sí
- C. No

66. Si quieres conseguir un condón o preservativo ¿cómo sería la forma más posible de conseguirlo?

- A. Lo conseguiría de una máquina expendedora
- B. Lo conseguiría en un almacén, tienda o de un puesto callejero
- C. Lo conseguiría en una farmacia, clínica u hospital
- D. Le daría dinero a otra persona para que me lo comprara
- E. Lo conseguiría de otra manera
- F. No lo sé

La siguiente pregunta se refiere al uso de métodos contraceptivos y de protección tales como el *coitus interruptus* (retirada), el método del ritmo (periodo seguro alrededor de la menstruación), pastillas contraceptivas, condón, o cualquier otro método para evitar un embarazo.

67. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has usado tu o tu pareja algún método de control de embarazo?
- A. Nunca he tenido relaciones sexuales
 - B. He tenido relaciones sexuales pero no durante los últimos 12 meses
 - C. Nunca
 - D. Rara vez
 - E. Algunas veces
 - F. La mayoría de las veces
 - G. Siempre

Las próximas 2 preguntas se refieren a tu actividad física. Actividad física es cualquier actividad que acelera los latidos del corazón y te deja sin aliento algunas veces. Se hace actividad física en los deportes, jugando con amigos o caminando a la escuela. Algunos ejemplos de actividad física son correr, caminar rápido, andar en bicicleta, bailar, jugar fútbol y voley.

SUMA TODO EL TIEMPO QUE DEDICAS A ACTIVIDADES FÍSICAS CADA DÍA. NO INCLUYAS TU CLASE DE GIMNASIA O EDUCACIÓN FÍSICA.

68. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días practicaste una actividad física por un total de al menos 60 minutos al día?
- A. 0 días
 - B. 1 día
 - C. 2 días
 - D. 3 días
 - E. 4 días
 - F. 5 días
 - G. 6 días
 - H. 7 días

69. Durante una semana típica o normal, ¿cuántos días practicas una actividad física por un total de al menos 60 minutos al día?

- A. 0 días
- B. 1 día
- C. 2 días
- D. 3 días
- E. 4 días
- F. 5 días
- G. 6 días
- H. 7 días

La próxima pregunta se refiere al tiempo que pasas generalmente sentado cuando no estás en la escuela o haciendo tus tareas escolares.

70. Durante un día típico o normal, ¿cuánto tiempo pasas sentado viendo televisión, jugando juegos en la computadora, conversando con amigos o haciendo otras cosas que exigen permanecer sentado, como viendo partidos de fútbol?

- A. Menos de 1 hora al día
- B. 1 a 2 horas al día
- C. 3 a 4 horas al día
- D. 5 a 6 horas al día
- E. 7 a 8 horas al día
- F. Más de 8 horas al día

Las próximas 2 preguntas se refieren a ir a la escuela y volver a casa.

71. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días fuiste y volviste de la casa a la escuela caminando o en bicicleta?

- A. 0 días
- B. 1 día
- C. 2 días
- D. 3 días
- E. 4 días
- F. 5 días
- G. 6 días
- H. 7 días

72. Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo te tomó normalmente ir a la escuela y volver a casa cada día? **SUMA EL TIEMPO QUE TE TOMA IR A LA ESCUELA Y VOLVER A CASA.**

- A. Menos de 10 minutos al día
- B. 10 a 19 minutos al día
- C. 20 a 29 minutos al día
- D. 30 a 39 minutos al día
- E. 40 a 49 minutos al día
- F. 50 a 59 minutos al día
- G. 60 ó más minutos al día

La próxima pregunta se refiere al tiempo que pasas a la semana en clase de educación física o gimnasia en el colegio.

73. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántos días a la semana fuiste a clase de educación física en la escuela?

- A. 0 días
- B. 1 día
- C. 2 días
- D. 3 días
- E. 4 días
- F. 5 días o más

La próxima pregunta se refiere al tiempo que dedicas a dormir por la noche.

74. Durante una semana típica o habitual, ¿cuántas horas duermes en promedio cada noche?

- A. 5 horas o menos
- B. 6 horas
- C. 7 horas
- D. 8 horas
- E. 9 horas
- F. 10 horas
- G. 11 horas o más

La próxima pregunta se refiere a tu pertenencia a equipos deportivos dentro y fuera de la escuela.

