UNIVERSIDAD DE OTAVALO

CARRERA DE INGENIERÍA EN DESARROLLO SOCIAL Y CULTURAL

ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SEXUALIDAD SALUDABLE EN LOS ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA QUIROGA CANTÓN COTACACHI

TRABAJO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE INGENIERÍA EN DESARROLLO SOCIAL Y CULTURAL

Andrea Raquel Mediavilla Vinueza

Msc. Ledys Hernández

Otavalo, Abril, 2017

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, Andrea Raquel Mediavilla Vinueza, declaro que este trabajo es de mi total autoría, que no ha sido previamente presentado para grado alguno o calificación profesional.

La Universidad de Otavalo puede hacer uso de los derechos correspondientes, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normativa institucional vigente.

_____

Andrea Raquel Mediavilla Vinueza

C.I. 1003885041

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Certifico que el proyecto de investigación titulado "Estrategias para la promoción de la sexualidad saludable en los adolescentes de la Parroquia Quiroga" bajo mi dirección y supervisión, constituye el trabajo de titulación para aspirar al título de Ingeniera en Desarrollo Social y Cultural de la estudiante Andrea Raquel Mediavilla Vinueza, y cumple con las condiciones requeridas por el Reglamento de Trabajos de Titulación (Arts. 16 y 25).

_____

Msc. Ledys Hernández Chacón

C.I. 1716053333

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado tanto y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional. A mi padre a pesar de nuestras diferencias de opiniones, sé que este momento es especial para usted como lo es para mí. A mi compañero de vida por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuesto a escucharme y ayudarme en todo momento. A mi hermana por ser un ejemplo a seguir. A mis amigos por estar siempre al pendiente y ser partícipes en cada una de las alegrías y tristezas de este transcurso. Gracias eternas a todos aquellos que ahora tienen un lugar en mi corazón.

AGRADECIMIENTO

A mi tutora Msc. Ledys Hernández Chacón, por su paciencia, cariño y enseñanza, por brindarme su acompañamiento durante el transcurso de la elaboración de este proyecto, por la gran calidad humana que me ha demostrado con su amistad y tener don de la palabra al decir las cosas. A mi amigo incondicional Paul, por acompañarme todo el tiempo y ser un apoyo fundamental, con cada una de sus valiosas aportaciones en este trayecto.

ÍNDICE

DEDICATORIA iii
AGRADECIMIENTO iv
RESUMEN ix
ABSTRACT x
INTRODUCCIÓN 1
Antecedentes y situación problemática 1
Problema científico 1
Idea a defender 1
Objetivos de la investigación 2
Objetivo General 2
Objetivos específicos 2
Definición de variables e indicadores 2
Mecánica operativa 3
Estructura capitular 6
Aportes de la investigación 7
CAPÍTULO I. APROXIMACIONES TEÓRICAS ACERCA DE LA SEXUALIDAD SALUDABLE EN LA ADOLESCENCIA 8
1.1 Consideraciones generales acerca de la sexualidad 8
1.1.1 Breve recorrido histórico sobre la sexualidad 9
1.1.2 Enfoques científicos sobre la sexualidad 13
1.1.3 La sexualidad desde los Derechos Humanos y Constitución Ecuatoriana 15
1.2. Consideraciones generales acerca de la adolescencia 19
1.2.1. La sexualidad durante el período de la adolescencia 21
1.3. La sexualidad saludable 23
1.4. Situación de la sexualidad en los adolescentes ecuatorianos. 26
1.5 Caracterización de la parroquia Quiroga 30
CAPÍTULO II. DESARROLLO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN 33
2.1 Paradigma investigativo 33

2.2 Materiales y métodos 34
2.3 Población y muestra 35
2.3.1. Determinación de la muestra 36
2.4 Técnicas e instrumentos 37
2.4.1. Validación del instrumento 37
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE RESULTADOS 39
3.1. Diseño de la propuesta 49
3.1.1. Matriz FODA 50
3.1.2. Estrategias para la promoción de la sexualidad saludable 51
CONCLUSIONES 56
RECOMENDACIONES 57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 58
ANEXOS 65
Anexo I. Encuesta realizada adolescentes 65
Anexo II. Instrumento de medición y validez de la encuesta 66

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matriz metodológica 4
Tabla 2. Situación de la población adolescente en cuanto a la sexualidad para el año 2007 . 27
Tabla 3. Datos generales de la parroquia Quiroga 31
Tabla 4. Datos de la población adolescente de la parroquia Quiroga 35
Tabla 5. Resultados obtenidos para el indicador Información sobre sexualidad saludable ... 39
Tabla 6. Resultados obtenidos para el indicador comprensión del concepto sexualidad saludable 41
Tabla 7. Resultados obtenidos para el indicador información sobre organizaciones que promueven la sexualidad saludable 42
Tabla 8. Resultados obtenidos para el indicador información sobre los riesgos de la práctica sexual temprana 43
Tabla 9. Resultados obtenidos para el indicador inicio de la práctica sexual 45
Tabla 10. Resultados obtenidos para el indicador protección en la práctica sexual 46
Tabla 11. Resultado del indicador experiencia anterior en educación para la sexualidad saludable 47
Tabla 12. Resultados obtenidos del indicador importancia de la educación en sexualidad saludable 48
Tabla 13. Matriz FODA 50
Tabla 14. Estrategias para promover la sexualidad saludable en los adolescentes de la parroquia Quiroga 52

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Ubicación geográfica de la parroquia Quiroga. 31
Ilustración 2. Resultados obtenidos para el indicador información sobre sexualidad saludable 40
Ilustración 3. Resultados para el indicador comprensión del concepto 41
Ilustración 4. Resultados obtenidos para el indicador información sobre organizaciones que promueven la sexualidad saludable 42
Ilustración 5. Resultados obtenidos para el indicador información sobre los riesgos de la práctica sexual temprana 44
Ilustración 6. Resultados para el indicador inicio en la práctica sexual 45
Ilustración 7. Resultados para el indicador protección en la práctica sexual 46
Ilustración 8. Resultados para el indicador experiencia anterior. 47
Ilustración 9. Resultados obtenidos del indicador importancia de la educación en sexualidad saludable 49

RESUMEN

El presente trabajo de investigación responde a la necesidad de promover el conocimiento y práctica de la sexualidad saludable entre los adolescente de la parroquia Quiroga, cantón Cotacachi.

La presente investigación aporta al campo científico, proporcionando datos estadísticos confiables acerca de la situación problemática de la práctica sexual temprana en la parroquia Quiroga. También realiza aportes significativos al área de la salud y la educación ya que presenta una herramienta eficaz de intervención en la educación para la sexualidad saludable de los adolescentes.

El problema científico que motivó la investigación fue cómo contribuir a la promoción de la sexualidad saludable como estrategia de solución a la alarmante situación existente en la parroquia Quiroga en cuanto al creciente número de embarazos adolescentes, enfermedades de transmisión sexual a edad temprana y la deserción escolar. Dicha problemática convoca a los distintos actores sociales que intervienen en la educación sexual y la prevención de riesgos.

La metodología utilizada se basó en el paradigma cuali – cuantitativo, ya que elaboró una encuesta no estructurada y se aplicó la investigación – acción para el diseño de estrategias de promoción de la sexualidad saludable. La investigación constó de tres variables desglosadas en sus indicadores correspondientes y para la aplicación del instrumento se utilizó un método de validación estandarizado. Con los resultados obtenidos se aplicó una metodología participativa para la construcción de una matriz FODA a partir de la cual se diseñaron las estrategias que constituyen el principal aporte del trabajo. Finalmente, el trabajo presenta conclusiones y recomendaciones.

Palabras claves:

Estrategias, educación, sexualidad saludable, adolescentes.

ABSTRACT

This research work responds to the need to promote the knowledge and practice of healthy sexuality among adolescents in Quiroga, canton Cotacachi.

The present research contributes to the scientific field, providing reliable statistical data about the problematic situation of the early sexual practice in Quiroga. It also makes significant contributions to the area of health and education as it presents an effective tool for intervention in education for healthy sexuality of adolescents.

The scientific problem that motivated the research was how to contribute to the promotion of healthy sexuality as a solution strategy to the alarming situation in Quiroga regarding the growing number of teenage pregnancies, sexually transmitted diseases at an early age and school dropout. This problematic summons to the different social actors that intervene in the sexual education and the prevention of risks.

The methodology used was based on the qualitative - quantitative paradigm, as it developed an unstructured survey and applied research - action to design strategies to promote healthy sexuality. The research consisted of three variables disaggregated in their corresponding indicators and for the application of the instrument a standardized validation method was used. With the results obtained, a participative methodology was applied for the construction of a DAFO matrix, from which the strategies that constitute the main contribution of the work were designed. Finally, the paper presents conclusions and recommendations.

Keywords:

Strategies, education, healthy sexuality, adolescents.

INTRODUCCIÓN

La aplicación de las políticas públicas en los territorios resulta un ejercicio complejo y, muchas veces, infructuoso. Aunque el Ministerio de Salud Pública ha dictado varias políticas acerca de la educación sexual para adolescentes, estas; sin embargo, no logran un alcance efectivo en los rincones rurales y urbanos de las provincias del país. En el caso de la parroquia Quiroga, ubicada en el cantón Cotacahi, se presenta un panorama alarmante en cuanto al tema de la sexualidad entre los adolescentes. La tasa de deserción escolar ha crecido notablemente en los últimos 10 años debido, en gran parte, al número de adolescentes embarazadas que se ven obligadas a dejar sus estudios e iniciarse en el mundo laboral con pocas probabilidades de éxito. Además de ello, las familias enfrentan una situación desalentadora en cuanto a la economía y la integración del hogar. Los problemas sociales y psicológicos generados en los adolescentes resultan cada vez más acuciantes y las instancias orientadoras en este aspecto carecen de personal técnico profesional suficiente para abordar las soluciones necesarias.

Antecedentes y situación problemática

La presente investigación pretende convertirse en un instrumento de apoyo y orientación sexual a los adolescentes de la parroquia Quiroga, desde una perspectiva de salud, de acuerdo con los preceptos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el marco legal vigente en el país. La investigación partió del siguiente problema científico:

Problema científico

¿Cómo contribuir a la promoción de la sexualidad saludable para los adolescentes de la parroquia Quiroga cantón Cotacachi?

Idea a defender

Los adolescentes de la parroquia Quiroga no poseen los conocimientos necesarios acerca de la sexualidad que garanticen que su práctica sea saludable, lo cual produce la ocurrencia de los problemas anteriormente indicados.

Objetivos de la investigación

A partir del problema científico y la idea a defender, la presente investigación se ha trazado los siguientes objetivos:

Objetivo General

Proponer estrategias de promoción para la sexualidad saludable en los adolescentes de la parroquia Quiroga, cantón Cotacachi, provincia Imbabura.

Objetivos específicos

Identificar los conocimientos que poseen los adolescentes de la parroquia Quiroga en cuanto a la sexualidad saludable.

Determinar el tipo de práctica sexual de los adolescentes de la parroquia Quiroga en relación a la salud sexual.

Diseñar estrategias de promoción para la sexualidad saludable mediante la convocatoria a los distintos actores sociales de la parroquia.

Definición de variables e indicadores

Para la consecución del objetivo general, se han definido las siguientes variables investigativas:

- *Conocimiento sobre sexualidad saludable:* Información que poseen los adolescentes de la parroquia Quiroga en cuanto a los elementos físicos, psicológicos y sociales de la sexualidad saludable.
- *Práctica de la sexualidad:* Aplicabilidad o no del enfoque de salud en la práctica sexual cotidiana de los adolescentes de la parroquia Quiroga.
- *Estrategias de promoción para la sexualidad saludable:* Recursos que se despliegan en un determinado espacio social y socio-cultural con el propósito de producir determinados cambios (Torres, Gutiérrez, & Bertozzi, 2015).

Para la variable conocimiento sobre sexualidad saludable, se definieron los siguientes indicadores

a) Información sobre el término sexualidad saludable
b) Comprensión del término sexualidad saludable
c) Información sobre organizaciones que promueven la sexualidad saludable
d) Información sobre los riesgos de la práctica sexual temprana
e) Información sobre métodos para combatir los riesgos de la práctica sexual

Para la variable práctica de la sexualidad, se definieron los siguientes indicadores:

a) Inicio de la práctica sexual
b) Protección en la práctica sexual

Para la variable estrategias de promoción para la sexualidad saludable, se definieron los siguientes indicadores:

a) Experiencia anterior sobre educación para la sexualidad saludable
b) Necesidad de recibir orientación en sexualidad saludable

Mecánica operativa

A partir de la definición de objetivos y variables, se consideró la elaboración de una matriz metodológica, correspondiente al enfoque del marco lógico (Sanín, 2010), que permitió establecer los métodos e instrumentos adecuados para el proceso de recolección de datos. En la tabla No. 3 se muestra el procedimiento utilizado:

Tabla 1. Matriz metodológica

OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	INSTRUMENTO	FUENTE DE INFORMACIÓN
Identificar los conocimientos que poseen los adolescentes de la parroquia Quiroga en cuanto a la sexualidad saludable.	Conocimiento sobre sexualidad saludable	Tipo de conocimiento	Información sobre la sexualidad saludable Comprensión del concepto sexualidad saludable Información sobre organizaciones que promueven la sexualidad saludable Información sobre los riesgos de la práctica sexual temprana	Encuesta: Items 1,2,3,4	Adolescentes de la parroquia Quiroga
Determinar el tipo de práctica sexual de los adolescentes de la parroquia Quiroga en relación a la salud sexual.	Práctica sexual	Tipo de práctica	Inicio de la práctica sexual. Protección en la práctica sexual	Encuesta: Items 5,6	Adolescentes de la parroquia Quiroga

Diseñar estrategias de promoción para la sexualidad saludable mediante la convocatoria a los distintos actores sociales de la parroquia.	Estrategias de intervención para la sexualidad saludable	Importancia de las estrategias de intervención	Experiencia anterior sobre educación para la sexualidad saludable Necesidad de recibir orientación en sexualidad saludable	Encuesta: Items: 7,8	Adolescentes de la parroquia Quiroga

Elaboración: Mediavilla (2017)
Fuente: (Sanín, 2010)

Estructura capitular

La estructura capitular se realizó en tres partes:

Capítulo I: Fundamentación teórica de la investigación

En este capítulo se recogen las principales investigaciones de los últimos cinco años acerca de la sexualidad en el período de la adolescencia. El capítulo parte de algunas aproximaciones teóricas acerca de la sexualidad; abarca un recorrido histórico de la construcción del concepto de sexualidad, en el cual se recogen las etapas de formación social de la misma y los distintos enfoques que han existido a través de la historia. Se tratan también en este capítulo las principales corrientes científicas que han aportado a la construcción de la sexualidad como concepto social y humano y el marco legal que avala la sexualidad como derecho. Finalmente, el capítulo puntualiza la problemática existente en el país acerca de la práctica sexual adolescente y principalmente, en la parroquia específica de estudio.

Capítulo II: Diseño metodológico de la investigación

El diseño metodológico se basó en el paradigma cuali – cuantitativo, principalmente en la investigación- acción. La definición de las variables e indicadores permitió alcanzar resultados significativos en cuanto al cumplimiento de los objetivos específicos. Las variables definidas fueron:

Conocimiento de los adolescentes sobre la sexualidad saludable, que se desglosó en cinco indicadores;

Práctica sexual de los adolescentes, que se desglosó en dos indicadores; y,

Estrategias de intervención para la sexualidad saludable, que se desglosó en dos indicadores.

El proceso de recopilación de datos se realizó a través de la aplicación de una encuesta a una muestra aleatoria de 263 adolescentes de la parroquia Quiroga, representantes de todas las comunidades. El instrumento fue diseñado de acuerdo a los indicadores y validado por el método de pretest y postest.

Capítulo III: Análisis de resultados

El análisis cuali - cuantitativo de los resultados permitió llegar a la comprensión de la problemática existente en cuanto al conocimiento y práctica de la sexualidad por parte de los adolescentes. A partir de ello, se elaboró una matriz FODA como herramienta de planificación para el planteamiento de estrategias de promoción para la sexualidad saludable en los adolescentes de la parroquia Quiroga. Finalmente, el documento presenta conclusiones y recomendaciones.

Aportes de la investigación

El presente trabajo investigativo realiza aportes importantes al campo científico y al desarrollo social de la parroquia Quiroga, dentro de los siguientes ámbitos:

Aporte científico: Se ha aplicado un diseño metodológico que permite obtener resultados confiables acerca del conocimiento y práctica que tienen los adolescentes de la parroquia Quiroga en cuanto a su sexualidad, lo cual ofrece a los diferentes actores de intervención una caracterización de la problemática sobre la cual trazar líneas de acción específicas.

Aporte en la salud: El presente trabajo ofrece mecanismos viables para el fortalecimiento de las habilidades y capacidades de los adolescentes para generar y mantener comportamientos y estilos de vida saludables en cuanto a la práctica de su sexualidad. La responsabilidad como principio de la práctica saludable de la sexualidad y el empoderamiento de la identidad sexual de los adolescentes como manifestación de su subjetividad, será el aporte principal que ejerza el presente estudio hacia el mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes y sus familias. Progresivamente, la aplicación de la propuesta conducirá a una disminución en la parroquia de conflictos relacionados a la sexualidad: embarazos, abortos, enfermedades de transmisión sexual, matrimonios adolescentes, deserción estudiantil, mortalidad infantil y materna y trastornos emocionales.