75. Durante los últimos 12 meses, ¿en cuantos equipos deportivos has jugado?

- A. 0 equipos
- B. 1 equipo
- C. 2 equipos
- D. 3 equipos o más

Las próximas 7 preguntas se refieren a tus experiencias personales en la escuela y la casa, así como en tu vida espiritual.

76. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días faltaste a clases o a la escuela sin permiso?

- A. 0 días
- B. 1 ó 2 días
- C. 3 a 5 días
- D. 6 a 9 días
- E. 10 o más días

77. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia la mayoría de los estudiantes en tu escuela fueron amables contigo y te prestaron ayuda?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. A veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

78. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia verificaron tus padres o cuidadores que hacías la tarea?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. A veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

79. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia comprendieron tus padres o cuidadores tus problemas y preocupaciones?
- A. Nunca
 - B. Rara vez
 - C. A veces
 - D. Casi siempre
 - E. Siempre
80. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tus padres o cuidadores **realmente** sabían lo que estabas haciendo en tu tiempo libre?
- A. Nunca
 - B. Rara vez
 - C. A veces
 - D. Casi siempre
 - E. Siempre
81. ¿Te consideras una persona religiosa o espiritual?
- A. Si
 - B. No
82. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia te sentiste apreciado y apoyado por los profesores en la escuela?
- A. Nunca
 - B. Rara vez
 - C. A veces
 - D. Casi siempre
 - E. Siempre

8.2 Apéndice II. Operacionalización de Variables

1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:						
i) Identificar las conductas sexuales de riesgo para enfermedades de transmisión sexual en los adolescentes de San Isidro en el 2018.						
Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Tipo de variable	Indicadores	Categorización/Codificación	
1	Grado de instrucción	El nivel más elevado de estudios o en curso	Qué nivel de instrucción tiene	cuantitativa		grado de instrucción alcanzado
	Genero	Características fisiológicas y sexuales con las que nacen los hombres y mujeres que los diferencia	Qué genero tiene	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	hombre mujer
	Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contado desde su nacimiento	Cuántos años tiene	cuantitativa		edad en años
2	COMPORTAMIENTOS SEXUALES QUE CONTRIBUYEN A LA INFECCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	Todo tipo de <u>practica</u> sexual que se puede realizar con uno mismo u otra persona cursan como comportamientos específicos tanto individuales como colectivos. Son comportamientos específicos considerados como determinantes en la transmisión del VIH. Paralelamente, existen una serie de indicadores tales como el uso de anticonceptivos, la prevalencia de infecciones de transmisión sexual, y la explotación <u>sexual</u> . Los conocimientos sobre VIH son	Ha tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	1= SI / 0= NO
			Entre aquellos estudiantes que tuvieron relaciones sexuales alguna vez, aquellos que tuvieron su primera relación antes de los 14 años	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	1=<14 / 0 = >14
			Tuvo relaciones sexuales con dos o más personas en su vida	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	1= SI / 0= NO
			Entre aquellos estudiantes que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses, aquellos que utilizaron un condón en su última relación	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	1=no CONDON / 0 = SI CONDON
			Entre aquellos estudiantes que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses, aquellos que utilizaron cualquier otro método contraceptivo en su última relación	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	1= NO USO / 0 = SI USO
3	CONOCIMIENTO RELATIVO DEL VIH	toda aquella información <u>util</u> sobre la enfermedad.	Alguna vez oyó hablar del VIH o del SIDA	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	1= SI / 0= NO
			Le enseñaron en cualquier clase sobre VIH o el SIDA	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	1= SI / 0= NO
			Le enseñaron en cualquier clase sobre cómo evitar el VIH o SIDA	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	1= SI / 0= NO
			Han hablado alguna vez con sus padres o tutores acerca del VIH o del SIDA	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	1= SI / 0= NO
4	Estado nutricional	Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta de calorías y consumo de las mismas, que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluación del estado nutricional es por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar.	Bajo peso (más de 2 DE por debajo de la mediana del IMC)	cuantitativa		1= SI / 0= NO
			Sobrepeso (más de 1 DE por encima de la mediana del IMC)	cuantitativa		1= SI / 0= NO
			Obesidad (más de 2 DE por encima de la mediana del IMC)	cuantitativa		1= SI / 0= NO

5	COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO	<p>Conducta es la manera o forma de comportarse una persona. En el caso de la conducta alimentaria, el comportamiento guarda estrecha relación con el alimento.</p> <p>La conducta alimentaria no es tan sólo un acto reflejo que evita la aparición de las sensaciones de hambre, sino que tiene una significación propia en la que intervienen experiencias previas, recuerdos, sentimientos, emociones y necesidades.</p>	Tuvieron hambre casi siempre o siempre porque no había suficiente comida en casa en los últimos 30 días	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	A= NUNCA, B= RARA VEZ, C= ALGUNAS VECES, D= CASI SIEMPRE, E= SIEMPRE
			Comieron fruta habitualmente dos o más veces al día, en los últimos 30 días	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	A= NO COMI FRUTA EN LOS ULTIMOS 30 DIAS B= MENOS DE UNA VEZ AL DIA C= 1 VEZ AL DIA D= 2 VECES DIA E= 3 VECES DIA F= 4 VECES DIA G= 5 O MAS VECES AL DIA
			Comieron verduras habitualmente tres o más veces al día, en los últimos 30 días	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	A= NO COMI VERDURAS NI HORTALIZAS EN LOS ULTIMOS 30 DIAS B= MENOS DE UNA VEZ AL DIA C= 1 VEZ AL DIA D= 2 VECES DIA E= 3 VECES DIA F= 4 VECES DIA G= 5 O MAS VECES AL DIA
			Consumieron bebidas gaseosas habitualmente una o más veces al día, en los últimos 30 días	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	A= NO TOME BEBIDAS GASEOSAS EN LOS ULTIMOS 30 DIAS B= MENOS DE UNA VEZ AL DIA C= 1 VEZ AL DIA D= 2 VECES DIA E= 3 VECES DIA F= 4 VECES DIA G= 5 O MAS VECES AL DIA
			Comieron en un restaurante de comida rápida tres días o más, en los últimos 7 días	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	A= 0 DIAS, B=1 DIAS, C=2DIAS, D=3DIAS, E=4DIAS, F=5DIAS, G=6DIAS H=7DIAS
6	HIGIENE	<p><i>La higiene personal se define como el conjunto medidas y normas que deben cumplirse individualmente para lograr y mantener una presencia física aceptable, un óptimo desarrollo físico y un adecuado estado de salud. Las acciones que deben ejecutarse para obtener una higiene personal adecuada, comprenden la práctica sistemática de las medidas higiénicas que debemos aplicar para mantener un buen estado de salud.</i></p>	Comieron fruta y verdura habitualmente cinco o más veces al día en los últimos 30 días	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	1= SI / 0= NO
			Se limpiaron o cepillaron los dientes habitualmente menos de una vez al día en los últimos 30 días	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	A= NO ME CEPILLE NI LIMPIE LOS DIENTES EN LOS ULTIMOS 30 DIAS B= MENOS DE UNA VEZ AL DIA C= 1 VEZ AL DIA D= 2 VECES DIA E= 3 VECES DIA F= 4 VO MAS ECES DIA
			Nunca o casi nunca se lavaron las manos antes de comer en los últimos 30 días	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	A= NUNCA, B= RARA VEZ, C= ALGUNAS VECES, D= CASI SIEMPRE, E= SIEMPRE
			Nunca o casi nunca se lavaron las manos después de utilizar el inodoro o letrina en los últimos 30 días	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	A= NUNCA, B= RARA VEZ, C= ALGUNAS VECES, D= CASI SIEMPRE, E= SIEMPRE
7	CONSUMO DE TABACO	<p>El tabaquismo es un daño de características crónicas que se produce en la persona que consume tabaco en exceso.</p> <p>El concepto también se utiliza para nombrar a la adicción que un sujeto experimenta por el tabaco, lo que suele generarse por la nicotina.</p>	Entre los estudiantes que fumaron cigarrillos alguna vez, el porcentaje de aquellos que fumaron por primera vez antes de los 14 años	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	A= NUNCA HE PROBADO CIGARRILLOS, B= 7 AÑOS DE EDAD O MENOS, C= 8 O 9 AÑOS, D= 10 U 11 AÑOS, E=12 O 13 AÑOS, F= 14 O 15 AÑOS G 16 AÑOS O MAS
			Fumó cigarrillos durante uno o más días en los últimos 30 días	cualitativa	Frecuencias absolutas	A= 0 DIAS, B=1 O 2 DIAS, C=3 O 5 DIAS, D= 6 A 9 DIAS, E=10-19 DIAS,