Aportes en la educación: Proporcionar un espacio de diálogo educativo sobre sexualidad, salud, reproducción, enfermedades de transmisión sexual, género y derechos sexuales que conllevará a conductas y actitudes responsables y basadas en el respeto hacia sí mismos como sujetos de su sexualidad y una consciencia de desarrollo integral de la misma. Los actores educativos de la parroquia contarán con un modelo de intervención que les permitirá abordar esta temática de manera sistemática y sostenible.

Aportes en el desarrollo social: Con la aplicación de las estrategias aquí planteadas, las relaciones coetáneas de los adolescentes se caracterizarán por la plena consciencia sobre sus derechos y los de sus congéneres, estableciéndose el principio del respeto y confianza como base de las relaciones de amistad y eróticas. La inclusión de las diferencias sexuales y la tolerancia hacia la individualidad de la práctica sexual evitará comportamientos de bullying, acoso, violencia y presión social entre los adolescentes. El fortalecimiento de la autoestima permitirá establecer relaciones sociales saludables, basadas en la comunicación asertiva, la autoaceptación y el ejercicio de los derechos individuales y colectivos.

CAPÍTULO I. APROXIMACIONES TEÓRICAS ACERCA DE LA SEXUALIDAD SALUDABLE EN LA ADOLESCENCIA

La sexualidad, esa dimensión del ser humano, tan natural y a la vez tan desnaturalizada a través de la historia, ha ido experimentando cambios en la manera de abordarla y definirla. A través del tiempo, la sexualidad ha ocupado diferentes lugares en la sociedad y en la vida de las personas, aunque es importante reconocer que, al ser éste un concepto bastante reciente en la historia de la humanidad, se presta a un sinnúmero de interpretaciones y posturas desde los diversos marcos referenciales (Felitti, 2016). Para Felitti (2016), la sexualidad, esencialmente basada en el sexo, incluye al género, las identidades, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor, y la reproducción. Se experimenta en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones.

En el presente capítulo se analizará el recorrido histórico que ha tenido la concepción humana sobre la sexualidad en su dimensión científica y desde los Derechos Humanos, y se establecerán las bases conceptuales para su análisis investigativo durante el período de la adolescencia.

1.1 Consideraciones generales acerca de la sexualidad

Definir la sexualidad no resulta tarea fácil ni cómoda, ya que es un concepto sujeto a las normas sociales, históricas y contextuales en las cuales se expresa. De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Educación y la Cultura (UNESCO), la sexualidad ha sido formada tradicionalmente en la cultura del tabú, las prohibiciones, la represión, el miedo, el silencio, los sermones moralizantes y la incomunicación (2010).

De acuerdo con Lagarde (2005):

> La sexualidad es el conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas por éste, constituye a los particulares, y obliga su adscripción a grupos socioculturales genéricos y a condiciones de vida predeterminadas. La sexualidad es un complejo cultural históricamente determinado consistente en relaciones sociales, instituciones sociales y políticas, así como en concepciones del mundo, que define la identidad básica de los sujetos. (p. 184)

Concurrente a lo anterior, puede interpretarse la sexualidad como un sistema complejo y dinámico que forma parte de la personalidad humana, entendiendo dicha personalidad como una construcción psico – social del sujeto. En este sentido, Hernández (2009) definen la sexualidad como: “El conjunto de actitudes, prácticas, hábitos y discursos que cada sociedad,

en un tiempo y espacio determinado, se construye de manera colectiva en torno a la reproducción, los deseos, y las relaciones eróticas" (p. 78).

Tanto en las sociedades actuales como en las pasadas, la sexualidad está presente en todas las esferas de la vida y es uno de los ejes de la configuración de la cultura. Este fenómeno influye desde el momento del nacimiento y sigue haciéndolo por el resto de la vida, pues determina la identidad de los sujetos, sus posibilidades de experiencia y su lugar en el mundo. Como señala Nieto (2003): "Las culturas dan forma y contenido a las conductas, a las experiencias y a los actos sexuales en sociedad. Las culturas articulan, vertebran, codifican y perfilan las prácticas sexuales de sus ciudadanos. Enmarcan, etiquetan y regulan la vida sexual", (p. 34).

Así, la sexualidad agrupa, excluye e incluye, permite o prohíbe a los sujetos su acceso al poder y al placer, debido a que se encuentra interconectada con la economía, la subsistencia, la jerarquía y el género. En palabras de Foucault (2011): "El cuerpo, en una buena parte, está imbuido de relaciones de poder y de dominación" (pág. 32). Por lo anterior, puede afirmarse que al estar inscritos en el orden de la cultura, el cuerpo y la sexualidad son instrumentos y espacios de poder, porque están a disposición de la sociedad y de la historia, en la forma en que cada sociedad ha necesitado y decidido que sea.

Desde la antigüedad, la sexualidad ha devenido en diversas posturas acerca de su conceptualización y su asunción social. De acuerdo con Foucault (2011), si bien es cierto que sigue siendo un tema de actualidad controversial y, que se encuentran aún muchas de sus dimensiones en mesa de discusión que van desde los Derechos Humanos, la política, lo cultural, la moralidad religiosa y hasta las relaciones familiares; también es cierto que el sexo ha formado parte estructural de la vida humana desde sus albores.

1.1.1 Breve recorrido histórico sobre la sexualidad

El arte rupestre del antiguo Oriente ya muestra los comportamientos sexuales de nuestros antepasados *Homo Sapiens*. Estudios de referencia Solana (2016); (Sáez, 2011), datan que desde hace 40.000 años, el hombre plasmó a través de pinturas, estatuillas, esculturas y amuletos que el sexo era, no sólo fundamental, sino placentero y motivo de culto artístico.

Aunque se desconoce cuándo el sexo dejó de tener una connotación netamente funcional reproductiva y se convirtió en erotismo y, por tanto en un fenómeno sociológico, los datos más antiguos se refieren al período paleolítico superior (Angulo, 2005). Este autor asegura que el placer en el sexo tuvo un papel vital en la evolución social humana. De igual manera,

Carbonel (2010) afirma: “El sexo por placer ha sido un motor constante en la evolución del ser humano. Y nos ayuda a entendernos. Es fundamental en el desarrollo y el comportamiento del *Homo sapiens*” (p. 21).

Muestra fehaciente de la connotación erótica dada a la sexualidad en las culturas antiguas, son los templos de Khajuraho, construidos en los siglos X y XI a.C. (Sáez, 2011). Para la mencionada autora, estos templos de son una alegoría a la iniciativa sexual del hombre antiguo. Decorados con infinidad de escenas amatorias, los 22 templos de este pequeño pueblo hindú demuestran no sólo el conocimiento vasto que tenían las culturas ancestrales acerca de la sexualidad humana sino además, el carácter desinhibido y orgiástico de su práctica.

Para Sáenz (2011), aunque la imagen ordinaria que se tiene de la sexualidad de nuestros antepasados es la del cavernícola tirando del cabello de la mujer a rastras hacia su cueva, lo cierto es que las pruebas arqueológicas demuestran todo lo contrario: besos, abrazos y caricias eran parte de la conducta amorosa desde tiempos prehistóricos. La autora menciona que la sexualidad en la prehistoria se vivía de forma totalmente desinhibida, apareciendo imágenes de escenas eróticas en lugares e instrumentos de uso cotidiano.

Kamasutra, libro escrito en el siglo VI a.C., fue el primer manual de sexualidad de la historia humana (Gautam, 2016). Compendia técnicas y consejos acerca de las artes amatorias, junto a una serie de posturas destinadas a iniciar al pueblo hindú en la práctica sexual. Según el autor, la búsqueda del erotismo y el placer estético aparece reflejado como parte inherente de la vida social, política, económica y espiritual de la sociedad hindú.

Por otro lado, las culturas griega y romana también vivieron la sexualidad sin pudor ni vergüenza (Velazco, 2016). Su mitología es prolífera en escenas sexuales, muchos de sus dioses eran representados con el falo erecto y sus diosas ostentaban la desnudez con total naturalidad. El autor relata que el dios Dionisio, Baco para los griegos, era honrado a través de las llamadas fiestas dionisíacas, durante las cuales se hacían procesiones llamadas *faloforias*, lo cual significa “portadoras de falo” y se realizaban coitos que simbolizaban la unión directa con el dios. Los escritos que han llegado a la actualidad, las representaciones iconográficas, teatrales, los cultos, datan de una amplia gama de libertades sexuales. Sus amuletos fálicos eran exhibidos públicamente como símbolo de prosperidad, protección y buena suerte. Las mujeres y niños llevaban colgantes con tallados de penes para alejar la mala suerte.

De la naturalidad con la que era vivida la sexualidad en las culturas griega y romana, habla su lenguaje. Tenían una gran variedad de términos para designar específicamente cada elemento relacionado a la práctica sexual. Al respecto, menciona Foucault (2011):

> Desde luego, los griegos disponían de toda una serie de palabras para designar distintos gestos o actos a los que llamamos "sexuales". Disponían de un vocabulario para designar prácticas precisas: tenían términos más vagos que se referían de manera general a lo que llamamos "relación", "vínculo" o "unión sexual": así *synuosia, homilia, plësiasmos, mixis, ocheia*. Pero la categoría de conjunto bajo la cual estos gestos, actos y prácticas se subsimían es mucho más difícil de captar. Los griegos usaban con toda naturalidad un adjetivo sustantivado: *ta aphrodisia*, que los latinos traducían poco más o menos por venérea. "Cosas" o "placeres del amor", "relaciones sexuales", "actos de la carne", "voluptuosidades", serían algunos términos equivalentes que podríamos dar". (p. 35)

En el continente americano, las culturas prehispánicas no distaban mucho del antiguo occidente. Sus prácticas eran variadas; la homosexualidad, la pederastia, la masturbación ritual y la poligamia se encuentran datados en las tribus y asentamientos americanos. En algunos casos, las mujeres eran quienes elegían marido y se les tenía permitido el divorcio. En otros, las celebraciones victoriosas de guerras y conquistas terminaban en ofrendas orgiásticas a los dioses. Mujeres y hombres al cumplir la edad púber se iniciaban en la práctica sexual a través de rituales y ceremonias en las que participaba toda la comunidad.

Para Velazco (2016), la llegada del cristianismo marcó un cambio radical en la concepción sexual humana, desde todo punto de vista. La iglesia consolidó su poder y con ello, la teología se equiparó a la ley civil. Inicialmente se produjo un sincretismo entre las costumbres paganas y la moralidad eclesiástica. Las imágenes sexuales fueron utilizadas para expresar condena al pecado de lujuria, por un lado: y por otro, para animar a la procreación. Se refrenda el matrimonio monógamo y se declara al instinto sexual como demoníaco.

Durante el cristianismo aparecen todo tipo de aparatos y mecanismos de restricción sexual como los cinturones de castidad, la cacería de brujas, la marca escarlata. El matrimonio adquiere como único propósito la procreación, y a los hombres les es otorgado el derecho de apedrear a sus esposas por infidelidad. También, aparecen las primeras enfermedades de transmisión sexual, consideradas entonces un castigo celestial por los excesos sexuales (Gamboa, 2010).

Autores como Gamboa (2010), Caballero (2016) y (Rodríguez V. , 2014), afirman que en los siglos XVIII y XIX la moral cristiana se recrudece a través del puritanismo. La masturbación se consideraba como causa de enfermedades como la epilepsia y surge el primer tratado de conductas sexuales patológicas, que describía una serie de comportamientos inadecuados y definió por primera vez el término "desviación sexual". La sexualidad recibió

su primera clasificación clasista, determinando ciertos comportamientos sociales considerados adecuados según la clase social.

Los autores coinciden en que durante esta época se concebía que para la mujer el sexo debía carecer de toda sensación placentera, cumpliéndose exclusivamente su función reproductiva. Esto dio lugar a las primeras manifestaciones neuróticas femeninas, relacionadas a la depresión, la culpa y la histeria. En la clase alta, eran permitidas, sin embargo, toda clase de libertades sexuales, dando lugar a la prostitución como producto mercantil incluyendo la prostitución infantil (Gamboa, 2010).

La llegada de los preceptos freudianos, a principios del XX, da inicio a la primera revolución sexual, después de siglos de oscurantismo (Subía, 2013). El término libido, desarrollado por Freud, se refería a la energía sexual y, en específico, a la energía sexual femenina. Esta revelación devolvió la visibilidad de la mujer en su naturaleza sexual. Según Subía, la teoría de la personalidad freudiana colocó a la sexualidad como eje estructural del desarrollo de la psiquis del sujeto dio el lugar psicológico a la formación de las estructuras personológicas, incluyendo las hasta entonces llamadas "perversiones sexuales".

Por otra parte, autores como Comas (2016), hacen mención a Marie Stopes, otra figura de alta influencia en la época. Defensora de los derechos de las mujeres hace su aparición, contribuyendo a la libertad de decisión, ya que decía que el sexo debía de ser disfrutado libremente y sin temores. A partir de entonces, ella establece un compromiso con las parejas ayudándolas a desprenderse de las inhibiciones y represiones rígidas publicando un manual al respecto.

Otra figura influyente en la construcción social de la sexualidad fue Margaret Sanger, enfermera estadounidense, mujer luchadora y motivada quien se adelanta a su época iniciando el movimiento de control de la natalidad en los Estados Unidos (Herrera, 2016). Según Herrera, este personaje publica entre los años 1922 y 1927 diversos artículos sobre la sexualidad de la mujer en los cuales sobresale la lucha de la planificación familiar incansable, constante y totalmente enfocada, así como también manifiesta que las mujeres tienen el mismo derecho que los hombres al placer y la satisfacción sexual.

Los autores (Comas, 2016) y (Rovetta, 2014), hacen mención a la antropóloga Margaret Mead, quien describió el comportamiento sexual de jóvenes en comunidades rurales y logró establecer el papel estructural de la sexualidad en la formación social e individual de la persona. Para Mead era importante establecer las diferencias de temperamento entre los sexos y su origen en las estructuras culturales. Dedicó sus estudios a demostrar que en las sociedades llamadas "no civilizadas" el sexo no es una categoría tenida en cuenta como

determinante en la formación social. Sin embargo, sí era considerado así en las sociedades reconocidas como "civilizadas" (Rovetta, 2014).

Otros autores referidos en las investigaciones actuales son Alfred Kinsley y los esposos Masters & Jhonson quienes, según (García-Fernández, 2017), dieron inicio a la Sexología como disciplina científica interdisciplinaria, a través de sus estudios rigurosos sobre la conducta sexual que permitieron establecer que la idea de "normalidad" en la práctica sexual es mucho más amplia de lo que se había reconocido hasta entonces. Dichos estudiosos identificaron las diferencias entre los comportamientos sexuales de hombre y mujeres, estableciendo claramente identidades sexuales definidas entre uno y otro género.

Como última referencia de este acápite, se menciona que en el año 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró a la sexualidad como concepto integral de salud del ser humano, reconociendo su complejidad sociohistórica, cultural y ontológica (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015). Extenso, complejo y controversial ha sido el recorrido histórico que ha tenido la construcción social y subjetiva acerca de la sexualidad humana.

1.1.2 Enfoques científicos sobre la sexualidad

De acuerdo con Córdova (2003), las premisas teóricas y conceptuales que abordan la sexualidad desde diversas disciplinas científicas, pueden ser agrupadas en tres grandes aproximaciones: la biologicista, la de influencia cultural y la construccionista. Cada una de ellas parte de un presupuesto respecto del origen y naturaleza de la sexualidad que determinará las explicaciones que se hagan de ésta.

El primer modelo a analizar es la concepción biologicista, también llamada «nativista» o «esencialista», entiende la sexualidad como una función innata resultante ya de la selección natural, ya de la evolución de la reproducción humana o bien de la fisiología hormonal (Connell, 2012). El determinismo biologicista fomenta la creencia de que el sexo es una actividad humana instintiva, para la cual todos poseemos habilidades innatas, que son despertadas por estímulos similares y que siguen idénticos ciclos de respuesta (Córdova Plaza, 2003), por lo que se buscan las explicaciones a los patrones de conducta de los individuos en la etiología animal (Córdova Plaza, 2003).

Este acercamiento favorece una idea altamente medicalizada del sexo, que resalta los aspectos fisiológicos, y fija rangos estadísticos sobre lo que debe ser el comportamiento sexual "normal y sano", tanto en el plano físico como en el psicológico. En palabras de Lewontin, Rose y Kamin (2014): "El determinismo biológico es, entonces, una explicación

reduccionista de la vida humana en la que las flechas de causalidad van de los genes a los humanos y de los humanos a la humanidad. Pero es más que una simple explicación: también es política" (p.30). Por tanto, este modelo sexual universal rechaza la diversidad sexual.

El segundo modelo a mencionar es el de influencia cultural, matriz cultural o de influjo cultural, el cual ha sido la aproximación que ha permeado los estudios antropológicos durante la mayor parte del siglo XX. Desde esta perspectiva, la sexualidad es concebida como un impulso elemental universal y biológicamente determinado, que se canaliza mediante el proceso de enculturación hacia determinadas conductas socialmente deseables (Vance, 2013). Este modelo expone que en la cultura se asientan las bases de la motivación o desmotivación sexual de la expresión de la sexualidad (Nieto, 2003).

Este modelo se apoyó en las nuevas perspectivas teóricas sobre la sexualidad que tuvieron origen a partir de los movimientos feministas de la década de los 70, el activismo en pro de los derechos civiles, así como la irrupción de la epidemia del VIH-sida (Nieto, 2003).