				absolutas y relativas	F=20 A 29 DIAS, G=LOS 30 DIAS
			Entre los estudiantes que fumaron cigarrillos durante el último año, el porcentaje de aquellos que intentaron dejar de fumar cigarrillos en los últimos 12 meses	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas A= NUNCA HE FUMADO CIGARRILLOS, B= NO HE FUMADO CIGARRILLOS LOS ULTIMOS 12 MESES, C=SI, D=NO
			Informaron que otras personas fumaron en su presencia en uno o más días de los últimos 7 días	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas A= 0 DIAS, B=1 A 2 DIAS, C=3 A 4 DIAS, D=5 O 6 DIAS, E=LOS 7 DIAS
			Tiene un padre o tutor que consume cualquier forma de tabaco	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas A= NINGUNO, B=MI PADRE O CUIDADOR, C=MI MADRE O CUIDADORA, D=AMOBOS, E=NO SE
8	CONSUMO DE ALCOHOL	Se ha definido como bebedor habitual: la persona que declaró haber consumido bebidas alcohólicas al menos una vez por semana durante el último año; como bebedor en un día laboral; la que declaró algún consumo de <u>Lunes</u> a Jueves; y como bebedor de fin de semana la que consumió al menos una bebida alcohólica el viernes, el sábado o el domingo.	Entre los estudiantes que han tomado alguna vez una bebida que contenía alcohol, el porcentaje de los que tomaron por primera vez una bebida que contenía alcohol antes de los 14 años	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas A= NUNCA HE BEBIDO ALCOHOL A PARTE DE UNOS SORBOS, B= 7 AÑOS DE EDAD O MENOS, C= 8 O 9 AÑOS, D= 10 U 11 AÑOS, E=12 O 13 AÑOS, F= 14 O 15 AÑOS G 16 AÑOS O MAS
			Ingerió por lo menos una bebida que contenía alcohol en los últimos 30 días	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas A= 0 DIAS, B=1 O 2 DIAS, C=3 O 5 DIAS, D= 6 A 9 <u>DIAS</u> , E=10-19 DIAS, F=20 A 29 DIAS, G=LOS 30 DIAS
			Entre los estudiantes que consumieron alcohol en los últimos 30 días, el porcentaje de los que habitualmente consumieron dos o más bebidas alcohólicas por día en el que bebieron	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas A= NO TOMO ALCOHOL DURANTE LOS ULTIMOS 30 DIAS, B=MENOS DE UN TRAGO, C=1 TRAGO, D= 2 TRAGOS, E= 3 TRAGOS, F=4 TRAGOS, G=5 TRAGOS O MAS
			Entre los estudiantes que consumieron alcohol en los últimos 30 días, el porcentaje que habitualmente consiguió el alcohol que bebió a través de sus amigos	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas A= NO TOMO ALCOHOL DURANTE LOS ULTIMOS 30 DIAS, B= LO COMPRE EN UNA TIENDA, C= LE DI DINERO A UNA PERSONA PARA QUE LO COMPRE POR MI, D= LO CONSEGUI POR MIS AMIGOS, E= LO CONSEGUI EN LA CASA, F=4 LO ROBÉ, G=5 LO CONSEGUI DE OTRA MANERA
			Bebió tanto alcohol que realmente se embriagó una o más veces en su vida	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas A= 0 VECES, B=1 A 2 VECES, C=3 A 9 VECES, D= 10 O MAS VECES
			Ha tenido problemas con su familia o amigos, ha faltado a la escuela o se ha mezclado en peleas una o más veces como resultado de ingerir bebidas alcohólicas en su vida	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas A= 0 VECES, B=1 A 2 VECES, C=3 A 9 VECES, D= 10 O MAS VECES