Finalmente, se hace mención a la teoría de la construcción social de la sexualidad, la cual surge de la sociología fenomenológica y se basa en la filosofía de Edmund Husserl (Ritzer, 2011), y en el método de comprensión de Max Weber (Berger, 2016). El debate general gira en torno a cómo se puede lograr el conocimiento, y su aparición debe sustentarse en la comprensión de la fenomenología como instancia de aproximación metodológica a lo cotidiano.

De acuerdo con los autores citados, esta teoría establece que los seres humanos instauran marcos de entendimiento consensuados dentro de los cuales los individuos dan sentido a sus vidas e interacciones. Dichos marcos son producto de procesos sociales generados por circunstancias históricas específicas, es decir, son realidades creadas y mantenidas. Esta posición teórica nos dice qué tipo de conocimiento adoptar sobre el yo como teoría y significado de identidad individual, y acerca de los grupos como redes de explicaciones y experiencias identificatorias, siendo éstas cultural e históricamente limitadas y situadas respectivamente.

La teoría de la construcción social de la sexualidad dio paso a la Antropología de la Sexualidad, desde donde la sexualidad puede ser analizada como fruto de las relaciones culturales e históricas que un grupo humano concreto desarrolla en un tiempo y lugar determinados y no como un producto inmutable, transhistórico, transcultural enraizado en la biología (Talasa, 2016). De manera que la investigación de la sexualidad deberá hacerse dentro de las particularidades culturales del grupo de estudio. Así, se priorizará en el estudio de la sexualidad: lo concreto, lo singular y lo preciso temporal. Por tanto, el paso más

importante que se da en esta evolución teórica es el salto de la biología a la cultura, asimismo, el cambio de visión universal de la sexualidad a la mirada particularizada de ésta. Esta visión de la sexualidad es la que hasta la fecha permanece como pilar en el estudio de esta área de la humanidad.

1.1.3 La sexualidad desde los Derechos Humanos y la Constitución Ecuatoriana

Los derechos sexuales y reproductivos han sido circunscritos dentro del marco de los Derechos Humanos (DDHH) desde la Declaración Universal de 1948 (ONU, 2015), en la cual se le confieren a todas las personas, sin distinción alguna el goce de todos los derechos. A partir de esta declaración, las organizaciones internacionales encargadas de velar por el cumplimiento de los DDHH han ido dando importantes pasos hacia la visibilidad, consecución y ejercicio de la sexualidad como derecho. A continuación se presentan algunos de estos referentes trascendentales:

Si bien el término "derechos sexuales y reproductivos" es de uso reciente, el contenido de estos derechos ha sido discutido desde hace dos siglos (Correa, 2014). En la Conferencia Internacional sobre los Derechos Humanos de Teherán, en 1968 (ACNUR, 2016), se consagró la Declaración de los Derechos Humanos de 1948 como documento obligatorio para los estados miembros de la comunidad internacional y se proclamó la indivisibilidad de los derechos como garantía de las libertades individuales, civiles y políticas. Dentro de los 19 artículos plasmados en la Proclamación de Teherán, se exhorta a todos los pueblos y gobiernos a redoblar sus esfuerzos para ofrecer a todos los seres humanos una vida libre y digna que les permita alcanzar un estado de bienestar físico, mental, social y espiritual, condenando todo acto de discriminación por raza, color, sexo, religión, idioma o posición política.

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los Derechos Humanos, constituye un avance en materia de reconceptualización de los Derechos Humanos, hasta hace poco preocupados prioritariamente de los Derechos Civiles y Políticos (Rodríguez L. , 2015). Según Vargas Escobar (2016), los derechos sexuales y reproductivos son aquellos que garantizan la libre decisión sobre la manera de vivir el propio cuerpo en las esferas sexual y reproductiva.

A partir de su asunción, han ido surgiendo acciones internacionales como el Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos, de 1966 y la Convención Americana de los Derechos Humanos, de 1978 (USAID, 2017), han procurado la implementación de políticas gubernamentales que garanticen el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos así como la protección a grupos minoritarios de género, víctimas de la violencia. En el año 2010, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Familia (UNICEF) celebra la Convención sobre la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer (UNICEF, 2010), en la cual se condenan los actos de violencia de género y violencia intrafamiliar y se propone la adopción de medidas por parte de los estados pertenecientes de medidas y protocolos para la reducción de la discriminación y violencia.

Otros referentes importantes son: La Conferencia de Roma, en 1954; la Conferencia de Belgrado, en 1965; la de Bucarest, en 1974; diez años después, la Conferencia de México; y diez años más, la Conferencia del Cairo, en 1994, todas acerca del crecimiento poblacional (Departamento de Población de las Naciones Unidas, 2015). En dichas conferencias se atienden problemáticas como el crecimiento del embarazo adolescente, los riesgos de muerte e índices de natalidad en embarazos tempranos, y se plantea la urgente necesidad de generar una consciencia responsable acerca de la sexualidad y la planificación familiar.

Específicamente, en la Conferencia del Cairo (ONU, 1994), se reitera que los derechos sexuales y reproductivos: "Abarcan ciertos Derechos Humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de Naciones Unidas aprobados por consenso"(p.3). A partir de este referente, organizaciones internacionales y regionales han trazado lineamientos, estrategias y políticas que permitan garantizar el ejercicio de los derechos relacionados a la sexualidad.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) ha reconocido que la identidad de toda persona se encuentra comprendida por aspectos biológicos, psicológicos, culturales y espirituales (Fernández, 2017). En este sentido, la UNESCO propuso en el año 2010, con renovación en el 2015, las orientaciones técnicas para la educación en sexualidad, dirigida a escuelas, docentes y educadores de la salud (UNESCO, 2015).

De acuerdo con la ONU, los derechos sexuales incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y a decidir libre y responsablemente sin verse sometida a coerción, discriminación o violencia. Supone

unas relaciones sexuales igualitarias entre mujeres y hombres, que garanticen el pleno respeto a la integridad de la persona y el consentimiento mutuo, asumiendo de forma compartida las responsabilidades y consecuencias de su comportamiento sexual (Rodríguez L. , 2015).

Por su parte, los derechos reproductivos son ciertos derechos humanos ya reconocidos en tratados y documentos internacionales y otros todavía no reconocidos, entre ellos: el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello; el derecho alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva y el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción y violencia (Rodríguez L. , 2015).

A su vez, los derechos sexuales y reproductivos suponen otros derechos básicos: la salud sexual: que se refiere al mejoramiento de la vida y de las relaciones personales; y la salud reproductiva: entendida como un estado de bienestar general físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad o dolencias, en torno a los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la capacidad de reproducirse, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo (Rodríguez L. , 2015).

Esta última condición lleva implícito el derecho de mujeres y hombres a obtener información y a tener acceso a unos métodos de planificación familiar de su elección que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, así como a otros métodos que consideren para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que faciliten a las mujeres embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijas e hijos sanos (Escobar, 2016).

En la Constitución ecuatoriana (2008), el Estado ecuatoriano se declara:

> Estado social de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, laico, multiétnico y pluricultural, propicia a través de la Política Nacional de Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, la aplicación y el cumplimiento de todos los avances realizados en las diferentes convenciones, pactos, convenios, declaraciones y leyes que están vigentes en el país, de manera que sean una realidad en la vida cotidiana de las mujeres y hombres del Ecuador. (p.3)

Esta declaración se acoge a los principios de los Derechos Humanos planteados en la Declaración Universal de 1948 y establece la garantía desde el Estado de respetar las diferencias individuales de los ciudadanos ecuatorianos en cuanto a su raza, color, etnia, libertad religiosa y sexual. Plantea la existencia de una política sobre la salud que abarca los

derechos sexuales y reproductivos. De igual manera, el artículo 11 del Capítulo primero, establece:

> Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación. (p.4)

En este artículo se decreta la no discriminación por causa alguna para todos los ciudadanos ecuatorianos, bajo pena o sanción. Implica el marco legal que garantiza el libre ejercicio de los Derechos Humanos dentro de la sociedad civil. Para consolidar esto en el ámbito de la sexualidad, la Constitución, además de los anteriores, también establece que todos los ciudadanos ecuatorianos tienen: "El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras"(p. 42).

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como parte constitutiva de los Derechos Humanos, marca un avance en la conceptualización de los derechos individuales y sociales. El derecho a la salud sexual y reproductiva, alude al derecho a acceder a servicios de salud de calidad, a la información amplia y oportuna sobre una gama completa de servicios, incluida la planificación familiar; la decisión libre sobre la procreación, sin coacción de ningún tipo, etc. En este sentido, los derechos sexuales y reproductivos, no son solo derechos individuales, sino que su ejercicio requiere del reconocimiento de derechos sociales.

Estos derechos se han materializado en las políticas del gobierno a través del Objetivo 3 del Plan Nacional para el Buen Vivir (SENPLADES, 2013), el cual hace referencia al mejoramiento de la calidad de vida de la población. Entre sus metas se encuentran dos relacionadas con la reducción del embarazo adolescente en un 25% y la disminución de la mortalidad materna en un 35%. Dichas metas tenían el reto de cambiar radicalmente la tendencia histórica sobre el crecimiento del porcentaje de embarazos adolescentes que, en los últimos 10 años, ha tenido un incremento del 75% en mujeres menores de 20 años.

La articulación entre los derechos individuales y las condiciones sociales que permiten el ejercicio de esos derechos, sitúa el debate de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito del desarrollo. El derecho al desarrollo es un derecho universal e inalienable y se

orienta a la satisfacción de las necesidades de las personas, de tal manera que puedan vivir una vida digna.

1.2. Consideraciones generales acerca de la adolescencia

Adolescencia es un término que tiene su origen en el verbo latino *adolescere*, que significa crecer, desarrollarse. Adolescente deriva del participio presente que es activo, por tanto es el que está creciendo, en oposición al pasado, que se correspondería al sujeto adulto, que ya ha crecido (Rangel, 2016).

Otros dos términos que aparecen relacionados habitualmente con el de adolescencia son pubertad y juventud. Pubertad proviene del latín *pubere* (cubrirse de vello el pubis) y hace referencia fundamentalmente a los cambios biológicos que aparecen en el final de la infancia y que suelen englobarse en una primera fase de la adolescencia. Por su parte, juventud es un término que alude a los procesos formativos y de incorporación al mundo laboral a partir de la pubertad, y que se prolongarían más allá de los 20 años (Rangel, 2016).

Aunque es un término definido desde la antigüedad, para la investigación social resulta un concepto relativamente moderno. Fue definido como una fase específica en el ciclo de la vida humana a partir de la segunda mitad del siglo XX (Pineda & Santiago, 2015). Otros autores afirman que la verdadera invención de la adolescencia se atribuye a Rousseau, en el siglo XVIII, con su obra Emilio (Massa, 2012). En el presente trabajo se ha considerado la definición propuesta de Pineda y Santiago (2015), según la cual la adolescencia puede definirse como:

> Etapa entre la niñez y la edad adulta que, cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. (pág.16)

La definición de Pineda & Santiago coincide esencialmente con la dada por la OMS (1995) según la cual: "La adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años)(p.99). De acuerdo con los autores, esta etapa se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios. Preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad

sexual, búsqueda de autonomía e independencia, por lo que los conflictos con la familia, maestros u otros adultos son marcados.

Por otra parte, Valdivieso & Shereen (2015), afirma que la adolescencia : "Está caracterizada por la búsqueda de identidad, necesidad de intelectualizar y fantasear, crisis religiosas, desubicación temporal, fluctuaciones de humor, contradicciones de la conducta, tendencia grupal y separación progresiva de los padres" (p.119). Los adolescentes enfrentan distintos riesgos como embarazo y maternidad precoz, elevados índices de mortalidad por accidentes, homicidio y suicidio, condicionados por patrones conductuales como el consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias, actividad sexual y de pandillas.

Desde el aspecto psico - social, pueden establecerse tres etapas de la adolescencia: adolescencia temprana, media y tardía. La adolescencia temprana (11 a 14 años) se da después de la niñez, ofrece oportunidades de crecimiento no sólo en dimensiones físicas, sino también en competencias cognoscitivas y sociales, autonomía, autoestima e intimidad. En lo emocional, cambian la dependencia afectiva de los padres y la trasladan a los pares. En la adolescencia media (14 a 16 años), la disminución del interés en el cuerpo limita las acciones en salud, sin embargo el creciente interés en la búsqueda de pareja puede ser un objetivo relacionado. En la adolescencia tardía (17 a 19 años), la comunicación se facilita porque existe la influencia familiar y de los pares en la toma de decisiones (Valdivieso, 2015).

Para Valdivieso, la adolescencia está vinculada en el aspecto social a determinantes sociales como la escolarización obligatoria hasta los 16 años, mayor tiempo de formación profesional, lo que origina un mayor retraso para entrar en la vida laboral, dependencia económica de las figuras parentales, retraso en el establecimiento de lazos de pareja, segregación de los jóvenes, cambios en la estructura familiar, que contribuyen a la prolongación de la adolescencia haciéndola cada vez más problemática.

De acuerdo con (Massa, 2012): "Cada sociedad inventa la adolescencia que se merece y luego valora ese invento como monstruoso, santo o heroico" (p. 75). Hay que tener en cuenta que tanto lo social como lo individual no son niveles que puedan superponerse, ya que son dos niveles lógicos de análisis diferentes, esto debe llevar a la comprensión de que no es posible una relación lineal causa-efecto entre los acontecimientos que pudieran suceder y la adolescencia como etapa que los desencadena, sin otro tipo de acercamiento y/o reflexión.

En este sentido, deben tomarse en cuenta una serie de especificaciones propias del período adolescente que generan diversos cambios. Para este autor, los cambios ocurridos durante la adolescencia presentan características específicas, entre ellas:

> Cambios hormonales: Como consecuencia del proceso de maduración somática, en la niña se elevan los estrógenos y en el niño los andrógenos. Dicho proceso conduce al desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la redistribución del tejido adiposo, el incremento de la masa muscular, el crecimiento y posterior cierre óseo, el cambio de la voz y, posiblemente, la aparición del acné. (p.32)
>
> Cambios corporales: Estos cambios hacen referencia a la codificación de la imagen corporal. Esta nueva imagen corporal, idealizada o rechazada, pone una vez más en consideración el emerger de la sexualidad versus genitalidad adulta y su función. (p.33)
>
> Cambios psíquicos: En esta tormentosa situación no es extraño que la percepción del mundo y las vivencias se vean influenciadas, apareciendo una serie de cambios en la esfera psíquica de singular relevancia. Entre ellos se destacan: el ideal del yo, la identidad personal y la reactualización de conflictos aparentemente superados. (p.33)
>
> Cambios sociales: El más relevante es el que acontece para evolucionar desde la dependencia a la autonomía, tanto en la toma de las decisiones como en las relaciones sociales, apareciendo la elección de modas, la pertenencia a grupos, la explosión de la identidad sexual y de la sexualidad en su conjunto. Subjetivamente, el/la adolescente establece un cambio hacia la autonomía, teniendo que ver, buena parte de la conflictividad familiar y social, con los límites reales de ese proceso de cambio. (p.33)

La adolescencia, que se inicia en el plano biológico, concluye en un nivel psicosocial. El fin de la adolescencia tiene determinantes psicológicos y socioculturales. En realidad, no se deja totalmente la adolescencia hasta que no se vivencia una autonomía económica y psicológica, una independencia del ambiente parental y el establecimiento de un punto de vista sexual adulto. Al final, el/la adolescente se siente cómodo con su cuerpo, adquiere una identidad sexual y de género, junto con la capacidad de establecer relaciones íntimas y duraderas (Lewontin, 2014).

1.2.1. La sexualidad durante el período de la adolescencia

Comprender la sexualidad en la adolescencia ha tenido un gran impacto dentro de la sociedad ya que esto vincula directamente a la familia, la educación, la salud y la economía del país. La salud sexual y reproductiva es un componente central en la vida de los adolescentes. Según los datos de la OMS (2009), el riesgo de defunción materna en las adolescentes menores de 16 años es cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior. Los expertos en salud convienen en que las adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica especial durante el embarazo, el parto y el puerperio para preservar su propia salud y la de sus bebés.

Al decir de varios autores (Massa, 2012), (Valdivieso, 2015), (Lewontin, 2014), (David, 2013), en la adolescencia el impulso sexual se «dispara» y se produce un resurgimiento de los sentimientos edípicos e incluso fantasías sexuales. En general, se reprimen estos deseos y fantasías y se dirige hacia afuera la sexualidad o hacia otros intereses. La maduración pulsional produce un cambio de actitudes del adolescente que conciernen, sobre todo, a las relaciones de intimidad con las figuras previamente investidas, como si existiera una reducción de la distancia entre el adolescente y sus padres, teniendo sentimientos de invasión y promiscuidad permanente.

Esta reducción de la distancia va a traducirse en una redistribución de espacios en el territorio familiar, así el adolescente busca espacios privados en su domicilio. Por otra parte, el aumento del impulso sexual le lleva a conductas probatorias y de experimentación con distintos roles sexuales. La sexualidad infantil autoerótica y no genital da paso a una sexualidad adolescente genital y objetal. La masturbación se convierte en una actividad normal, son frecuentes los enamoramientos e idealizaciones y tienen lugar las primeras relaciones sexuales y, en algunos casos, relaciones homosexuales transitorias (Valdivieso, 2015).

El contexto es complicado, porque las cuestiones culturales influyen en el comportamiento sexual de los adolescentes y reducir los riesgos del embarazo debe ser una prioridad clara para los países que se están esforzando por alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), ya que una gran cantidad de mujeres embarazadas muy jóvenes no tienen acceso a servicios que les permitan informarse de manera adecuada el cuidado necesario para evitar enfermedades durante el embarazo, la pobreza influye en la probabilidad que tienen las adolescentes de quedar embarazadas y si es así entran en un círculo vicioso, ya que la maternidad precoz suele comprometer sus resultados académicos y su potencial económico. El embarazo en la adolescencia puede perturbar el acceso a la educación y a otras oportunidades de vida (ONU, 2015).

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Educación y la Cultura (UNICEF) y Plan Internacional (2014), actualmente la tercer parte de los embarazos en América Latina y El Caribe corresponde a mujeres menores a 18 años, de las cuales el 20% son menores de 15 años, quienes enfrentan mayores riesgos de muerte por esta causa. A esta situación se suma la evidencia de las dificultades de inserción laboral que tienen las jóvenes madres, agravando la situación económica familiar y la dependencia a los padres, tomado en cuenta que la estructura personológica de estos padres – adolescentes aún se encuentra en proceso de formación y asumen su maternidad o paternidad sin una personalidad sólidamente formada.

Las mujeres que no terminan los estudios tienen menos oportunidades de trabajo y menos ingresos que las demás y es más probable que aumenten sus condiciones de pobreza y las de su descendencia (United Nations Found For Populatiosn Activities, 2017). Los datos estadísticos de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar (ENIPLA) arrojan que un embarazo en la adolescencia se traduce a 2.5 años de escolaridad menos para las mujeres. Y por cada hijo adicional, las mujeres disminuyen un año en la escolaridad. La tendencia del incremento del embarazo en adolescentes menores de 15 años, en la última década, es del 74% y en mayores de 15 años es del 9%.

Aunque el embarazo es un tema de discusión importante en la sexualidad adolescente no es, ni mucho menos, el único. La sexualidad en sí es considerada "problemática de los adolescentes" (Freyre Román, 2004). El mencionado autor identifica al menos 15 conflictos sexuales que atacan a los adolescentes durante este período. Entre ellos, los más frecuentes, de acuerdo a su estudio, son: a) temores relacionados a la actividad sexual; b) desconocimiento y temor alrededor de la homosexualidad; c) desconocimiento sobre el uso de anticonceptivos; d) abuso sexual; e) incesto; f) disfunción eréctil y eyaculación precoz; g)dispareunia (coito doloroso); h) falta de orgasmo; i)enfermedades de transmisión sexual.

El desarrollo de la sexualidad durante la adolescencia contribuye de manera importante a la vida sexual del adulto. Esta evolución va progresando en la adolescencia temprana, intermedia y avanzada, hasta que al final de la misma, debe haberse logrado la madurez completa de la psicosexualidad. El conocimiento de estos cambios y procesos es sustancial para la madurez saludable de la persona.

1.3. La sexualidad saludable

La OMS (2017) , define la salud sexual como:

> Un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.(p.1)

Aunque es una definición actualizada, la OMS ha trabajado en su elaboración desde 1974, en la reunión sobre capacitación y tratamiento de cuestiones de la sexualidad humana. Desde entonces y hasta ahora, se han logrado importantes avances en torno al tratamiento de la sexualidad humana. Entre ellos cabe mencionar: los avances en el conocimiento de los distintos aspectos de la sexualidad humana; la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual, la formación de un cuerpo sólido de conocimientos derivados de los trabajos y puntos

de vista de las académicas feministas; la definición y consolidación del campo de la salud reproductiva; el reconocimiento de la violencia, incluyendo la violencia sexual, como problema grave de salud pública y, el reconocimiento de los derechos sexuales como derechos humanos (OPS, 2012).

Esto se ha logrado gracias a la indagación teórica, a investigaciones biomédicas, psicológicas, sociológicas y antropológicas, a la vigilancia epidemiológica y al trabajo clínico—que han contribuido al desarrollo de un campo sumamente complejo, que va más allá de las disciplinas individuales que abarca. Este conocimiento revela que las sociedades se encuentran articuladas y regidas por un conjunto complejo y generalizado de normas y de hipótesis que se extiende a todas las ramas de la sociedad y a la creación misma del conocimiento. Por ende, la habilidad para promover cambios de comportamiento depende en gran medida de una comprensión adecuada de la sexualidad humana (OPS, 2012).

Para la OPS, la perspectiva de género ha demostrado que toda consideración de la sexualidad humana estará incompleta si se ignoran los conceptos culturales de "masculinidad" y "feminidad". La defensa de la causa por los movimientos sociales de género permite lograr el reconocimiento, el respeto y la protección de los derechos de las minorías.

En las consideraciones anteriores se ha prestado atención a varios conceptos que se relacionan con la sexualidad de cuya asunción depende el desarrollo saludable de la misma. Para el abordaje de estas temáticas desde las distintas perspectivas de análisis, la OMS (2017), ha establecido conceptos relacionados con la sexualidad que merece la atención del presente trabajo y se detallan a continuación:

El concepto de género, en primer lugar, entendido como: “la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo” (OPS, 2012, p.12). El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer.

De este concepto se deriva la identidad de género, que, según la OMS, define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que “permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género” (p.12). De esta manera, puede afirmarse que la identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.

Muy relacionada al anterior, la definición de orientación sexual ha sido establecida por la OMS (2012) como: "La organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual" (p.13). La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos.

Mientras que la identidad sexual: "Incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona" (p.13). Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.

Otras definiciones dadas por la OMS, dentro de esta temática son el erotismo y el vínculo afectivo. De acuerdo a sus planteamientos el erotismo debe ser entendido como: "la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y, que por lo general, se identifican con placer sexual" (p.18). El erotismo se construye tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano.

Por su parte, el vínculo afectivo es: "la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones" (p.23). El vínculo afectivo se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo.

La construcción de la sexualidad saludable es la conjunción personalizada que realiza cada individuo de todos estos componentes y, tomando en cuenta, además, las dimensiones propias de la sexualidad: la dimensión biológica, la dimensión psicológica, la dimensión social y la dimensión ética. Como canales para la formación de la sexualidad saludable, el Fondo de las Naciones Unidas en Materia de Población (UNFA), ha considerado los ámbitos de la comunicación con otros y la expresión de afectos, como los de mayor incidencia en el desarrollo de la sexualidad (2014).

A manera de resumen, puede decirse que la sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional,

placer, ternura y amor. La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social. Se reconoce el ejercicio de la sexualidad humana como medio de disfrute, goce, amor y afecto característico de la especie humana. Es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales.

1.4. Situación de la sexualidad en los adolescentes ecuatorianos.

Ecuador enfrenta dos graves problemas en salud pública: la muerte materna y el creciente índice de embarazos en adolescentes. El país posee la tendencia a la fecundidad más alta en la región sub andina, pues dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez, de estas, el 45% no estudia, ni trabaja (Domínguez, 2015).

Como datos generales, el Censo de Población y Vivienda (INEC, 2010), identifica en el país que el 20,5% de la población es adolescente (2 958 879); el 10,6% son adolescentes tempranos de 10 a 14 años (1 539 342) y, el 9,8 son adolescentes tardíos entre 15 a 19 años (1419 537). De ellos, el 49% son mujeres y 51% hombres. El 60,6% reside en áreas urbanas y 39,4% en áreas rurales. Las mayores brechas educativas se observan en adolescentes autoidentificados como indígenas y montubios. Cuatro de cada 10 jóvenes de áreas urbanas y ocho de cada 10 de áreas rurales son pobres de acuerdo a necesidades básicas insatisfechas; cerca de la mitad de ellos viven en condiciones de extrema pobreza, y dos de cada 10 adolescentes entre 15 a 18 años ha migrado al exterior. Las principales causas de morbilidad en adolescentes tempranos de 10-14 años corresponden a infecciones de diversos tipos, accidentes y violencia, enfermedades quirúrgicas y síndromes ligados a la salud sexual y salud reproductiva. Mientras que en el grupo de adolescentes tardíos de 15-19 años, la carga de morbilidad está ligada a síndromes y patologías que afectan la salud sexual y salud reproductiva, otras que demandan resoluciones quirúrgicas y relacionadas con la violencia. Las causas más comunes de muerte son el suicidio en las adolescentes (13% de todas las muertes) y las lesiones de tráfico para los muchachos (19%).

La violencia infligida por la pareja, es una causa importante de morbilidad y mortalidad para ambos sexos. El principal problema en materia de salud sexual y reproductiva es la alta

tasa de embarazos de adolescentes. Estas altas tasas se extienden a adolescentes menores de 15 años de edad (MSP, 2014).

Desde la Constitución de 1998, Ecuador reconoció los derechos sexuales y reproductivos de los ecuatorianos. Hace una década, el Ministerio de Salud Pública, estableció la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (Salud C. N., 2007). En dicho documento se formalizó el marco legal de actuación en el ámbito de sexualidad, incluyendo a los adolescentes. El estudio previo a la declaración de dicha política, reflejaba una situación crítica en cuanto a la salud sexual adolescente. En la Tabla No. 1 se recogen los datos estadísticos del estudio:

Tabla 2. Situación de la población adolescente en cuanto a la sexualidad para el año 2007

Situación de la población entre 10 y 24 años
91 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años (79 urbanos, 112 rurales)
Mortalidad infantil en madres de 15 a 19 años: 32 por cada 1000 nacidos vivos
El 56% de los/ las adolescentes de 12 a 18 años son pobres (40% en el área urbana y 78% en el área rural
El 50% de mujeres de 15 a 24 años no habían recibido educación sexual
El 29% de mujeres de 15 a 24 años no sabía que era la menstruación al momento de la menarquía
El 6% de adolescentes de 15 a 19 años (del 25% que reportó actividad sexual) utilizaba algún método anticonceptivo
El 20% de las mujeres de 15 a 24 años estuvo alguna vez embarazada
El 32% de mujeres adolescentes de 15 a 19 años alguna vez vio o escuchó a sus padres maltratarse
El 25% de adolescentes de 15 a 19 años recibió alguna agresión. Al 21% la golpearon
El 12% de adolescentes de 10 a 17 años son maltratados por sus profesores
Un 42% de los adolescentes de 10 a 17 años trabaja y no estudia

Fuente: (Salud C. N., 2007)

Los datos mencionados anteriormente demuestran que la educación sexual alcanzaba sólo al 50% de la población adolescente femenina, mientras que el embarazo adolescente alcanza el 20% de incidencia y mortalidad infantil la exorbitante cifra de 32 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Esta descripción en un contexto social de baja escolarización y alta tasa de trabajo en estas edades.

A partir de la Constitución del 2008, los adolescentes son considerados como sector de atención prioritaria y en el Código de la Niñez y Adolescencia (2016), en al artículo 25 se reconoce el derecho a la atención al embarazo y el parto; en el artículo 27, el derecho a la salud sexual. Sin embargo, este marco legal no ha logrado garantizar una salud sexual y reproductiva en los adolescentes ecuatorianos.

Torre (2016), afirma que si bien en un inicio del presente período gubernamental, se logró una disminución en los riesgos de salud sexual adolescente, actualmente los datos registran un agravamiento de los problemas sexuales y reproductivos y un alza en el embarazo adolescente. De acuerdo con los datos poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2010), en el país existía hasta el año 2010 un total de 122.301 madres adolescentes, reflejando un aumento del 74% en embarazo adolescente respecto a la década anterior. Para el año 2011, el INEC, publicó la cifra de 45.708 en madres adolescentes, la mayoría con edades comprendidas entre los 12 y los 14 años (Molina, 2013).

En el análisis realizado por Molina (2013), se reflejó que 2 de cada 10 partos son de adolescentes; 4 de cada 10 mujeres en el país tuvieron su primer hijo en la adolescencia, siendo Ecuador el país con mayor índice de embarazos adolescentes en la región andina. El embarazo entre adolescentes es mayor entre estratos socioeconómicos bajos, grupos de menor nivel educativo, y quienes viven en áreas rurales. Para el año 2012, el 40% del total de fallecimientos de los adolescentes ocurrió por formas de muertes externas o denominadas también “evitables” (tales como embarazos precoces). Mientras que en el 2013 la cifra aumentó al 60% (Domínguez, 2015).

Según las referencias de la Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Sudamérica (ANDES), en el año 2013 el 80% de muertes maternas correspondió a mujeres jóvenes y el 20% de mujeres madres, son adolescentes (2013). Según el análisis de la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL), las últimas reformas y la desaparición de ENIPLA ha traído como consecuencia un retroceso en la salud sexual y reproductiva en Ecuador (2015). Por otra parte, el Fondo de Naciones Unidas para la Población (2017), arrojó datos recientes en los cuales en Ecuador el embarazo prematuro alcanza al 10% de la población adolescente y la tasa de aborto en el país es del 34,3 por 10.000 habitantes.

Para Domínguez (2015), los riesgos de embarazo en las adolescentes, el agotamiento por embarazos muy seguidos, las cargas de trabajo físico intenso, el riesgo del parto antes de los 18, la multiparidad, el alto índice de abortos en condiciones de riesgo y sin asistencia médica, son condiciones asociadas directamente con la dificultad que tienen las adolescentes de tomar decisiones con respecto a su sexualidad y reproducción, falta de acceso a la información y a

servicios de anticoncepción, falta de acceso a los avances tecnológicos y también al marco legal que tipifica a la interrupción del embarazo como un delito, excepto los dos causales muy limitados que contiene el Código Penal.

Por estas razones la interrupción del embarazo en condiciones de riesgo en Ecuador, se constituye en un problema de salud pública y de justicia social ya que contribuyen a la mortalidad materna y a la morbilidad femenina. La educación y la oferta de servicios de salud, no contempla la orientación adecuada dirigida hacia mujeres y hombres según sus necesidades, para el cuidado de la salud y la maternidad y paternidad responsables; falencia, agravada por la falta de educación sexual, información, protección y servicios, relacionada con el inicio menos adecuado de la actividad sexual, embarazos antes de los 18 años, embarazos no deseados que concluyen en abortos clandestinos o incapacidad para cuidar a los hijos, aumentando ostensiblemente la mortalidad y morbilidad materna, perinatal y de la niñez (Domínguez, 2015).

Según Prócel (2014), cerca del 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los seis primeros meses de inicio de la actividad sexual. Entre el 73% y el 93% están embarazadas por primera vez y, dentro de este último grupo, el 60% se embaraza nuevamente durante los próximos dos años. La precocidad sexual del adolescente ecuatoriano viene acompañada no sólo de una cifra alarmante y cada vez más creciente de embarazos tempranos, sino también del alto riesgo de contraer enfermedades sexuales, padecer disfunciones sociales y familiares, deserción escolar y/o generar trastornos psicológicos.

Otra investigación, Vásquez (2014), asevera que: "Desafortunadamente, esta precocidad sexual no va acompañada por una educación sexual coherente para cuidarse de enfermedades venéreas o de la concepción imprevista" (pág.1). Puede afirmarse que los adolescentes tienen una iniciación precoz a la sexualidad sin que su formación personal, intelectual y social esté preparada para lidiar con las consecuencias que dicha práctica trae consigo.

Aunque las estadísticas son imprecisas y genéricas, muestran, sin dudas, una situación alarmante en cuanto a las enfermedades de transmisión sexual en el país. El Ministerio de Salud Pública (2013) presenta el número de casos y tasas de incidencia anual acumulada (tasa x 100.000 habitantes) de sífilis en embarazadas por regiones del Ecuador. En la Sierra: el 2011 con 143 casos, una tasa de 0.46, en el 2012, 158 casos, con tasa de 0.51 y en 2013, 173 casos, tasa de 0.54. Región Costa: el 2011 registrados 211 casos con tasa de 1.20, el 2012, 138 casos y 0.79 la tasa; y 2013 reporta 143 casos con una tasa de 0.82. El oriente ecuatoriano: en el 2011, 9 casos con 0.38 de tasa; en el 2012, 14 casos con una tasa de 0.58 y en el 2013 se reportaron 32 casos con 1.31 de tasa. Sin embargo, dicho informe no establece

una estratificación de los datos, por lo que no puede establecerse cuántos de ellos afectan a las madres adolescentes.

Un estudio desarrollado por Sánchez (2012), pone de manifiesto el desconocimiento o la información ambigua que tienen los adolescentes acerca del uso de preservativos:

> En cuanto a qué saben algunos adolescentes y jóvenes varones sobre el preservativo, se halló que existen dos tipos de información: a) hay jóvenes que piensan que el condón tiene una única función: algunos indican que solo sirve para prevenir infecciones de transmisión sexual, y otros señalan que solamente se usa para evitar embarazos no deseados; b) en cambio, otros entrevistados le adjudican ambas funciones, aunque variando el orden de prioridad. (p. 113).

El mismo estudio identificó posturas rígidas, mitos y prejuicios sociales acerca de la igualdad sexual entre mujeres y hombres:

> En estas afirmaciones algo queda muy claro: todavía subsiste la idea de que las mujeres no deben de tomar la iniciativa con respecto al sexo y la sexualidad, puesto que las expresiones de cambio impulsadas por las mujeres son vistas por los hombres como una manifestación que rompe el orden natural de las cosas. (p. 116)

Los datos aquí presentados reflejan una situación alarmante y sostenida en el tiempo a pesar de que el marco legal y las políticas públicas han ubicado el tema de la salud sexual como un asunto de atención prioritaria. Hablar sobre sexualidad es el primer desafío, para enfrentar una problemática que involucra no solo a las instancias gubernamentales, sino principalmente a la ciudadanía. Como elemento fundamental de la identidad individual, la sexualidad debe ser tratada con la misma naturalidad con la que se abordan otros temas cotidianos del desarrollo personal. La autoestima y la dignidad personal son la base del ejercicio pleno de la sexualidad. La información y la educación son las claves para la vivencia de una sexualidad libre, informada y responsable.