9	CONSUMO DE DROGAS	La (OMS) define droga como toda sustancia que <u>introducida</u> en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.	Entre los estudiantes que han consumido drogas alguna vez, los que consumieron drogas por primera vez antes de los 14 años	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	A= NUNCA HE BEBIDO ALCOHOL A PARTE DE UNOS SORBOS, B= 7 AÑOS DE EDAD O MENOS, C= 8 O 9 AÑOS, D= 10 U 11 AÑOS, E=12 O 13 AÑOS, F= 14 O 15 AÑOS G 16 AÑOS O MAS
			Han consumido marihuana una vez o más en su vida	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	1= SI / 0= NO
			Han consumido marihuana una vez o más, en los últimos 30 días	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	A= 0 DIAS, B=1 O 2 DIAS, C=3 O 5 DIAS, D= 6 A 9 DIAS, E=10-19 DIAS, F=20 A 29 DIAS, G=LOS 30 DIAS
			Han consumido anfetaminas o metanfetaminas una vez o más en su vida	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	1= SI / 0= NO
10	SALUD MENTAL	La salud mental incluye nuestro bienestar emocional, psicológico y social. Afecta la forma en que pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos la vida. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con los demás y tomamos decisiones. La salud mental es importante en todas las etapas de la vida,	Casi siempre o siempre se ha sentido solo en los últimos 12 meses	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	A= NUNCA, B= RARA VEZ, C= ALGUNAS VECES, D= CASI SIEMPRE, E= SIEMPRE
			Casi siempre o siempre ha estado tan preocupado por algo que no ha podido dormir por la noche en los últimos 12 meses	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	A= NUNCA, B= RARA VEZ, C= ALGUNAS VECES, D= CASI SIEMPRE, E= SIEMPRE
			Consideró seriamente la posibilidad de suicidarse en los últimos 12 meses	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	1= SI / 0= NO
			Hizo un plan acerca de cómo suicidarse en los últimos 12 meses	cualitativa	Frecuencias absolutas	1= SI / 0= NO
11	FACTORES DE PROTECCIÓN	Se entiende por factores de protección todas aquellas circunstancias, características, condiciones y atributos vinculados al comportamiento prosocial, que potencian las capacidades de un individuo para afrontar con éxito determinadas situaciones adversas. Existen tanto factores de <u>protección estático</u> como dinámicos. Para valorar los factores de protección, es necesaria la utilización de instrumentos para la evaluación del riesgo de violencia en los individuos.	desde la niñez y la adolescencia hasta la adultez		absolutas y relativas	
			Intentó suicidarse una o más veces en los últimos 12 meses	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	1= SI / 0= NO
			No tiene amigos íntimos	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	A= 0, B = 1 C= 2 <u>D</u> <u>3</u> O MAS
			Faltó a la escuela sin permiso una o más veces durante los últimos 30 días	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	A= 0 <u>DIAS</u> , B= 1 O 2 DIAS, C= 3 A 5 DIAS, D= 6 A 9 DIAS, E 10 DIAS O MAS
			La mayoría de los estudiantes fueron amables y le prestaron ayuda casi siempre o siempre en los últimos 30 días	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	A= NUNCA, B= RARA VEZ, C= ALGUNAS VECES, D= CASI SIEMPRE, E= SIEMPRE
			Los padres o tutores verificaron que el estudiante hacía su tarea casi siempre o siempre en los últimos 30 días	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	A= NUNCA, B= RARA VEZ, C= ALGUNAS VECES, D= CASI SIEMPRE, E= SIEMPRE
			Los padres o tutores comprendieron sus problemas y preocupaciones casi siempre o siempre en los últimos 30 días	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	A= NUNCA, B= RARA VEZ, C= ALGUNAS VECES, D= CASI SIEMPRE, E= SIEMPRE
			Los padres o tutores sabían realmente lo que hacía en su tiempo libre siempre o casi siempre en los últimos 30 días	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	A= NUNCA, B= RARA VEZ, C= ALGUNAS VECES, D= CASI SIEMPRE, E= SIEMPRE
			Los padres o tutores nunca o casi nunca registraron sus cosas sin su permiso en los últimos 30 días	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	A= NUNCA, B= RARA VEZ, C= ALGUNAS VECES, D= CASI SIEMPRE, E= SIEMPRE
			Sus padres les han demostrado afecto casi siempre o siempre durante los últimos 30 días	cualitativa	Frecuencias absolutas y relativas	A= NUNCA, B= RARA VEZ, C= ALGUNAS VECES, D= CASI SIEMPRE, E= SIEMPRE