1.5 Caracterización de la parroquia Quiroga

Quiroga es una parroquia andina que se encuentra ubicada geográficamente en el cantón Cotacachi, en la provincia de Imbabura a 2.4 km de la cabecera cantonal de Santa Ana de Cotacachi, en la vía a la laguna de Cuicocha, a 5km de Otavalo. Posee una extensión de 33.6km^2. La población de acuerdo al último censo del año 2010 es de 6454 habitantes y representa el 16,2% de la población total del cantón de Cotacachi. En la figura No. 2 se muestra gráficamente su ubicación geográfica:

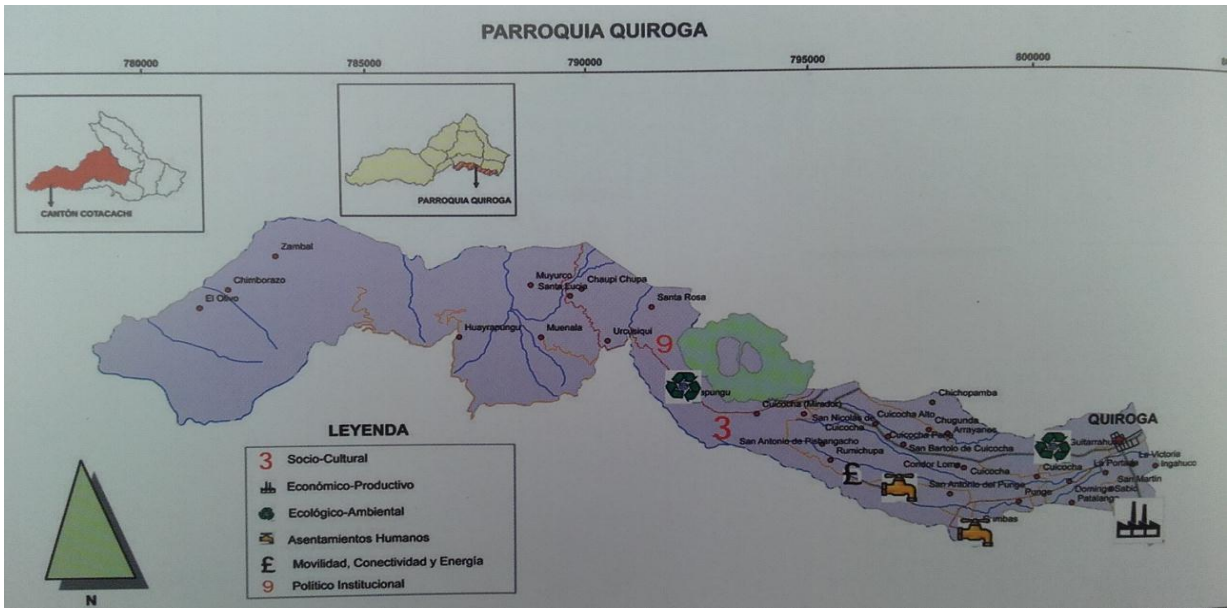

Ilustración 1. Ubicación geográfica de la parroquia Quiroga.
Fuente: PDOT, 2013.

En la parroquia existen 11 comunidades: Cumbas Conde, San José del Punge, San Antonio Del Punge, San Martín, Domingo Sabio, Cuicocha Pana, Cuicocha Centro, Guitarra Uco, Ugshapungo, Arrayanes y San Nicolás, Quiroga como cabecera parroquial. Posee una trama vial que conecta a los poblados y sus alrededores y la principal arteria que conecta con la laguna de Cuicocha (Cevallos, 2015). En la Tabla No. 2 se resumen los datos generales de la parroquia:

Tabla 3. Datos generales de la parroquia Quiroga

Fecha de creación	**19 de marzo de 1913**
Población total	6454 habitantes
Extensión	3362.7 Ha
***Limites**	Norte: Parroquia Plaza Gutiérrez, San Francisco de Cotacachi. Sur: Parroquia rural de Quichinche y Otavalo (cantón Otavalo). Este: San francisco de Cotacachi y Otavalo Oeste: Parroquia de Selva Alegre (Otavalo) y Quichinche (Otavalo)
Rango altitudinal	2480 – 3440 msnm

Elaboración: Mediavilla (2017)
Fuente: (Cevallos, 2015)

La educación y oferta de servicios de salud no contempla la orientación adecuada dirigida a adolescentes sobre sexualidad saludable, ya que las campañas implementadas en esta temática se centran en el uso adecuado de métodos anticonceptivos, existiendo una falencias en otros enfoques desde la integralidad de la persona. De acuerdo con los registros existentes en el Centro de Salud de la parroquia, los embarazos adolescentes han aumentado en la población adolescente en la última década hasta en un 18%. No existen estadísticas más descriptivas sobre este aspecto.

Por estas razones, la primera fase del diseño metodológico del presente estudio es identificar el nivel de conocimiento y práctica que tienen los adolescentes de la parroquia Quiroga, cantón Cotacachi, en cuanto a la sexualidad saludable. Para ello, la investigación elaboró y validó el instrumento metodológico y lo aplicó en la unidad educativa de la parroquia, obteniendo datos significativos. En la segunda fase, el estudio propone una estrategia de intervención con los adolescentes de la parroquia a partir del análisis de los resultados obtenidos.

CAPÍTULO II. DESARROLLO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio sobre sexualidad saludable responde a la línea de investigación de la carrera de Desarrollo Social y Cultural, definida en el Plan de Investigación de la Universidad de Otavalo (2014), que plantea: "Los Derechos Humanos y la violación de los mismos en la zona norte del país, y la generación de acciones y estrategias encaminadas a solventar desigualdades, discriminaciones y demás aspectos relacionados al tema"(4).

Invertir en formación durante la etapa de la adolescencia acelera la lucha contra la pobreza, las disparidades socioeconómicas, la discriminación por razones de género, y garantiza el cumplimiento de derechos.

2.1 Paradigma investigativo

El término paradigma fue usado por Gage (citado por: (Shulman, 2012), para referirse a los modelos como maneras de pensar o pautas para la investigación que pueden conducir al desarrollo de la teoría. Sin embargo, la acuñación del término paradigma se le atribuye a Kuhn (Lorenzo, 2015), quien expresa que un paradigma es un compromiso implícito, no formulado ni difundido, de una comunidad de estudiosos con determinado marco conceptual. Así mismo, afirma que en una ciencia experimentada sólo puede sobresalir un paradigma a la vez, compartiéndolo esa comunidad, y sirve para determinar las maneras correctas de formular las preguntas, aquellos -rompecabezas- comunes que se definen como las tareas de investigación en la ciencia normal.

En este sentido, Pérez Serrano (2015), dice sobre el término paradigma que éste no es un obstáculo para que exista el consenso, entendiéndolo como un conjunto de creencias y actitudes, que permiten tener una visión del mundo compartida por un grupo de científicos que implica metodologías determinadas. El paradigma puede señalar, orientar o avanzar en niveles diferentes a los métodos, instrumentos a utilizar y a las cuestiones de investigación que se quieren contrastar. El o los paradigmas en el que se sitúa el investigador, presentarán las características y singularidades de la investigación abordada, que deberán considerarse oportunamente a lo largo del desarrollo de dicho proceso. En este sentido, la presente investigación se acoge al paradigma cuali – cuantitativo, desde el enfoque de las Ciencias Sociales.

Dentro del ámbito de las Ciencias Sociales, el método cuantitativo permite adquirir conocimientos fundamentales y seleccionar los instrumentos metodológicos más adecuados para conocer la realidad de una manera imparcial, mediante el manejo de variables e indicadores. Basado en el paradigma positivista, el método cuantitativo posibilita la medición objetiva, demostración de la causalidad y generalización de los resultados de la investigación (Blaxter & Tight, 2000).

Para Palella (2012), la investigación cuantitativa: "Requiere el uso de instrumentos de medición y comparación, que proporcionan datos cuyo estudio necesita la aplicación de modelos matemáticos y estadísticos" (p.46). El estudio diagnóstico requirió la aplicación de este paradigma para la aplicación de instrumentos metodológicos que permitieron obtener los datos necesarios que respondan al problema científico.

Por otro lado, el paradigma cualitativo presenta dos marcos metodológicos: el análisis interpretativo y la investigación acción participativa. Este último se aplicó en la fase de diseño de la propuesta de intervención. La investigación- acción participativa parte del paradigma crítico, que, de acuerdo con Águila (2015): "Se caracteriza no sólo por el hecho de indagar, obtener datos y comprender la realidad en la que se inserta la investigación, sino por provocar transformaciones sociales, en los contextos en los que se interviene" (p. 343).

La investigación - acción participativa se convierte en un marco metodológico que, según Alberich (2011): "Busca obtener resultados fiables y útiles para mejorar situaciones colectivas, basando la investigación en la participación de los propios colectivos a investigar" (p.76).

Otros autores como Blancet et.all (2014) la definen como: "Modelo de dinamización territorial orientado hacia la organización de abajo arriba de la vida social proporcionando el marco adecuado para que la población aborde en su territorio un proceso de reflexión" (p. 125); o bien, como Le Boterf (Le Boterf, 2009), que entiende este tipo de investigación como un proceso en el cual: "los actores sociales no son solo considerados como simples objetos pasivos de investigación, transformándose cada vez más, en sujetos que conducen una investigación con la colaboración de investigadores profesionales"(p. 136). Un hecho que les permite empoderarse como los verdaderos protagonistas de la transformación de su entorno.

2.2 Materiales y métodos

La presente investigación utilizó métodos correspondientes al paradigma cuali – cuantitativo. El método cuantitativo fue utilizado en el análisis e interpretación de los resultados obtenidos

y el método cualitativo, en el proceso de elaboración de la propuesta. Fue necesario también la aplicación del método documental para la recopilación de información bibliográfica necesaria para el desarrollo del capítulo teórico. En este sentido, las fuentes de información fueron:

Fuentes primarias: los sujetos de investigación a quienes se les aplicó el instrumento.

Fuentes secundarias: los recursos bibliográficos de recurrencia.

2.3 Población y muestra

Para identificar la población de la investigación, fue necesaria la coordinación con el Ministerio de Salud Pública (MSP), el cual facilitó datos específícos sobre los adolescentes en cada una de las comunides, barrios y centro poblado de la parroquia Quiroga. En la Tabla No 4.

Tabla 4. Datos de la población adolescente de la parroquia Quiroga

COMUNIDADES Y BARRIOS	Nº ADOLESCENTES
Cumbas Conde	67
Domingo Savio	16
Guitarra Uco	24
San José del Punge	31
San Martín	24
San Nicolás	38
San Antonio del Punge	48
Lot. Unión y Progreso	11
Barrio la Victoria	81
Centro Poblado	217
Cuicocha centro	82
La Portada	21
Arrayanes	29
Ucshapungo	12
Cuicocha Pana	132
TOTAL	**833**

Elaboración: Mediavilla (2017)
Fuente**:** MSP, 2016

2.3.1. Determinación de la muestra

La muestra fue determinada siguiendo la fórmula estadística sugerida por Posso (2011)

$$\eta = \frac{N * \sigma^2 * Z^2}{(N-1)\, E^2 + \sigma^2 * Z^2}$$

Ecuación 1. Fórmula aplicada a la selección de la muestra.

Fuente: (Posso, 2011, pág. 187)

donde:

η: es el tamaño de la muestra, número de unidades a determinarse.

N: es el universo o población a estudiarse.

σ^2: es la varianza de la población respecto a las principales características que se van a representar.

Z: es el valor obtenido mediante niveles de confianza o nivel de significancia con el cual se realiza el tratamiento de estimaciones.

$(N-1)$: Corrección que se usa para muestras mayores a 30 unidades.

E: Límite aceptable de error de muestra que varía entre 0,01 – 0,05 (1% y 5%).

$$\eta = \frac{N * \sigma^2 * Z^2}{(N-1)\, E^2 + \sigma^2 * Z^2}$$

$$\eta = \frac{833 * 0{,}25 * (1{,}96)^2}{(833-1)\,(0{,}05)^2 + 0{,}25\,(1{,}96)^2}$$

$$\eta = \frac{799{,}68}{3{,}04}$$

$$\eta = 263$$

La aplicación de la fórmula para las poblaciones a investigar arrojó la siguiente cifra en cuento a determinación de la muestra:

- Adolescentes: 263

Debido a la dispersión de la muestra en su ubicación geográfica, se recurrió a los centros de salud de las comunidades y las unidades educativas para la aplicación del instrumento, que fue de manera aleatoria.

2.4 Técnicas e instrumentos

La técnica utilizada para la recopilación de la información diagnóstica fue la encuesta (Palella, 2012). Para ello se construyó un cuestionario tomado en cuenta los indicadores definidos. En el Anexo No. 1 se presenta el instrumento elaborado, el cual constó de 8 ítems y fue aplicado a la muestra seleccionada, de carácter aleatorio.

2.4.1. Validación del instrumento

El instrumento metodológico fue sometido a un proceso de validez y confiabilidad mediante la aplicación de dos técnicas: el juicio de expertos y la prueba piloto (Corral, 2015), acorde a los siguientes parámetros:

Validez del contenido.

Según (Corral, 2015):

> Se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico del contenido de lo que se quiere medir, se trata de determinar hasta dónde los ítemes o reactivos de un instrumento son representativos del universo de contenido de la característica o rasgo que se quiere medir, responde a la pregunta cuán representativo es el comportamiento elegido como muestra del universo que intenta representar. (p. 230)

El juicio de expertos fue la herramienta metodológica utilizada para evaluar la validez del contenido. En el Anexo No.1 se muestra el instrumento utilizado para este efecto.

Confiabilidad del instrumento.

Para Corral (2015):

> La confiabilidad responde a la pregunta ¿con cuánta exactitud los ítems, reactivos o tareas representan al universo de donde fueron seleccionados? El término confiabilidad designa la exactitud con que un conjunto de puntajes de pruebas miden lo que tendrían que medir. (p. 238)

La confiabilidad fue medida a través de una prueba piloto que se aplicó a 30 adolescentes de la parroquia Quiroga, mediante el método de test y re - test y la aplicación de la fórmula de correlación *r* de Pearson (Corral, 2015), a partir de la cual se obtuvo un valor de: *r*= 0,86 que, de acuerdo con la autora citada, permite establecer que el instrumento es confiable: "El coeficiente que se obtiene recibe el nombre de coeficiente de estabilidad porque denota la coherencia de las puntuaciones en el tiempo. Para un desarrollo adecuado y sean confiables deben variar entre 0,80 y 0,95" (Corral, 2015, p.238).

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente capítulo se describen y analizan los principales resultados obtenidos con la aplicación del instrumento en la muestra seleccionada. A partir de estos resultados, se procedió, mediante el la técnica participativa con los distintos actores involucrados, a realizar una matriz FODA en la cual se priorizaron las principales fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades que rodean la problemática encontrada. Con este análisis, se han diseñado una serie de estrategias que se proponen para la promoción de la sexualidad saludable entre los adolescente de la parroquia Quiroga.

La encuesta aplicada tuvo dos frecuencias de valoración de las respuestas. Una frecuencia correspondió a: siempre, frecuentemente, a veces, tengo dudas y nunca. La otra frecuencia utilizada fue: si / no.

Una vez aplicada la encuesta a la muestra seleccionada en las 15 comunidades de la parroquia Quiroga, se obtuvieron los siguientes resultados para cada variable investigada:

Variable: Conocimiento sobre sexualidad saludable

Dimensión: Tipo de conocimiento

Indicador: Información sobre sexualidad saludable

Ítem1: ¿Has recibido información acerca de la sexualidad saludable?

De los 263 encuestados, el 70% afirmó nunca haber recibido información acerca de la sexualidad saludable. El 27% afirmó haber recibido "alguna vez" y el 3% afirmó haber recibido información "frecuentemente". Como se muestra a continuación en los resultados obtenidos de la tabla No. 5:

Tabla 5. Resultados obtenidos para el indicador Información sobre sexualidad saludable

RESPUESTAS	Nº	%
Nunca	184	70%
Alguna vez	71	27%
Frecuentemente	8	3%
TOTAL	263	100

Fuente: Encuestas primer semestre 2017

En el gráfico No. 3 se expresan los resultados obtenidos:

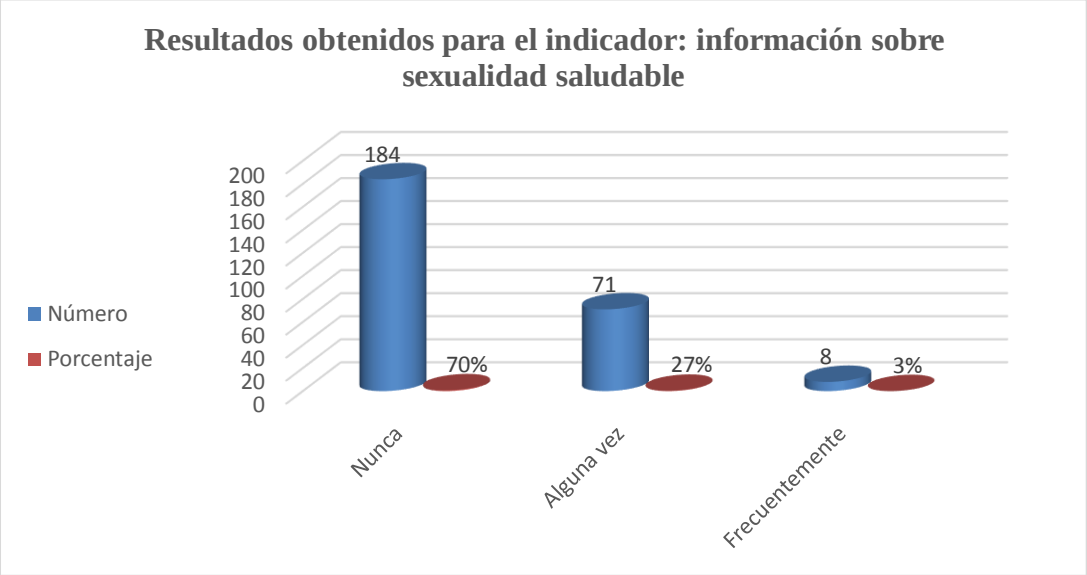

Ilustración 2. Resultados obtenidos para el indicador información sobre sexualidad saludable

Fuente: Encuestas primer semestre 2017

Análisis:

Este resultado expresa una ausencia de información acerca del concepto sexualidad saludable en la población adolescente, lo cual coincide con la investigación de (Ricaldo, 2006) en la cual se determina que el 60.2% adolescentes presentan conocimiento medio, el 20.7% bajo y el 19.1%, conocimiento alto. Este desconocimiento expresa una falencia en la formación educativa de los adolescentes de la parroquia Quiroga.