8.3 Apéndice III: Aprobación del Proyecto “La Conducta Sexual de los Adolescentes y sus determinantes psicosociales” por el Comité de Bioética de la PUCE



8.4 Apéndice IV: Aprobación del Proyecto “Diagnóstico de las condiciones de salud de la parroquia San Isidro” por el Comité de Bioética de la PUCE



Quito, 31 de mayo de 2017
Oficio-CEISH-308-2017


Señor Magíster
Carlos Vinicio Erazo Cheza
Docente e investigador de la Facultad de Medicina
Presente.

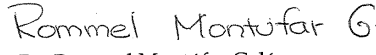
Estimado Dr. Erazo:

El Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos, estudió el proyecto intitulado: **Diagnóstico de las condiciones de salud de la parroquia San Isidro, cantón Sucre, provincia de Manabí, 15 meses después del terremoto de abril 2016**, presentado por Usted el 18.04.2017, evaluado en la sesión del 21.04.2017, y presentado de nuevo para su evaluación el 22.05.2017.

El Comité, en sesión del 25.05.2017, consideró que se han tomado en cuenta los puntos expuestos a Usted en la sesión del 21 de abril pasado, por lo tanto, se apruebe el proyecto.

Con nuestra consideración y estima,


Dra. Laura Arcos Terán
Presidenta
Comité de Ética de la Investigación
En Seres Humanos - PUCE


Dr. Rommel Montufar Galárraga
Secretario
Comité de Ética de la Investigación
en Seres Humanos - PUCE

LAT/yar



8.5 Apéndice V: Consentimiento Informado

Programa de investigación comunitaria para la evaluación integral de la situación de salud de la población de la Parroquia de San Isidro, Cantón Sucre, Provincia de Manabí 2017
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, UNIVERSIDAD DE OHIO
Evaluación de las condiciones de salud de la parroquia de San Isidro, cantón Sucre, provincia de Manabí, 15 meses después del terremoto de abril 2016
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. ADOLESCENTES

Nombres: _____ Apellidos _____

Comunidad/Localidad _____

Le invitamos a su hijo/a o representado a participar en un proyecto de investigación. Para decidir si está interesado o no en que su hijo/a participe, es necesario que comprenda de qué se trata este proyecto, así como los posibles riesgos y beneficios que conlleva. Este proceso es conocido como consentimiento informado. Le explicaremos el propósito, procedimientos, posibles beneficios y riesgos de esta investigación. También le explicaremos cómo se usará y protegerá la información que usted nos proporcione. Una vez que hayamos hablado de estos temas y sus preguntas sobre el estudio hayan sido resueltas, se le pedirá que firme este documento en el que da su consentimiento para participar en esta investigación.

Explicación del estudio

El propósito de este estudio es evaluar las condiciones de salud de la parroquia San Isidro.

La información de este estudio servirá al Ministerio de Salud Pública para enfocar intervenciones que permitan mejorar la salud y la calidad de vida de sus habitantes.

Si decide participar, se le hará unas preguntas sobre su estado socio - económico, consumo de alimentos, actividad física, se le medirá y pesará, y se le tomará una muestra de heces. El procedimiento durará aproximadamente 45 minutos.

Posibles riesgos y molestias:

Esta investigación no implica riesgos ni molestias. Si piensa que alguna de las preguntas es demasiado privada o no desea compartir sus respuestas, puede negarse a responder y pasar a la siguiente pregunta. También puede terminar la entrevista en cualquier momento.

Beneficios:

No anticipamos ningún beneficio inmediato por participar en este estudio pero esperamos que la información nos ayude a entender mejor la salud de las personas en su parroquia.

Le entregaremos los resultados de su evaluación físico-clínica.

Confidencialidad y grabaciones:

La información que nos proporcione será compartida solamente con el equipo de investigación. Dicha información constituirá material de investigación a ser compartido mediante artículos y presentaciones académicas, sin revelar su identidad personal. Se harán todos los esfuerzos necesarios para mantener la confidencialidad de su información, sin embargo, las instituciones que financian este proyecto (PUCE y Universidad de Ohio), podrían tener acceso a esta información, si la solicitan.

Compensación

No habrá compensación por la participación en este estudio.

Información de contacto

Usted puede hacer preguntas sobre este estudio en cualquier momento. Los investigadores responderán a sus preguntas según su conocimiento del tema. Es nuestro interés realizar un estudio completamente seguro y de acuerdo a su interés. Si tiene preguntas sobre su trato o cualquier otro asunto relacionado con su participación, puede contactarse con el Dr. Carlos Erazo Cheza al teléfono 2991700 ext. 2733/0999980067 o al correo cverazo@puce.edu.ec.

En caso de alguna pregunta sobre sus derechos como participante en una investigación, por favor contacte al Dr. Rommel Montúfar, Secretario del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos, PUCE Av. 12 de Octubre 1076 y Roca. Tel. (02) 299 1700 ext 1533 o 2917.

Fax. 02 299 1656 email: rjmontufar@puce.edu.ec

Al dar su consentimiento en la investigación, acepta que:

- Ha leído este consentimiento informado (o que ha sido leído para usted)
- Ha tenido la oportunidad de formular preguntas y le han sido resueltas.
- Ha sido informado de los riesgos a los que se expone y estos han sido explicados satisfactoriamente.
- Entiende que la Pontificia Universidad Católica del Ecuador o la Universidad de Ohio no cuentan con fondos adicionales para responder por ningún daño derivado de su participación en este estudio.
- Su participación en este estudio es completamente voluntaria.
- Usted puede dejar este estudio en cualquier momento. Si decide detener su participación en este estudio, no recibirá ninguna sanción ni perderá ningún beneficio que de otra manera estaría a su alcance.

Nombre completo del menor: _____

Nombre del Representante legal: _____

Firma del representante legal _____

Fecha _____ (DD/MM/AAAA)

Si no es posible obtener una firma del representante, utilice este espacio para la huella

Nombre y firma del Testigo _____

8.6 Apéndice VI: Asentimiento Informado

Programa de investigación comunitaria para la evaluación integral de la situación de salud de la población de la Parroquia de San Isidro, Cantón Sucre, Provincia de Manabí 2017
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, UNIVERSIDAD DE OHIO
Evaluación de las condiciones de salud de la parroquia de San Isidro, cantón Sucre, provincia de Manabí, 15 meses después del terremoto de abril 2016
FORMULARIO DE ASENTIMIENTO. ADOLESCENTES

Declaración de asentimiento del participante menor de edad

Estamos haciendo un trabajo de investigación acerca de la salud de niños y adolescentes en la parroquia San Isidro, Manabí. Un estudio de investigación es una manera de aprender más sobre la gente. El propósito de este estudio es aprender más acerca de la salud de los niños y adolescentes en la parroquia San Isidro, Manabí.

Si decide ser parte del estudio, ustedes en el caso de adolescentes o sus padres en el caso de menores de edad responderán unas preguntas sobre consumo de alimentos, actividad física entre otros temas de salud.

A ustedes se les medirá y pesará. Esta participación tomará alrededor de 45 minutos.

Incluso si su padre ha accedido a permitirle participar en este estudio, usted aún puede optar por no participar.

Yo, _____, tengo _____ años cumplidos, entiendo los objetivos de este proyecto de investigación y lo que se espera de mí, por lo tanto acepto participar voluntariamente.

_____ No, yo no quiero estar en este proyecto de investigación.

_____ Sí, yo quiero estar en este proyecto de investigación.

Si usted decide que quiere estar en el proyecto de investigación, por favor, escriba su nombre de una forma clara o en letra imprenta.

Firma del menor: _____ Fecha: _____

Información del menor:

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: día/ _____ mes/ _____ año/ Edad: _____

Por favor, no escriba en este cuadro:

Declaración del Representante del Estudio:

He explicado el propósito de la investigación, los procedimientos de estudio, los posibles riesgos y molestias, los posibles beneficios, y he respondido a las preguntas de acuerdo a mi capacidad