Variable: Conocimiento sobre sexualidad saludable

Dimensión: Tipo de conocimiento

Indicador: Comprensión del concepto sexualidad saludable

Ítem2: Al escuchar el término "sexualidad saludable", comprendes su significado?

De los 263 encuestados, el 61% respondió tener dudas ante la comprensión del concepto de sexualidad saludable. El 25% afirmó no comprender el concepto, mientras que el 14% afirmó comprenderlo en su totalidad. Como se muestra a continuación en los resultados obtenidos de la tabla No. 6:

Tabla 6. Resultados obtenidos para el indicador comprensión del concepto sexualidad saludable

RESPUESTAS	Nº	%
Totalmente	37	14%
Tengo dudas	66	25%
No lo comprendo	160	61%
TOTAL	263	100

Fuente: Encuestas primer semestre 2017.

En el gráfico No.3 se expresan los resultados obtenidos:

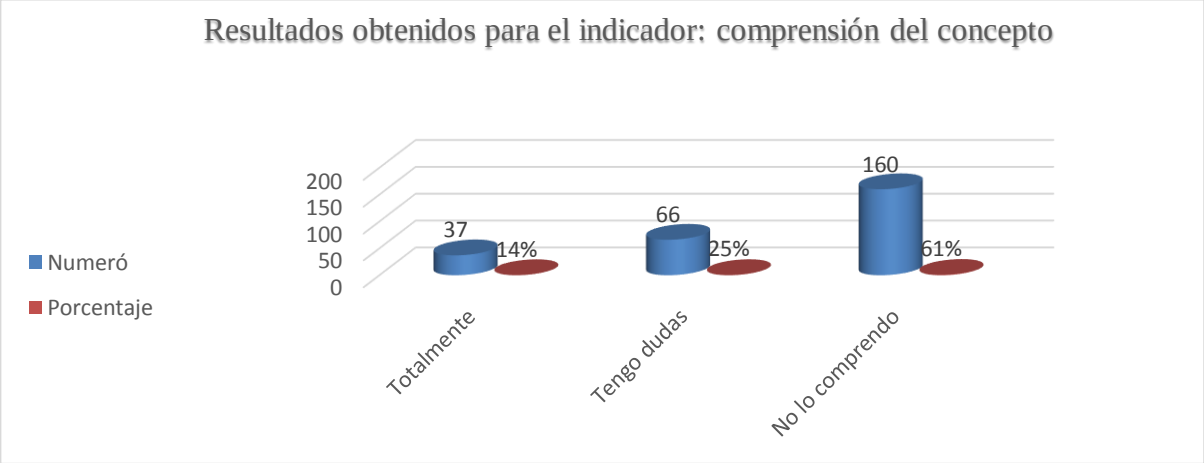

Ilustración 3. Resultados para el indicador comprensión del concepto

Fuente: Encuestas primer semestre 2017

Análisis:

El ítem correspondiente a la compresión del concepto sexualidad saludable demuestra en sus resultados una deficiencia en los niveles de comprensión. Los mismos resultados pueden observarse en la investigación de Banda (2012) , la cual demostró un perfil de adolescentes con conocimientos de sexualidad deficientes, de los cuales, el 66% no entiende el significado del concepto. El 21% afirma entender el término y apenas un 13% lo maneja debido a la buena comunicación en sus hogares. En la misma temática (Cevallos & Campo, 2007) realizan una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores relacionados con relaciones sexuales saludables en adolescentes, manifestando el reducido entendimiento del concepto. Esto evidencia que los trabajos en educación sexual que se realizan con adolescentes no incluyen una elaboración constructiva de su significado.

Variable: Conocimiento sobre sexualidad saludable

Dimensión: Tipo de conocimiento

Indicador: Información sobre organizaciones que promueven la sexualidad saludable.

Ítem 3: ¿Conoces sobre organizaciones que promuevan la sexualidad saludable?

De los 263 encuestados, el 60% afirmó no conocer organizaciones que promueven la sexualidad saludable. El 34% admitió tener dudas, mientras que el 6% afirmó tener esta información. Como se muestra a continuación en los resultados obtenidos de la tabla No. 7:

Tabla 7. Resultados obtenidos para el indicador información sobre organizaciones que promueven la sexualidad saludable

OPCIÓN	Nº	%
No	158	60%
Si	16	6%
Tengo dudas	89	34%
TOTAL	263	100

Fuente: Encuestas primer semestre 2017

En el gráfico No.4 se expresan los resultados obtenidos:

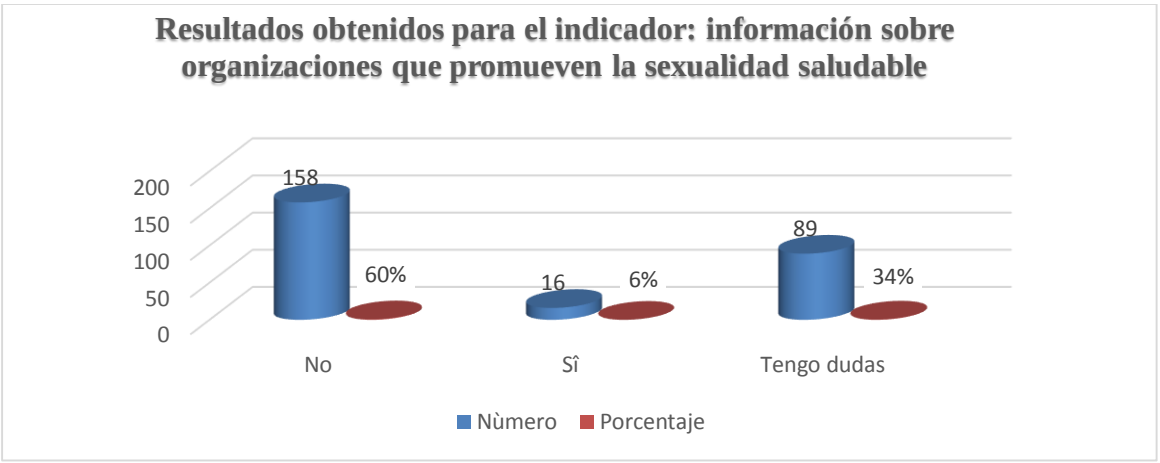

Ilustración 4. Resultados obtenidos para el indicador información sobre organizaciones que promueven la sexualidad saludable

Fuente: Encuestas primer semestre 2017

Análisis:

Este resultado refleja desconocimiento acerca de la promoción de sexualidad saludable, lo cual coincide con la investigación de (UNICEF, 2002) en la cual según un análisis hecho en 39 países, el 77% de los adolescentes de los países en desarrollo marcan un gran desconocimiento de las organizaciones que promueven la sexualidad saludable y sus campañas, frente al 23% en los países industrializados. Esto se debe a que en muchas sociedades, la adolescencia no está considerada como un período de desarrollo independiente y no existe un consenso claro sobre si los adolescentes tienen derecho a la información segura sobre la sexualidad y su práctica.

Variable: Conocimiento sobre sexualidad saludable

Dimensión: Tipo de conocimiento

Indicador: Información sobre los riesgos de la práctica sexual temprana

Ítem 4: ¿Has recibido información acerca de los riesgos de la práctica sexual a edades tempranas?

De los 263 encuestados, el 56% afirmó haber recibido información sobre los riesgos de la práctica sexual temprana frecuentemente; el 32% afirmó haberla recibido alguna vez y el 12% afirmó no haber recibido nunca información al respecto. Los resultados se muestran en la Tabla No. 8:

Tabla 8. Resultados obtenidos para el indicador información sobre los riesgos de la práctica sexual temprana

RESPUESTAS	Nº	%
Frecuentemente	147	56
Alguna vez	84	32
Nunca	32	12
TOTAL	263	100

Fuente: Encuestas primer semestre 2017

Los resultados se evidencian en el gráfico No.5:

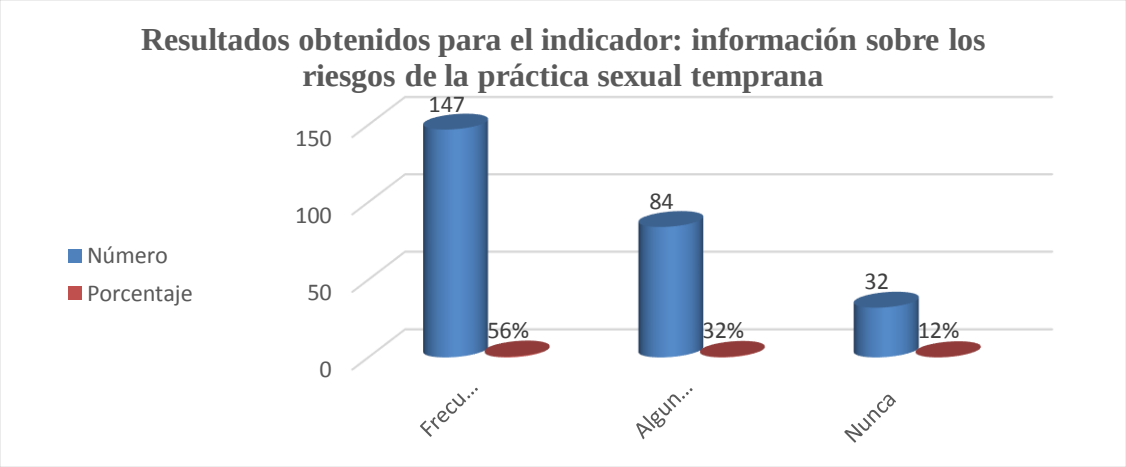

Ilustración 5. Resultados obtenidos para el indicador información sobre los riesgos de la práctica sexual temprana

Fuente: Encuestas primer semestre 2017.

Análisis:

Resulta evidente que, a pesar de que no se realiza un trabajo de educación formativa y preventiva hacia la sexualidad saludable, sin embargo, sí se advierte sobre los riesgos existentes en la práctica sexual temprana. Aunque puede interpretarse como una orientación hacia la prevención de riesgos, carece, sin embargo, de un enfoque integral y de apropiación de actitudes.

Variable: Práctica sexual

Dimensión: Tipo de práctica

Indicador: Inicio de la práctica sexual.

Ítem 5: ¿Has incorporado la práctica sexual activa a tu vida cotidiana?

De los 263 encuestados, el 87% afirmó haber iniciado en alguna práctica sexual. Mientras que el 13% respondió de forma negativa. Como se muestra a continuación en los resultados obtenidos de la tabla No.9:

Tabla 9. Resultados obtenidos para el indicador inicio de la práctica sexual

OPCIÓN	Nº	%
No	228	87%
Si	35	13%
TOTAL	263	100

Fuente: Encuestas primer semestre 2017

En el gráfico No.6 se ilustran los porcentajes obtenidos:

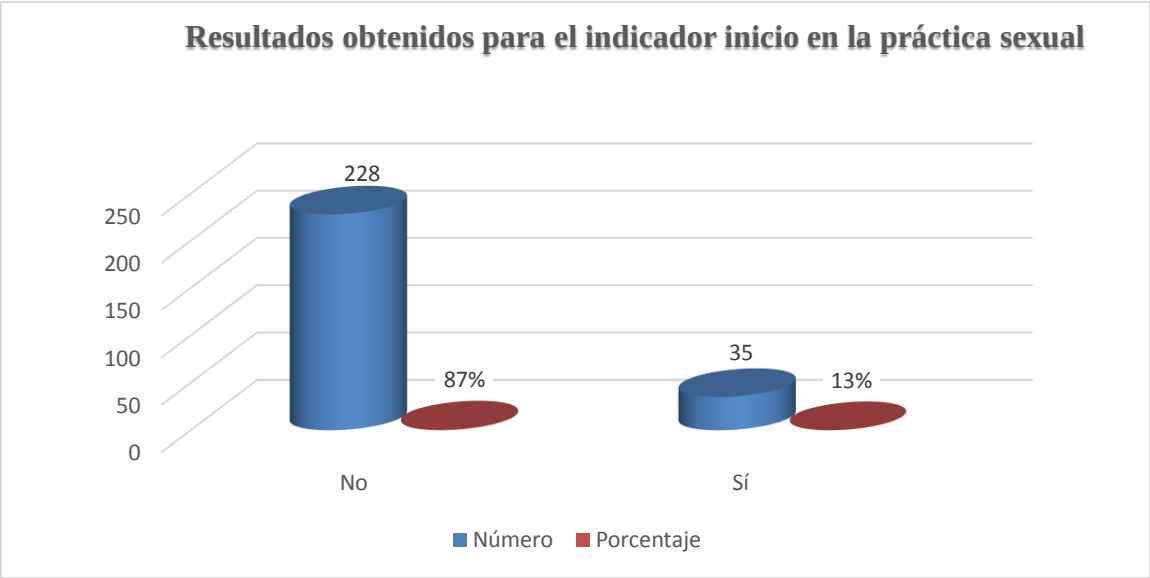

Ilustración 6. Resultados para el indicador inicio en la práctica sexual

Fuente: Encuestas primer semestre 2017

Este resultado expresa la iniciación de una practica sexual ha edad temprana, lo cual coincide con la investigación de (Morales, 2014) la cual nos manifiesta que en una población muestra de adolescentes el 13.3% refirió haber tenido una práctica sexual entre los 9 y 11 años, un 46.6% entre los 12 y 14 años, un 17.7% entre los 15 y 17 años, mientras que un 22.4% dijo no haber tenido ningún tipo de práctica sexual.

Variable: Práctica sexual

Dimensión: Tipo de práctica

Indicador: Protección en la práctica sexual.

Ítem 6: ¿Utilizas algún método de protección en tu práctica sexual?

De los 263 encuestados, el 59% afirmó nunca utilizar ningún método de protección durante su práctica sexual. El 28% afirmó utilizarlo a veces. Mientras que el 13% afirmó utilizarlo siempre. A continuación se muestran los resultados obtenidos de la tabla No. 10:

Tabla 10. Resultados obtenidos para el indicador protección en la práctica sexual

RESPUESTA	Nº	%
Nunca	155	59%
A veces	34	13%
Siempre	74	28%
TOTAL	263	100%

Fuente: Encuestas primer semestre 2017

En el gráfico No 7 se ilustran los resultados obtenidos:

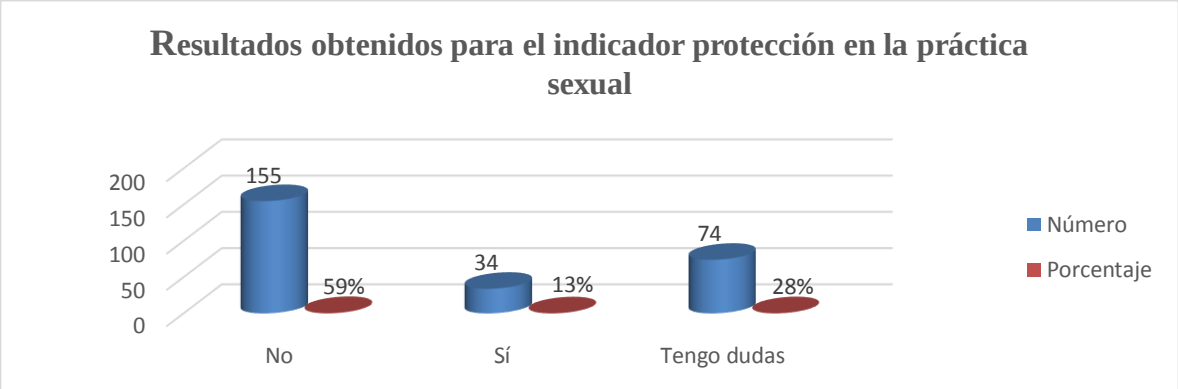

Ilustración 7. Resultados para el indicador protección en la práctica sexual

Fuente: Encuestas primer semestre 2017

Análisis:

Este resultado pone de manifiesto una situación alarmante en cuanto a la práctica sexual de los adolescentes y la aceptación por su parte de la responsabilidad que esto conlleva. Una investigación de la OPS (2012), detalla que el conocimiento de los adolescentes sobre la práctica de su sexualidad y derechos de salud reproductiva es reducida, manifestando que 79% de los adolescentes mostró desconocimiento sobre cómo se debe practicar la sexualidad saludable, y apenas el 21% mantiene un conocimiento escaso sobre este derecho. Este desconocimiento resulta ser un factor primordial en la ausencia de los derechos de salud reproductiva.

Variable: Estrategias de intervención para la sexualidad saludable

Dimensión: Pertinencia de las estrategias de intervención

Indicador: Experiencia anterior en educación para la sexualidad saludable

Ítem 7: ¿Has recibido charlas educativas para la sexualidad saludable?

De los 263 encuestados, el 45% afirmó nunca antes haber recibido charlas educativas para la sexualidad saludable. El 27%% afirmó haberla recibido al menos una vez mientras que el 18% afirmó haberlas recibido frecuentemente. A continuación se muestran los resultados obtenidos de la tabla No. 11

Tabla 11. Resultado del indicador experiencia anterior en educación para la sexualidad saludable

RESPUESTA	Nº	%
Nunca	118	45%
Al menos una vez	97	37%
Frecuentemente	48	18%
TOTAL	263	100%

Fuente: Encuestas primer semestre 2017.

En el gráfico Nº 8 se muestran los porcentajes obtenidos:

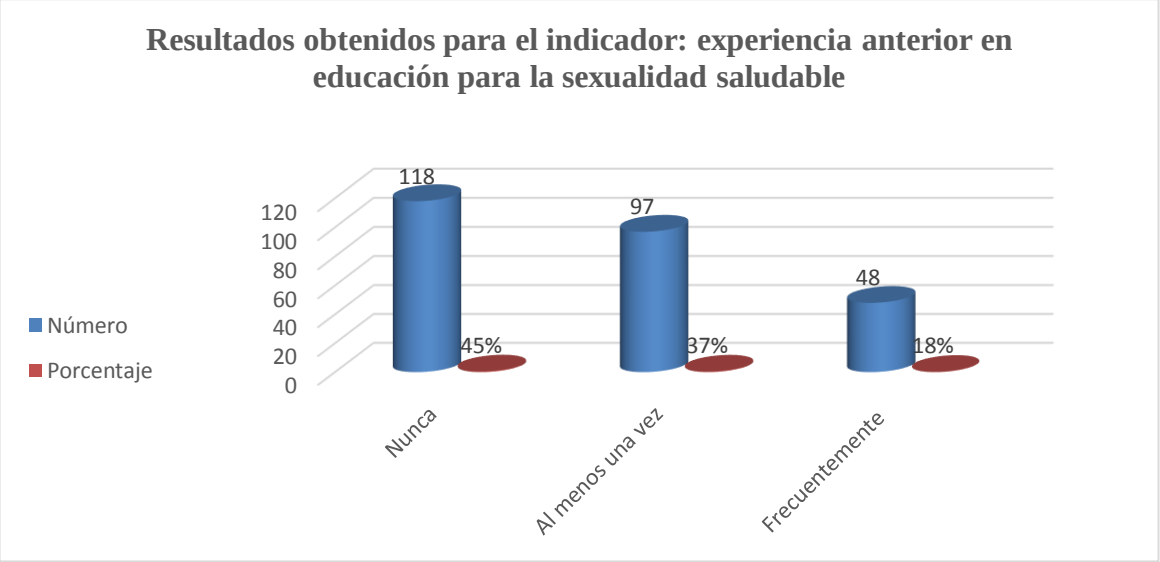

Ilustración 8. Resultados para el indicador experiencia anterior.

Fuente: Encuestas primer semestre 2017

Análisis:

Este resultado expresa la ausencia de estrategias educativas en pos de la sexualidad saludable en la parroquia de Quiroga. La información que reciben los estudiantes acerca de la sexualidad puede deducirse que proviene de fuentes no autorizadas y con orientaciones sin fines profilácticos.

Variable: Estrategias de intervención para la sexualidad saludable

Dimensión: Pertinencia de las estrategias de intervención

Indicador: Importancia de la educación en sexualidad saludable

Ítem 8: Califica, en orden de importancia para ti, cómo sería recibir charlas educativas acerca de la sexualidad saludable.

De los 263 encuestados, el 84% consideró muy importante recibir orientación en sexualidad saludable, el 12% lo consideró poco importante y el 4% nada importante. A continuación se muestran los resultados obtenidos de la tabla No. 12:

Tabla 12. Resultados obtenidos del indicador importancia de la educación en sexualidad saludable

RESPUESTA	Nº	%
Muy importante	221	84%
Poco importante	31	12%
Nada importante	11	4%
TOTAL	263	100

Fuente: Encuestas primer semestre 2017

En el gráfico No.9 se ilustran los porcentajes obtenidos:

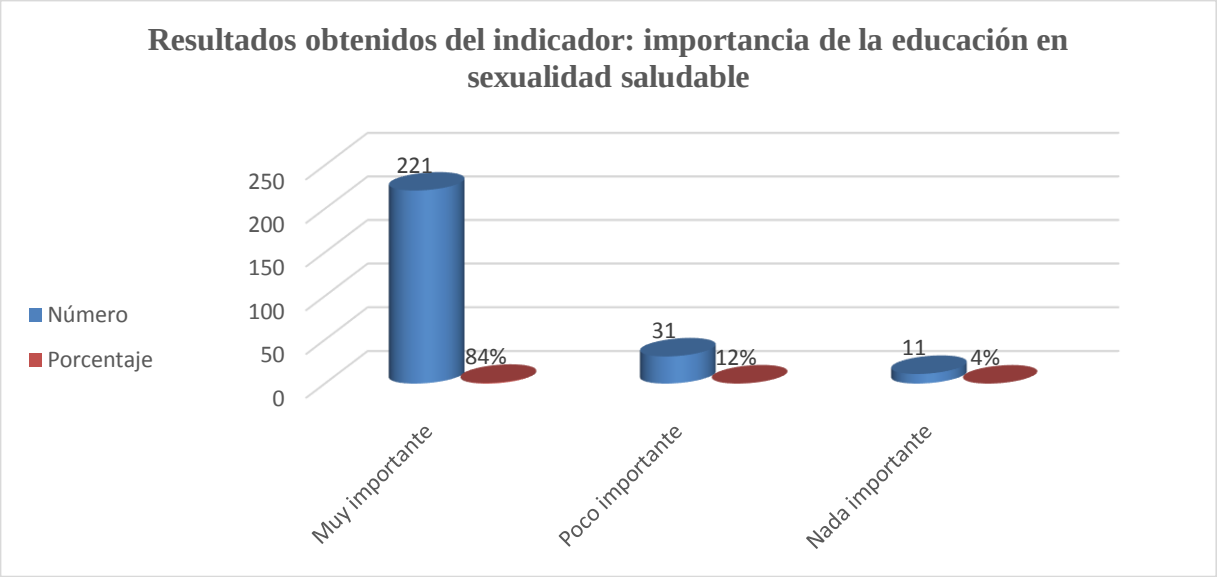

Ilustración 9. Resultados obtenidos del indicador importancia de la educación en sexualidad saludable

Fuente: Encuestas primer semestre 2017

Análisis:

En cuanto al indicador importancia de la educación en sexualidad saludable, los adolescentes de la parroquia Quiroga valoraron este ítem como muy importante en su mayoría. Este es un resultado determinante en la toma de decisión que permitirá diseñar estrategias para promover la sexualidad saludable en los adolescentes de la parroquia ya que existe una clara inclinación y aceptación de su necesidad.

3.1. Diseño de la propuesta

A partir de los resultados obtenidos, la presente investigación ha diseñado una propuesta que contiene estrategias de carácter preventivo hacia los riesgos de la iniciación sexual temprana y ofrece herramientas para impulsar la sexualidad saludable en la parroquia Quiroga. Según Sarmiento et.al (2012), la prevención continúa siendo la principal herramienta para cualquier intervención en el ámbito de la salud sexual. Ofrecer conocimientos y pautas de actuación a los adolescentes en cuanto a su sexualidad les permitirá tomar decisiones conscientes sobre su práctica. Dar visibilidad a todas las sexualidades desde un enfoque de género, facilitará las condiciones necesarias para vivir una sexualidad saludable.

3.1.1. Matriz FODA

Los resultados obtenidos en la etapa diagnóstica permitieron establecer una serie de aspectos positivos y negativos en el desarrollo actual de los adolescentes de la parroquia Quiroga en cuanto a su sexualidad. Con esta información se levantó una matriz FODA que expresa las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas encontradas. En la Tabla No. 13 Se resumen dichos aspectos:

Tabla 13. Matriz FODA

FORTALEZAS	**AMENAZAS**
• **El 84% de los adolescentes de la parroquia Quiroga valoró como muy importante la educación en sexualidad saludable** • **Durante el proceso investigativo pudo detectarse interés por parte de los padres de familia y los docentes hacia la promoción de la sexualidad saludable desde una perspectiva profiláctica.** • **Existen espacios adecuados y recursos suficientes para poder implementar estrategias de promoción hacia la sexualidad saludable.**	• **Las campañas de educación sexual hacia los adolescentes resultan pocas, aisladas y superficiales.** • **No existen estadísticas precisas acerca de la temática de sexualidad saludable en la parroquia Quiroga.** • **Existe una influencia negativa del medio hacia la práctica de la sexualidad.** • **El enfoque machista y sexista de la sexualidad aún prevalece en el imaginario colectivo de los pobladores de Quiroga.**
DEBILIDADES	**OPORTUNIDADES**
• **El 70% de los adolescentes de la parroquia Quiroga no ha recibido nunca información acerca de la sexualidad saludable y el 25% no comprende lo que el concepto significa.** • **El 60% de los adolescentes desconoce**	• **Las unidades educativas de la parroquia Quiroga expresaron abiertamente su apoyo técnico y pedagógico en el diseño e implementación de las estrategias para la sexualidad saludable.**

acerca de organizaciones que promueven la sexualidad saludable y el 12% desconoce los riesgos de una práctica sexual temprana. EL 59% no utiliza ningún método de protección en su práctica sexual. • **El 45% de los adolescentes nunca han recibido charlas acerca de la sexualidad saludable.**	• **El centro de salud de la parroquia Quiroga ofrece apoyo técnico – profesional y logístico para el desarrollo de campañas y talleres de educación sexual.** • **El GAD parroquial expresó el respaldo al desarrollo de estrategias para la sexualidad saludable con recursos económicos, físicos y tecnológicos.**

Elaboración: Mediavilla (2017)

A partir del análisis de esta matriz, se desarrollan las estrategias para promover la sexualidad saludable entre los adolescentes de la parroquia Quiroga.

3.1.2. Estrategias para la promoción de la sexualidad saludable

El objetivo de cualquier acercamiento a la educación sexual debe ser el de contribuir al autoconocimiento y la auto aceptación de las personas. Esto desencadenará en una madurez emocional y social, que les permita expresar su erótica desde el amor hacia sí mismos.Para (Mejía, 2014):

> El hecho sexual humano es algo que abarca a todas las personas, de ahí que sea lógico, que la educación sexual no pueda ser solamente para quien desee evitar un embarazo no deseado, una enfermedad de transmisión sexual, o para quien tenga pareja o probabilidades de tenerla.(pág.44)

La sexualidad es una categoría subjetiva. Cada persona elabora su sexualidad de una manera individual, basada en las vivencias y emociones íntimas, como ser sexuado. Esta construcción resulta ser dinámica y evolutiva a través de las diferentes etapas de crecimiento. Por este motivo, una propuesta para promover la sexualidad saludable debe tener como principio fundamental la búsqueda del bienestar físico y emocional, expresada en el desarrollo personal, las relaciones interpersonales y el reconocimiento de derechos. En la Tabla No. 14 se plantean las estrategias diseñadas a través del equipo multidisciplinar para promover la sexualidad saludable en los adolescentes de la parroquia Quiroga.

Tabla 14. Estrategias para promover la sexualidad saludable en los adolescentes de la parroquia Quiroga

Objetivos	Estrategias	Actividades	Responsables	Participantes	Tiempo de ejecución	Presupuesto
Incrementar la participación activa de los diferentes actores en la realización de actividades educativas para la sexualidad saludable.	Motivar a los diferentes actores a participar en las actividades educativas para la sexualidad saludable	Mesas de diálogo con los actores acerca de la sexualidad saludable	GADPR Quiroga Técnico coordinador	Dirigentes de la comunidades Ministerio de Educación Ministerio de Salud Tenencia Política Policía Nacional	3 de marzo	50,00
		Coordinación de las acciones a ejecutarse para promover la sexualidad saludable	GADPR Quiroga Técnico coordinador	Adolescentes Ministerio de Educación Ministerio de Salud Tenencia Política Policía Nacional	10 de marzo	50,00
		Determinación de	GADPR Quiroga	Adolescentes	17 de marzo	50,00

		los métodos de monitoreo y evaluación de las actividades para la promoción de la sexualidad saludable	Técnico coordinador	Ministerio de Educación Ministerio de Salud		
Sensibilizar a los adolescentes en la comprensión y práctica de una sexualidad saludable	Capacitar a los adolescentes de la parroquia Quiroga en el conocimiento y práctica de la sexualidad saludable	Desarrollo de talleres vivenciales en sexualidad saludable	GADPR Quiroga Técnico coordinador	Adolescentes Ministerio de Educación Ministerio de Salud Padres de familia	24 de marzo	100,00
		Desarrollo de actividades de construcción colectiva (cine foro, debates, paneles de discusión)		Adolescentes Ministerio de Educación Ministerio de Salud Padres de familia	31 de marzo	100,00
		Ejecución de		Adolescentes	7 de abril	100,00

		campañas de sexualidad saludable con la participación de los adolescentes	Ministerio de Educación Ministerio de Salud Tenencia Política Policía Nacional Padres de familia		
Incrementar la comunicación asertiva entre los diferentes actores acerca de la sexualidad saludable	Articular a los distintos actores en torno a la sexualidad saludable de los adolescentes	Conversatorios ampliados con padres de familia, adolescentes, educadores y personal de salud	Adolescentes Ministerio de Educación Ministerio de Salud Padres de familia	14 de abril	50,00
		Convivencias familiares	Adolescentes Ministerio de Educación Ministerio de Salud Padres de familia	21 de abril	200,00
		Atención profesional a	Adolescentes Ministerio de	28 de abril	$200,00

	casos particulares	Educación Ministerio de Salud Tenencia Política Policía Nacional Padres de familia Psicólogo Junta de protección de derechos	
Total del presupuesto			$900,00

Elaboración: propia

CONCLUSIONES

Con la presente investigación se han llegado a las siguientes conclusiones:

La investigación permitió determinar las falencias existentes entre los adolescentes de la parroquia Quiroga en cuanto al conocimiento acerca de la sexualidad saludable. Los adolescentes desconocen el marco conceptual de la sexualidad saludable, así como sus ámbitos de formación personal y social. Desconocen también la existencia de organizaciones que promueven la práctica saludable de la sexualidad y las estrategias de promoción para la misma. Esto supone una orientación sexual pobre y desintegrada que incide en las alarmantes estadísticas existentes con respecto a la sexualidad en el sector.

De igual manera, la aplicación del instrumento permitió visualizar que la práctica sexual de los adolescentes inicia a edades tempranas, sin utilizar métodos de protección sexual en ningún sentido y desde una perspectiva poco saludable. Esto explica las estadísticas encontradas en la parroquia acerca de la cantidad de embarazos adolescentes y su incidencia en la alta deserción escolar existente.

Los adolescentes de la parroquia Quiroga, sin embargo, reconocen la necesidad e importancia de recibir formación educativa acerca de la sexualidad saludable, lo que en el transcurso de la investigación, permitió diseñar las estrategias para desarrollar una orientación sexual pertinente a sus necesidades.

El diseño de las estrategias para la promoción de la sexualidad saludable en la parroquia Quiroga es un instrumento de alto valor que convoca el ejercicio articulador de los distintos actores sociales de la parroquia Quiroga y se enfoca en la prevención de riesgos de la práctica temprana y poco saludable de la sexualidad.

RECOMENDACIONES

A partir de las conclusiones planteadas, se realizan las siguientes recomendaciones:

Generar espacios en la unidad educativa de la parroquia Quiroga para el análisis integral de la sexualidad saludable a fin de que los adolescentes, docentes y padres de familia diversifiquen y profundicen los conocimientos necesarios en esta temática. El diálogo entre las generaciones que intervienen en el desarrollo de la sexualidad permitirá una comprensión de las necesidades de los adolescentes y, por lo tanto, una educación pertinente a la realidad que viven desde su perspectiva.

Incrementar los esfuerzos en el Centro de Salud de la parroquia para obtener una línea base de la sexualidad adolescente a partir de la cual trazar otras formas de intervención y prevención en cuanto a la iniciación sexual temprana. Las acciones desde el campo de la salud se convierten en un eje clave para la prevención de riesgos relacionados a la práctica temprana de la sexualidad como son las enfermedades de transmisión sexual, embarazos prematuros, violencia familiar, deserción escolar y futuras dificultades de empleo y desarrollo económico y social en el sector.

Aplicar las estrategias propuestas en la presente investigación con la intervención de los actores sociales convocados para solucionar los problemas actuales existentes en la parroquia Quiroga respecto a la sexualidad de los adolescentes. La propuesta presentada responde a las necesidades existentes entre los distintos actores sociales de la parroquia, por lo que su implementación garantizará un trabajo sostenido de educación para los adolescentes actuales y futuros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(ANDES), A. P. (15 de agosto de 2013). *Últimas noticias*. Obtenido de http://www.andes.info.ec/es/sociedad/constitucion-ecuador-marco-impactos-positivos-temas-salud-sexual-reproductiva.html

(CEPAL), C. E. (2015). *Segunda reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo en América Lati.* México: CEPAL.

(INEC), I. N. (2010). *Censo de población y vivienda.* Quito: INEC.

ACNUR. (19 de marzo de 2016). *DHpedia*. Obtenido de La enciclopedia de los derechos humanos: http://dhpedia.wikispaces.com/Conferencia+Mundial+de+Derechos+Humanos+de+Teher%C3%A1n

Águila, N. M. (2015). El paradigma crítico y los aportes de la investigación - acción participativa. *Cuestiones pedagógicas,* 339-355.

Alberich, T. (2011). Perspectivas de la investigación social. *Investigación social participativa: construyendo ciudadanía.*, 65-78.

all, B. A. (2014). *Técnicas de investigación en las Ciencias Sociales.* Madrid: Nacea.

Amemiya, I. (03 de 11 de 2016). *Instrumento prueba piloto. Validación.* Obtenido de https://adiecs.files.wordpress.com/2012/10/taller_diseno_validacion1.pdf

Angulo, M. y. (2005). *Sexo en la piedra.* Madrid: Ediciones Luzán.

Aquileana. (06 de 04 de 2008). *La audacia de Aquiles*. Obtenido de Psicoanálisis de Sigmund Freud: Complejo de Edipo: https://aquileana.wordpress.com/2008/04/06/psicoanalisis-sigmund-freud-complejo-de-edipo/

Ballester, L. (2011). *Bases metodológicas de la investigación educativa.* Barcelona: Universidad de Barcelona.

Banda, L. (2012). *El significado de la sexualidad en adolescentes.* México: Universidad de Alicante.

Berger, P. y. (2016). *La construcción social de la realidad.* Buenos Aires: Amorrortu.

Blaxter, L., & Tight, C. H. (2000). *Cómo se hace una investigación.* Barcelona: Gedisa.

Caballero, C. (2016). La sagrada reconciliación entre sexualidad y religión. *Journal of the sociology and theory of religion Vol.5*, 135-148.

Carbonel, E. (2010). *El sexo social.* Madrid: Now Books.

Cevallos, G., & Campo, A. (2007). Relaciones sexuales en adolescentes escolarizados de Santa Martha. *Colombia Médica*, 6.

Cevallos, M. (2015). *Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial.*

Comas, D. (2016). La transformación del sistema de la sexualidad y las personas jóvenes: identidades insatisfechas. En R. Urosa - Sánchez, *Revista de estudios de juventud* (págs. 75-102). Madrid: Injuve.

Connell, R. y. (2012). The Unclean Motion of the Generative Parts': Frameworks in Western Thought . *Culture, society and sexuality: a reader*, 179-196.

Córdova Plaza, R. (2003). Reflexiones teórico-metodológicas en torno al estudio de la sexualidad. *Revista Mexicana de Sociología*, 339-360.

Corral, Y. (2015). Validez y confiabilidad de los instrumentos para la recolección de datos. *Revista Ciencias de la Educación*, 229-247.

Correa, S. y. (2014). Reproductive and Sexual Rights: a Feminist Perspective. *Population Policies Reconsidered. Health, Empowerment, and Rights.* Boston: Harvard School of Public Health.

David, V. (19 de 12 de 2013). Salud Sexual y Reproductiva con Efoque de Género. Ibarra, Ecuador.

Delpino, A. (2013). *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad-España.* Recuperado el 21 de Marzo de 2017, de Relaciones Afectivas y Sexualidad en la Adolescencia: http://www.ligaeducacion.org/documentos/investigaciones/relaciones-afectivas-y-sexualidad-en-la-adolescencia.pdf

Departamento de Población de las Naciones Unidas. (02 de marzo de 2015). *Apuntes de demografía*. Obtenido de https://apuntesdedemografia.com/polpob/maltusianismo/conferencias-internacionales-de-poblacion/

Domínguez, C. L. (2015). *Informe de la situación de embarazo adolescente en el cantón Santa Rosa.* El Oro: Registros del Hospital Ginecostétrico Angéla Loallyza.

Echegoyen, J. (2017). *Diccionario de Psicología Científica y Filosofía*. Obtenido de http://www.e-torredebabel.com/Psicologia/Vocabulario/Complejo-Electra.htm

Ecuador, R. d. (2008). *Constitución de la República del Ecuador.* Asamblea Nacional.

ENSANUT. (2012). *Demografía, salud materna e infantil y reproductiva.*

Escobar, M. V. (2016). *Derechos Humanos: derechos sexuales y reproductivos.* Madrid: Autónoma de Madrid.

Felitti, K. (2016). En defensa de la libertad sexual: discursos y acciones de grupos feministas y homosexuales de los años `70. *Temas de mujeres*, 47-69.

Fernández, L. (03 de 04 de 2017). *Repositorio de Psicología*. Obtenido de http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/564

Fondo de población de las Naciones Unidas. (2014). Directrices operacionales del UNFPA para la educación integral de la sexualidad. New York.

Foucault, M. (2011). *Historia de la sexualidad I: la voluntad de saber.* México: Siglo XXI.

Foucault, M. (2011). *Historia de la Sexualidad II. El uso de los placeres.* Buenos Aires: Grupo editorial Siglo XXI.

Freud, S. (1856). *Teorías de la personalidad.* Londres.

Freyre Román, E. (2004). *La sexualidad del adolescente y problemas asociados.* Bogotá: Academia Nacional de Medicina.

Gamboa, L. V. (2010). Historia de la sexualidad. *Revista Biomed*, 116-121.

García-Fernández, M. (2017). Sexualidad y armonía conyugal en la España franquista. Representaciones de género en manuales sexuales y conyugales publicados entre 1946 y 1968. *Revista de Historia Contemporánea Vol.5*, 215-238.

Gautam, S. (2016). *Foucault and the Kamasutra.* Chicago: University of Chicago Press.

Granda, J. (2008). *Nivel de conocimientos sobre sexualidad y manifestación de impulsos sexuales en adolescentes.* Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Hernández, M. R.-S. (2009). *Antropología y arqueología de la sexualidad: premisas teóricas y conceptuales.* México: Universidad del Estado de México.

Herrera, C. (2016). La sexualidad queer, gente "rara" y amores diversos. En R. Urosa-Sánchez, *Revista de estudios de juventud* (págs. 57-72). Madrid: Injuve.

Holl, F. (31 de 12 de 2009). *LA CASA VICTORIONA*. Recuperado el 10 de 01 de 2017, de https://lacasavictoriana.com/2009/12/31/la-vida-en-la-epoca-victoriana/

INEC. (2010). *Anuario de Estadísticas Vitales.* Recuperado el 13 de 01 de 2017, de http://especiales.elcomercio.com/2013/05/retrato_madre/pdf/estadisticas.pdf

Krafft-Ebing, R. (1886). *Psychopathia Sexualis.* Alemania: Bloat Books.

Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas.* México: UNAM.

Le Boterf, G. (2009). *La investigación participativa: una aproximación para el desarrollo local.* Madrid: Narcea.

Lewontin, R. C. (2014). *No está en los genes. Crítica al racismo biológico* . Barcelona: Grijalbo.

Lorenzo, C. R. (2015). Contribución a los paradigmas de investigación. *Redalyc*, 11-22.

Martha Sarmiento Olivera, I. G. (2012). Estrategia de intervención educativa en enfermedades de transmisión sexual. *Revistas de Ciencias Médicas*, 32-43.

Massa, J. L. (2012). Desarrollo psicosocial en la adolescencia: bases para una comprensión actualizada. *Documentación social*, 69-89.

Mejía, E. C. (2014). Educación sexual. *Revista del colegio oficial de educadores ESPAIL*, 44-46.

Ministerio de Salud Pública Ecuador. (26 de 10 de 2011). Al Ecuador le hace falta hablar sobre sexualidad . *Mi Salud*, págs. 1-1.

Molina, C. Z. (2013). *Educación sexual en la adolescencia.* Quito: El Universo.

Morales, E. (2014). *FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRÁCTICA TEMPRANA DE RELACIONES SEXO GENITALES EN LOS ADOLESCENTES* . Guatemala: UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR.

MSP. (2014). Salud de adolescentes. *Guía de Supervisión*, pág. 98.

Nacional, A. (2016). *Código de la NIñez y la Adolescencia.* . Quito: Congreso Nacional.

Nieto, J. A. (2003). *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural.* Madrid: José Talasa Ediciones.

Nieto, J. A. (2003). *Reflexiones en torno al resurgir de la antropología de la sexualidad.* Antonio Nieto Ediciones.

OMS. (2009). *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo.* Recopilacion de artículos.

OMS. (2015). *ESTRATEGIA MUNDIAL PARA LA SALUD DE LA MUJER, EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.*

ONU. (1994). Programa de acción del Cairo. El Cairo.

ONU. (22 de agosto de 2015). *Declaración Universal de Derechos Humanos.* Obtenido de http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf

ONU. (2015). *Objetivos del Milenio (2015).* Obtenido de http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf

ONU. (2017). *NACIONES UNIDAS.* Recuperado el 12 de Mayo de 2017, de Declaración Universal de los Derechos Humanos: http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/

OPS. (2012). *Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes en América Latina.* EL Salvador: Publicaciones PALTEX .

OPS, OMS, WAS. (2000). Promoción de la salud sexual., (pág. 49). Antigua Guatemala.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (agosto de 2015). *Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Obtenido de Centro de Prensa: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Salud Sexual*. Obtenido de http://www.who.int/topics/sexual_health/es/

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). Pomoción de la Salud Sexual. *Salud Sexual Promocion PAHO-20001-e-Sanitas*, (pág. 49). Antigua Guatemala.

Organización Panamericana de la Salud. (2000). Promoción de la salud sexual., (pág. 49). Antigua Guatemala.

Palella, S. y. (2012). *Metodología de la investigación cuantitativa.* Caracas: FEDUPEL.

Parra, J., & Pérez, R. (2010). Comportamiento sexual en adolescentes y su relación con variables biosociales. *Perinatología y Reproducción Humana*, 8-13.

Pérez Serrano, G. (2015). *Invstigación cualitativa: retos e interrogantes.* Madrid: Muralla.

Pineda, S., & Santiago, M. A. (2015). El concepto de adolescencia. En S. Pineda, & M. A. Santiago.

Posso, M. (2011). *Proyectos, tesis y marco lógico.* Quito: Ediciones 13.

Prócel, R. (2014). *Anális de los factores determinantes del embarazo adolescente en Ecuador durante el período 2013- 2014.* Quito: Escuela Politécnica Nacional.

Pública, M. d. (2013). *Informe estadístico de ETS en el país.* Quito: MSP.

Ramírez, E., Arcilla, A., & Castrillón, E. B. (2014). *Paradigmas y modelos de investigación: Guía didáctica.* Medellín: Fundación Universitaria.

Rangel, A. S. (2016). *La transición adolescente y la educación.* Barcelona: SAP001.

Real Academia Española. (2017). *RAE*. Recuperado el 04 de 01 de 2017, de http://dle.rae.es/?id=LiugN1u

Redacción médica. (15 de marzo de 2017). Obtenido de Salud sexual y reproductiva en Ecuador: http://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/salud-sexual-y-reproductiva-en-el-ecuador-est-en-retroceso-87327

Ricaldo, A. (2006). *Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes.* Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Ritzer, G. (2011). *Teoría sociológica clásica, McGraw-Hill, España.* España: McGraw-Hill.

Rodríguez, L. (2015). *Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los Derechos Humanos.* Fondo de Población de Naciones Unidas.

Rodríguez, V. (2014). ¿Qué hemos hecho para merecerlo? Melodrama, teoría, queer y camp. *Revista de la Facultad de Artes y Humanidades No.8*, 68-75.

Rovetta, A. (2014). Si me permiten hablar sobre sexo y temperamento. Lectura comparada de Domitila Barrios y Margaret Mead. *Temas de mujeres. Revista del CEHIM No.10*, 42-52.

Sáez, C. (2011). *El sexo de la edad de piedra.* Madrid: Cáceres.

Salud, C. N. (2007). *Política de Salud y derecho sexuales y reproductivos.* Quito: Ministerio de Salud Pública.

Salud, O. P. (1995). *Salud del adolescente.* OMS.

Sánchez, D. F. (2012). Masculinidad y sexualidad: uso de preservativos en adolescentes y jóvenes del sur de Quito, Ecuador. *Redalyc*, 101-121.

Sanín, H. (2010). *Marco Lógico: instrumento de formulación, gestión y evaluación de proyectos.* México: CEPAL, Naciones Unidas.

Senplades. (2013). Agenda Zonal 1 - Norte. 32-34.

SENPLADES. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV)*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/265325706_Revolucion_Ciudadana_Buen_Vivir_y_Cooperacion_en_Ecuador_2007-2013

Shulman, L. (2012). *Paradigmas y programas de investigación en el estudio de la enseñanza: una perspectiva contemporánea.* Madrid: Paidós.

Solana, M. (2016). Reflexiones sobre el giro afectivo en historia. *Mora vol 22 No.1*, 25-38.

Subía, M. (2013). Sobre una degradación general de la vida erótica. *Géneros Vol. 1 No.2*, 15-32.

Talasa, J. (2016). *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural.* Madrid: Espasa.

Torre, V. G. (08 de marzo de 2016). La salud sexual y reproductiva en Ecuador está en retroceso. (C. Coello, Entrevistador)

Torres, P. W., Gutiérrez, M., & Bertozzi, S. (2015). A novel shool - based strategy for HIV/AIDS, sexuallu transmitted diseases teen pregnancies. *Salud pública de México ISSN: 0036-3634 Vol 48 No 4*, 24-36.

UNESCO. (Junio de 2010). Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educacion en Sexualidad. Santiago.

UNESCO. (2015). *Orientaciones técnicas para la educación en sexualidad. Volumen I. Justificación de la educación en sexualidad.* Obtenido de http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281s.pdf

UNICEF. (2002). *Adolescencia, una etapa fundamental.* Nueva York: Copyright .

UNICEF. (2010). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer.* Obtenido de https://www.unicef.org/panama/spanish/MujeresCo_web.pdf

UNICEF y Plan Internacional. (2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo.* Panamá: UNICEF.

Unidas, O. d. (1968). Conferencia de Derechos Humanos. Teherán.

Unidas, O. d. (1974). Conferencia de población. Bucarest.

Unidas, O. d. (1984). Conferencia de Población. Bucarest.

United Nations Found For Populatiosn Activities. (03 de febrero de 2017). *Contribuyendo a un mundo donde cada embarazo sea deseado.* Recuperado el 12 de 01 de 2017, de http://www.unfpa.org.ec/sitio/repositorios/unfpa/puestos_nuevos/TDRs_TEST_IMAGEN_MARCA_ENIPLA.pdf

Universidad de Otavalo. Dirección de Investigación. (2014). *Plan general de investigación 2014 - 2017.* Otavalo: Universidad de Otavalo.

USAID. (2017). *Guía para la formación en derechos sexuales y reproductivos para la población en situación de desplazamiento con énfasis en violencia intrafamiliar y violencia sexual.* Bogotá: Torre Blanca.

Valdivieso, S. A.-F. (2015). Bio pshyco- social characteristics of the adolescent. *Odontol Pedriatic*, 119-128.

Vance, C. (2013). La antropología redescubre la sexualidad: un comentario teórico. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 101-128.

Vásquez, N. (04 de 04 de 2014). Las relaciones sexuales son cada vez más precoces en Ecuador. (E. Comercio, Entrevistador)

Velazco, R. L. (2016). Representaciones fálicas protectoras. A propósito de un hallazgo de época romana. *Armendáriz*, 165-193.

Vera, L. (1998). Historia de la sexualidad. *Revista Biomédica*, 3-6.

Vivas, D. (19 de 12 de 2013). SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFOQUE DE GÉNERO EN JÓVENES. Ibarra, Ecuador.

ANEXOS

Anexo I. Encuesta realizada adolescentes

CUESTIONARIO

El presente cuestionario es de carácter anónimo y tiene como objetivo determinar tus conocimientos acerca de la sexualidad saludable y sus prácticas. Tus respuestas serán de gran valor para esta investigación por lo que agradecemos tu sincera participación.

EDAD:_____ SEXO: M____ F____ Fecha: _____

1. *¿Has recibido información acerca de la sexualidad saludable?*

Frecuentemente ☐ Alguna vez ☐ Nunca ☐

2. *Al escuchar el término "sexualidad saludable", comprendes su significado?*

Totalmente ☐ Tengo dudas ☐ No lo comprendo ☐

3. *¿Conoces sobre organizaciones que promuevan la sexualidad saludable?*

Sí ☐ No ☐ Tengo dudas ☐

4. *¿Has recibido información acerca de los riesgos de la práctica sexual a edades tempranas?*

Frecuentemente ☐ Alguna vez ☐ Nunca ☐

5. *¿Has incorporado la práctica sexual activa a tu vida cotidiana?*

Sí ☐ No ☐

6. *¿Utilizas algún método de protección en tu práctica sexual?*

Nunca ☐ A veces ☐ Siempre ☐

7. *¿Has recibido charlas educativas para la sexualidad saludable?*

Nunca ☐ Al menos una vez ☐ Frecuentemente ☐

8. *Califica, en orden de importancia para ti, cómo sería recibir charlas educativas acerca de la sexualidad saludable.*

Muy importante ☐ Poco importante ☐ Nada importante ☐

Anexo II. Instrumento de medición y validez de la encuesta

ÍTEM	CRITERIOS A EVALUAR										Observaciones
	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Introducción a la respuesta (sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende		
	SÍ	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											

ASPECTOS GENERALES	Sí	No	
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario			
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación			
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial			
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso se ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir.			

VALIDEZ			
APLICABLE		NO APLICABLE	
APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES			

Validado por:	C.I.:	Fecha:
Firma:	Teléfono:	e-mail: