

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua

UNAN-Managua

Instituto Politécnico de la Salud

“Luis Felipe Moncada”

Departamento de Enfermería



**Seminario de Graduación para optar al título de Licenciatura en
Enfermería con Orientación Materno Infantil**

Línea de investigación: Salud de la mujer y el hombre.

Tema: Salud Sexual y Reproductiva en hombres y mujeres entre las edades de 20 a 40 años de la comunidad El Charco, Santa Rosa del Peñón – León.

II semestre 2016

Autoras: Bra. Kenia Del Carmen Sánchez Ordeñana.
Bra. Diana Natalia Sandoval Vega.
Bra. Eveling Del Carmen Urrutia Rostran.

Tutora: Msc. Sandra Reyes Álvarez.
Maestría Investigación Educativa.

Carrera: Enfermería Materno Infantil V año

Managua, Diciembre 2016.

Índice

Agradecimientos

Dedicatoria

Aval de seminario de graduación

Resumen

Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Justificación.....	5
Planteamiento del problema.....	6
Preguntas de sistematización.....	7
Objetivos.....	8
Diseño metodológico	
Tipo de estudio.....	10
Área de estudio	11
Universo o Población de estudio	11
Muestra	12
Muestreo	12
Criterios de inclusión.....	13
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	13
Consentimiento informado	14
Métodos de recolección de la información.....	14
Prueba de jueces.....	14
Prueba de pilotaje.....	15
Procesamiento de la información.....	16
Triangulación de la información.....	16
Presentación de la información.....	16
Variables en estudio.....	16
Operacionalización de variables.....	18
Desarrollo del subtema.....	21
1.Características sociodemográficas de la población	22
2.Conocimientos sobre métodos anticonceptivos.....	30

3.Percepción del rol de género que influye en la sexualidad.....	39
4.Prácticas sexuales de hombres y mujeres de la comunidad.....	45
Discusión de los resultados.....	53
Conclusiones.....	91
Recomendaciones.....	93
Bibliografía.....	94
Anexos.....	97

Agradecimientos

Agradecemos primeramente a Dios, por la sabiduría y el entendimiento que nos ha dado durante el trayecto de nuestras vidas, por habernos permitido llegar a alcanzar un sueño más y podernos realizar como profesionales de la salud.

A nuestros padres, que con esfuerzo, esmero y dedicación nos han apoyado incondicionalmente para alcanzar nuestros sueños y poder servirles a ellos y a la población ante cualquier circunstancia.

A nuestra tutora Msc. Sandra Reyes Álvarez por su dedicación y disposición de tiempo al compartir sus experiencias y conocimientos al guiar nuestro trabajo investigativo.

Kenia Del Carmen Sánchez Ordeñana.

Diana Natalia Sandoval Vega.

Eveling Del Carmen Urrutia Rostran.

Dedicatoria

Queremos dedicar el esfuerzo de este arduo trabajo a:

Dios nuestro creador que nos da la vida, inteligencia, sabiduría y luz para iluminarnos y así culminar con nuestros estudios superiores.

Nuestros padres por el esfuerzo, sacrificio y dedicación que nos han brindado, así como su apoyo tanto económico, emocional e incondicional.

A los profesores del POLISAL UNAN – Managua quienes nos guiaron y nos apoyaron en los momentos difíciles de nuestra formación integral para llegar a ser buenos profesionales.

Kenia Del Carmen Sánchez Ordeñana.

Diana Natalia Sandoval Vega.

Eveling Del Carmen Urrutia Rostran.

Resumen

La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad; requiere un enfoque positivo y respetuoso, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras. Ante el poco acceso a los servicios de salud y a la educación con temas enfocados en Salud Sexual y Reproductiva, surge la necesidad de conocer la participación de hombres y mujeres en estas áreas. Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, el cual se llevó a cabo en la comunidad El Charco, Santa Rosa del Peñón - León, en el II semestre 2016. La población estuvo constituida por 150 personas de ambos sexos; siendo la muestra de 108 participantes, según fórmula de Mouch Galindo. Se utilizó una encuesta que se aplicó a cada participante de la comunidad, a fin de recopilar información. Para el procesamiento de la información se utilizó Microsoft Excel 2010. Los resultados se presentaron mediante tablas estadísticas simples, asociadas, así como gráficos de barra. Las variables en estudios son: Características sociodemográficas, conocimientos sobre métodos anticonceptivos, percepción del rol de género que influye en la sexualidad y prácticas sexuales. Cabe destacar que los resultados del estudio permitieron obtener datos con los que se identificó que gran parte de la población tienen una escolaridad baja, conocen sobre métodos anticonceptivos pero presentan debilidades en lo que respecta al preservativo. Además, piensan que solo las mujeres son las encargadas del cuidado de los hijos y de la reproducción, las prácticas sexuales más utilizadas: besos, caricias y coito vaginal y las relaciones sexuales sin preservativos. Esta investigación tiene como finalidad aportar elementos que ayuden a los estudiantes en sus futuras investigaciones relacionadas a este tema y reforzar mediante un plan educativo conocimientos y debilidades identificadas en la investigación.

Palabras claves: Salud Sexual Reproductiva, hombres, mujeres y comunidad.

Introducción

La Salud Sexual y Reproductiva, es el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo, ya que evita y resuelve problemas relacionados con la reproducción. Además, se constituye como un derecho de hombres y mujeres la cual se ha transformado con el pasar del tiempo. En 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 180 países aceptaron como meta que antes del año 2015, debía lograrse el acceso universal a la información y a los servicios de salud y de la reproducción, tomando en cuenta que además de ser un área programática del Fondo Poblacional de las Naciones Unidas (UNFPA), juega un papel importante en la promoción de la igualdad de género.

A pesar de los avances que se han realizado en diversos países en el tema de Planificación familiar, en la actualidad, aún hay 120 millones de parejas que presentan necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos seguros y eficaces, y 45 millones de embarazos no deseados se interrumpen anualmente. Estas cifras plantean claramente que los países aún tienen que redoblar los esfuerzos para aumentar el acceso y la provisión de los métodos de anticoncepción, Mazarrasa (2011).

La Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (2011) realizada por el Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos (INEC), reveló que en Nicaragua, un porcentaje considerable de hombres no conviven con sus hijos e hijas. Este estudio también demostró, que la ausencia de los padres en los hogares ocasiona en algunos casos, situaciones de pobreza en la familia y procesos de socialización inadecuados.

De acuerdo con Montoya (2012), el individuo sigue una cadena que comienza con la falta de compromiso de muchos hombres en sus relaciones sexuales (manifestada en promiscuidad, sexo casual y poligamia), sigue con la poca participación masculina en la anticoncepción, luego los embarazos no planificados y finalmente el rechazo a asumir la paternidad.

Por lo antes mencionado, se puede decir que estas situaciones crean la probabilidad de que los niños continúen la cadena de tener hijos sin planearlos y a dejar que crezcan sin padres, llevando una sexualidad libre sin ninguna responsabilidad.

El presente estudio describe la Salud Sexual y Reproductiva valorando la situación actual de hombres y mujeres de la comunidad El Charco, Santa Rosa del Peñón - León. Para ello se tomaron en cuenta las características sociodemográficas, conocimiento sobre métodos anticonceptivos, percepción de rol de género que influye en la sexualidad y prácticas sexuales de hombres y mujeres de la comunidad.

Esta investigación se abocó a la descripción de una realidad, para lograr una comprensión de las múltiples interacciones entre las variables del tema de estudio. Lo que permitió profundizar en la situación de la Salud Sexual y Reproductiva de hombres y mujeres.

Antecedentes

La Salud Sexual y Reproductiva es la capacidad de los individuos y de las parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgo. Lo que incluye, la absoluta libertad de decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número de hijos que se desea tener y el espaciamiento de los nacimientos entre ellos, Quiroz (2013).

Rodríguez, Castañeda, & Rodríguez (2013), en el estudio “Investigaciones realizadas en la Habana-Cuba en población masculina joven”, demuestra que esta población tiene conocimientos acerca de determinadas formas de protegerse en una relación sexual y desconocimiento de otras. Por ejemplo, están informados acerca del riesgo de contraer una infección de transmisión sexual o el VIH/sida, de la importancia del preservativo y de las relaciones estables para evitarlas; pero no es así respecto al uso del condón u otros medios de protección en relación con el embarazo no deseado. Además, los hombres participaron como parejas sexuales, esposos y padres, por lo cual, a partir de esas funciones deben ser involucrados en servicios de salud sexual y reproductiva que incluyan la orientación sobre la planificación familiar, la anticoncepción, las infecciones de transmisión sexual y la comunicación dentro de la pareja.

Según Soto (2011), en un estudio realizado en Lima-Perú, se encontró que los factores asociados al no uso del condón en varones, fueron la falta de disponibilidad y disminución del placer. En cuanto a las mujeres, se debe a la interferencia con la relación sexual y el uso de otro método anticonceptivo. Los resultados se obtuvieron mediante un análisis multivariado. En el estudio, se utilizó una muestra de 393 jóvenes (196 mujeres y 197 varones). Se aplicó una encuesta a cada persona y se encontró que la conducta sexual presenta diferencia en cuanto a la primera relación coital, siendo más precoces los varones. El uso adecuado del condón ha sido mínimo en ambos sexos; la proporción de mujeres que refirieron que nunca lo habían usado fue muy alta.

En otro estudio realizado por López (2011) en Montevideo-Uruguay, las personas entrevistadas consideraron que se puede evitar el embarazo utilizando el preservativo (95%), píldoras (79%), inyectables (57%) y Dispositivo Intrauterino, 53%. Para evitar el SIDA, el 74% señaló que usaría el condón, tendría una pareja estable y serían fiel (65%); muy pocos se refirieron a la abstinencia espontáneamente. Asimismo, 91,2% de las personas entrevistadas ha tenido relaciones sexuales. La primera relación sexual en el 86,5% de ellos, fue en la edad media de 17 años, y se tuvo principalmente con una amiga, su pareja estable o una conocida. El 5% indicó haber tenido relaciones coitales homosexuales o bisexuales. La mayoría usó condón (480 personas: 62%). Al preguntar el motivo por el que no hablaron de cuidarse en la primera relación sexual, el 46,3% respondió que no acostumbraba hablar del tema.

Según Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013), en una investigación sobre la participación del hombre en la Salud Sexual Reproductiva en Nicaragua, el 80% de los entrevistados creen que las píldoras pueden causar infertilidad; el 65% piensa que la vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual. Sin embargo, es alarmante el dato que refleja que más del 70% de los hombres nunca utilizaron servicios de información o atención en Salud Sexual y Reproductiva, esta investigación brinda parte de los hallazgos sobre este tema, a través de un estudio cuantitativo y cualitativo efectuado en Managua y la Costa Caribe, en el que se aplicaron encuestas y grupos focales a 766 hombres entre 15 y 44 años, con tendencia a estratos socioeconómicos bajos.

Sánchez & Canales (2013), en un estudio realizado sobre la Salud Sexual y Reproductiva de estudiantes de la carrera de Enfermería Materno Infantil del POLISAL-UNAN Managua, refieren que en las prácticas sexuales según el sexo, presentan mayor relevancia las caricias, con un porcentaje del 44% en hombres y un 40% en mujeres, lo que indica, que ambos realizan estas prácticas y son experimentadas por todo individuo en el descubrimiento de su sexualidad, también manifiestan que la masturbación y la pornografía son más experimentados por los hombres. Ambas prácticas alcanzan un 35%, mientras que en la mujeres solo un 14 y un 12%. Con respecto al coito vaginal, el 57% de los estudiantes encuestado, afirmaron que lo han experimentado.

Justificación

La Salud Sexual y Reproductiva con respecto a las condiciones para el ejercicio de derechos humanos, refleja de manera elocuente el nivel de desarrollo y las inequidades que afectan el país. Los indicadores de Salud Sexual Reproductiva están relacionados con las posibilidades de acceso a la información, educación y a los servicios de salud con calidad, según los índices de pobreza y las condiciones socioculturales desfavorables. Ante el poco acceso a los servicios de salud y a la educación con respecto a temas enfocados en Salud Sexual y Reproductiva, es que surgió la necesidad de conocer y valorar la participación de hombres y mujeres entre las edades de 20 a 40 años de la comunidad El Charco, Santa Rosa del Peñón – León.

La importancia del estudio se basó en la aportación de elementos que ayuden a las y los estudiantes en sus futuras investigaciones relacionadas a este tema, además proporciona un mejor desarrollo profesional en el campo de la salud, permitiendo de esta manera poner en práctica los conocimientos científicos, así como potenciar habilidades, destrezas y creatividad que se han adquirido durante el transcurso de la carrera.

Los resultados obtenidos en el estudio, serán de gran utilidad ya que permitirán reforzar los conocimientos de la población estudiada, para que los hombres y las mujeres tomen conciencia sobre la importancia del involucramiento en la Salud Sexual y Reproductiva, contribuyendo de esta manera en la reducción de enfermedades de transmisión sexual, mortalidad materna- infantil y favorecer la responsabilidad compartida en la pareja. Cabe destacar que se diseñó un plan educativo que fue facilitado al líder comunitario y será ejecutado por una Licenciada en enfermería que forma parte de la junta directiva de la comunidad.

Planteamiento del problema

La Salud Reproductiva implica que las personas puedan disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura y responsable, así como la capacidad de la pareja para reproducirse y la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia. En esta condición está incluido el derecho del hombre y la mujer a recibir información y acceso a los métodos de regulación de fertilidad de su elección, a fin de permitir que la mujer tenga un embarazo y un parto seguro; y a la pareja, la oportunidad de tener hijos sanos, lo que es fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y naciones.

Además, la Salud Sexual Reproductiva es un tema de difícil abordaje que genera controversias entre las personas, no obviando las posiciones de poder asignadas al hombre por parte de la sociedad, ya que los asuntos sobre salud y reproducción han sido considerados meramente asuntos femeninos.

En la comunidad, el poco acceso a los servicios de salud y el déficit de educación con respecto a temas relacionados en la Salud Sexual Reproductiva, son factores potenciales que influye de manera considerable en la determinación de esta, ya que el área de estudio es una zona rural, donde se brinda atención médica una vez por semana.

Por lo cual, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la Salud Sexual y Reproductiva en hombres y mujeres entre las edades de 20 a 40 años de la comunidad El Charco, Santa Rosa del Peñón – León. II semestre 2016?

Preguntas de sistematización

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población?
2. ¿Cuáles son los conocimientos que tiene la población acerca de los métodos anticonceptivos?
3. ¿Qué percepción del rol de género influye en la sexualidad de la población?
4. ¿Cuáles son las prácticas sexuales de hombres y mujeres de la comunidad?
5. ¿Por qué realizar un plan educativo según los resultados obtenidos en la investigación?

Objetivos

Objetivo General

Describir la Salud Sexual y Reproductiva en hombres y mujeres entre las edades de 20 a 40 años de la comunidad El Charco, Santa Rosa del Peñón – León. II semestre 2016.

Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de la población.
2. Determinar el nivel de conocimiento que tiene la población acerca de los métodos anticonceptivos.
3. Analizar la percepción del rol de género que influye en la sexualidad de la población.
4. Describir las prácticas sexuales de hombres y mujeres de la comunidad.
5. Diseñar un plan educativo según los resultados obtenidos en la investigación.

Diseño

Metodológico

Tipo de estudio

El presente estudio es cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

- **Cuantitativo:** Según Hernández, Fernández & Baptista (2014), este tipo de estudio usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamientos y probar teorías.

Por tal razón, este estudio es cuantitativo, ya que se recolectó la información sobre las características generales de la población, los conocimientos, percepción y prácticas que tienen en relación a la Salud Sexual y Reproductiva. De tal forma, que se obtuvieron respuestas a las preguntas de investigación, las cuales se expresaron con datos numéricos, mediante el programa de Microsoft Excel 2010.

- **Descriptivo:** Según Piura (2011), “la investigación de tipo descriptiva, posee como característica fundamental que no llega a establecer relación de causa efecto entre las variables de estudio, por lo que su propósito principal es obtener información acerca del estado actual de los fenómenos”. (p. 62).

Es descriptivo porque se recogió información sobre las variables del estudio, lo que permitió determinar cómo estaba la situación del problema planteado o variables a estudiar. Además, describe la Salud Sexual y Reproductiva de la población, tomando en cuenta que la investigación se trabajó basada en la realidad de los hechos, a fin de presentar una interpretación correcta.

- **Retrospectivo:** Según (Hernández et al., 2014), son estudios que registran información sobre hechos ocurridos anteriormente al diseño de estudio, y el registro continúa según van ocurriendo los hechos.

Este estudio es retrospectivo porque toma datos pasados de la población (inicio de vida sexual activa, número de compañeros sexuales) y datos actuales (prácticas sexuales y características sociodemográficas de los sujetos), que fueron de gran utilidad para el análisis del estudio.

➤ **De Corte transversal**

Según Hernández et al (2014), el estudio de corte transversal es el que intenta analizar el fenómeno en un periodo de tiempo corto. Es decir, un punto en el tiempo, por eso también se les denomina “de corte”. Es como si se diera un corte al tiempo y se dijera que ocurre aquí y ahora mismo.

El estudio es de corte transversal porque se estudiaron las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo para analizar los fenómenos que ocurren en el problema y en el periodo comprendido en el que se realizó el estudio (II semestre 2016).

Área de estudio

El área de estudio fue una comunidad llamada “El Charco”, ubicada a 3 km del Municipio de Santa Rosa del Peñón, Departamento de León. Actualmente, cuenta con los servicios básicos de agua y energía eléctrica. Las calles no están pavimentadas, ni adoquinadas. Es un área rural en la que se encuentra un puesto de salud donde se brinda atención médica una vez por semana, también hay un centro educativo, donde se imparte educación en las modalidades de preescolar y primaria.

Además, en esta comunidad habitan 105 familias, 409 personas, constituidas por 289 mujeres y 120 hombres, entre ellos, niños y ancianos. Hay 90 casas y tienen una longitud aproximada de 5 manzanas de tierras, donde las principales fuentes de ingresos se obtienen a través de la agricultura, la ganadería, trabajo en instituciones del estado, la minería o negocios propios (pulpería).

Universo o Población de estudio

Según Hernández et al.,(2014) es la totalidad de individuos o elementos con determinadas características que se quieren estudiar.

En el estudio, el universo se constituyó por 150 personas, entre las edades de 20 a 40 años, de ellos, 87 son mujeres y 63 hombres. Los datos fueron obtenidos del Censo demográfico de la comunidad, realizado por la Alcaldía Municipal de Santa Rosa del Peñón-León.

Muestra

La muestra “Es una parte o subconjunto del universo”. Dado que la muestra no puede ser seleccionada abiertamente, hay que aplicar un proceso de selección, al cual se le llama: muestreo.

Para el cálculo de la muestra, se tomó en cuenta la población estimada, que es de 150 personas; posteriormente se definieron los grupos considerados, en este caso hombres y mujeres; por último, se calculó el número de índice para cada grupo. Este procedimiento se llevó a cabo mediante la aplicación de la fórmula de Mouch Galindo para las poblaciones finitas.

Dónde:

N=Total de la población

Z=1.96 (el nivel de confianza del 95%)

p= proporción esperada. (0.5)

q=1-p= (0.5)

e= es el error de estimación aceptable para la

investigación entre 1% y 10% (en salud se trata con el 5%(0.05) de error máximo)

Obteniéndose como resultado, una muestra de 108 personas, seleccionándolas de manera proporcional (54 mujeres y 54 hombres), con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{N * e^2 + Z^2 * p * q}$$

Muestreo

Muestreo, según Hernández et al., (2014) consiste en seguir un método, un procedimiento tal, al escoger un grupo pequeño de la población. Se puede tener un grado de probabilidad, de que ese pequeño grupo posee las características del universo y de las formas que se pretende estudiar.

Para la selección de los sujetos se utilizó el muestreo probabilístico, a través del aleatorio simple, ya que cada individuo de la población tuvo la oportunidad de ser seleccionado, por medio de una tómbola que se hizo por sexo.

Se elaboraron para la tómbola de las mujeres, 87 papelitos, de los cuales 54 decían “Participa” y 26 decían “no participa”. Por otro lado, la tómbola de los hombres contenía 63 papelitos, de los cuales, 54 decían “Participa” y 9 decían “no participa”. Se pasó casa a casa, con la finalidad de que todos los hombres y mujeres entre las edades de 20 a 40 años, tuvieran la oportunidad de participar. Cabe destacar, que se contó con el Censo Demográfico de la comunidad, a fin de identificar la población a estudiar.

Criterios de inclusión

- Habitantes de la comunidad El Charco.
- Ambos sexos
- Dispuestos a participar en el estudio.
- Que pertenecieran a las edades de 20 a 40 años.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

- **Técnicas:** Es un conjunto de reglas y procedimientos que le permiten al investigador establecer la relación con el objeto o sujeto de la investigación.

Se utilizó como técnica la encuesta aplicada a las personas en estudio, para recolectar la información necesaria.

- **Instrumentos:** Son medios, herramientas concretas, reales, para recoger registros, información o medir, características de los sujetos.

Para el estudio se utilizó la Guía de encuesta, que estaba constituida por 5 ítems, con un total de 36 preguntas cerradas, conteniendo temas como: métodos anticonceptivos, género, sexualidad y prácticas sexuales.

Consentimiento informado

Para llevar a cabo el estudio en la comunidad, se solicitó la autorización a:

- a. Líder comunitario.
- b. Cada uno de los participantes del estudio. (De manera verbal)

Con la finalidad que las y los participantes, contaran con la información adecuada, respecto a la investigación y que fueran capaces de comprender y ejercer su libre decisión, lo que proporcionó la aceptación o negación voluntaria, de su involucramiento en el estudio.

Métodos de recolección de la información

El método de recolección de información se define como el medio a través del cual, el investigador se relaciona con los participantes para obtener la información necesaria, que le permita lograr los objetivos de la investigación.

Guía de encuesta: Se realizaron visitas domiciliarias los días 15, 16 y 17 de octubre en la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón – León, donde se brindó una guía de encuesta a cada participante que formaron parte del estudio de investigación, con previo consentimiento informado, a fin de obtener datos que serían analizados, para darle salida a las variables en estudio.

Posteriormente se le brindó orientaciones generales a cada participante sobre el llenado de la encuesta, una vez que las personas finalizaron el llenado de la encuesta se revisó, para comprobar que todos los ítems hayan sido contestados.

Cabe destacar que si la persona era analfabeta, se leería la información contenida en el instrumento, sin explicación alguna, para no cambiar la finalidad del instrumento aplicado, ya que de lo contrario se incurriría en una entrevista.

Prueba de jueces

El juicio de expertos es un método de validación útil para verificar la fiabilidad de una investigación, que se define según Hernández et al., (2014) como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en este, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones.

El documento fue sometido para la debida validez a tres docentes del departamento de Enfermería, POLISAL, UNAN-Managua, con el objetivo de conocer si realmente se medirían las variables a estudiar y la confiabilidad de los resultados que se arrojarían.

Para la validación del documento se tomó en cuenta los siguientes aspectos: Ortografía y redacción, claridad, coherencia, concordancia, calidad científica y metodológica del trabajo donde las tres docentes el día 31 de agosto del presente año brindaron como principales recomendaciones organizar el diseño metodológico, mejorar la redacción del documento y citas según APA las cuales fueron retomadas en el documento a fin de mejorarlo.

Prueba de pilotaje

Es el ensayo o prueba que se hace a los instrumentos y constituye uno de los pasos que sigue en la construcción de los mismos. La realización del pilotaje permite corregir errores en cuanto a la forma y el contenido de los instrumentos, evidencias y dificultades en la redacción de las preguntas ítems; prevenir interpretaciones incorrectas y destacar particularidades de los sujetos, objetivos y fenómenos que van a incidir en la respuesta.

Previo a levantar la información se realizó la prueba de pilotaje con 10 habitantes de la comunidad “El Limón”, cuya comunidad es cercana al área de estudio, con el objetivo de identificar errores en la forma y contenido del instrumento, con la realización del pilotaje se valoraron los siguientes aspectos: Calidad de redacción del instrumento, cantidad y claridad de las preguntas, ordenamiento y secuencias, formato del instrumento, dificultad en el proceso de aplicación, costo y duración del llenado del instrumento.

Cabe destacar, que el pilotaje se realizó el día 03 de septiembre del 2016 en el cual los participantes de la prueba de pilotaje recomendaron mejorar redacción de las preguntas ítems, así como agregar otras opciones en las preguntas de selección múltiple; además se observó el tiempo de llenado de la guía de encuesta por cada individuo, que era de 15 minutos, las recomendaciones brindadas fueron de gran ayuda para mejorar el instrumento.

Procesamiento de la información

Para el procesamiento de la información y el análisis de los resultados, se utilizó el programa de Microsoft Excel 2010, para las tablas simples y asociadas, de igual forma para los gráficos. Asimismo, los datos obtenidos de la población objeto de estudio permitieron generar una base de datos con la finalidad de reflejar resultados en porcentajes. Se utilizó el programa Microsoft Word 2010 para la realización de levantado de texto del trabajo que se entregó por escrito.

Triangulación de la información

Es una estrategia de medición de la viabilidad de la investigación cuantitativa. No se limita a ello, sin que ella misma se convierta en fuente de información de mayor valor, dada la afluencia de las diversas vías en el proceso de interpretación.

En el estudio, esta estrategia se implementó al momento de triangular las variables: percepción y valores de las prácticas sexuales con las prácticas sexuales que realizan hombres y mujeres de las comunidad, con el objetivo de identificar qué percepciones de la población, influyen en las prácticas sexuales, siendo esta una triangulación de datos. Además, se realizó la triangulación de fuentes a fin de hacer una comparación en los grupos poblacionales del estudio (hombres y mujeres).

Presentación de la información

El estudio se presenta en forma escrita y expositiva.

El trabajo se llevó a cabo con el programa Microsoft Word 2010, letra Times New Román N° 12, interlineado 1.5. Se utilizó tablas simples, asociadas, y gráficos estadísticos, los cuales sirvieron para presentar los resultados en forma ordenada. También se presentó por medio visual, en el programa Power Point 2010. Para las diapositivas, se usaron esquemas, reflejando información necesaria para la presentación.

VARIABLES EN ESTUDIO

- Características sociodemográfica de la población.
- Conocimientos sobre métodos anticonceptivos.
- Percepción del rol de género que influyen en la sexualidad.
- Prácticas sexuales de hombres y mujeres de la comunidad.

Operacionalización

De

Variables

Operacionalización de variables			
Variable	Sub variable	Indicador	Valor
1. Características sociodemográfica de la población.		Edad	20 -35 36-40
		Sexo	Masculino Femenino
		Escolaridad	Analfabeto Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Universitario Universidad incompleta
		Procedencia	Área rural Área urbana
		Estado civil	Soltero Casado estable Casado inestable Unión estable Unión inestable
		Ocupación	Agricultor Ganadero Minero Comerciante Ama de casa Trabajador del estado Otros
		Nivel económico	Alto, mayor de 15,000 Córdobas. Intermedio, entre 5,000 y 15,000 Córdobas Bajo, menor de 5,000 córdobas
		Religión	Católica Adventista Evangélica Otra
		2. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos	Anticoncepción
Clasificación de los métodos anticonceptivos. • Hormonales • De barrera • Mecánico • Permanentes	-¿De qué manera impiden las pastillas anticonceptivas un embarazo?		A) Actúan evitando que el óvulo salga del ovario. B) Cierran el cuello de la matriz para que no entren espermatozoides. C) Destruye los espermatozoides al entrar a la vagina. D) No sé
	-¿El condón hace que el hombre sienta menos deseo? -¿El condón es el único método que evita las infecciones que se transmiten a través de las relaciones sexuales?		A) Si B) No

		-¿La T de cobre o aparato tiene una efectividad máxima de 10 años? -¿La T de cobre o aparato produce enfermedad?	A) Si B) No
		-¿La operación masculina o vasectomía impide la erección del hombre? -¿La operación femenina u oclusión tubárica disminuye el deseo sexual de la mujer?	A) Si B) No
3. Percepción del rol de género que influyen en la sexualidad	Género y sexualidad	¿Qué es género?	A) Son las características físicas con las que nace cada persona. B) Son las características otorgadas por la sociedad tanto a hombres como a mujeres. C) No sé
		¿Qué es sexualidad?	A) Son las relaciones sexuales entre hombres y mujeres. B) Son las condiciones anatómicas fisiológicas y psicológicas que tienen las personas. C) Es la manera en cómo me comporto ante los demás. D) No sé
	Aprendizaje del rol de género	¿En qué etapa de la vida se aprende el rol de género?	A) Desde que nacemos. B) En la adolescencia C) En la adultez. D) Con la primera relación sexual E) No sé
	Reproducción y género	-¿La crianza de los hijos es responsabilidad de la pareja? ¿El papel de la mujer es parir hijos y el del hombre trabajar?	A) Si B) No
	Estereotipos de género -Estereotipos masculinos	-El hombre no debe llorar. -El hombre puede tener muchas parejas sexuales. -El hombre no puede realizar labores en el hogar -El hombre es el encargado de llevar el sustento al hogar.	A) Cierto B) Falso
	-Estereotipos femeninos	-La mujeres son débiles -La mujer es la que debe tomar medidas para no quedar embarazada -La mujer no debe ejercer otro rol, solo el de ama de casa. -La mujer es la encargada del cuidado de los niños.	

4.Prácticas sexuales de hombres y mujeres de la comunidad	Percepciones y valores de las prácticas sexuales	-La mujer debe conservarse virgen hasta el matrimonio -En una relación sexual es bueno saber que le gusta a la pareja. -La pareja debe tener relaciones sexuales solo con penetración vaginal. -Realizar el sexo oral es pecado ante los ojos de Dios.	A) Si B) No.
	Tipos de prácticas sexuales	¿Ya inició vida sexual?	A) SI B) No
		¿A qué edad dio inicio su vida sexual?	A) Menor de 15 años B) De 15 a 19 años C) De 20 a 25 años D) Mayor 25 años E) No he iniciado
		¿Qué tipos de práctica sexuales realiza? Puede marcar varias	Besos Caricias Masturbación Fantasías Sexuales Pornografía Coito vaginal Sexo Oral Coito anal Otras.
		¿Número de compañeros (as) sexuales que ha tenido?	A) 1 B) 2 C) Mayor de 2 D) Ninguno
	Prácticas sexuales de riesgo.	Si ya inició vida sexual, conteste las siguientes preguntas. ¿Qué tipo de prácticas sexuales de riesgo realiza? Puede encerrar varias opciones.	A) Promiscuidad (relaciones sexuales con 2 o más personas) B) Relaciones sexuales sin preservativo C) Sexo Oral D) Sexo anal. E) Orgías sin protección (sexo en grupo sin protección) F) Ninguna
		¿Ha tenido relaciones sexuales con 2 o más personas en los últimos 6 meses? ¿Consumió drogas en alguna relación sexual? ¿Usa preservativos en todas tus relaciones sexuales? ¿Usted o su pareja cambia de preservativos en cada penetración?	A) SI B) No

Desarrollo

Del

Subtema

1. Características sociodemográficas de la población.

1.1. Definición de características sociodemográficas

Según Juárez (2011), son el conjunto de características biológicas, socioeconómica y culturales que están presente en la población sujeta a estudio, tomando en cuenta aquellas que pueden ser medibles.

1.2. Edad y Salud Sexual Reproductiva

Edad, con origen en el latín: aetas. Es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta que muere, en el cual, el individuo obtiene múltiples experiencias que desarrolla a lo largo de la vida. Actualmente, en diferentes sociedades y culturas, es común que el transcurso entre ser niño y la edad adulta, esté marcado por un cambio en las expectativas no solamente en relación con las funciones sexuales y reproductivas, sino también con el status social.

Por otra parte, en las últimas generaciones es manifiesta la aparición cada vez más temprana de la maduración sexual y la participación activa de las personas en la esfera social, cultural y económica. Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA, 2011), refiere que por cada 1000 mujeres entre edades de 20 a 25 años, hubo 106 nacimientos, lo que equivale al 27% de las mujeres embarazadas del país.

Además, el Informe de un estudio realizado por el programa Voz Joven UNFPA (2011) en 43 municipios del país, los noviazgos se dan a edades muy tempranas y el inicio de la vida sexual activa es prematura (a los 12 o 13 años), sin tener la madurez y preparación suficiente. Asimismo, se expresó que las y los adolescentes y jóvenes tienen múltiples parejas sexuales y poco uso del condón. Las ITS/VIH y los embarazos, son consecuencias de ello, refiere Herrera, Valladares, & Molina (2011).

Cabe destacar, que la edad de inicio de actividades sexuales varía de una cultura a otra, lo cual sugiere una relación con factores ambientales y socioculturales. Se puede afirmar que el ser humano se ve expuesto a múltiples factores que influyen directa e indirectamente en la Salud Sexual y Reproductiva, lo que conlleva al individuo a experimentar prácticas sexuales a temprana edad y de manera irresponsable.

1.3. Sexo y Salud Sexual Reproductiva

Para Juárez (2011), el sexo es el conjunto de peculiaridades que caracterizan a los individuos de una especie, dividiéndolos en hombre o mujer y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética.

Un estudio realizado por UNFPA (2012) en Nicaragua, refiere que:

Los hombres tienden a comenzar las relaciones sexuales más temprano que las mujeres, pero éstas tienen la primera unión y el primer nacimiento más jóvenes. Al llegar a los 20 años de edad, el 86.7% de los hombres y el 66.9% de las mujeres ya habían tenido relaciones sexuales. En la misma edad, 34.3% de los hombres y el 59.8% de las mujeres habían estado unidos alguna vez y el 20.3% de los hombres habían sido padres, comparado con 38.9% de las mujeres que habían sido madres.

Este mismo estudio demostró que:

Los mayores niveles de uso de métodos se encuentran entre las mujeres de mayor nivel de educación y aquellas con 3 o 4 hijos (77%); y las residentes en las áreas urbanas (70%). Los menores niveles de uso se encuentran entre las mujeres nulíparas (24%), que residen en el área rural y entre las mujeres sin educación (61 y 56%, respectivamente). (p. 5)

Actualmente, los hombres y mujeres presentan diferencias en salud, producto de la desigualdad, exclusión o discriminación. Las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud, derivada de su función reproductiva y de sus características biológicas. Por lo que se puede afirmar que, tanto hombres como mujeres necesitan de una Salud Sexual y Reproductiva, pero socialmente se considera que es la mujer quien debe tener mayor influencia con el uso de métodos anticonceptivos y con otras temáticas relacionadas con la reproducción humana. Sin embargo, tanto el hombre como la mujer, deben tener los mismos deberes como parte de una responsabilidad compartida.

1.4. Escolaridad y Salud Sexual Reproductiva

Es el período de tiempo que un niño, niña o joven, asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza formal, Castro (2011).

Según UNFPA (2012), en un reporte realizado en Nicaragua, demostró que el nivel educativo es un indicador significativo de la edad en que la juventud contrae el primer matrimonio. De aquellas mujeres que no reciben una educación o que solo reciben una educación primaria, 63-69% estaban casadas o en unión de hecho antes de cumplir 18 años, comparado a solo 25% de aquellas que reciben una educación secundaria, lo que indica que la educación es una de las variables con mayor peso.

Además, las mujeres que en promedio tienen un menor nivel educativo, tienen mayor probabilidad de convertirse en madres adolescentes por iniciar su vida sexual a temprana edad. Sin embargo, las regiones de Nicaragua con menor tasa de escolaridad neta, coinciden con las de mayor número de nacimientos provenientes de adolescentes y jóvenes, lo que se relaciona con embarazos tempranos, teniendo en cuenta que a mayor educación, menor riesgo de embarazados y mayor conocimiento en aspectos básicos de la Salud Sexual y Reproductiva.

De acuerdo a lo mencionado, se puede decir que a mayor nivel de escolaridad, mejor nivel de conocimientos tienen las personas, ya que la educación es el factor protector de mayor eficacia para construir una mejor realidad con respecto a la Salud Sexual y Reproductiva de la población en general.

1.4. Procedencia y Salud Sexual Reproductiva

Procedencia, es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona, así lo define el Diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2011).

Además, la procedencia suele clasificarse en dos grandes áreas:

Área rural: Se le llama a todas aquellas áreas geográficas ubicadas a las afueras de las ciudades. Estas se caracterizan por contar con una densidad poblacional bastante baja, a menudo con viviendas aisladas o asentamientos pequeños de gente.

Área urbana: Se denomina zona urbana a aquella porción geográfica altamente poblada, características de las grandes ciudades, acompañada del comercio, la tecnología, el turismo. Océano (2012).

Según Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2010), la mayoría de las jóvenes mayores de 20 años que iniciaron una unión de hecho estable en Nicaragua, viven en zonas rurales (73.1%) y tienen menor escolaridad (79.2%). Cabe destacar, que las mujeres de las Costa Caribe Sur y Costa Caribe Norte de Nicaragua, así como de comunidades aledañas, tienen hijas e hijos a muy temprana edad. Según información de la ENDESA (2011), el porcentaje de madres en la Costa Caribe Sur, es alto (27,3%) y está por encima de los promedios nacionales (19,9%), especialmente en el caso de la Costa Caribe Norte.

Asimismo, tienen más hijos e hijas en promedio que el nivel nacional (por encima de los 3,5 hijos e hijas por mujer), con lo que se evidencia el escaso control que tienen sobre la reproducción, a diferencia de las zonas urbanas que presentan una menor proporción con respecto a estas cifras.

Por lo previamente mencionado, se puede decir que la procedencia se relaciona con la Salud Sexual y Reproductiva, de tal forma que los conocimientos, percepción y prácticas que tienen las personas, varían de acuerdo al lugar de origen, debido a los diferentes entornos culturales y las ideas socialmente construidas en las que el individuo se desarrolla, también se relaciona con el nivel de escolaridad de la persona, según la accesibilidad geográfica. Es decir, que a mayor distancia, menor acceso a diversas instituciones, entre ellas, escolares y de salud.

1.5. Estado civil y Salud Sexual Reproductiva

Se entiende por estado civil la condición particular que caracteriza a una persona en lo que respecta a sus vínculos personales con individuos de otro o del mismo sexo. Este existe desde el momento en que el ser humano crea la institución del matrimonio y se vincula específicamente con el alcance que tiene como institución política, para organizar y regir el establecimiento de los vínculos, Cárdenas (2013).

Hay diferentes tipos de estado civil que varían de acuerdo al tipo de relaciones que una persona mantenga con otra. Entre los más comunes se encuentran: persona soltera, casada, divorciada y viuda. Estos son, entre otros, los vínculos que determinan el estado civil de una persona.

Según Ortíz (2011), la proporción de mujeres emparejadas en Nicaragua ascendía en el 2011, al 62% de todas las mujeres mayores a 15 años. Las de unión libre, tenían mayor porcentaje que las casadas. Estas habían aumentado su proporción desde 2009, lo mismo que las separadas y divorciadas. Las mujeres en general, presentan proporciones menores de soltería que los hombres y mayores de separación y de viudez, debido a que comienzan a emparejarse antes que los hombres, pero se mantienen separadas más tiempo y son más longevas que ellos (sin olvidar los problemas de declaración sobre el verdadero estado conyugal).

Por otra parte, según datos de la ENDESA (2011), el 31% de los hogares tienen jefatura femenina y el 35% de las niñas y niños menores de 15 años no viven con sus papás.

Por lo que se puede afirmar que el estado civil de las personas tiene un gran peso en la Salud Sexual y Reproductiva, puesto que tanto hombres como mujeres casados y en unión libre, tienden a aumentar sus prácticas sexuales y con ello, el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y hacer uso descontrolado de métodos anticonceptivos, no así en el caso de hombres y mujeres que están solteros y no han iniciado vida sexual activa.

1.6. Ocupación y Salud Sexual Reproductiva

Ocupación es un término que proviene del latín “occupatio”, y que está vinculado al verbo ocupar. El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer, Océano (2012).

Las mujeres nicaragüenses no solamente representan un poco más de la mitad de la población de Nicaragua, sino que con el aporte de sus trabajos, se han considerado como pilares fundamentales de la economía nacional. Sin embargo, este aporte ha estado invisible como resultado del sistema patriarcal.

El ser humano es complejo y, por tanto, la manifestación sexual también lo es, abarca aspectos psicológicos, emocionales y sociales, y es una actividad capaz de producir placer, generar amor, desencadenar ansiedad, entre otros. Es por ello que muchos son los factores que interfieren en el sano funcionamiento sexual. Por ejemplo, la ocupación laboral, la cual puede obstaculizar el disfrute del ejercicio de la función sexual, si se trabaja por largas horas.

Según un estudio nicaragüense realizado por Uría & González (2012), los resultados en cuanto a la ocupación de la población en estudio, arrojaron que el 39,3 % de las mujeres estaban sin ocupación laboral y se encargaban generalmente de las labores domésticas, la planificación y la economía familiar. Mientras, los hombres tenían mayor ingreso salarial, satisfacción laboral y posibilidades de superación. Una jornada larga de trabajo, trae consigo un inmenso cansancio. La respuesta sexual de mujeres y hombres se ve afectada de diferentes maneras, causando un deterioro a nivel personal y de pareja.

Se puede afirmar que la ocupación laboral en hombres y mujeres, influye en gran medida en el deseo sexual, dependiendo de las tareas que se realicen en el entorno laboral. A su vez, el individuo puede contraer diversos problemas o enfermedades de transmisión sexual que afectan su Salud Sexual Reproductiva y esto depende de la ocupación laboral que posea. Tal es el caso del personal de salud, quienes están expuestos a contraer enfermedades al no utilizar adecuadamente las medidas de bioseguridad.

1.7. Nivel económico y Salud Sexual Reproductiva

El nivel socio económico es un atributo del hogar que caracteriza su inserción social y económica. Está basado en el nivel de educación, nivel de ocupación y el patrimonio. Este nivel está dividido en varios segmentos: alto, medio y bajo.

Por otro lado, al analizar el nivel socioeconómico de una familia, se toman en cuenta el nivel de educación, nivel de ocupación y nivel de ingresos combinados, en comparación con el individual. También se estudian los atributos personales de sus miembros, Océano (2012). No obstante, el desarrollo socioeconómico es fundamental para la salud de una población, que influye directamente en la salud sexual, la salud reproductiva y la salud de las personas en general

Además, una buena Salud Sexual y Reproductiva, contribuye directamente al mejoramiento individual de la mujer y de su familia, produciendo un desarrollo del capital humano, buen nivel de conocimientos, buen estado nutricional y alimentario. Una adecuada Salud Sexual y Reproductiva contribuye al desarrollo socioeconómico.

Por tanto, las familias en estado de pobreza desarrollan un círculo vicioso de transmisión de la pobreza de una generación a otra. Son las más numerosas. Comienzan a tener hijas e hijas demasiado jóvenes, de forma seguida y continúan con la prole demasiado tarde.

La multiparidad disminuye la capacidad de satisfacción de las necesidades básicas y de hacer algún ahorro o inversión, en pro de mejorar la situación económica de la familia. Este factor puede incrementar el riesgo de muerte prematura por el deterioro de la salud y la desnutrición, así como el bajo rendimiento académico y deserción en la edad escolar. Lo contrario del círculo vicioso del desarrollo, ocurre cuando la mujer posee autonomía y educación, lo que

aumenta sus posibilidades para acceder a mayores oportunidades de empleo, mejor remunerados. También, tiene control sobre el número de embarazos que desea tener con mejor posición para educar a sus hijos e hijas y apoyarles a que desarrollen todas sus potencialidades, contribuyendo a una sociedad más justa.

Por lo anterior mencionado, se puede decir, que la Salud Sexual y Reproductiva, tiene gran relación con el nivel socioeconómico de hombres y mujeres o de la sociedad en general, ya que a menor ingreso económico, mayores son los desafíos para enfrentar los problemas de acceso a la salud y la multiparidad. Además, el poco ingreso que pueda tener la familia, será utilizado para la cantidad de hijas e hijos que posea, no en inversiones que mejoren su calidad de vida y las carencias nutricionales. Por lo general, mientras más pobre sea un país, mayores problemas existen en cuanto al desarrollo económico.

1.8. Religión y Salud Sexual Reproductiva

Según Océano (2012), el concepto de religión tiene su origen en el término latino *religiō* y se refiere al credo y a los conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina. La religión implica un vínculo entre el hombre y Dios o los dioses. De acuerdo a sus creencias y una cierta moral la persona regirá su comportamiento e incurrirá en determinados ritos (como el rezo, las procesiones).

La reproducción humana es un área importante para las religiones. Implica sexualidad, vida matrimonial, la continuación de pueblos o razas, la relación entre tamaño de familia y la supervivencia de éstas. Asimismo, el concepto de reproducción según la religión, influye en el bienestar de los hogares y de las comunidades o naciones, ya que establece que se debe educar, alimentar y emplear a sus miembros. También sirve para definir las responsabilidades de ambos sexos.

Muchas religiones definen las conductas que son aceptadas dentro de sus patrones morales, en cuanto a la vida sexual de las parejas, reproducción, anticoncepción y aborto. No obstante, otras religiones tienen una oposición al concepto de salud reproductiva, ya que implica que tanto hombres como mujeres puedan tener una vida sexual satisfactoria, segura y gozar de la plena capacidad para reproducirse y la libertad de decidir.

La polémica en torno al concepto de salud reproductiva y los servicios que comprende, se debe a que éste incluye elementos que se pueden interpretar como moralmente o culturalmente conflictivos. Entre ellos están: aborto, planificación familiar, igualdad de género, salud sexual, derechos reproductivos, derechos sexuales, orientación sexual, derecho a la vida, conducta sexual, educación sexual y otros.

Otro aspecto importante, es que los llamados padres de la iglesia, discutían en sus debates teológicos el significado y valor moral de la virginidad. Sus conclusiones con respecto al valor espiritual de la virginidad eran unánimes, y consideraban que ésta es una de las formas en que el ser humano alcanza el más alto nivel de pureza. Esto significaba, por otro lado, que la sexualidad era vista como una actividad impura, si no tenía por objeto la reproducción humana y si no se realizaba dentro del matrimonio. Toda otra actividad sexual era condenada por la religión. Una consecuencia de esta visión fue relegar a la mujer a un papel de agente reproductivo dependiente del hombre, Monroy (2012).

Por otra parte, Ezcurra (2012) en una conferencia magistral sobre Salud Sexual y Reproductiva en Nicaragua, manifestó:

El tema de Salud Sexual Reproductiva y de los derechos sexuales, sigue siendo un tema que tiende a despertar opiniones acaloradas, generar situaciones incómodas y muchas veces malos entendidos pero a pesar de esto es un tema que hay que abordar con seriedad y evidencia científica, pues casualmente en el mundo, la carga de discapacidad y las muertes prematuras causadas por los problemas vinculados a la salud sexual y reproductiva representan dimensiones dramáticas que se agravan cada vez más. (p. 6)

Por lo antes mencionado, se puede decir, que la Salud Sexual y Reproductiva dentro de la religión, es un tema de mucha polémica, ya que muchas veces se considera el uso de métodos anticonceptivos como una acción inadecuada, puesto que según diversas religiones estos tipos de métodos impiden que el individuo se reproduzca libremente, relacionando así el tema del aborto. Históricamente, la iglesia se ha opuesto al aborto terapéutico y al aborto por derecho a decidir, sin importar si está en riesgo la vida de la madre. Y en cuanto a la anticoncepción aún no existen datos científicos que afirmen que los métodos anticonceptivos sean abortivos.

2. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos

2.1. Anticoncepción

2.1.1. Definición de anticoncepción

Es un conjunto de prácticas aplicadas en las relaciones coitales heterosexuales, basadas en el uso de anticonceptivos, destinadas a evitar embarazos no deseados y a decidir el momento, el número y la cantidad de hijos que se quiere tener, Blackburn & Hatcher (2011).

Según Quiroz (2013), la anticoncepción impide la fecundación del óvulo por el espermatozoide como consecuencia del acto sexual, mediante el uso de medicamentos, dispositivos o métodos naturales, que bloquean o alteran uno o más de los procesos de la reproducción, de tal forma que el coito puede realizarse sin fecundación.

Por tal razón, se puede decir que la anticoncepción, brinda las pautas necesarias para que hombres y mujeres puedan llevar una vida sexual segura y satisfactoria y que sean capaces de tomar decisiones relacionadas con su reproducción. Es por ello, que el personal de salud está en la obligación de brindar la información necesaria, con respecto a los métodos que permiten la regulación de la fecundidad.

2.2. Clasificación de los métodos anticonceptivos

2.2.1. Hormonales

2.2.1.1. Orales

2.2.1.1.1. Definición de anticonceptivos orales

Según el Ministerio de Salud (MINSA, 2008), consiste en un método anticonceptivo hormonal para la mujer. Es eficaz y seguro si se toma todos los días y protege durante un mes. Contiene estrógeno y progestágeno.

Por lo cual, se puede decir que los anticonceptivos orales son eficaces en la prevención de un embarazo no planificado, siempre y cuando sean usados de manera responsable por parte de la usuaria o pareja sexual. Además, es un método reversible, por lo que la usuaria puede volver a retornar la fertilidad cuando desee abandonar el método.

2.2.1.1.2. Ventajas y desventajas

Ventajas	Razón científica
Muy efectivo cuando se usa correctamente	Se garantiza la eficacia del fármaco.
No hay necesidad de hacer nada en el momento del coito	La píldora anticonceptiva evita que se produzca la ovulación y provoca un engrosamiento de la mucosidad, que rodea el cuello del útero y dificulta la llegada del esperma hasta el útero.
Los periodos menstruales son regulares	Su contenido es a base de hormonas femeninas: estrógenos y/o progesterona, que normalmente son producidas por los ovarios y son las encargadas de la regulación del ciclo menstrual.

Desventajas	Razón científica
Efectos secundarios comunes como: náuseas, dolor de cabeza, leve aumento de peso y sangrado menstrual irregular	Surgen como producto del nuevo nivel de hormonas, a las que el cuerpo se irá acostumbrando
No es recomendable para mujeres en periodos de lactancia	Los estrógenos disminuyen la calidad y cantidad de la leche materna.
No protegen contra las enfermedades de transmisión sexual	Este método de planificación no actúa como un medio de barrera durante las relaciones sexuales

2.2.1.1.3. Efectividad

MINSA (2008) Su efectividad es alrededor del 97 al 99% cuando se utilizan en forma correcta y consistente (0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso; 1 en cada 1000). Sin embargo, puede disminuir hasta un 92% si la píldora se toma incorrectamente. La tasa de falla es de 0.2 a 1 embarazo en cada 100 mujeres por año de uso, lo que da pautas para afirmar que la eficacia de este método radica en gran medida, en la motivación de cada persona, más que en las características del propio método elegido. Por tal razón, la usuaria debe adoptar una actitud de responsabilidad ante el uso de las píldoras anticonceptivas.

2.2.1.1.4. Mecanismo de acción

Impide la ovulación (salida del óvulo de los ovarios) y aumenta la consistencia del moco cervical, lo que dificulta el paso de los espermatozoides. Se ha considerado que estos tipos de métodos actúan interrumpiendo la gestación una vez que la mujer se embaraza y, sobre el sistema reproductivo femenino inhibiendo la ovulación para evitar que se dé un embarazo. Es por ello, que se puede afirmar, que los anticonceptivos orales no son abortivos.

2.2.1.2. Inyectables.

2.2.1.2.1. Definición de métodos inyectables

Según MINSA (2008), son un método anticonceptivo inyectable que contiene sustancia esteroidea de progestágenos sola, que administrada por vía intramuscular, evita el embarazo durante tres o dos meses. Tienen gran efectividad, son reversibles y de uso privado. También existen otros métodos inyectables a base de estrógenos y progesteronas que evitan el embarazo durante un mes.

Por lo que se puede decir, que el método de planificación familiar inyectable es seguro y eficaz en la prevención del embarazo. No obstante, debe ser utilizado de manera cautelosa, para obtener los resultados deseados, ya que el uso inadecuado por parte de la usuaria puede provocar en gran medida a que se obtengan resultados desfavorables.

2.2.1.2.2. Ventajas y Desventajas de inyectables mensuales.

Ventajas	Razón científica
Facilidad de usar	No hay necesidad de que la usuaria lleve un control diario para su uso.
Eficacia inmediata si se aplica en la fecha correspondiente	El uso inadecuado contribuye a que retorne la fertilidad.
Pocos efectos colaterales	El uso de este método no es diario, sino de uso prolongado, por lo que el cuerpo se adapta con mayor facilidad a la cantidad de hormonas administradas.

Desventajas	Razón científica
No se puede usar durante la lactancia.	Él bebe puede recibir hormonas en poca cantidad, por lo que interfiere con la lactancia materna.
Puede haber aumento de peso	La cantidad de hormonas que el cuerpo recibe.
Una vez administrado no se puede discontinuar hasta que pase el efecto de la dosis suministrada	Su efectividad tiene una duración de un mes.

Según MINSA (2008), son ventajas de los anticonceptivos inyectables con progestágenos trimestrales.

Ventajas	Razón científica
Eficacia elevada	Tiene un índice de fallo bajo
De acción prolongada a tres meses para el Acetato de Medroxiprogesterona y dos meses para la Noretisterona por inyección	Su duración es de dos o tres meses.
Si se usa durante el embarazo no sospechado ni diagnosticado, hay estudios que confirman que no causan malformaciones congénitas	No interfiere con el desarrollo del embrión.

Desventajas	Razón científica
Cambios en el patrón del sangrado menstrual, principalmente amenorrea	Uno de los principales efectos que tiene al momento de su aplicación es el sangrado menstrual.
Aumento de peso	El organismo recibe hormonas que actúan en el cuerpo.
No protege a mujeres expuestas a infecciones de transmisión sexual y al VIH/SIDA.	No es un método de barrera.

2.2.1.2.3. Efectividad

La efectividad de los métodos hormonales inyectables, mensuales y trimestrales, es mayor al 99%. Se reporta tasa de fallo de un embarazo por cada 333 mujeres que lo usan durante un año, MINSA (2008).

2.2.1.2.4. Mecanismo de acción

Actúan inhibiendo la ovulación y espesando el moco cervical. Lo vuelve inadecuado para la penetración de los espermatozoides, por lo que se puede afirmar que los métodos hormonales inyectables son seguros y confiables para la prevención de un embarazo no deseado o no planificado, siempre y cuando sean utilizados de manera responsable por parte de la usuaria, ya que el verdadero éxito de todo método de planificación familiar, radica en el uso estricto del mismo.

2.2.3. Mecánico

2.2.3.1. DIU

2.2.3.1.1. Definición del método DIU

El dispositivo intrauterino (DIU), es un método anticonceptivo reversible, seguro y efectivo. Son hechos de metal y plástico que se introducen en la cavidad uterina, e impiden el embarazo mediante una combinación de mecanismos, MINSA (2008)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), el dispositivo intrauterino es un método efectivo de anticoncepción reversible y de largo plazo. Actualmente, es el método reversible más usado de anticoncepción en el mundo, por un número estimado de 100 millones de mujeres. No obstante, el DIU, a pesar de ser un método muy efectivo en la prevención del embarazo, no protege contra las ITS, un problema de salud que afecta a las mayorías de las personas que tienen vida sexual activa. Por lo cual, es muy importante que las parejas sexuales utilicen un preservativo en cada relación sexual, y de esta manera, puedan disfrutar de sus relaciones de parejas de una forma segura, satisfactoria y libre de riesgos.

2.2.3.1.2. Ventajas y Desventajas

Ventajas	Razón científica
Sumamente eficaz	Libera iones de cobre que inmovilizan a los espermatozoides y les hace difícil moverse dentro del útero
No se requieren suministros constantes	Es un método que se coloca de manera directa en el útero, y tiene una duración de 10 años
No interfiere con el acto sexual	Se coloca dentro del útero, y sus hilos se adhieren a la mucosidad uterina.

Desventajas	Razón científica
Puede causar dolor o molestia leves durante los procedimientos de inserción y extracción	La técnica que se utiliza es la determinante de ello
Tiene efectos secundarios comunes las complicaciones, como Enfermedad Pélvica Inflamatoria o perforación	Su funcionamiento mecánico
Puede expulsarse	Es necesario que la mujer verifique la presencia de los hilos del DIU después de la menstruación.

2.2.3.1.3. Efectividad

Este método brinda una efectividad del 97 al 98% de protección anticonceptiva. La T Cu 380^a es altamente efectiva por un mínimo de 10 años. La tasa de fallo es de 1 en 125 a 170 mujeres en el primer año de uso, MINSA (2008)

2.2.3.1.4. Mecanismo de acción

Al liberar cobre, actúa interfiriendo en el proceso reproductivo antes de que ocurra la fertilización, afecta la capacidad de migración de los espermatozoides. Los inmoviliza o destruye, impidiendo sus pasos a través de la cavidad uterina y aumenta la fagocitosis en la cavidad uterina.

2.2.2. De barrera

2.2.2.1. Preservativo

Según MINSA (2008), es un método anticonceptivo temporal, conocido también como preservativo profiláctico, gomas o forros. Tiene la función de cubrir el pene erecto durante la relación sexual, recoge el semen y no permite que el esperma del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer.

Esta definición, evidencia que el uso del preservativo es una decisión inteligente, que beneficia la salud de las parejas sexuales y contribuye a la práctica del sexo seguro, a nivel de la prevención de enfermedades de transmisión sexual y de planificación familiar. Por lo cual, debe ser usado en el acto sexual, independientemente de que se esté utilizando otro método anticonceptivo.

2.2.2.2. Ventajas y Desventajas

Ventajas	Razón científica
Fácil de conseguir, de usar y portar	Se encuentran disponibles gratuitamente, en las unidades de salud
Son de bajo costo	Pueden utilizar personas de todos los niveles sociales.
Ofrece protección contra las enfermedades de transmisión sexual y el VIH-SIDA	Actúan como un medio de barrera impidiendo que el pene y la vagina entren en contacto directo en las relaciones sexuales.

Desventajas	Razón científica
Debe tenerse cuidado al almacenarlos. Preferiblemente, se guardan en lugares secos, protegidos del calor y de la humedad excesiva.	De lo contrario, se puede dañar el preservativo.
Requiere del uso de un condón nuevo en cada acto sexual.	No se pueden lavar y reusar porque pierden efectividad.
Si no se utiliza correctamente cada vez que se tengan relaciones sexuales, puede fallar.	No protegerá contra el embarazo y las ITS

2.2.2.3. Efectividad

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 70 al 90%. Usado en forma correcta, tiene una tasa de fallo de 14 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso, (una de cada ocho mujeres), MINSA (2008)

2.2.2.4. Mecanismo de acción

Impide de manera mecánica y química que los espermatozoides del hombre entren en contacto con la vagina, el cuello del útero y el óvulo de la mujer. Por lo que se puede decir que el preservativo brinda la protección necesaria en las relaciones sexuales, y que además de ser efectivo en la prevención del embarazo no deseado, protege a las parejas sexuales de enfermedades o infecciones que se transmiten al entrar en contacto directo el pene con la vagina, por lo que su uso debe ser considerado en todo acto sexual.

2.2.4. Permanentes

2.2.4.1. Oclusión Tubárica Bilateral

2.2.4.1.1. Definición de oclusión tubárica

Según MINSA (2008), es un método anticonceptivo, quirúrgico, para suprimir en forma permanente la capacidad reproductiva de la mujer. Es un método muy eficaz, que consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio, con el fin de evitar que el óvulo y el espermatozoide puedan unirse, impidiendo así, la fecundación.

Por tal razón, se puede decir que la oclusión tubárica bilateral, es un método de planificación familiar de manera permanente o definitivo. La mujer o la pareja sexual, puede decidir el número de hijos que desea procrear. Por otro lado, es necesario que tanto la mujer como el hombre, puedan recibir la información necesaria con respecto a este método para que sus decisiones sean de manera consciente y satisfactoria.

2.2.4.1.2. Ventajas y Desventajas

Ventajas	Razón científica
Es un método permanente	Es una cirugía de esterilización femenina que consiste en la obstrucción de ambas trompas uterinas, donde se separan, se ligan y se cortan los polos para dar un mayor rango de seguridad.
No interfiere con las relaciones sexuales, ni produce cambios en la función sexual	Al contrario, la beneficia porque no hay temor a un embarazo.
Es un procedimiento quirúrgico sencillo	Generalmente se realiza con anestesia local y sedación.

Desventajas	Razón científica
Es un método permanente	Puede haber arrepentimiento con posterioridad, por lo que la mujer debe ser informada con claridad antes de la realización del procedimiento.
Requiere de un equipo médico capacitado	Es un procedimiento quirúrgico que debe ser realizado con mucha precaución.
No brinda protección contra ITS y VIH/SIDA	No es un método de barrera.

2.2.4.1.3. Efectividad

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. La tasa de fallo es muy baja, un embarazo por cada 200 mujeres operadas en el primer año de uso. La tasa acumulativa es de 0.9 embarazos por 100 mujeres a 10 años, MINSA (2008)

2.2.4.1.4. Mecanismo de acción

Acceso a la cavidad abdominal y técnica quirúrgica: Mini laparotomía o Laparoscopia, la vía de acceso a la cavidad abdominal será por mini laparotomía y el procedimiento de elección es la técnica de Pomeroy modificada, que incluye salpingectomía, corte, sección y ligadura de las trompas con catgut simple 0 y los extremos cortados de las trompas ligados con seda 0. En las unidades que cuenten con Laparoscopia pueden usar esta técnica aplicando anillos de Yoon o Clips o Grapas o Cauterización, siempre que cuenten con personal capacitado y equipo necesario. Todo con el fin de evitar que el óvulo y el espermatozoide puedan unirse.

2.2.5.2. Vasectomía

2.2.5.2.1. Definición de vasectomía

Según MINSA (2008), es un método anticonceptivo que interrumpe la fertilidad en forma quirúrgica, voluntaria y permanente para el hombre. Se trata de una operación simple que puede realizarse como un procedimiento ambulatorio, que pone fin a su capacidad reproductiva. Por lo que se puede decir que la vasectomía es un método de planificación que consiste en una intervención quirúrgica permanente, la cual, busca evitar que los espermatozoides salgan al exterior, por medio de un bloqueo de los conductos encargados de esta función. En ningún momento se ven afectados los nervios que permiten o favorecen el mecanismo de erección.

2.2.5.2.2. Ventajas y Desventajas

Ventajas	Razón científica
Es un procedimiento altamente efectivo	Es un proceso quirúrgico que provoca cambios fisiológicos.
No tiene efecto sobre la producción de hormonas por parte de los testículos	Se da el corte de los conductos deferentes impidiendo el paso de los espermatozoides
No interfiere con el coito	No disminuye el deseo sexual.

Desventajas	Razón científica
Es un procedimiento permanente	Una vez realizado, no hay retorno de la fertilidad.
Requiere la participación de recursos médicos especializados	Para aplicar las técnicas más apropiadas al momento de la cirugía
Puede haber arrepentimiento con posterioridad si no hay correcta orientación	Es un proceso irreversible que una vez efectuado, el individuo no podrá procrear nuevamente

2.2.5.2.3. Efectividad

En condiciones habituales, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. La tasa de fallo es muy baja (1 de cada 700 operaciones en el primer año de uso). Es importante dar a conocer a los usuarios, que este método brinda protección hasta que el semen esté libre de espermatozoides, MINSA (2008).

2.2.5.2.4. Mecanismo de acción

Al obstruir ambos conductos deferentes por el corte y ligadura, no hay espermatozoides en el eyaculado. De esta forma, el hombre produce líquido seminal sin espermatozoides, por lo que su compañera sexual no puede quedar embarazada.

3. Percepción del rol de género que influye en la sexualidad

3.1. Género y sexualidad

3.1.1. Definición de género y sexualidad

El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos del individuo, pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres, lo que puede favorecer sistemáticamente a uno de los dos grupos. Además, es el conjunto de características psicológicas, sociales y culturales, socialmente asignadas a las personas. Estas características son históricas. Se transforman con el tiempo y, por tanto, son modificables.

En cuanto a sexualidad, la OMS (2012) refiere que:

La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales, es decir, la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, religiosos y espirituales. (p. 3)

Por tanto, la sexualidad es el conjunto de las condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas que caracterizan a cada sexo. El término también hace referencia al apetito sexual y al conjunto de los fenómenos emocionales y conductuales vinculados al sexo.

Por lo que se puede decir que el género hace alusión a los comportamientos y los atributos que la sociedad le otorga al individuo. Mientras que la sexualidad, hace referencia a la parte biológica y psicológica, lo social y emocional de la persona, así como el comportamiento del individuo, ya que incluye el sexo y el género. Cabe destacar que género y sexualidad son dos aspectos diferentes, pero que van relacionados el uno con el otro. El género condiciona las actividades que se realizan como masculino o femenino, sin embargo, la sexualidad se refiere a las características biológicas que al momento del nacimiento, identifican al individuo como hombre o mujer y las funciones que la sociedad otorga por ser hombre o mujer.

3.1.2. Rol de género y sexualidad

El rol de género es la categoría correspondiente al orden sociocultural construido sobre la base de la sexualidad. La sexualidad a su vez, es definida y significada históricamente por un orden genérico, Solórzano (2011).

Según Guzmán (2012), el rol de género alude a expectativas sociales creadas en torno al comportamiento femenino y masculino. Son construcciones sociales del comportamiento de la mujer y del hombre. Contienen autoconceptos, características psicológicas, así como roles familiar, ocupacional y político que se asignan a uno y otro sexo, de acuerdo con aspectos que los separan y los consideran como opuestos. Ejemplo de ello, es que se espera que las mujeres sean pasivas, dependientes y cariñosas, mientras que los hombres agresivos, competitivos e independientes.

Además, los roles determinan acciones y comprenden las expectativas y normas que una sociedad establece sobre cómo debe actuar y sentir una persona, en función de su sexo, prefigurando así, una posición en la estructura social y representando unas funciones que se atribuyen y que son asumidas diferencialmente por mujeres y hombres.

Un ejemplo de cómo los roles de género son construidos socialmente y representan elaboraciones culturales de roles sexuales biológicos, lo constituye el parir. Este es un rol sexual que solo las mujeres pueden cumplir. El embarazo, la crianza y cuidado de las hijas y los hijos, es una tarea que tanto el hombre como la mujer pueden desempeñar, pero que culturalmente se le ha asignado a la mujer, por ser quien pare, entendiéndose por lo general como un imperativo biológico, como rasgo “natural”, Lario (2012).

Se puede afirmar que, el rol de género puede ser dinámico y cambiante según las necesidades del individuo. Además influye en gran manera las ideologías o sistemas de creencias en la sociedad, puesto que las mujeres son vistas desde una concepción diferente, es decir, personas dependientes económica y socialmente, inseguras, que no tienen derechos o son menospreciadas. Es importante mencionar que las necesidades específicas de la mujer, no han sido tomadas en cuenta, ya que se ha considerado como un ser débil; mientras el hombre, controla y es dominante en su condición de jefe. Si este violenta alguna norma, es justificable por su condición de hombre, sin embargo, no sucede lo mismo con la mujer, lo que tiene una estrecha relación con la desigualdad entre hombres y mujeres.

3.1.3. Diferencia entre identidad de género e identidad sexual

Identidad de género es el juicio de autclasificación como hombre o mujer, basados en aspectos que a lo largo de la historia se ha concebido culturalmente como lo que es hombre y lo que es ser mujer. A su vez, es la asignación de papeles diferentes entre hombre y mujer.

Por otro lado, la identidad sexual es el juicio sobre la propia figura corporal (hombre, mujer) basado en características biológicas (genitales, figura corporal), también se define como la suma de las dimensiones biológicas y de conciencia de un individuo que le permiten reconocer la pertenencia a un sexo u otro, es decir, ser varón o mujer, independientemente de la identidad de género (sentirse como hombre o mujer), es la conciencia que se adquiere de la igualdad, la unidad y la persistencia de la individualidad como varón o mujer. Es un término preferentemente psicológico y determinado biológicamente, en donde se determinará la orientación sexual, pero definitivamente ambas se encuentran estrechamente vinculadas, Ferreray (2011).

En tanto, identidad sexual se relaciona principalmente con el reconocimiento que los sujetos hacen respecto a sus órganos sexuales. Estos pueden ser independientes del ámbito psicosocial, a pesar, de que en la mayor parte de las personas existe una correlación entre ambos.

Por lo que se puede afirmar que identidad de género e identidad sexual son términos complementarios pero que no tienen el mismo significado puesto que, la identidad de género se refiere a la conciencia que un individuo posee con respecto a si mismo y las funciones que realiza como hombre o mujer, no así es el caso de la identidad sexual, ya que esta alude a las características biológica como hombre o mujer. Asimismo, en la mayoría de los casos, ambos términos coinciden, aunque en otros casos no, ya que un individuo puede estar consciente de que es un hombre o una mujer, por sus condiciones biológicas u órganos sexuales, pero no por ello desempeña o asume su identidad de género, según su sexo (Masculino o femenino).

3.2. Aprendizaje de rol de género

3.2.1. ¿En qué etapa de desarrollo humano se aprende el rol de género?

Según un estudio realizado por Marengo (2012), el proceso de aprendizaje de género, es decir, de cómo se aprende a ser niño o niña, hombre o mujer, dentro de una cultura y sociedad en que se vive, se han centrado en tres aspectos diferentes, pero al mismo tiempo, interrelacionados entre sí.

El primer logro evolutivo que se alcanza en el aprendizaje del rol de género es: El asumir uno u otro rol de género que es influenciado por las familias, ya que desde que el o la bebé nace, les van enseñando qué actividades realizar, con qué juguetes divertirse, el color y el tipo de vestuario, entre otros, según los estereotipos construidos socialmente. El desarrollo del concepto de género que ocurre a partir de los 2 años y medio a los 3 años, donde las niñas y los niños, se auto asignan correctamente a una de las dos categorías, utilizando para ello, atributos externos, como la forma de vestir o de peinarse.

Por otra parte, los adultos más cercanos, progenitores y profesores, ejercen influencia que se utilizan para establecer distinciones ligadas al sexo biológico, y por consiguiente, en el rol de género, en diferentes dimensiones psicológicas, de ese modo, también las niñas y niños entre 10 o 12 años, piensan que las mujeres son débiles, emotivas y afectuosas, mientras que los hombres son ambiciosos, asertivos, agresivos, dominantes y crueles. Asimismo la adolescencia media y tardía, vuelve a radicalizarse por la presión que ejercen los grupos durante la pubertad, para que la persona se ajuste al rol de género que se le ha sido asignado.

Por lo previamente mencionado, se afirma que el aprendizaje de rol de género se da desde el nacimiento. Las personas adultas son quienes se encargan de enseñar el rol de género de cada niño y niña, posteriormente ellos adoptan las tareas que han sido asignadas socialmente, y desde pequeños, se apegan a su papel femenino o masculino.

3.3. Reproducción y género

3.3.1. Relación entre reproducción y género

Según Moraga & Zuniga (2014), las mujeres están vinculadas con actividades específicas dentro de la reproducción biológica (parir y criar a las hijas e hijos) y con el mantenimiento diario de la fuerza de trabajo (preparación de alimentos, saneamiento de la vivienda y mantenimiento de sus condiciones de habitabilidad, cuidado y atención emocional a los miembros de la familia).

Desde la perspectiva de género, las mujeres son vistas como procreadoras, ya que son ellas las únicas que paren y, por lo tanto, las que se encargan del cuidado, definiéndose lo femenino como lo maternal y lo doméstico. Lo masculino se contrapone, ya que se identifica con los espacios públicos y es visto como el jefe dominante de la familia.

En efecto, el ejercicio de la función reproductiva genera en las mujeres una condición de mayor vulnerabilidad, la cual se extiende a sus hijas e hijos. Esta mayor vulnerabilidad femenina ligada a la reproducción, requiere apoyo y protección, tanto de su entorno familiar como de la sociedad en su conjunto. La necesidad de depender transitoriamente de otro(s) ha llevado a diversas formas de discriminación de género construidos socioculturalmente, a partir de la diferencia entre el sexo que las subordina.

De hecho, la multiplicidad de roles sociales que asumen las mujeres en el ámbito reproductivo, doméstico, productivo y comunitario, las someten a una situación de evidente sobrecarga, la cual influye significativamente sobre su condición de salud y otros factores determinantes. Por lo que se puede decir, que la mujer en su condición de género, solo desempeña un papel de reproducción y de crianza de sus hijos, sin embargo, el cuidado de las hijas, hijos y responsabilidades de protección, son actividades que también pueden ser desempeñadas por el hombre, lo cual evidencia que en la sociedad tradicional, la mujer se ve limitada a diversas funciones. Asimismo, es vista con cierto grado de inferioridad ante el varón.

3.4. Estereotipos de género

Según Morales (2013), son creencias sobre las características de los roles típicos que los hombres y las mujeres deben tener y desarrollar en una etnia, cultura o en una sociedad. Un estereotipo es una preconcepción generalizada, surgida a partir de adscribir a las personas ciertos atributos, características o roles, en razón de su aparente pertenencia a un determinado grupo social. Además, los estereotipos de género sirven para definir metas y expectativas para ambos sexos, marcando una evolución diferente para hombres y mujeres, justificando muchas veces, una discriminación hacia estas últimas.

Estereotipo masculino	Razón científica
El hombre no debe llorar.	Tanto el hombre como la mujer tienen sentimientos y no necesariamente el ser hombre delimita que no deben llorar.
El hombre puede tener muchas parejas sexuales.	El hombre y la mujer son libres de decidir con quién estar y el número de parejas que deben tener, siempre y cuando cuiden de su salud.
El hombre no puede realizar labores en el hogar.	No solo la mujer puede realizar labores en el hogar ya que esto es una actividad que se puede ejecutar por ambos.
El hombre es el encargado de llevar el sustento al hogar.	No necesariamente el hombre es el único encargado de llevar sustento a su hogar, ya que hoy en día la mujer también es proveedora de su hogar.

Estereotipo femenino	Razón científica
Las mujeres son débiles	El ser femenino no delimita que la mujer es débil, ya que la mujer puede desempeñar cargos y realizar actividades que socialmente son definidas para el hombre.
La mujer es la que debe tomar medidas para no quedar embarazada.	El tema de la planificación familiar es un tema de hombres y mujeres, por lo que el hombre también debe tomar medidas para evitar un embarazo.
La mujer no debe ejercer otro rol, solo el de ama de casa.	Actualmente la mujer desempeña diversos cargos que son de mucha importancia para la sociedad y se ha demostrado que la mujer puede realizar diferentes funciones..
La mujer es la encargada del cuidado de los niños.	No solo la mujer debe ser la encargada del cuidado de los hijos, ya que el hombre puede también cuidar de sus hijos.

Por lo anterior, se puede decir que los estereotipos son afirmaciones creadas socialmente. Estas asignan un rol tanto al hombre como a la mujer y los limitan a realizar diferentes actividades, que independientemente de ser hombre o mujer se pueden hacer. Sin embargo, los estereotipos han tenido gran influencia desde que se es niño o niña. Ejemplo de ello, si nace niña se viste de rosado y si es varón de celeste.

4. Prácticas sexuales de hombres y mujeres de la comunidad

4.1. Definición de prácticas sexuales

Las prácticas sexuales son en general los actos o acciones, que una persona (hombre o mujer) realiza en busca de placer físico. Estos actos pueden realizarse solos o acompañados de una o más personas, Garrido (2011).

Además, se caracterizan por la estimulación de las zonas genitales (la pelvis, el pene y sus alrededores. Así como también la vagina, los labios internos y externos, el clítoris. Por lo tanto, suele haber penetración, ya sea vaginal, anal u oral, aunque también se puede practicar la masturbación. Rubio (2012).

La OMS (2011), define las prácticas sexuales como: un aspecto central del ser humano, a lo largo de su vida. Abarca al sexo, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual, por lo cual se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas y prácticas. Por lo que se puede decir que las prácticas sexuales son comportamientos para llevar a cabo la relación sexual y poder satisfacer las necesidades sexuales de los seres humanos. Sin embargo, no se debe obviar que estas prácticas se deben realizar de manera responsable, para disfrutar de una vida sexual activa sin riesgos y evitar complicaciones en la salud, por tal razón, es de mucha importancia que la población reciba educación sexual permanente ya sea en la familia, la escuela y la sociedad.

4.2. Percepciones y valores sobre las prácticas sexuales

La decisión del ser humano de tener relaciones sexuales cuando se siente atraído por alguien, dependerá de parámetros como: expectativas sobre el nivel de estudio de sus percepciones y valores respecto a la sexualidad que pueden a su vez estar influenciados por las actitudes familiares y culturales. En los últimos años, ha habido un importante cambio en la conducta sexual de la juventud. El sexo premarital se considera tabú, y la mayoría de las jóvenes y los jóvenes, se comportan de acuerdo a esta norma. Una razón para abstenerse de la relaciones sexuales antes del matrimonio, era que las personas corrían el riesgo de estigmatización social, cuando la gente descubría sus conductas.

Otra razón para no tener relaciones sexuales antes del matrimonio, era la amenaza de un embarazo no deseado y consecuentemente el así llamado matrimonio de arreglo o ser madre soltera. En cuanto a la sexualidad o conducta sexual, existen ciertos valores directamente relacionados con ella, y que para ser auténticamente humana, es necesario contemplar y efectivizar, Rademakers (2011).

Según Gallardo (2011), son valores de las practicas sexuales:

Responsabilidad: Es la necesidad de elegir, teniendo presente la consecuencia de los actos.

Compromiso: Implica cumplir con una promesa que libremente se le manifiesta a otra persona.

Respeto: Significa tener presente la libertad, la integridad, el parecer y la dignidad de las personas que resultan de alguna manera afectadas con las conductas, ejemplo: la pareja sexual.

Dignidad: Es ser conscientes de que se debe obrar humanamente, priorizando los valores espirituales a los vitales.

Libertad: Es el valor primordial a complementar un acto humano, para que sea considerado moral.

Sinceridad: Entre las partes de una pareja sexual es valioso que exista una abierta y sincera comunicación, de manera que cada una de ellas pueda conocer y respetar los sentimientos, las opiniones y las características personales de la otra.

Fidelidad: Proviene del respeto, del compromiso y de la dignidad de la persona. Por otra parte, la sexualidad se expresa en la relación sexual, la procreación y el cuidado de los hijos.

Por lo antes mencionado, se puede decir que cada persona actúa y piensa de manera diferente en cuanto a la sexualidad, cuándo iniciar su vida sexual y con quién desea estar. Sin embargo, es de mucha importancia tomar conciencia en tener una vida sexual sin riesgos y poner en prácticas valores que son necesarios en la vida, para gozar de una sexualidad activa, segura y con responsabilidad.

4.3. Tipos y definición de las prácticas sexuales

4.3.1. Los besos

Un beso es el acto de presionar los labios contra la superficie de un objeto (generalmente la piel o los labios de otra persona) como una expresión social de afecto, de saludo, de respeto o de amor. Los labios son un foco sensitivo en la estructura de diversos organismos y funcionan primordialmente como auxiliares en la identificación del entorno, como herramientas de succión o como auxiliares en la emisión de sonidos. Además, el beso tiene una función social humana determinante en el proceso de cortejo, Fernández (2011).

Dentro de los beneficios a la salud generada por un beso se encuentra la liberación de adrenalina y noradrenalina en el torrente sanguíneo, lo que provoca una serie de cambios físicos en la acción cardiovascular, aumenta el ritmo del corazón y el bombeo de la sangre. Asimismo la endorfina liberada en un beso puede ser más potente a la acción de la morfina lo que contribuye a mejorar los niveles de estrés y da una sensación de bienestar. Sin embargo, algunas enfermedades también pueden ser transmitidas por el contacto labial incluye cualquier tipo de gripe, la mononucleosis infecciosa (Enfermedad infecciosa caracterizada por fiebre conocida como “Enfermedad del beso” y el herpes simple.

4.3.2. Caricia

Una caricia es el acto de hacer un contacto suave, generalmente con la palma de la mano o con la yema de los dedos, sobre la piel de otra persona o incluso sobre la propia piel, suele ser una señal de afecto y amor. Acariciarse es una de las formas primarias del contacto humano que además cuenta con importantes implicaciones a nivel emocional, psicológico y físico ya que reduce la presión sanguínea beneficiando la salud cardiovascular, Martínez (2012).

Por otra parte, las caricias pueden ser verbales o físicas, muestran el cariño que se brinda a las personas, y es por esto que se manifiestan como una sensación agradable, causada por el roce suave de algo o un gesto empleado como demostración amorosa.

4.3.3. Masturbación

La masturbación suele definirse como el acto de tocarse a sí mismo, incluidos los órganos sexuales, tiene los beneficios del placer sexual sin el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo si se hace con frecuencia puede que la piel se irrite, en casos severos esto puede causar traumas en la uretra lo que ocasionaría que no se llegue al orgasmo durante la relación sexual con su pareja, Ramos (2012)

Freud (2011) atribuye el descubrimiento de que la masturbación es algo común en el individuo y se realiza para llegar o no al orgasmo, utilizando como medias las manos e imaginación del ser humano para satisfacer sus necesidades sexuales.

4.3.4. Fantasías sexuales

Una fantasía sexual es una representación imaginaria de los deseos conscientes o inconscientes. Las imágenes, ideas o sentimientos que la mente produce y generan en la persona, ya sea una emoción o una excitación, principalmente sexual. Pero las fantasías no solo son sexuales, pueden estar relacionadas con diferentes aspectos del deseo y el placer, Torres (2011).

Por tanto, el concepto desarrollado por Freud (2011) atribuye a que son representaciones mentales creadas por el inconsciente, teniendo como tema principal las relaciones sexuales. Freud las define como representaciones destinadas a no ejecutarse y se producen de forma voluntaria o involuntaria en las mentes. En gran número de ocasiones las fantasías se oponen a la naturaleza del ser humano, a creencias y a la escala de valores de quien las evoca.

4.3.5. La pornografía

Según García (2011) La pornografía es el conjunto de obras que presentan contenidos sexuales explícitos, con el objetivo de provocar la excitación del receptor. Debido a sus características, los materiales porno no son aptos para menores de edad, cuyo acceso a este tipo de contenidos está prohibido jurídicamente. Asimismo, hace referencia a todo aquel material que representa actos sexuales o actos eróticos, con el fin de provocar la excitación sexual del receptor.

Entre algunos riesgos de la pornografía se pueden citar: Separa el sexo del amor y del compromiso haciendo que las personas se vuelvan adictos sexuales, minimiza la violación, el abuso, incesto y otras conductas sexuales haciéndolas parecer cotidianas y degrada a la mujer, al convertirla en un objeto sexual.

Por lo antes mencionado, se puede decir que la pornografía son materiales con imágenes que algunas personas utilizan, para lograr llegar a la excitación y al placer. Han tenido mucha influencia en las personas y es por esto, que ha cambiado el comportamiento sexual, tomando actitudes y prácticas sexuales de riesgos, generando adicción. Desde el ámbito psicológico, puede perjudicar, la capacidad de relacionarse con las demás personas y de establecer una verdadera conexión con la pareja.

4.3.6. Coito vaginal

El coito vaginal, es cuando se introduce el pene en la vagina donde los individuos fértiles, tiene probabilidades de un embarazo. Por lo cual, es el blanco de algunos sistemas anticonceptivos que buscan impedir o reducir la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles, que mantienen vínculos sexuales de condición heterosexual, en el cual incorporan el coito vaginal. Generalmente, el coito vaginal es la culminación de todo un juego de estimulación previa de las zonas erógenas, García (2011).

Su riesgo se centra en adquirir enfermedades de transmisión sexual esencialmente si los individuos no se protegen utilizando el preservativo.

4.3.7. Sexo oral

Según Ramos (2012) es una práctica sexual donde se estimulan los órganos genitales con los labios y la lengua. Contrariamente a lo que muchos piensan, practicar el sexo oral también tiene sus riesgos, ya que si en la mucosa de la boca hay pequeñas lesiones esto proporcionaría una puerta de entrada a virus y bacterias al entrar en contacto con el pene.

Por lo antes mencionado, el sexo oral es una práctica sexual de mucho riesgo ya que algunas personas que lo han realizado, han presentado consecuencias graves que han repercutido en su salud. Ejemplo de ello, son las infecciones, e incluso tumores inducidos por virus, como el virus del papiloma humano (VPH).

4.3.8. Coito anal

Según Domínguez (2014) el sexo anal es una práctica sexual que consiste en la introducción del pene o algún juguete sexual o instrumento apropiado por el ano de la pareja. En la mujer llega a una gran medida de placer al ser estimulado el útero, lo que sucede en menor grado cuando se practica el coito vaginal. En el hombre se estimula la próstata, llegando al punto G masculino (placer máximo). Además, en el sexo anal, como normalmente los músculos del ano se encuentran cerrados, se necesita una previa preparación para que no haya dolor ni incomodidad.

Entre sus riesgos se menciona la parte anal irritada, ya que la mucosa del ano carece de lubricación lo que proporciona un riesgo de transmisión de ITS y del VIH si no se realiza de manera segura.

4.4. Prácticas sexuales de riesgo

4.4.1. Definición de prácticas sexuales de riesgo

Las prácticas de riesgos pueden entenderse como la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o la de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el SIDA. Las relaciones vaginales o rectales sin protección, son prácticas de alto riesgo. El VIH también puede ingresar por el pene, especialmente cuando entra en contacto con sangre o fluidos vaginales si existen heridas abiertas.

De acuerdo a lo antes mencionado, en el ámbito nacional se ha planteado, que la falta de protección e información necesaria y adecuada sobre la Salud Sexual y Reproductiva en las personas, son factores que aumentan el riesgo a contraer enfermedades de transmisión sexual y adoptar prácticas sexuales inapropiadas, que afectan su estado de salud general y su vida sexual.

4.4.2. Tipos y definición de prácticas sexuales de riesgos

4.4.2.1. Promiscuidad

Promiscuo es un adjetivo calificativo que se utiliza para indicar que un individuo mantiene relaciones sexuales con varias personas. Por ejemplo, “hombre promiscuo” o “mujer promiscua”. Como tal, la palabra promiscuidad significa convivencia con personas de distinto sexo.

En este sentido, la promiscuidad se define como el mantenimiento de dos o más parejas sexuales distintas en un período de seis meses. Además, la promiscuidad es el acto de tener relaciones sexuales con varias parejas antes o durante el matrimonio. Es entendida como una conducta de alto riesgo físico y psicológico, donde se mantienen relaciones sexuales de manera irresponsable, con más de una pareja en un periodo de tiempo relativamente corto. López (2012).

Por lo antes mencionado, se puede decir que la persona promiscua tiene contacto sexual con varios individuos. En el caso de tener este tipo de actividad sexual, sin protección, aumenta considerablemente la posibilidad de contagiarse y propagar alguna enfermedad de transmisión sexual o embarazos no deseados. La promiscuidad abarca dos factores: la realización de contacto sexual con varios individuos, y la realización de conductas sin protección, ya que esta práctica sexual actualmente está siendo adoptada por muchos individuos, los cuales no toman conciencia de los riesgos a los que se exponen.

4.4.2.2. Relaciones sexuales sin preservativo

Un estudio de la Universidad de Duke realizado por Carvajal (2011) reveló que el 31% de las mujeres de Estados Unidos, entre 20 y 30 años, han tenido sexo sin protección al menos en una ocasión. En este estudio las mujeres refirieron “honestamente, no nos gustan los condones”. Esto evidencia el poco uso del condón en las relaciones sexuales.

Por otro lado, algunos jóvenes comienzan la penetración sin protección. El líquido seminal que expulsa el hombre antes de la eyaculación no puede controlarse y contiene espermatozoides. Es muy probable que con un solo coito de este tipo, se presente un embarazo. El preservativo se debe colocar siempre antes de la penetración. Por tal razón, hay muchas consecuencias y todo tipo de enfermedades de transmisión sexual (gonorrea, herpes,

condiloma). Asimismo, se debe tomar en cuenta que el único anticonceptivo que protege de las enfermedades de transmisión sexual, es el condón, tanto para la penetración como para el sexo oral, Ramos (2011)

4.4.2.3. Orgías sin protección (sexo en grupo sin protección)

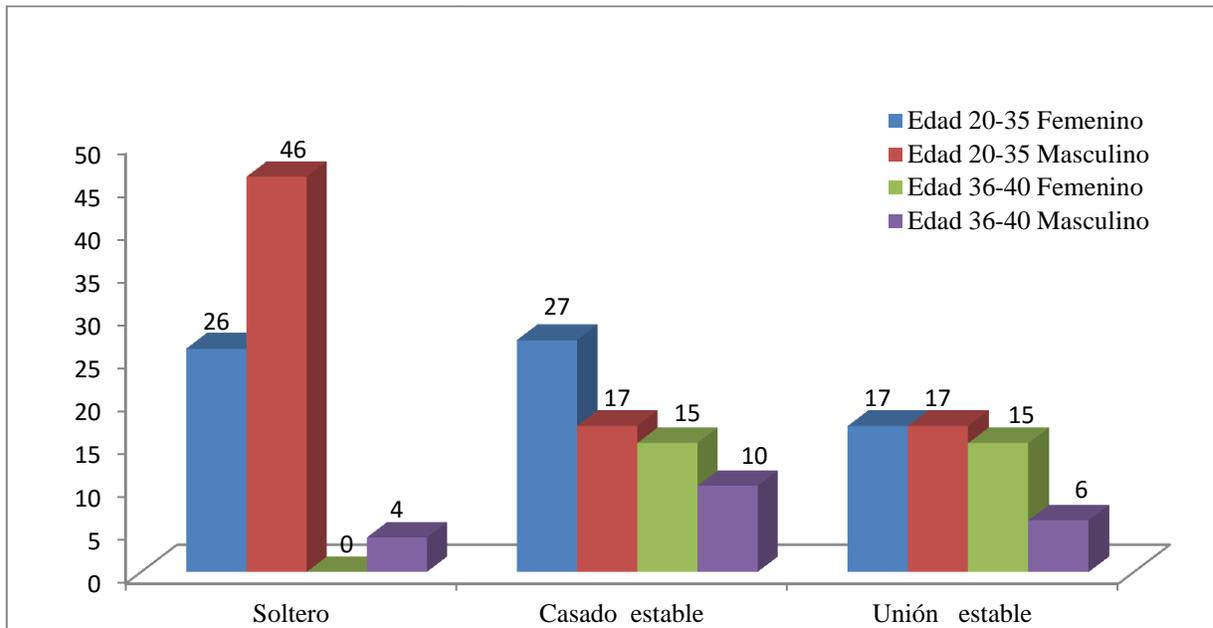
Una orgía es una actividad sexual en grupo, un encuentro de carácter sexual con un alto grado de valor vírico, en el que cuatro o más personas comparten e intercambian fluidos, placer o bien enfermedades en momentos sexualmente explícitos. Además, es la satisfacción viciosa de apetitos o pasiones desenfrenadas que podrían ser producto de otra forma de pensar que propugna por dejar salir los deseos reprimidos de la sociedad, por abandonar conceptos del cuerpo como medio de producción y reproducción para asumirlo como medio de placer, como cuerpo erótico, Ramos (2012).

Por lo antes mencionado, se puede decir que la orgía es una fiesta sexual promiscua donde se practica sexo grupal, hay intercambios de parejas y fantasías eróticas fuertes. Asimismo, este acto puede tener consecuencias para los individuos que lo practican ya que en muchas ocasiones esta práctica se realiza sin preservativo, lo que conllevaría a que la persona que lo realice adquiriera una enfermedad de transmisión sexual.

Discusión

De los resultados

Grafico N° 1. Edad relacionada con el estado civil de hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.



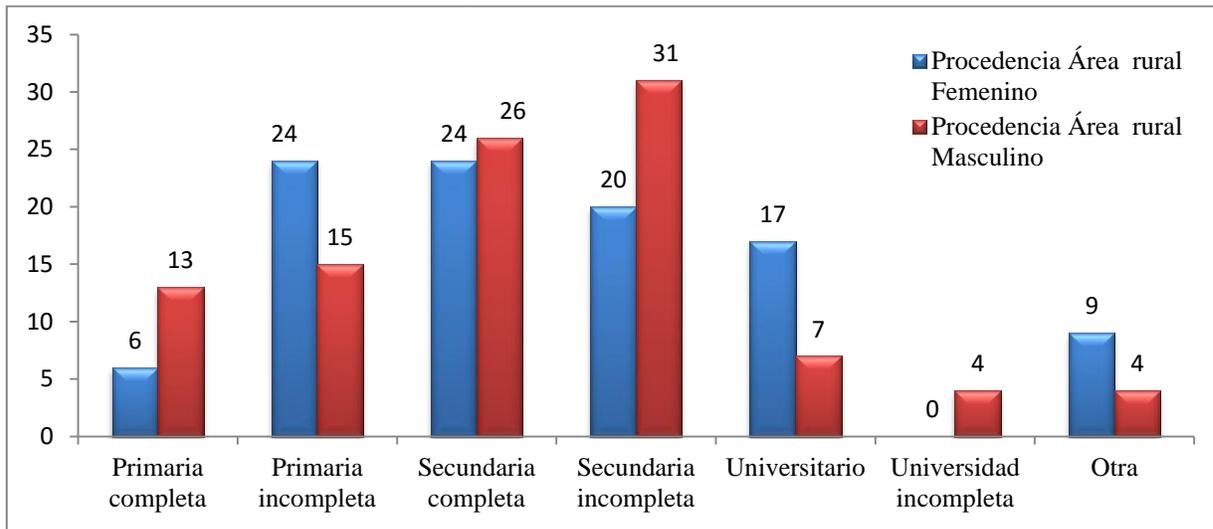
Fuente: Tabla N° 1

De acuerdo con la tabla “Edad relacionada con el estado civil de hombres y mujeres de la comunidad El Charco”, en la categoría de soltero, predomina el sexo masculino con un 50% que corresponde el 46% a las edades de 20 a 35 años y el 4% a las edades de 36 a 40 años. En segundo lugar, el sexo femenino con un 26% que corresponde a las edades de 20 a 35 años. Por lo que es notorio identificar como la mayor parte de la población femenina tienen un estado civil de casadas estables y de unión estable con porcentajes que van de un 15% a un 27% incluyendo las dos categorías, a diferencia de los hombres quienes presentan porcentajes de un 6% hasta un 17%. (Ver tabla 1).

Según Ortiz (2011), la proporción de mujeres emparejadas en Nicaragua, ascendía en el 2011 al 62% de todas las mujeres mayores a 15 años. Las de unión libre, tenían mayor porcentaje que las casadas. Estas habían aumentado su proporción desde 2009. Las mujeres en general, presentan proporciones menores de soltería que los hombres y mayores de separación y de viudez, debido a que comienzan a emparejarse antes que los hombres, pero se mantienen separadas más tiempo.

Lo anterior se refleja en los resultados presentados, ya que los hombres tienen una proporción mayor de soltería y las mujeres una mayor de casada estable, en cuanto a la unión estable predomina el sexo femenino, lo que quiere decir que la unión estable es practicada más por las mujeres que por los hombres, esto significa que los hombres y las mujeres de la comunidad El Charco, no mantienen relaciones inestables y por lo tanto, no solo piensan en el hecho de estar solos, sino con el de compartir su vida con la persona que consideran un complemento para ellos. Desde el punto de vista de la Salud Sexual y Reproductiva las personas que mantienen una unión estable tienen menos probabilidades de presentar problemas de salud vinculados a las enfermedades de transmisión sexual siempre y cuando se practique una protección dual.

Gráfico N° 2. Escolaridad relacionada con la procedencia de hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.



Fuente: Tabla N°2

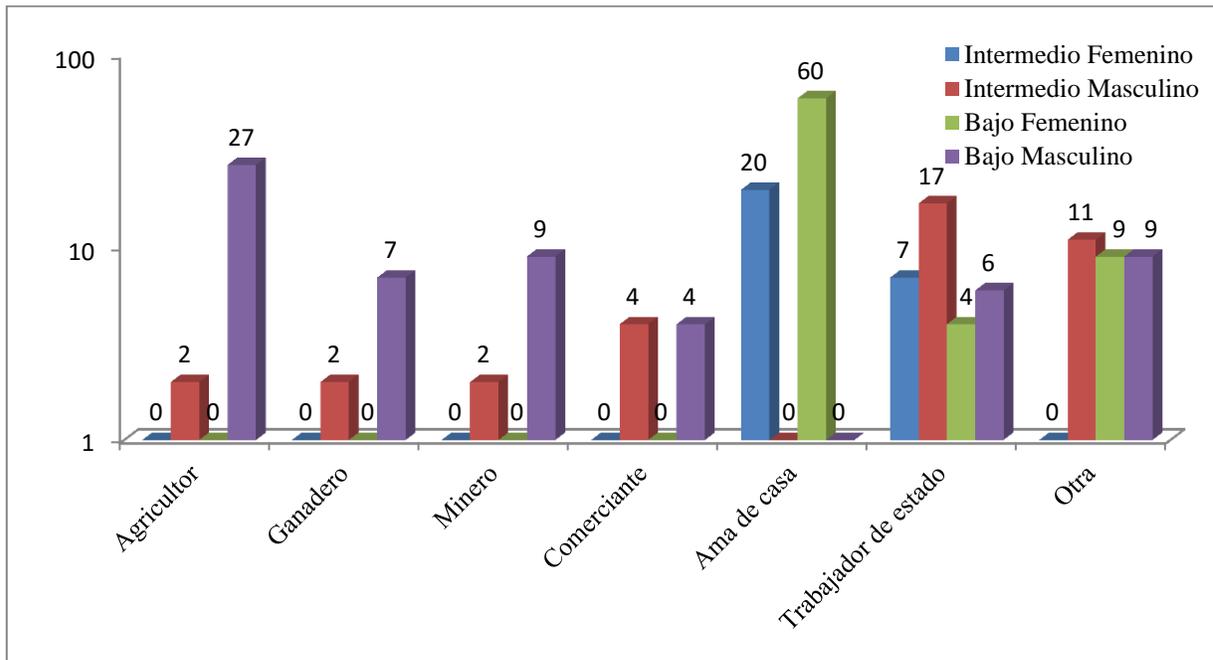
De acuerdo con la tabla “Escolaridad relacionada con procedencia” se encontró que predomina la secundaria incompleta con un 51% que corresponde el 31% al sexo masculino y el 20% al sexo femenino. En segundo lugar, la secundaria completa con 50%, de este un 26% pertenece al sexo masculino y un 24% al sexo femenino, seguido por primaria incompleta con un 39% que representa el 24% de la población femenina y un 15% de la población masculina, mientras que la escolaridad de primaria completa está representada por un 19% que corresponde un 13% a los masculinos y el 6% a las femeninas. Por su parte, solo la minoría de la población han logrado alcanzar una escolaridad superior. Es importante mencionar que el 100% de la población estudiada procede del área rural. (Ver tabla 2)

Según UNFPA (2012), en un reporte realizado en Nicaragua, las mujeres que en promedio tienen un menor nivel educativo, tienen mayor probabilidad de convertirse en madres adolescentes por iniciar su vida sexual a temprana edad. Sin embargo, las regiones de Nicaragua con menor tasa de escolaridad neta, coinciden con las de mayor número de nacimientos provenientes de adolescentes y jóvenes, lo que se relaciona con embarazos tempranos, teniendo en cuenta que a mayor educación, menor riesgo de embarazados y mayor conocimiento en aspectos básicos de la salud sexual y reproductiva. Además, las mujeres tienen más hijos e hijas en promedio que el nivel nacional (por encima de los 3,5

hijos e hijas por mujer), con lo que se evidencia el escaso control que tienen sobre la reproducción, a diferencia de las zonas urbanas que presentan una menor proporción con respecto a estas cifras.

Al analizar los datos obtenidos, se evidencia que en su mayoría, los hombres y las mujeres de la comunidad El Charco, tienen una escolaridad baja, lo que constituye un factor potencial en la determinación de la Salud Sexual Reproductiva, ya que a menor nivel de escolaridad hay mayor índice de pobreza, de enfermedades, embarazos y el aumento de muertes maternas e infantiles, sin obviar la zona geográfica a la que pertenecen, ya que reducen las posibilidades de acceso a la información, educación y a los servicios de salud con calidad.

Gráfico N° 3. Ocupación relacionada con el nivel económico de hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.



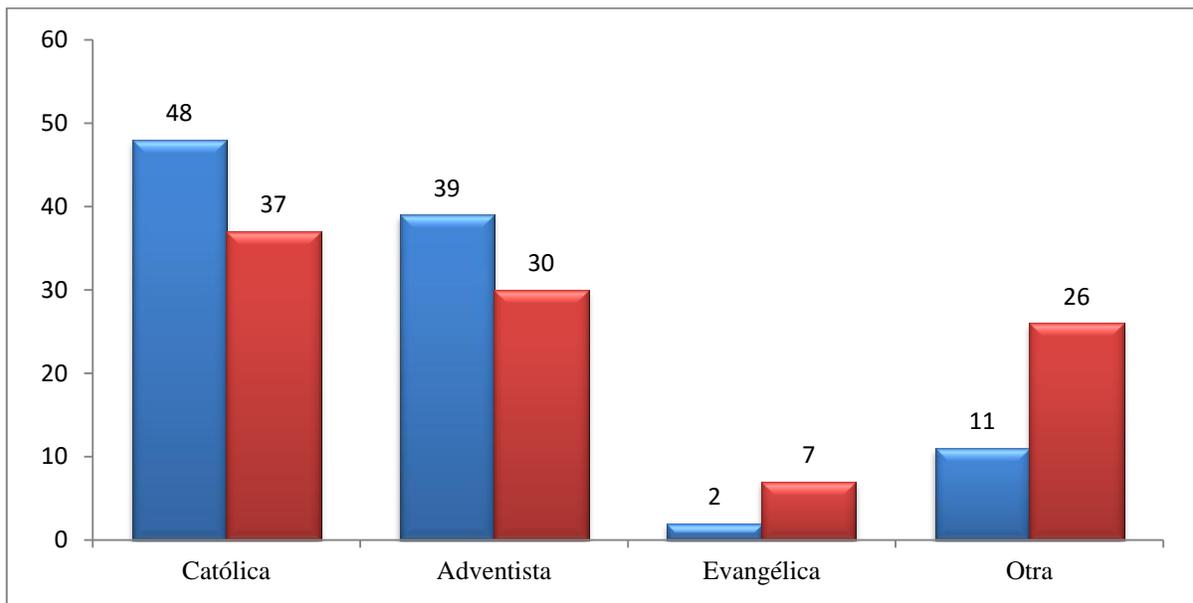
Fuente: Tabla N° 3

De acuerdo con la tabla “Ocupación relacionada con el nivel económico” en la población femenina, predomina la ocupación ama de casa con el 80%, de estos, el 60% corresponde al nivel económico bajo y el 20% al nivel económico intermedio. En segundo lugar, las trabajadoras del estado representado con un 11% del cual 7% devenga un nivel económico intermedio y un 4% un nivel económico bajo. Mientras que en los masculinos predomina la ocupación de agricultor con porcentajes de un 27% perteneciente al nivel económico bajo, seguido de los trabajadores del estado con porcentajes de un 17% para un nivel económico intermedio y un 6% para un nivel económico bajo. En cambio, las ocupaciones de ganadero, minero, comerciante y otras ocupaciones presentan porcentajes que van de un 2% a un 11%. (Ver tabla 3)

Según un estudio nicaragüense realizado por Uría & González (2012), los resultados en cuanto a la ocupación de la población en estudio, arrojaron que el 39,3 % de las mujeres estaban sin ocupación laboral y se encargaban generalmente de las labores domésticas, la planificación y la economía familiar. Mientras, los hombres tenían mayor ingreso salarial, satisfacción laboral y posibilidades de superación.

Lo anterior se refleja en los datos obtenidos en el estudio, ya que un mayor porcentaje de mujeres no desempeña una ocupación que genera un ingreso económico propio debido a que se encargan de las labores domésticas y cuentan solamente con el ingreso económico familiar. Por su parte los hombres aunque desempeñan una ocupación laboral remunerada son pocos los que logran llevar a sus hogares un ingreso económico intermedio, lo que significa que mayores son los desafíos para enfrentar los problemas relacionados a la Salud Sexual y Reproductiva, así como el acceso a la salud y la multiparidad. Además, el poco ingreso que pueda tener la familia, será utilizado para la cantidad de hijas e hijos que posea, no en inversiones que mejoren su calidad de vida y las carencias nutricionales. Por lo general, mientras más bajo sea el ingreso salarial mayores problemas existen en cuanto al desarrollo económico.

Gráfico N° 4. Religión que tienen hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.



Fuente: Tabla N° 4

De acuerdo con la tabla “Religión de hombres y mujeres de la comunidad El Charco” predomina la religión católica con un 85%, de estos 48% son del sexo femenino y el 37% del sexo masculino, en segundo lugar la religión adventista con un 69% representada por un 39% de las mujeres y un 30% de los hombres, seguido de otras religiones con un 37% donde el 26% pertenece a la población masculina y el 11% a la población femenina y por último la religión evangélica que está representada por un 9% de los cuales el 7% son masculinos y solamente un 2% femenino (Ver tabla 4).

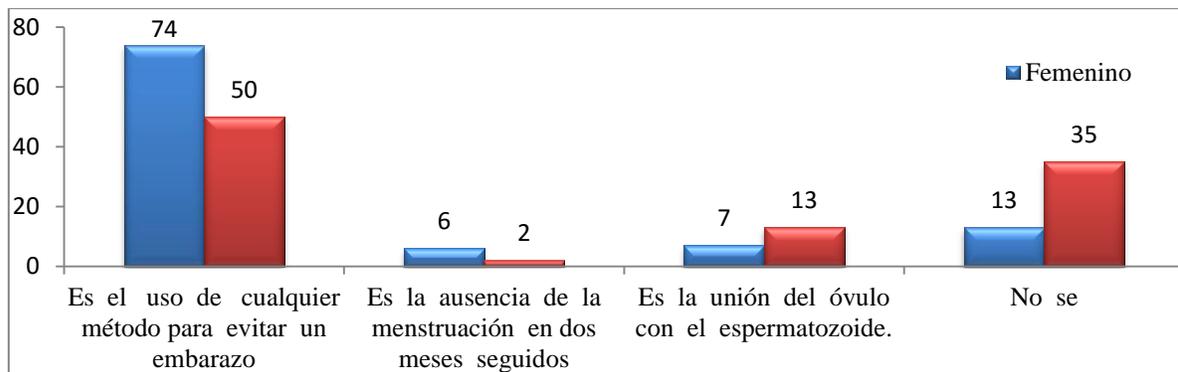
Según Monroy (2012) el hecho de pertenecer a una religión implica un vínculo entre el hombre y Dios o los dioses. De acuerdo a sus creencias y una cierta moral la persona regirá su comportamiento e incurrirá en determinados ritos (como el rezo, las procesiones). Además, la reproducción humana es un área importante para las religiones, implica sexualidad, vida matrimonial, la continuación de pueblos o razas, la relación entre tamaño de familia y la supervivencia de éstas.

Por lo anterior, se puede decir que el hecho de pertenecer a una religión influye en el comportamiento sexual del individuo, ya que la religión implica una moral sexual entendida no tanto como parte de la moral general o común a todos sino como parte de

la moral religiosa que implica restricciones u obligaciones al comportamiento sexual humano, varía enormemente de una religión a otra así como en las distintas civilizaciones o cultura. Asimismo, distintas religiones tienen códigos morales sexuales diferentes que reglan la actividad sexual o asignan valores normativos a ciertas acciones o pensamientos que influyen de manera positiva o negativa en la vida sexual y reproductiva de hombres y mujeres.

Gráfico N° 5. Conocimientos sobre la definición de anticoncepción que tienen hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León.

II semestre 2016.



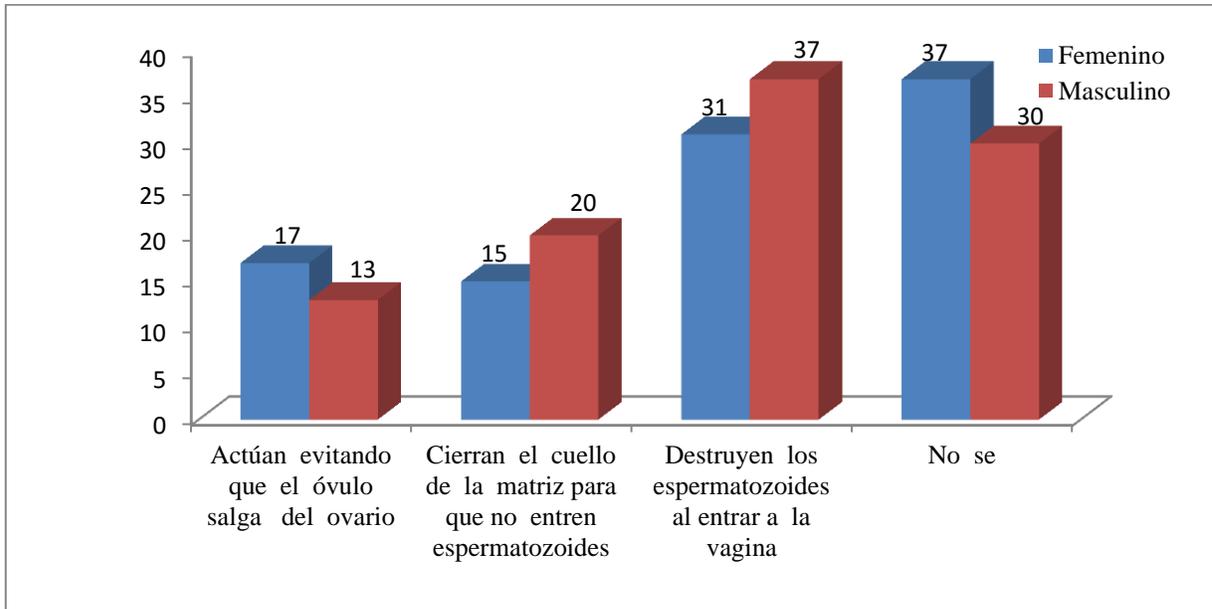
Fuente: Tabla N° 5

De acuerdo con la tabla “Conocimientos sobre definición de anticoncepción” la mayoría de la población femenina con un porcentaje de un 74% y el 50% de la población masculina conocen que la anticoncepción es el uso de cualquier método para evitar un embarazo. Por lo que se puede identificar que la minoría de las mujeres y la mitad de los hombres son los que no conocen ¿Que es anticoncepción?. Cabe destacar que cada grupo etario, está representado por el 100%. (Ver tabla 5).

Según Blackburn & Hatcher (2011) La anticoncepción es un conjunto de prácticas aplicadas en las relaciones coitales heterosexuales, basadas en el uso de anticonceptivos, destinados a evitar embarazos no deseados y a decidir el momento y el número de hijos que se quiere tener.

Se puede decir, que según los resultados obtenidos la mayor parte de la población tiene una definición clara acerca de la anticoncepción, no obviando que las mujeres son las que predominan o tienen un mayor conocimiento en comparación con los hombres, por lo que es notorio la poca participación del hombre en la Salud Sexual y Reproductiva, ya que para muchos de estos, los asuntos sobre salud y reproducción son ajenos, debido a que se representan como parte del mundo femenino, constituyendo esto un reto para el hombre y la reproducción que puede afectar la sexualidad y la salud de las mujeres, sin obviar los asuntos sobre género puesto que la reproducción ha sido vista como parte de lo femenino.

Gráfico N° 6. Conocimientos sobre el mecanismo de acción de las pastillas anticonceptivas que tienen hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.



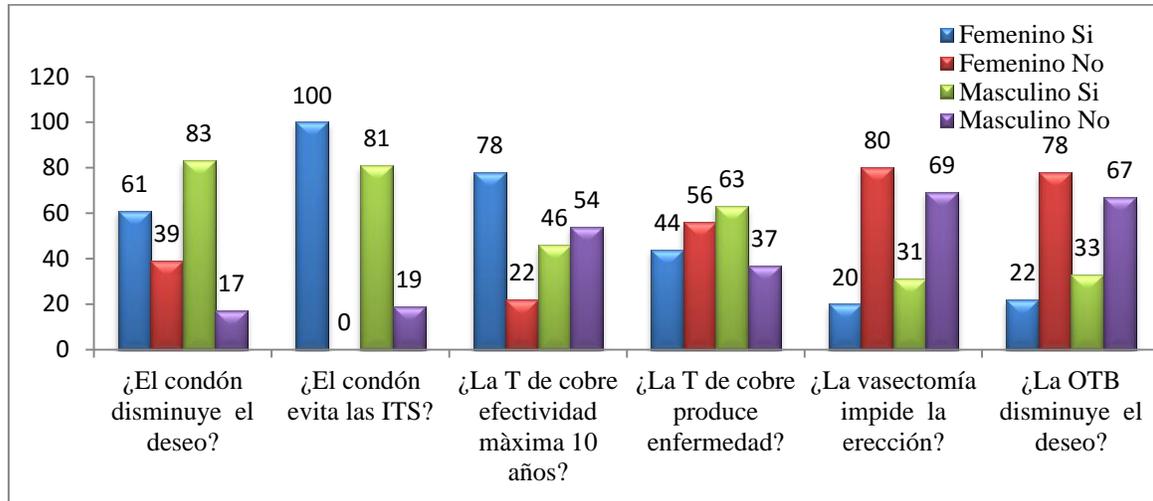
Fuente: Tabla N° 6

De acuerdo con la tabla Conocimientos sobre mecanismo de acción de las pastillas anticonceptivas, solo el 17% de las mujeres y el 13% de los hombres contestaron de manera correcta a la interrogante: ¿De qué manera impiden las pastillas anticonceptivas un embarazo?, indicando que, “actúan evitando que el óvulo salga del ovario” sin embargo, con porcentajes que van desde un 15% a un 37% de los hombres y las mujeres encerraron otras opciones de manera no acertada a la interrogante, cabe destacar, que un porcentaje significativo con un 37% de las mujeres y un 30% de los hombres seleccionaron la opción “No sé”. (Ver tabla 6)

Según MINSA (2008) Las pastillas anticonceptivas impide la ovulación (salida del óvulo de los ovarios) y aumenta la consistencia del moco cervical, lo que dificulta el paso de los espermatozoides, estos tipos de métodos actúan interrumpiendo la gestación una vez que la mujer se embaraza y, sobre el sistema reproductivo femenino inhibiendo la ovulación para evitar que se dé un embarazo.

Por lo anterior, se puede identificar que la población estudiada tiene déficit de conocimientos en temas básicos de la Salud Sexual Reproductiva, los hombres en su mayoría tienen poco conocimientos, por su parte las mujeres a pesar del uso de los anticonceptivos de igual manera conocen poco acerca del mecanismo de acción de las pastillas anticonceptivas, aunque en menor proporción que los hombres constituyendo esto un factor potencial para el uso adecuado de los métodos anticonceptivos lo que significa que la población no recibe información necesaria en temas básicos de salud y reproducción.

Gráfico N° 7. Conocimientos sobre el condón, DIU, vasectomía y oclusión tubárica que tienen hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.



Fuente: Tabla N° 7

De acuerdo con la tabla “conocimientos sobre los principales métodos anticonceptivos en su mayoría, un 83% de la población masculina al igual que el 61% de la población femenina consideran que el condón hace que el hombre sienta menos deseo. Asimismo, el 100% de las mujeres piensan que el condón es el único método que evita las infecciones que se transmiten a través de las relaciones sexuales a diferencia de los hombres donde un porcentaje del 19% consideran que este no evita las ITS.

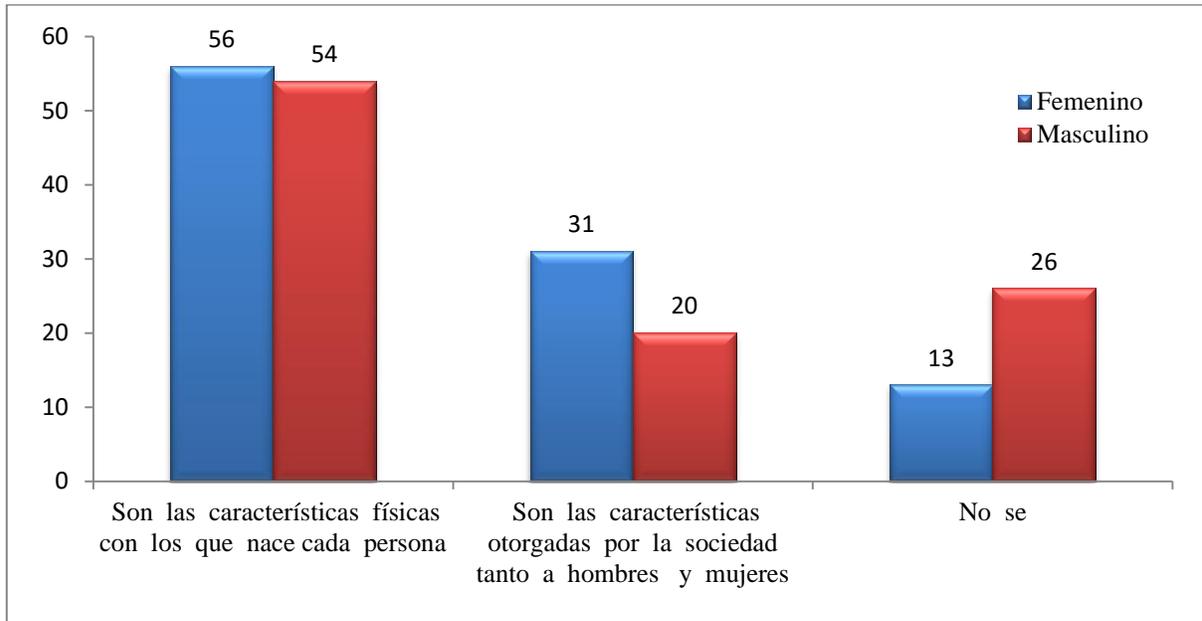
En lo que respecta a la T de cobre predomina el 78% de las femeninas quienes consideran que la T de cobre o aparato tiene una efectividad máxima de 10 años, siendo solo el 46% de los masculinos quienes están de acuerdo con esta aseveración. Además, el 63% de los hombres piensan que la T de cobre o aparato produce enfermedad a diferencia de las mujeres donde solo un 44% creen que esta produce enfermedad.

Por su parte, con porcentajes menores de un 31% de la población masculina y un 20% de la población femenina consideran que la operación masculina o vasectomía impide la erección del hombre. Asimismo solo un 33% de los hombres seguido del 22% de las mujeres creen que la operación femenina u oclusión tubárica disminuye el deseo sexual. (Ver tabla 7).

Según MINSA (2008) el uso del preservativo es una decisión inteligente, que beneficia la salud de las parejas sexuales y contribuye a la práctica del sexo seguro, a nivel de la prevención de enfermedades de transmisión sexual, además no interfiere en la satisfacción sexual. Por su parte, el DIU es un método anticonceptivo reversible, seguro y efectivo que se introducen en la cavidad uterina y no produce enfermedad, tomando en cuenta que tiene una efectividad de 10 años, en cuanto a la vasectomía, es un método anticonceptivo que interrumpe la fertilidad en forma quirúrgica, voluntaria y permanente y no impide la erección del hombre así como la oclusión bilateral de las trompas de Falopio que no interfiere en el deseo sexual de la mujer.

Se puede decir que tanto hombres como mujeres de la comunidad El Charco en su minoría consideran que los métodos anticonceptivos entre los que se mencionan, el condón, el DIU, la vasectomía así como la oclusión tubárica influyen de manera negativa en la salud o en la satisfacción sexual. Asimismo, la teoría enmarca que los métodos anticonceptivos no ocasionan daño en la función sexual de las personas. Desde el punto de vista de Salud Sexual y Reproductiva los métodos anticonceptivos favorecen la salud del individuo, de modo que con ellos se evitan los embarazos no deseados así como las enfermedades de transmisión sexual y permiten controlar el número de hijos y la frecuencia con que se desean tener.

Gráfico N° 8. Percepción de género que tienen hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.



Fuente: Tabla N°8

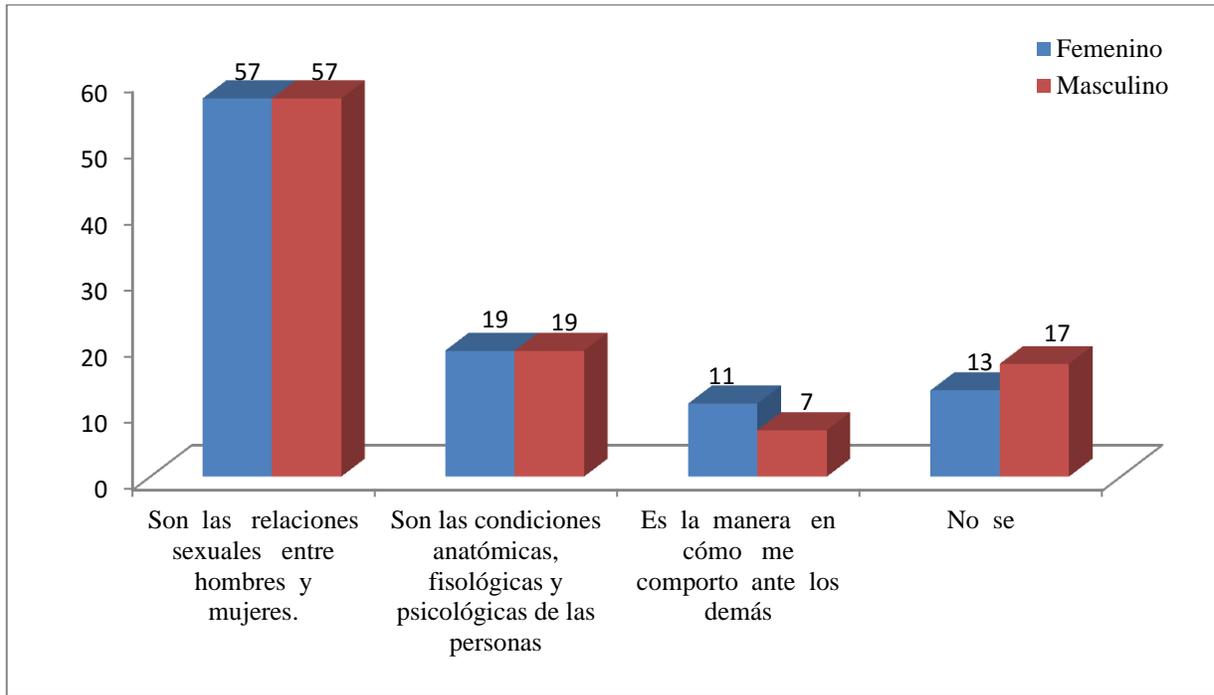
De acuerdo con la tabla “Percepción de Género”, en cuanto a la interrogante ¿Qué es género?, en su mayoría con un 56% de las mujeres y un 54% de los hombres indicaron como respuesta a la interrogante planteada que, “son las características físicas con las que nace cada persona”, sin embargo solo un 31% de las femeninas y un 20% de los masculinos seleccionaron la respuesta correcta “Son las características otorgadas por la sociedad tanto a hombres como mujeres”, mientras tanto un 26% de la población masculina y un 13% de la población femenina marcaron la opción “no sé”.(Ver tabla 8).

Según OMS (2012) el género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos del individuo, pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres, lo que puede favorecer sistemáticamente a uno de los dos grupos.

Se puede decir que la mayor parte de la población estudiada, casi de manera equitativa, no tienen una definición clara de lo que es género, lo que los conlleva a creer que este se refiere a las características físicas con la que nace cada persona y esta

confusión en el individuo puede generar desigualdades que beneficien más a hombres que mujeres. Desde el punto de vista reproductivo, género hace alusión a los comportamientos y los atributos que la sociedad le otorga al individuo considerando que la función de la mujer se basa en los cuidados domésticos y la crianza de los hijos, mientras que la del hombre en el trabajo remunerado y mantenimiento del hogar, lo que significa que el género condiciona las actividades que se realizan como masculino o femenino, de manera que el género además de definir la asignación de papeles define también el tipo de relación que existe entre ambos, el sistema de organización social establece una jerarquía de poder de un género sobre otro, de forma de que aquellos rasgos o actividades asociadas a los hombres gozan de mayor valorización y reconocimiento social frente a las asociaciones de las mujeres que tienen menos valor o carecen de él.

Gráfico N° 9. Percepción de la sexualidad que tienen hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.



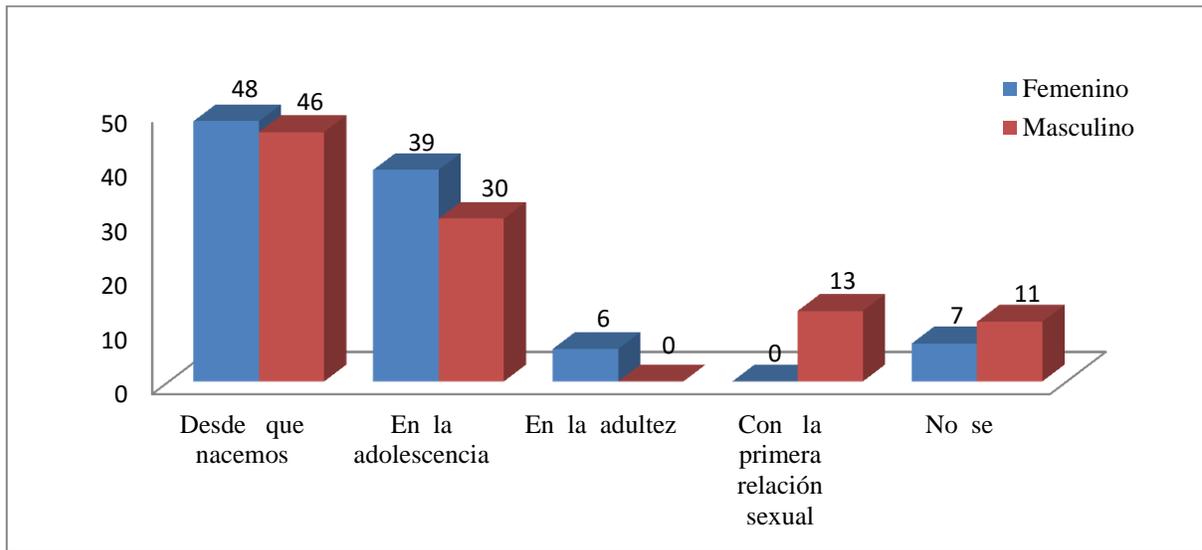
Fuente: Tabla N° 9

De acuerdo con la tabla percepción de la sexualidad, en cuanto a la interrogante ¿Qué es sexualidad?, en su mayoría con porcentajes equitativo de un 57% de hombres y mujeres, indicaron como respuesta a la interrogante planteada, “son las relaciones sexuales entre hombres y mujeres”, de igual manera con porcentajes equitativos de un 19% de los masculinos y las femeninas, seleccionaron la respuesta correcta “son la condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas de las personas”, sin embargo un 11% de la población femenina y un 7% de la población masculina respondieron que, “Es la manera en cómo me comporto ante los demás”, por su parte un 17% de los hombres y un 13 % de las mujeres marcaron la opción “No sé” (Ver tabla 9)

Según la OMS (2012) la sexualidad es el conjunto de las condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas que caracterizan a cada sexo. Además, es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.

Al analizar las respuestas dadas por hombres y mujeres en relación con la teoría, se puede decir que la población no tiene una definición clara de lo que es sexualidad, ya que gran parte de la población brindó una respuesta incorrecta a la interrogante planteada, sin embargo, una minoría de la población con porcentajes iguales en ambos sexos, si conocen la definición de sexualidad. Asimismo, la sexualidad se refiere a las características biológicas, psicológicas que caracterizan a cada sexo y por lo tanto, identifican al individuo como hombre o mujer, forma parte fundamental de la Salud Sexual y Reproductiva, ya que tiene como finalidad el bienestar y no solo la ausencia de las enfermedades si no también tiene que ver con la satisfacción sexual del individuo y sus aspectos relacionados con la reproducción esta abarca el sexo y el género.

Gráfico N°10. Aprendizaje de rol de género que tienen hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.



Fuente: Tabla N° 10

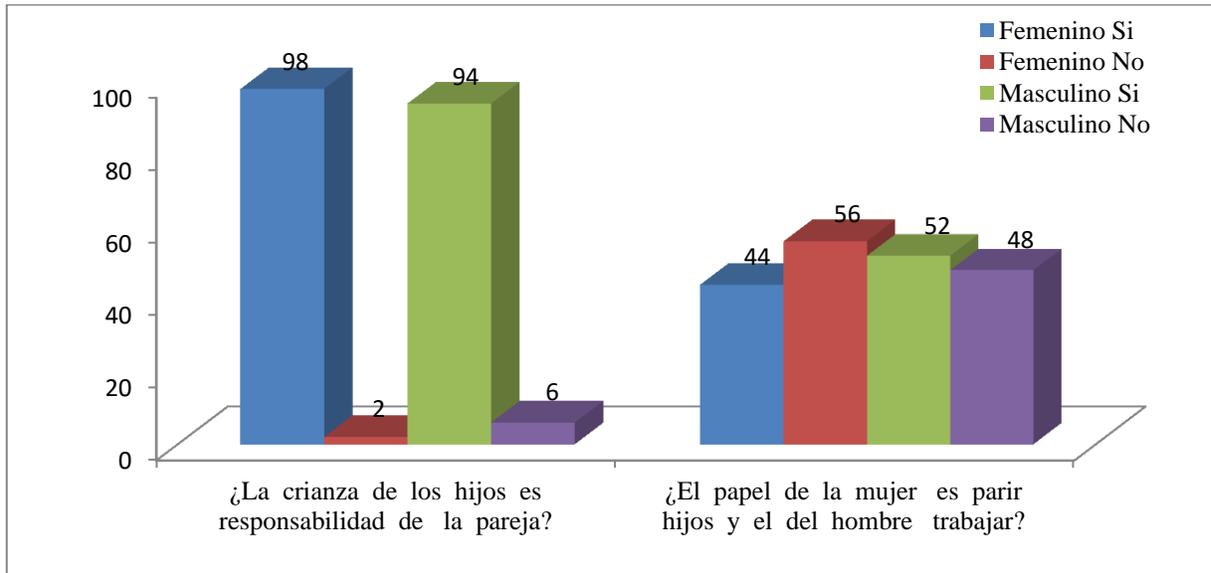
De acuerdo con la tabla correspondiente a: ¿En qué etapa de la vida se aprende el rol de género?, un 48% de las mujeres y un 46% de los hombres indicaron como respuesta correcta a la interrogante planteada, “Desde que nacemos”, por su parte un 39% de la población femenina y un 30% de la población masculina seleccionaron que, “En la adolescencia” y solo un 11% de los masculinos y 7% de las femeninas marcaron “No sé”, sin embargo, un 13% de los hombres indicaron que, “Con la primera relación sexual” y un 6% de las mujeres seleccionaron que, “En la adultez”. (Ver tabla 10)

Según Marengo (2012), el proceso de aprendizaje de género, es decir, de cómo se aprende a ser niño o niña, hombre o mujer, dentro de una cultura y sociedad en que se vive, se han centrado en tres aspectos diferentes, pero al mismo tiempo, interrelacionados entre sí. El primer logro evolutivo que se alcanza en el aprendizaje del rol de género es: El asumir uno u otro rol de género que es influenciado por las familias, ya que desde que el o la bebé nace, les van enseñando qué actividades realizar, con qué juguetes divertirse, el color y el tipo de vestuario, entre otros, según los estereotipos construidos socialmente. El desarrollo del concepto de género que ocurre a partir de los 2 años y medio a los 3 años, donde las niñas y los niños, se auto asignan correctamente a una de las dos categorías, utilizando para ello, atributos externos, como la forma de vestir o de peinarse. Por otra parte, los adultos más

cercanos, progenitores y profesores, ejercen influencia que se utilizan para establecer distinciones ligadas al sexo biológico.

Lo anterior se refleja en los resultados obtenidos , ya que un número significativo de la población conoce que el aprendizaje del rol de género se va dando desde que el ser humano nace, en cambio un número significativo de hombres y mujeres piensan que este se aprende en la adolescencia, cabe destacar que los hombres en proporciones menores piensan que el aprendizaje de rol de género se da con la primera relación sexual, lo que influye con el hecho de manifestar su hombría solo por haber iniciado vida sexual, asimismo las mujeres aunque con porcentajes mínimos, piensan que en la adultez y esto se relaciona a que en esta etapa ya tienen bien definidos la tareas que socialmente deben ejercer por el simple hecho de ser mujer incluyendo la parte sexual y reproductiva.

Gráfico N° 11. Percepción sobre reproducción y género que tienen hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.



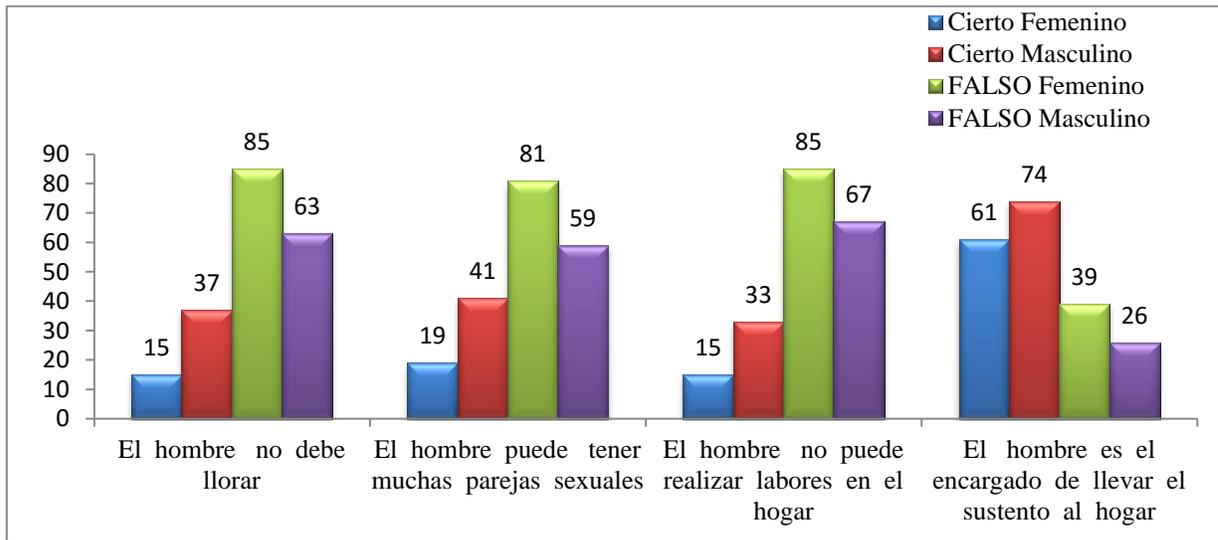
Fuente: Tabla N° 11

De acuerdo con la tabla: Percepción sobre reproducción y género, en su mayoría, predominando el sexo femenino con un 98% seguido del sexo masculino con un 94% quienes consideran que la crianza de los hijos es responsabilidad de la pareja. Sin embargo, un 52% de los hombres y solo un 44% de las mujeres creen que el papel de la mujer es parir y el del hombre trabajar. (Ver tabla 11).

Según Moraga & Zuniga (2014), las mujeres están vinculadas con actividades específicas dentro de la reproducción biológica (parir y criar a las hijas e hijos) y con el mantenimiento diario de la fuerza de trabajo (preparación de alimentos, saneamiento de la vivienda y mantenimiento de sus condiciones de habitabilidad, cuidado y atención emocional a los miembros de la familia). Así pues, desde la perspectiva de género, las mujeres son vistas como procreadoras, ya que son ellas las únicas que paren y, por lo tanto, las que se encargan del cuidado, definiéndose lo femenino como lo maternal y lo doméstico. Lo masculino se contrapone, ya que se identifica con los espacios públicos y es visto como el jefe dominante de la familia.

Por lo anterior se puede decir, que gran parte de la población estudiada piensan que la crianza de los hijos es un tema de responsabilidad compartida que debe ser ejercido por ambos progenitores, sin embargo aunque en proporciones menores, algunos hombres y mujeres piensan que no es así, lo que se relaciona con la teoría antes mencionada. Además gran parte de la población consideran que el papel de la mujer no solo es parir hijos, sino también trabajar. Asimismo, con porcentajes significativos de los masculinos y femeninas creen que el rol de la mujer es parir y es el hombre quien solo debe trabajar y esto permite apreciar como la sociedad influye en cuanto a las asignaciones que el hombre y la mujer debe ejercer, lo que significa que a pesar de las actividades laborales que hoy en día desempeña la mujer, aún hay personas que piensan que ellas solo deben ocuparse de la reproducción humana, sin embargo en la actualidad las mujeres ejecutan tareas que son importante para el desarrollo social de comunidades y naciones, por lo que debe ser vista como un pilar fundamental en la vida laboral y cotidiana.

Gráfico N°12. Percepción sobre estereotipos masculinos que tienen hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.



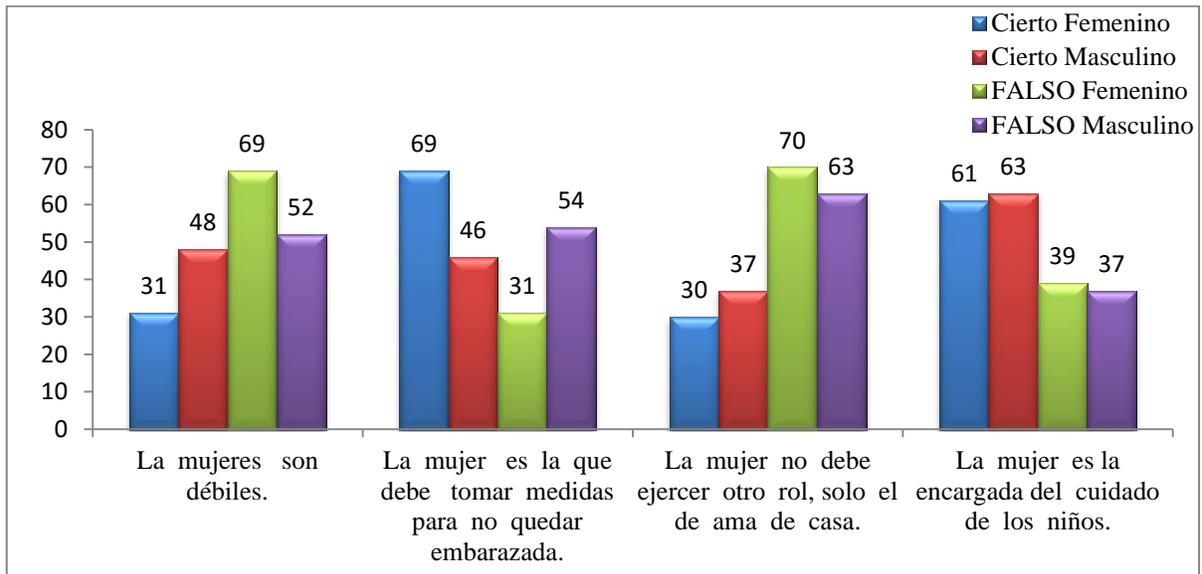
Fuente: Tabla N° 12

De acuerdo con la tabla “Estereotipos masculinos”, con respecto al estereotipo “El hombre no debe llorar”, un 85% de la población femenina y un 63% de la población masculina están en desacuerdo con esta aseveración. En cuanto al estereotipo “El hombre puede tener muchas parejas sexuales”, un 81% de las mujeres y un 59% de los hombres respondieron “Falso”. Por su parte, en el estereotipo “El hombre no puede realizar labores en el hogar” un 85% de las femeninas y un 67% de los masculinos no están de acuerdo con el estereotipo planteado y solo la minoría está de acuerdo con los ítems antes mencionados. Sin embargo, en el estereotipo “El hombre es el encargado de llevar el sustento al hogar” en su mayoría con un 74% de la población masculina y un 61% de la población femenina, están de acuerdo con este estereotipo siendo la minoría los que están en desacuerdo. (Ver tabla 12)

Según Morales (2013), los estereotipos son creencias sobre las características de los roles típicos que los hombres y las mujeres deben tener y desarrollar en una etnia, cultura o en una sociedad. Asimismo, es una preconcepción generalizada, surgida a partir de adscribir a las personas ciertos atributos, características o roles, en razón de su aparente pertenencia a un determinado grupo social. Además, los estereotipos de género sirven para definir metas y expectativas para ambos sexos, marcando una evolución diferente para hombres y mujeres, justificando muchas veces, una discriminación hacia estas últimas.

Por lo anterior, se puede decir que en su mayoría tanto hombres como mujeres no están de acuerdo con los estereotipos masculinos culturalmente establecidos. Sin embargo, ambos grupo de población con porcentajes significativos consideran que solo el hombre debe desempeñar un trabajo remunerado, mientras ellas se encargan de las labores domésticas , lo que muestra que en su mayoría tanto hombres como mujeres tienen una idea machista con respecto al rol que juega la mujer en la sociedad, a pesar que hoy en día la mujer desempeña distintos roles que la han puesto a la par del hombre en los diferentes aspectos laborales y cotidianos.

Gráfico N° 13. Percepción sobre estereotipos femeninos que tienen hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.



Fuente: Tabla N° 13

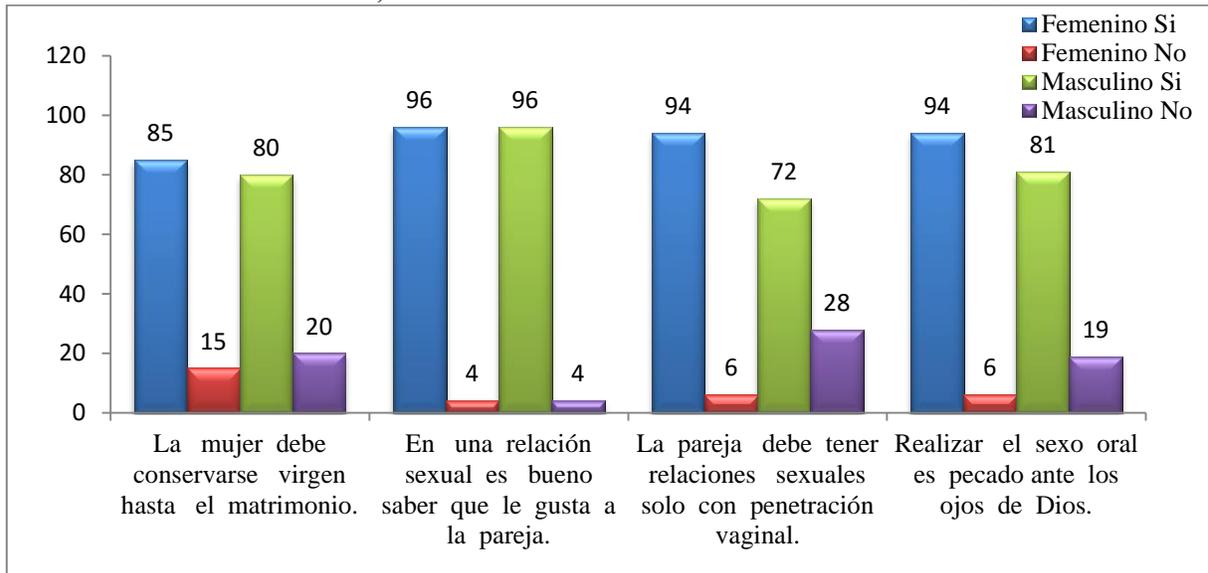
De acuerdo con la tabla “Estereotipos femeninos” en cuanto al estereotipo, “Las mujeres son débiles” un 48% de los hombres y un 31% de las mujeres están de acuerdo con esta aseveración. Con respecto al estereotipo; “ La mujer es la que debe tomar medidas para no quedar embarazada”, un 69% de las mujeres y un 46% de los hombres marcaron “Cierto”, en el estereotipo “La mujer no debe ejercer otro rol solo el de ama de casa”, en su minoría con porcentajes de un 37% de los varones y un 30% de las mujeres, están de acuerdo con el ítems planteado. Sin embargo, en el estereotipo “La mujer es la encargada del cuidado de los hijos, presentan porcentajes casi equitativos con un 63% de los hombres y un 61% de las mujeres que respondieron “Cierto”. (Ver tabla 13).

Según Morales (2013) el ser femenino no delimita que la mujer es débil, ya que la mujer puede desempeñar cargos y realizar actividades que socialmente son definidas para el hombre. Asimismo, el tema de la planificación familiar es un tema de hombres y mujeres, por lo que el hombre también debe tomar medidas para evitar un embarazo. Actualmente, la mujer desempeña diversos cargos que son de mucha importancia para la sociedad y se ha demostrado que la mujer es multitareas y que no

solo es la encargada del cuidado de los hijos, ya que el hombre puede también cuidar de ellos.

Por lo anterior, se puede decir que los estereotipos son afirmaciones creadas socialmente. Estos asignan un rol tanto al hombre como a la mujer y los limitan a realizar diferentes actividades, que independientemente de ser hombre o mujer pueden ser ejercidas por ambos sexos. Al analizar los resultados obtenidos, la mayor parte de la población considera que son las mujeres quienes deben tomar medidas para no embarazarse. Sin embargo, con respecto a la Salud Sexual y Reproductiva la planificación familiar debe ser una responsabilidad compartida, aun y cuando sea un derecho de hombres y mujeres que brinda la capacidad de disfrutar de una vida sexual sana y decidir libremente sobre aspectos reproductivos, persisten creencias y mitos especialmente entre hombres que no permiten ejercer ese derecho a la salud de una manera integral.

Gráfico N° 14. Prácticas sexuales que tienen hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.



Fuente: Tabla N° 14

De acuerdo con la tabla: “Prácticas sexuales”, en su mayoría con porcentajes equitativos de un 96% de hombres y mujeres están de acuerdo con que en una relación sexual es bueno saber lo que le gusta a la pareja. Mientras que un 94% de las femeninas y un 81% de los masculinos consideran que realizar el sexo oral es pecado ante los ojos de Dios, seguido de un 94% de las mujeres y un 72% de los hombres manifiestan que la pareja debe tener relaciones sexuales solo con penetración vaginal, tras un 85% de las mujeres y un 80% de los hombres que consideran que la mujer debe conservarse virgen hasta el matrimonio. (Ver tabla 14).

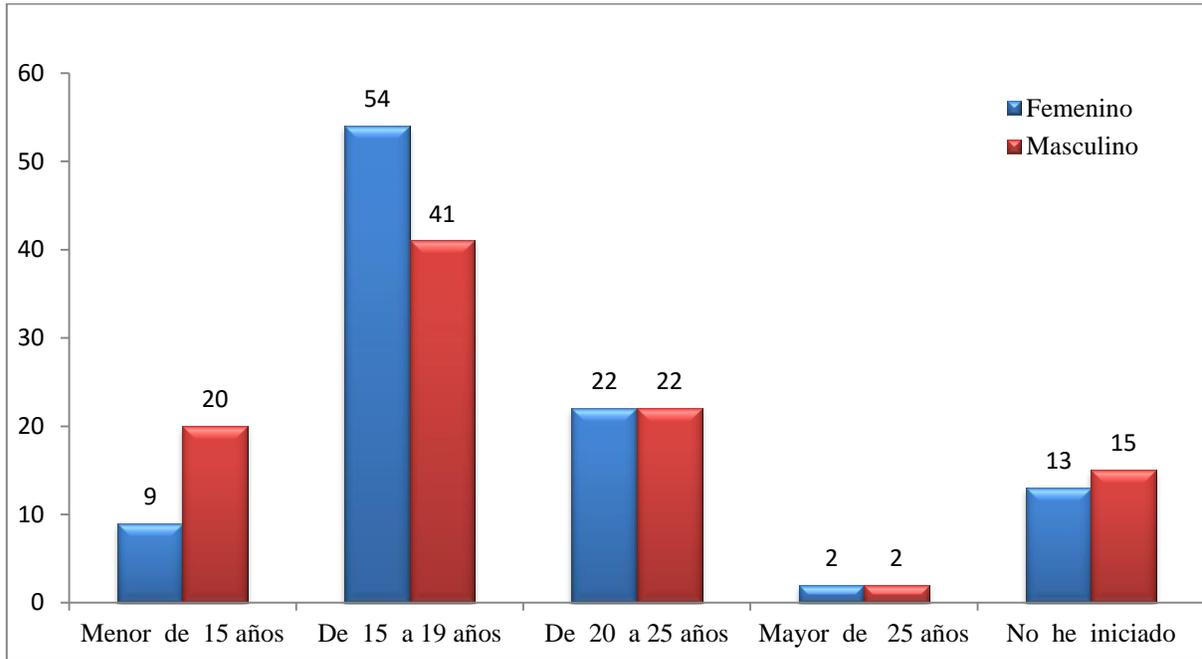
Al relacionar la percepción que tienen los hombres y las mujeres de la comunidad con las prácticas sexuales, se aprecia que es la minoría quienes consideran que el sexo oral no es pecado ante los ojos de Dios, por lo cual es practicado pero en menor proporción, siendo menos practicado por la mujeres que por los hombres. En tanto, una gran mayoría consideran que realizarlo es pecado, por lo cual no es llevado a la práctica, lo que se comprueba con los datos obtenidos en la tabla de prácticas sexuales. Asimismo, la mayoría consideran que el sexo debe ser realizado solo con penetración vaginal, lo que se puede apreciar en la tabla de tipo de prácticas sexuales donde el sexo oral y sexo anal son realizadas en menor proporción, por lo que se

puede observar como las percepciones que tienen las personas influyen en las prácticas sexuales que realizan.

La OMS (2011), define las prácticas sexuales como: un aspecto central del ser humano, a lo largo de su vida. Abarca al sexo, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual, por lo cual se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas y prácticas.

Se puede decir, que gran parte de hombres y mujeres están conscientes de que en una relación sexual es bueno saber los que le gusta a la pareja, relacionándose con la teoría donde se afirma que este es un aspecto central del ser humano. Por otra parte, con porcentajes mayoritarios de la población consideran que las relaciones sexuales deben ser únicamente con penetración vaginal. Asimismo, gran parte de hombres y mujeres consideran que realizar el sexo oral es pecado ante los ojos de Dios y que la mujer debe conservarse virgen hasta el matrimonio, es importante mencionar que cada quien tiene derecho a disfrutar de las relaciones sexuales libremente y como mejor le parezca. Sin embargo, no se debe obviar que las prácticas sexuales se deben realizar de manera responsable, para disfrutar de una vida sexual activa sin riesgos y evitar complicaciones en la salud.

Gráfico N° 15. Inicio de vida sexual relacionada con edad de inicio de vida sexual de hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.



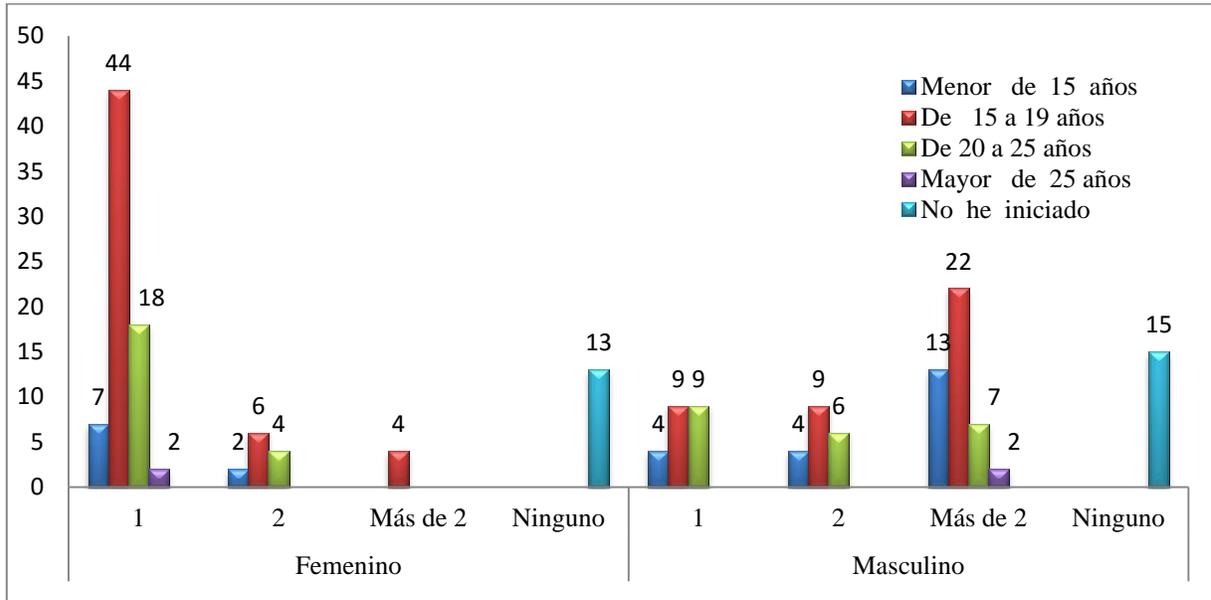
Fuente: Tabla N° 15

De acuerdo con la tabla “Inicio de vida sexual relacionada con edad de inicio de vida sexual”, en su mayoría con un 54% de las femeninas y un 41% de los masculinos, iniciaron su vida sexual de 15 a 19 años, siguiendo con un 22% de manera equitativa para hombres y mujeres que dieron inicio su vida sexual en las edades de 20 a 25 años. Por su parte, un 20% de la población masculina iniciaron su vida sexual menor de 15 años, no así las mujeres que presentan proporciones menores del 9% en este rango de edades. Con respecto a inicio de vida sexual mayor de 25 años, tanto hombres como mujeres presentan proporciones equitativas de un 2%. Cabe destacar, que en su minoría la población estudiada no ha iniciado vida sexual, teniendo mayor proporción los hombres con un 15% que las mujeres con un 13%. (Ver tabla15).

Según Ortiz (2011) Los hombres inician antes que las mujeres la actividad sexual, dado a la edad promedio que es de 15 años, esta iniciación sexual a temprana edad representa un factor de riesgo para la salud de los jóvenes, pues ante la falta de educación preventiva, estos pueden contraer enfermedades de transmisión sexual como el VIH o incluso los embarazos tempranos.

Lo anterior se refleja en los datos presentados, ya que son los hombres quienes iniciaron más tempranamente su vida sexual, sin embargo las mujeres presentan porcentajes significativos en el inicio temprano de sus relaciones sexuales y en general, esto son factores considerables que influyen en la Salud Sexual y Reproductiva, debido a que el individuo está más propenso a adquirir enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, ya que a menor edad de inicio de vida sexual activa, mayor número de compañeros sexuales y por lo tanto mayores riesgos para la salud de las personas.

Gráfico N° 16. Inicio de vida sexual con el número de compañeros sexuales que han tenido hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.



Fuente: Tabla N° 16

De acuerdo con la tabla “Edad de inicio de vida sexual relacionada con número de compañeros sexuales”, en lo que respecta a la edad de 15 a 19 años, representada por el 54% de la población femenina, el 44% han tenido solo 1 compañero sexual, el 6% han tenido 2 compañeros sexuales y el 4% más de 2 compañeros sexuales. Sin embargo, la población masculina dentro de este rango de edades está representada por el 40% , donde un 22% han tenido más de 2 compañeros sexuales, y de manera equitativa con un 9% han tenido 1 y 2 compañeros sexuales.

En lo que respecta al inicio de vida sexual de 20 a 25 años, está representado de manera equitativa por un 22% de las femeninas y los masculinos, donde en el caso de las femeninas el 18% ha tenido un compañero sexual y el 4% han tenido 2, a diferencia de los masculinos con un 9% que han tenido 1 compañera sexual, un 7% más de 2 y un 6% han tenido 2 compañeras sexuales.

Para el inicio de vida sexual correspondiente a la edad menor de 15 años, está representada por un 21% de la población masculina, donde el 13% han tenido más de 2 compañeras sexuales y de manera equitativa con un 4% que han tenido 1 compañera

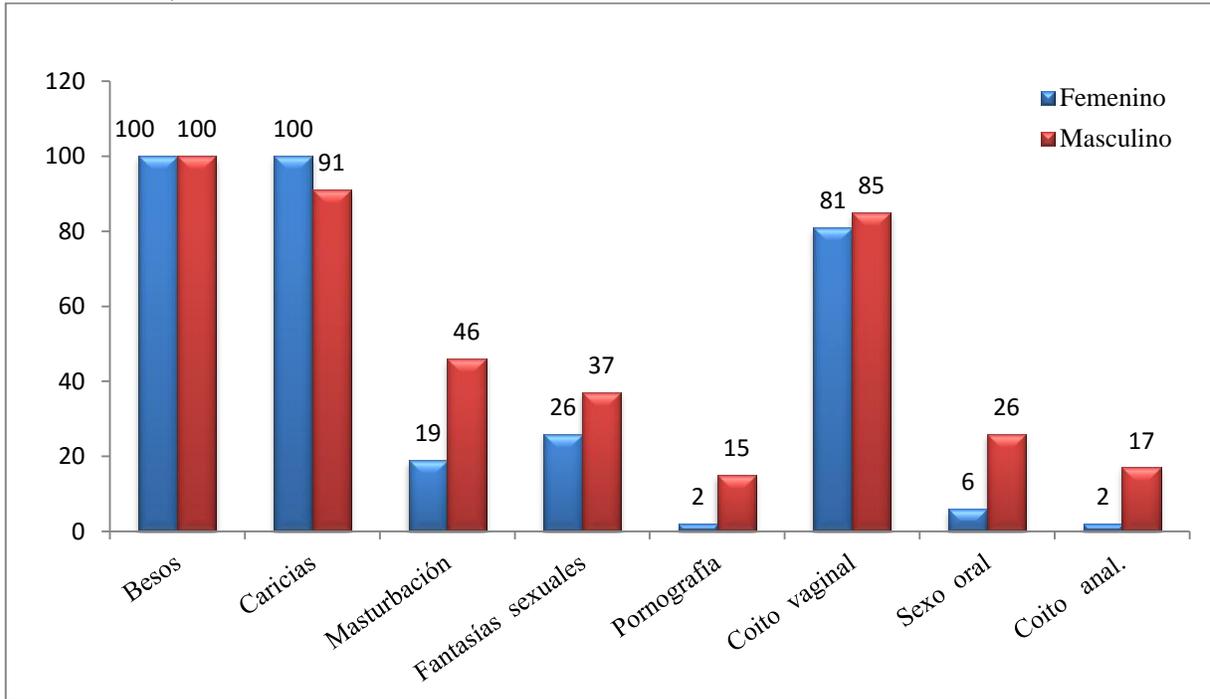
sexual y un 4% que han tenido 2 compañeras sexuales, no así en las femeninas representadas por un 9%, donde el 7% ha tenido un compañero sexual y el 2% han tenido 2 compañeros sexuales.

En el inicio de vida sexual mayor de 25 años, de manera equitativa está representada por el 2% de los hombres y mujeres. Sin embargo, el 28% de la población estudiada no ha iniciado vida sexual correspondiendo el 15% a los masculinos y el 13% a las femeninas. (Ver tabla 16).

López (2012) manifiesta que un individuo que ha tenido múltiples parejas sexuales está expuesto a grandes problemas de salud asociados al No uso del preservativo. Además, el comienzo sexual es una etapa muy importante y fundamental donde los jóvenes se plantean muchas interrogantes donde la edad modal para la iniciación sexual es de 14 a 15 años, sin embargo cuando se habla de números de compañeros sexuales asegura que la mayoría de los hombres por machismo, piensan que entre más compañeras sexuales más hombría para ellos, sin tener en cuenta que mayor es la probabilidad de adquirir enfermedades de transmisión sexual.

Por lo anterior se puede decir, que las personas que tienen contacto sexual con varios individuos y sin protección, aumenta considerablemente la posibilidad de contagiarse y propagar alguna enfermedad de transmisión sexual o embarazos no deseados. Cabe destacar, que en el estudio realizado son los hombres quienes inician más tempranamente su vida sexual y en general los más promiscuos a diferencia de las mujeres que experimentan su vida sexual de 15 a 19 años de edad y se mantienen con el mismo compañero sexual, pero a pesar de tener únicamente un compañero sexual no utilizan protección lo que los expone a riesgos considerables para su salud.

Gráfico N° 17. Tipo de prácticas sexuales de hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.



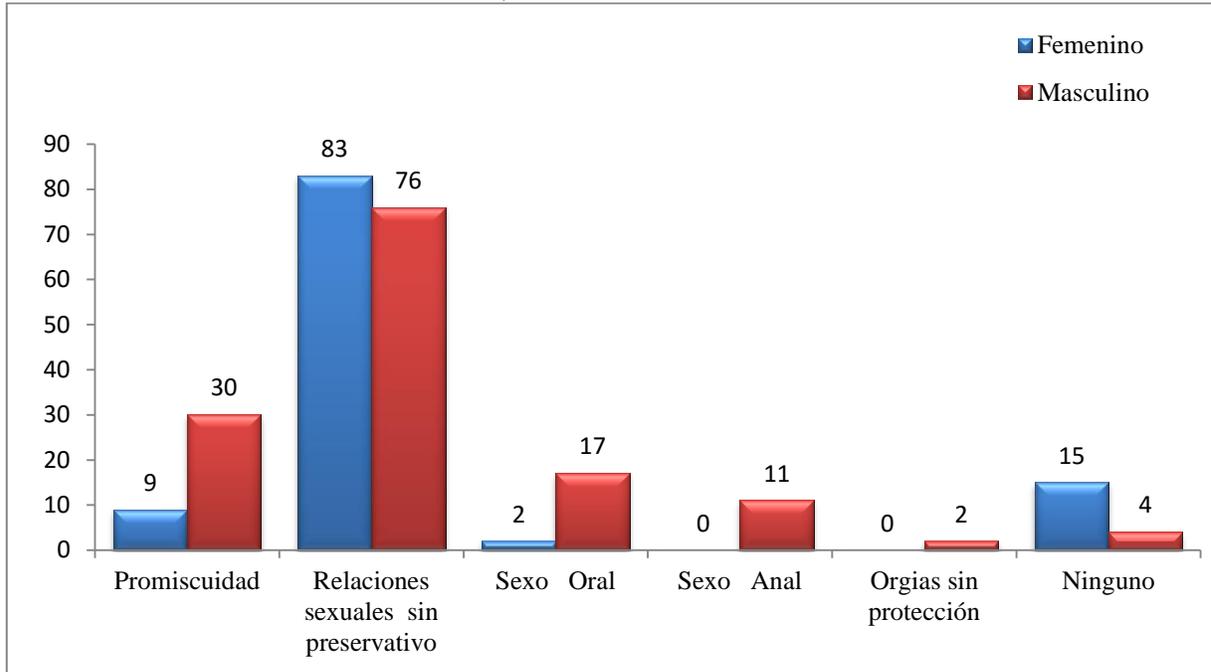
Fuente: Tabla N°17

De acuerdo con la tabla “Tipos de prácticas sexuales” con porcentajes equitativos del 100% de los hombres y mujeres practican los besos, seguido de las caricias practicadas por el 100% de las mujeres y un 91% de los hombres, tras un 85% de los masculinos y un 81% de las femeninas quienes practican el coito vaginal. Mientras que la masturbación, la practican más hombres con porcentajes de un 46% que las mujeres con un porcentaje del 19%, con respecto a las fantasías sexuales, la practican un 37% de la población masculina y un 26% de la población femenina, sin embargo el sexo oral, coito anal y la pornografía presentan porcentajes menores que van desde un 2% a un 26%, siendo más practicada por los hombres. (Ver tabla 17).

Según Rubio (2012) Las prácticas sexuales son en general los actos o acciones, que una persona (hombre o mujer) realiza en busca de placer físico. Estos actos pueden realizarse solos o acompañados de una o más personas de cualquiera de los dos sexos se caracterizan por la estimulación de las zonas genitales (la pelvis, el pene y sus alrededores). Así como también la vagina, los labios internos y externos, el clítoris. Por lo tanto, suele haber penetración, ya sea vaginal, anal u oral, aunque también se puede practicar la masturbación y pornografía.

Con respecto a la participación que tiene la población se observa, que un gran porcentaje de estos experimentan más de una práctica sexual siendo la pornografía, la masturbación, el sexo oral, sexo anal y las fantasías sexuales las que presentan menor proporción. Es importante destacar que a lo largo de la vida empiezan a desarrollarse relaciones humanas las cuales van evolucionando con el tiempo, la atracción física, el amor, el reconocimiento de las cualidades, la tolerancia y el impulso sexual pueden llevar a algunas parejas a una mayor intimidad en la entrega que puede culminar en un acto sexual, sin embargo hay situaciones, hábitos y costumbres que predisponen a las parejas a tener un riesgo de adquirir una enfermedad (ITS), es por ello de mucha importancia el medir riesgos al momento que cada persona se expone ante un encuentro sexual.

Gráfico N° 18. Tipo de prácticas sexuales de riesgo que realizan hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.



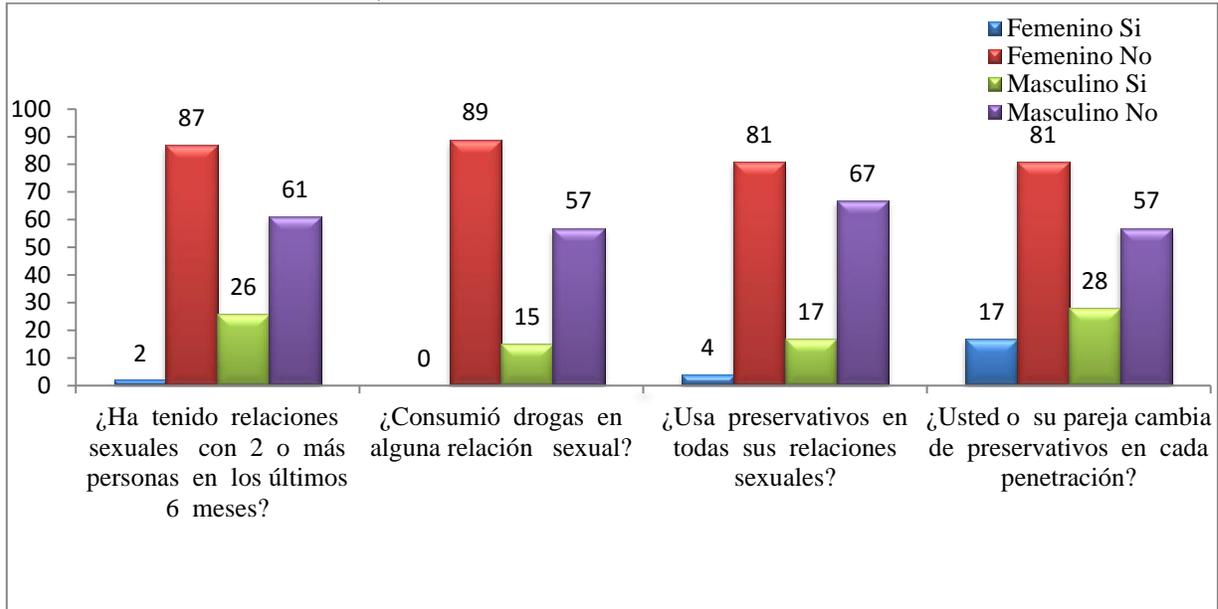
Fuente: Tabla N°18

De acuerdo con la tabla: “Tipo de prácticas sexuales de riesgo” la mayor parte de la población con un 83% de las mujeres y un 76% de los hombres no usan preservativos en su relaciones sexuales, a pesar de que un 30% de los masculinos y un 9% de las femeninas son promiscuos, seguido del sexo oral que es realizado por un 17% de la población masculina, a diferencia de la población femenina que presenta porcentajes menores del 2%, de igual forma el sexo anal y las orgias, solo son practicados por los masculinos, el sexo anal con un porcentaje del 11% y las orgias con un 2% de los varones, sin embargo el 15% de las mujeres y el 4% de los hombres no realizan ninguna de las prácticas sexuales de riesgos mencionadas. (Ver tabla 17).

Según Domínguez (2014) Las prácticas de riesgos pueden entenderse como la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o la de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el SIDA. Las relaciones vaginales o rectales sin protección, son prácticas de alto riesgo. El VIH también puede ingresar por el pene, especialmente cuando entra en contacto con sangre o fluidos vaginales.

Lo anterior se refleja con las prácticas sexuales de hombres y mujeres estudiados, ya que practican con mayor proporción las relaciones sexuales vaginales sin preservativos, de igual manera las promiscuidad, sexo oral, sexo anal y las orgias son practicadas por ambos sexo, aunque en menor proporción, siendo más utilizada por el sexo masculino, por lo que están más expuesto a adquirir enfermedades de transmisión sexual y por lo tanto a ser transmitida si no se protegen, ya que el preservativo, es el único método que evita las ITS. Desde el punto de vista de la Salud Sexual y Reproductiva, es importante que los individuos conozcan de la educación de comportamientos sexuales más seguros, esta educación requiere de información precisa, planificación anterior, y comunicación óptima entre las parejas, así como el uso del condón en las relaciones sexuales evitando todas aquellas prácticas que representen un riesgo en la salud de las personas. Con tales medidas, las parejas pueden disfrutar de los placeres de una relación sexual segura y libre de riesgos.

Gráfico N°19. Prácticas sexuales de riesgo de hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.



Fuente: Tabla N° 19

De acuerdo con la tabla “Prácticas sexuales de riesgo”, en su mayoría con un 26% de los masculinos y un 2% de las femeninas ha tenido relaciones sexuales con 2 o más personas en los últimos 6 meses, seguido de un 15% de los hombres quienes han consumido drogas en alguna relación sexual, tras un 17% de la población masculina y el 4% de la población femenina que no usan preservativos en todas sus relaciones sexuales. Por su parte, el 28% de los hombres y el 17% de las mujeres refieren no cambiar de preservativos por cada penetración. (Ver tabla 19)

Según un estudio de la Universidad de Duke realizado por Carvajal (2011) reveló que el 31% de las mujeres de Estados Unidos, de entre 20 y 30 años, han tenido sexo sin protección al menos en una ocasión. En este estudio las mujeres refirieron “honestamente, no nos gustan los condones”. Esto evidencia el poco uso del condón en las relaciones sexuales. De igual forma, la promiscuidad que es donde se tiene contacto sexual con varios individuos abarca dos factores: la realización de contacto sexual con varios individuos, y la realización de conductas sin protección, ya que esta práctica sexual actualmente está siendo adoptada por muchos individuos, los cuales no toman conciencia de los riesgos a los que se exponen.

Lo anterior, se refleja en los resultados obtenidos que aunque la mayor parte de la población no practica conductas sexuales de riesgo hay una minoría que si las practica tomando en cuenta que algunos encuentros sexuales en las personas están mediados por el alcohol o drogas, lo que aumenta considerablemente la posibilidad de contagiarse y propagar alguna enfermedad de transmisión sexual o embarazos no deseados. Cabe destacar que son los hombres que con mayor frecuencia realizan prácticas sexuales de riesgos, lo que evidencia la poca consciencia que se tienen ante las relaciones sexuales seguras y libres de riesgos y esto significa, que es necesario que tanto hombres como mujeres se involucren en mejorar y sobre todo cuidar de su Salud Sexual y Reproductiva, que permita gozar de una sexualidad sin riesgos ni complicaciones, evitando todos aquellos factores agravantes para las ITS entre ellos el uso de drogas y alcohol en las relaciones sexuales, ya que un individuo que utiliza estas sustancias no tendrá cuidado de protegerse con el preservativo para evitar daños en la salud propia, ni la de la pareja.

Conclusiones

1. Con respecto a las características sociodemográficas que tiene la población estudiada de la comunidad “El Charco”, se observó que la mayoría de los hombres son solteros, mientras que la mayor parte de las mujeres tienen un estado civil de casada estable. Asimismo, es notorio identificar que la mayoría de los hombres tienen una escolaridad de secundaria incompleta, a diferencia de la mayoría de las mujeres que han logrado culminar su secundaria y en el ámbito laboral se desempeña gran parte de la población masculina como agricultores y las femeninas como ama de casa, por lo que cuentan con un ingreso económico bajo.
2. En cuanto a los conocimientos sobre métodos anticonceptivos, la mayor parte de los hombres y las mujeres conocen la definición de anticoncepción y que el condón es el único método que evita las ITS. Asimismo, la mayor parte de las mujeres son las que tienen más conocimientos sobre la T de cobre en cuanto al tiempo de efectividad y si esta produce o no enfermedad. Además, gran parte de los hombres y las mujeres conocen que la vasectomía y la oclusión tubárica no interfieren con la satisfacción sexual. Por otro lado, la mayor parte de la población no conocen: la manera en que actúan las pastillas anticonceptivas en el organismo de la mujer, ni que el condón no interfiere con las relaciones sexuales, ni disminuye el deseo sexual.
3. A lo que se refiere la percepción del rol de género que influye en la sexualidad, en su mayoría, los hombres y las mujeres saben que el rol de género se aprende desde el nacimiento y que la crianza de los hijos es responsabilidad de la pareja. Asimismo, la mayor parte de los hombres consideran que ellos son los encargados de llevar el sustento al hogar y que la función de la mujer es únicamente parir. Sin embargo, las mujeres en su mayoría consideran que su papel no solo radica en parir hijos, sino también en trabajar, pero que ellas son las que deben tomar medidas para no quedar embarazadas.
4. Con respecto a las prácticas sexuales de hombres y mujeres de la comunidad El Charco, los masculinos practican con mayor proporción los besos, las caricias, el coito vaginal y la masturbación. Mientras tanto las mujeres practican más los besos, las caricias y el coito vaginal. Es importante destacar, que dentro de las prácticas sexuales de riesgos tanto hombres como mujeres en su mayoría practican las relaciones sexuales sin preservativos. Sin embargo, la promiscuidad, el sexo oral, el sexo anal y las orgias son más practicadas por los hombres que por las mujeres.

5. El plan educativo fue elaborado con la finalidad de reforzar los conocimientos y corregir las debilidades identificadas mediante los resultados obtenidos en la investigación, de manera que los pobladores de la comunidad El Charco, Santa Rosa del Peñón –León puedan gozar y disfrutar de una Salud Sexual y Reproductiva satisfactoria y libre de riesgos. En él se abordaron temáticas de interés como: generalidades de la Salud Sexual y Reproductiva, planificación familiar, género y sexualidad y prácticas sexuales de riesgo. Es importante destacar que una vez elaborado este plan se le facilitó al líder comunitario para su debida ejecución por parte de una Licenciada en enfermería que forma parte de la junta directiva de la comunidad.

Recomendaciones

Al líder de la comunidad El Charco, Santa Rosa del Peñón – León:

- A ejecutar el plan educativo que se le facilitó a fin de corregir debilidades y reforzar los conocimientos de la población.
- A organizar con el personal de salud de la comunidad, talleres basados en temas de Salud Sexual y Reproductiva.

A los habitantes de la comunidad:

- A que se involucren en las actividades que ejecutarán los miembros de la junta directiva de la comunidad.
- A poner en práctica los conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva que se les proporciona, que reproduzcan la información y a la vez ejerzan individualmente prácticas sexuales de manera responsable, experimentadas en el transcurso de sus vidas.

A las autoridades del Instituto Politécnico de la Salud:

- A que sigan promoviendo en los estudiantes la realización de nuevas investigaciones a fin de adquirir habilidades y destrezas en su formación como profesional.
- A que continúen fomentando en los estudiantes la participación en capacitaciones con diferentes organizaciones que proporcionen conocimientos sobre la temática de la Salud Sexual y Reproductiva, lo que sirve de ayuda para que estos los pongan en práctica y reproduzcan la información con amigos, familiares y sociedad en general.

Bibliografía

- Blackburn, R., & Hatcher, R. (2011). *Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva*. Estados Unidos: Universidad de Johns Hopkins.
- Cárdenas, L. P. (2013). *Estado civil*. Uruguay: Olmer S.A.
- Carvajal, P. H. (2011). *Prácticas sexuales*. Recuperado el 26 de mayo del 2016 de: http://www.elmundo.es/america/2010/10/04/estados_unidos/1286224433.html
- Castro, A. P. (2011). La educación base en la materia. *Educación en Nicaragua*, 20 - 30.
- Domínguez, G. A. (2014). *Consejos para la prevención de las ETS y SIDA*. Barceló: Medicina clínica suplemento 1.
- Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud. (2011). *Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censo*. Nicaragua: INEC.
- Ezcurrea, F. M. (2012). *Salud Sexual y Reproductiva*. Managua: El documento.
- Fernández, F. M. (2011). *Formación sexual*. España: Madrid.
- Ferreray, M. L. (2011). *Identidad de género*. Identidad - género y sexual: Recuperado el 25 de mayo del 2016. de: https://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/santayana/temario_desa_social/tema4.pdf
- Freud, S. (2011). *El descubrimiento de la sexualidad*. Londres: ALIANZA EDITORIAL.
- Gallardo, F. L. (2011). *Formación sexual afectiva*. España, Màlaga: CINCO.
- García, L. L. (2011). *Asalto al poder en el porno, apropiación y narraciones pornográficas*. Madrid España: Cepal.
- Garrido, S. F. (2011). Prácticas sexuales de chicos y chicas. *Prácticas sexuales*, 51-59.
- Guzmán, M. H. (2012). *Roles sexuales, de género y poder*. Recuperado el 23 de mayo del 2016 de: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/chile/08141.pdf>
- Hernández R., Fernández C., & Baptista L. (2014). *Metodología de la investigación*. Perú: Punta santa Fe 6ta Edición.
- Herrera, M., Valladares, M., & Molina, J. (2011). *Cuidados de la Salud Sexual y Reproductiva enmarcados en la comunidad*. Managua: CIES-UNAN.
- Juárez, A. D. (2011). Características sociodemográficas y de salud. Recuperado el 24 de mayo del 2016 de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832006000200008
- Lario, R. R. (2012). *Género y sexualidad*. Recuperado el 24 de mayo del 2016 de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000124.pdf>
- López, J. P. (2012). La promiscuidad en la adolescencia. *Qué es la promiscuidad*, 13-24.

- López, J. J. (2011). *Relaciones coitales y percepción de riesgo*. Recuperado el 24 de mayo del 2016 de: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd1346.pdf>
- Marenco, M. D. (2012). *Roles de género*. Aprendizaje de rol de Género Recuperado el 26 de mayo del 2016:
http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/proyecto_nahiko_formacion/eu_de_f/adjuntos/ANGELES%20ESPINOSA%20La%20construcci%C3%B3n%20del%20g%C3%A9ne
- Martinez, H. J. (2012). Prácticas sexuales de chicos y chicas. *Prácticas sexuales*, 51-59.
- Mazarrasa, P. P. (2011). *Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado el 25 de mayo del 2016 de:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5_presentacion_ResultadosENSS_16dic09.pdf
- Ministerio de salud (2008). *002-Norma y protocolo de planificación familiar*. Managua.: MINISTERIO DE SALUD.
- Monroy, S. M. (2012). *Salud reproductiva y religión*. Recuperado el 24 de mayo del 2016 de:
http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/Religion_y_salud_reproductiva_encrucijadas_conflictos.pdf
- Montoya, P. E. (2012). *Encuesta CEPAL. Prácticas sexuales de hombres y mujeres*. Managua: Eduvisión.
- Moraga, L., & Zuniga, P. (2014). *Reproducción y género*. La mujer y la reproducción. Recuperado el 23 de mayo del 2016 de:
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100893.pdf
- Morales, S. B. (2013). *La sociedad frente a los estereotipos*. Colombia: Las brisas.
- Océano. (2012). Diccionario enciclopédico. En C. Gispert, *Océano uno color* (pág. 1313). República de Argentina: MMI OCÉANO GRUPO EDITORIAL, S.A.
- OMS. (2011). *La Biblioteca de la Salud Reproductiva de la OMS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2013). *Participación del hombre en la Salud Sexual Reproductiva*. Managua: MINSA
- Ortíz, F. I. (2011). *Demografía*. Poblaciones en salud. Recuperado el 23 de mayo del 2016 de:
<http://www.eurosur.org/FLACSO/mujeres/nicaragua/demo.htm>
- Piura, J. (2011). *Introducción a la metodología de investigación científica*. Nicaragua: Publicación científica del centro de investigación y estudios de la salud. 4ta Edición.
- Quiroz, F. Z. (2013). *Módulo de enfermería de la mujer*. Managua: Unan - Managua.
- Rademakers, N. D. (2011). *Cambiar la conducta sexual de los jóvenes*. Colombia: Ponencias.

- Real Academia Española. (2011). *Definición de procedencia*. Recuperado el 24 de mayo del 2016 de: <http://definicion.de/procedencia/>
- Ramos, A. E. (2011). *Prácticas sexuales en la población*. España: Fe de esperanza.
- Ramos, B. G. (2012). *Un encuentro con el placer La masturbación*. Madrid: Complejo gráfico.
- Rodríguez, P., Castañeda, O., & Rodríguez, R. (2013). *Necesidades de abordaje de los estudios de la Salud Sexual y Reproductiva en el hombre*. Recuperado el 25 de mayo del 2016 de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_sup_13/spu051113.htm
- Rubio, A. A. (2012). *Introducción al estudio de la sexualidad, Antología de la sexualidad humana*. México Conapo.: 2da edición.
- Sánchez, A., & Canales, R. (2013). *Salud Sexual y Reproductiva de los estudiantes de la carrera de Enfermería Materno Infantil*. Managua: UNAN - Managua.
- Solórzano, G. K. (2011). *El rol de género*. Cartagena: Colombia S.A.
- Soto, V. G. (2011). *Factores asociados al no uso de condón*. Recuperado el 24 de mayo del 2016 de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832006000200008
- Torres, A. B. (2011). *Hablemos de sexo*. Chile, Santiago: Santiago.
- UNFPA. (2012). Importancia de actuar de manera sostenida y armonizada en Nicaragua. *Serie Aportes para Políticas Públicas en Asuntos de Población*, 1 - 9.
- UNICEF. (2010). El joven y su época de oportunidades. *Proyecto joven amigo*, 50.
- Uría, R., & González, M. (2012). *Factores psicosociales*. Recuperado el 24 de mayo del 2016 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252005000500009&script=sci_arttext

Ancos

Bosquejo

1. Características sociodemográfica de la población

- 1.1. Definición de características sociodemográficas.
- 1.2. Edad y Salud Sexual Reproductiva.
- 1.3. Sexo y Salud Sexual Reproductiva.
- 1.4. Escolaridad y Salud Sexual Reproductiva.
- 1.5. Procedencia y Salud Sexual Reproductiva.
- 1.6. Estado civil y Salud Sexual Reproductiva.
- 1.7. Ocupación y Salud Sexual Reproductiva.
- 1.8. Nivel económico y Salud Sexual Reproductiva.
- 1.9. Religión y Salud Sexual Reproductiva.

2. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos

- 2.1. Anticoncepción.
 - 2.1.1. Definición de anticoncepción.
- 2.2. Clasificación de métodos anticonceptivos.
 - 2.2.1. Hormonales.
 - 2.2.1.1. Orales
 - 2.2.1.2. Inyectables
 - 2.2.2. De barrera.
 - 2.2.2.1. Preservativo.
 - 2.2.3. Mecánico.
 - 2.2.3.1. Diu.
 - 2.2.4. Permanentes.
 - 2.2.4.1. Oclusión Tubárica Bilateral.
 - 2.2.4.2. Vasectomía
- 2.2.1. Definición.
- 2.2.2. Ventajas y desventajas.
- 2.2.3. Efectividad.
- 2.2.4. Mecanismo de acción.

3. Percepción de rol de género que influyen en la sexualidad.

- 3.1. Género y sexualidad
 - 3.1.1. Definición de género y sexualidad.
 - 3.1.2. Relación de rol de género y sexualidad.
 - 3.1.3. Diferencia entre identidad de género e identidad sexual.
- 3.2. Aprendizaje de rol de género.
 - 3.2.1. ¿En qué etapa del desarrollo humano se aprende el rol de género?
- 3.3. Reproducción y género.
 - 3.3.1. Relación entre reproducción y género.

- 3.4. Estereotipos de género.
 - 3.4.1. Estereotipos masculinos.
 - 3.4.2. Estereotipos femeninos.

4. Prácticas sexuales de hombres y mujeres de la comunidad

- 4.1. Definición de prácticas sexuales.
- 4.2. Percepciones y valores sobre las prácticas sexuales.
- 4.3. Tipos y definición de las prácticas sexuales.
 - 4.3.1. Los besos.
 - 4.3.2. Las caricias.
 - 4.3.3. La masturbación
 - 4.3.4. Fantasías sexuales
 - 4.3.5. La pornografía
 - 4.3.6. Coito vaginal.
 - 4.3.7. Sexo oral.
 - 4.3.8. Coito anal.
- 4.4. Prácticas sexuales de riesgo.
 - 4.4.1. Definición de prácticas sexuales de riesgo.
 - 4.4.2. Tipo y definición de prácticas sexuales de riesgo.
 - 4.4.2.1. Promiscuidad.
 - 4.4.2.2. Relaciones sexuales sin preservativos.
 - 4.4.2.3. Sexo oral
 - 4.4.2.4. Sexo anal
 - 4.4.2.5. Orgías sin protección (sexo en grupo sin protección)

CRONOGRAMA I SEMESTRE

No	Actividades	Marzo	Abril	Mayo	Junio
1	Orientaciones generales de protocolo.	10/03/2016			
2	Presentación de posibles temas de investigación	17/03/2016			
3	Delimitación del tema	28/03/2016			
4	Delimitar aspectos importantes del tema investigado		04/04/2016		
5	Investigación acerca del tema		05/04/2016		
6	Elaboración de variables		11/04/2016		
7	Revisión de variables por tutora		14/04/2016		
8	Elaboración de bosquejo		21/04/2016		
9	Elaboración de objetivo general y específicos		24/04/2016		
10	Revisión de bosquejo por tutora		25/04/2016		
11	Revisión de objetivo general y objetivos específicos		25/04/2016		
12	Consulta de libros, documentos y páginas de internet		27/04/2016		
13	Elaboración de marco teórico			11/05/2016	
14	Elaboración de diseño metodológico			16/05/2016	
15	Elaboración de operacionalización de variables e instrumento				01/06/2016
16	Tutoría				06/06/2016
17	Entrega de borrador				14/06/2016
18	Entrega final				22/06/2016
19	Defensa de protocolo				27/06/2016

CRONOGRAMA II SEMESTRE

No	Actividades	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero
1	Entrega de protocolo con las correcciones	09/08/2016					
2	Tutoría	11/08/2016					
3	Entrega del documento para correcciones	17/08/2016					
4	Entrega de resumen	19/08/2016					
5	Entrega de los 4 borradores (3 jueces y 1 institucional)	22/08/2016					
6	Entrega de protocolo a los jueces para revisión	23/08/2016					
7	Revisión de documentos por los expertos	31/08/2016					
8	Realización de pilotaje		03/09/2016				
9	Trabajo de grupo para corrección del protocolo		01/09/2016				
10	Entrega final		19/09/2016				
11	Defensa de protocolo para JUDC		29/09/2016				
12	Llenado de instrumento (Guía de encuesta)			15,16,17/2016			
13	Tutoría			19/10/2016			
14	Realización de tablas simples y asociadas			21/10/2016			
15	Procesamiento de la información			25,26,/2016			
16	Realización de graficas de barras			28/10/2016			
17	Realización de análisis de tablas				2,3,4/2016		
18	Discusión de los resultados				8,9,10/2016		
19	Conclusiones				20/11/2016		
20	Recomendaciones				20/11/2016		
21	Entrega de borrador				25/11/2016		
22	Entrega de seminario de graduación					09/12/2016	
23	Pre defensa						02/02/2017
24	Defensa						07/02/2017
25	Entrega de documentos empastados						15/03/2017

PRESUPUESTO I SEMESTRE					
No	Actividades	Cantidad	Costo Unitario	Costo total en córdobas	Costo total en dólares
1	Taype	1	20	C\$20	U\$ 0.69
2	Papelógrafo	10	5	C\$50	U\$ 1.74
3	Libreta	1	30	C\$30	U\$1.04
4	Uso de internet	100 horas	20	C\$2,000	U\$67
5	Levantado de texto	150	10	C\$1,500	U\$50
6	Impresiones	1000	1c/u	C\$1000	U\$33.33
7	Fotocopia	150	0.50 centavos	C\$70	U\$2.33
8	Encolochado	2	30	C\$60	U\$2
9	Comidas	100	70	C\$7000	U\$23.33
10	Pasajes	270	900	C\$2,700	U\$94.07
PRESUPUESTO II SEMESTRE					
11	Lapiceros	4	5	C\$20	U\$ 0.69
12	Papelógrafo	5	5	C\$25	U\$
13	Libreta	1	30	C\$30	U\$1.04
14	Uso de internet	200horas	20	C\$4,000	U\$133.33
15	Levantado de texto	200	10	C\$2,000	U\$67
16	Impresiones	1000	1c/u	C\$1000	U\$33.33
17	Fotocopia	150	0.50 centavos	C\$70	U\$2.33
18	Encolochado	3	50	C\$150	U\$5
19	Comidas	100	70	C\$7000	U\$23.33
20	Pasajes	270	900	C\$2,700	U\$94.07
21	Impresión y Encolochado para defensa	3	400	C\$1,200	U\$40
22	Impresión de trabajo final	3	400	C\$1,200	U\$40
23	empastados	3	600	C\$1,800	U\$60
24			TOTAL	C\$35,645	U\$1,187.5

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua
UNAN-Managua
Instituto Politécnico de la Salud
“Luis Felipe Moncada”
Departamento de Enfermería



Guía de encuesta aplicada a hombres y mujeres de la comunidad El Charco, Santa Rosa del Peñón – León.

Estimados (a) pobladores de la comunidad El Charco, la presente encuesta tiene como objetivo identificar las características sociodemográficas, conocimientos, percepción y prácticas que tienen sobre la Salud Sexual y Reproductiva. Le pedimos que conteste con veracidad, no es necesario que escriba su nombre. Cabe destacar que la información brindada será confidencial y con fines educativos.

Gracias por su cooperación.

I. Datos generales

Fecha: _____ **Número de encuesta** _____ **Hora** _____

Encuestador (a) _____ **Clave** _____

A continuación se presenta una serie de preguntas las cuales deberá contestar según convenga.

II. Características sociodemográficas de la población.

Marque con una X en las casillas según le correspondan

Edad

20-35

36-40

Sexo

Masculino

Femenino

Procedencia

Área rural

Área urbana

Escolaridad

Analfabeto

Primaria completa

Primaria incompleta

Secundaria completa

Secundaria incompleta

Universitario

Universidad incompleta

Otra _____

Estado civil

- Soltero
- Casado estable
- Casado inestable
- Unión estable
- Unión inestable

Nivel económico

- Alto** Mayor de 15,000 Córdobas.
- Intermedio** De 5,000 a 15,000 Córdobas
- Bajo** Menor de 5,000 córdobas

Ocupación

- Agricultor
- Ganadero
- Minero
- Comerciante
- Ama de casa
- Trabajador del estado
- Otra _____

Religión

- Católica
- Adventista
- Evangélica
- Otra _____

III. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos.

Encierre en un círculo la letra de la respuesta que usted considere correcta.

- **¿Qué es la anticoncepción?**
 - A) Es el uso de cualquier método para evitar un embarazo.
 - B) Es la ausencia de la menstruación en dos meses seguidos.
 - C) Es la unión del óvulo con el espermatozoide.
 - D) No se

- **¿De qué manera impiden las pastillas anticonceptivas un embarazo?**
 - A) Actúan evitando que el óvulo salga del ovario.
 - B) Cierran el cuello de la matriz para que no entren espermatozoide.
 - C) Destruye los espermatozoides al entrar a la vagina.
 - D) No sé.

Marque con una X en la opción que usted considere para cada una de las preguntas	Si	No
-¿El condón hace que el hombre sienta menos deseo?		
-¿El condón es el único método que evita las infecciones que se transmiten a través de las relaciones sexuales?		
-¿La T de cobre o aparato tiene una efectividad máxima de 10 años?		
-¿La T de cobre o aparato produce enfermedad?		
-¿La operación masculina o vasectomía impide la erección del hombre?		
-¿La operación femenina u oclusión tubárica disminuye el deseo sexual de la mujer?		

IV. Percepción del rol de género que influyen en la sexualidad.

Encierre en un círculo la letra de la respuesta que usted considere correcta.

- **¿Qué es género?**
 - A) Son las características físicas con los que nace cada persona.
 - B) Son las características otorgadas por la sociedad tanto a hombres y mujeres.
 - C) No se

- **¿Qué es sexualidad?**
 - A) Son las relaciones sexuales entre hombres y mujeres.
 - B) Son las condiciones anatómicas fisiológicas y psicológicas que tienen las personas.
 - C) Es la manera en cómo me comporto ante los demás
 - D) No se

¿En qué etapa de la vida se aprende el rol de género?

- A) Desde que nacemos.
- B) En la adolescencia
- C) En la adultez.
- D) Con la primera relación sexual
- E) No sé

Marque con una X en la opción que usted considere para cada una de las preguntas

Reproducción y género	Si	No
• ¿La crianza de los hijos es responsabilidad de la pareja?		
• ¿El papel de la mujer es parir hijos y el del hombre trabajar?		

Estereotipos masculinos	Cierto	Falso
• El hombre no debe llorar.		
• El hombre puede tener muchas parejas sexuales.		
• El hombre no puede realizar labores en el hogar		
• El hombre es el encargado de llevar el sustento al hogar		
Estereotipos femeninos	Cierto	Falso
• La mujeres son débiles		
• La mujer es la que debe tomar medidas para no quedar embarazada		
• La mujer no debe ejercer otro rol, solo el de ama de casa.		
• La mujer es la encargada del cuidado de los niños.		

V. Prácticas sexuales de hombres y mujeres de la comunidad.	Si	No
• La mujer debe conservarse virgen hasta el matrimonio		
• En una relación sexual es bueno saber que le gusta a la pareja.		
• La pareja debe tener relaciones sexuales solo con penetración vaginal.		
• Realizar el sexo oral es pecado ante los ojos de Dios.		

Tipos de prácticas sexuales

- **¿Ya inició vida sexual?**

Marque con una X

Si	
No	

- **¿A qué edad dio inicio su vida sexual?**

- A) Menor de 15 años
- B) De 15 a 19 años
- C) De 20 a 25 años
- D) Mayor de 25 años
- E) No he iniciado

- **¿Qué tipos de prácticas sexuales usa? Puede marcar varias opciones.**

Besos	
Caricias	
Masturbación	
Fantasías sexuales	
Pornografía	
Coito vaginal	
Sexo oral	
Coito anal.	

- **¿Número de compañeros (as) sexuales que ha tenido?**
 - A) 1
 - B) 2
 - C) Más de 2
 - D) Ninguno

**Si ya inició vida sexual conteste lo siguiente
Prácticas sexuales de riesgos.**

¿Qué tipo de prácticas sexuales de riesgo realiza?

Puede encerrar varias opciones.

- A) Promiscuidad (relaciones sexuales con 2 o más personas)
- B) Relaciones sexuales sin preservativo
- C) Sexo Oral
- D) Sexo anal
- E) Orgias sin protección (relaciones sexuales en grupo sin protección)
- F) Ninguno

Marque con una x	Si	No
¿Ha tenido relaciones sexuales con 2 o más personas en los últimos 6 meses?		
¿Consumió drogas en alguna relación sexual?		
¿Usa preservativos en todas sus relaciones sexuales?		
¿Usted o su pareja cambia de preservativos en cada penetración?		

Tabla N° 1

Edad relacionada con el estado civil de hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.

Estado civil	Edad									
	20 -35				36 - 40				Total	
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero	14	26	25	46	0	0	2	4	41	38
Casado estable	15	27	9	17	8	15	6	10	38	35
Unión estable	9	17	9	17	8	15	3	6	29	27
Total	38	70	43	80	16	30	11	20	108	100

Fuente: Encuesta a hombres y mujeres

Tabla N° 2

Escolaridad relacionada con la procedencia de hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.

Escolaridad	Procedencia			
	Área rural			
	Femenino		Masculino	
	N°	%	N°	%
Analfabeto	0	0	0	0
Primaria completa	3	6	7	13
Primaria incompleta	13	24	8	15
Secundaria completa	13	24	14	26
Secundaria incompleta	11	20	17	31
Universitario	9	17	4	7
Universidad incompleta	0	0	2	4
Otra	5	9	2	4
Total	54	100	54	100

Fuente: Encuesta a hombres y mujeres

Tabla N° 3

Ocupación relacionada con el nivel económico de hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.

Ocupación	Nivel económico									
	Intermedio				Bajo				Total	
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Agricultor	0	0	1	2	0	0	15	27	16	15
Ganadero	0	0	1	2	0	0	4	7	5	5
Minero	0	0	1	2	0	0	5	9	6	6
Comerciante	0	0	2	4	0	0	2	4	4	4
Ama de casa	11	20	0	0	32	60	0	0	43	40
Trabajador de estado	4	7	9	17	2	4	3	6	18	17
Otra	0	0	6	11	5	9	5	9	16	15
Total	15	27	20	38	39	73	34	62	108	100

Fuente: Encuesta a hombres y mujeres.

Tabla N° 4

Religión que tienen hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.

Religión	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
	Católica	26	48	20	37	46
Adventista	21	39	16	30	37	34
Evangélica	1	2	4	7	5	5
Otra	6	11	14	26	20	19
Total	54	100	54	100	108	100

Fuente: Encuesta a hombres y mujeres.

Tabla N° 5

Conocimientos sobre la definición de anticoncepción que tienen hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.

¿Qué es anticoncepción?	Femenino		Masculino	
	N°	%	N°	%
Es el uso de cualquier método para evitar un embarazo	40	74	27	50
Es la ausencia de la menstruación en dos meses seguidos	3	6	1	2
Es la unión del óvulo con el espermatozoide.	4	7	7	13
No se	7	13	19	35

Fuente: Encuesta a hombres y mujeres.

Tabla N° 6

Conocimientos sobre el mecanismo de acción de las pastillas anticonceptivas que tienen hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.

¿De qué manera impiden las pastillas anticonceptivas un embarazo?	Femenino		Masculino	
	N°	%	N°	%
Actúan evitando que el ovulo salga del ovario.	9	8	7	6
Cierran el cuello de la matriz para que no entren espermatozoides	8	7	11	10
Destruyen los espermatozoides al entrar a la vagina.	17	16	20	19
No se	20	19	16	15

Fuente: Encuesta a hombres y mujeres.

Tabla N° 7

Conocimientos sobre el condón, DIU, vasectomía y oclusión tubárica que tienen hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.

Métodos anticonceptivos	Femenino				Masculino			
	Sí		No		Sí		No	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
¿El condón hace que el hombre sienta menos deseo?	33	61	21	39	45	83	9	17
¿El condón es el único método que evita las infecciones que se transmiten a través de las relaciones sexuales?	54	100	0	0	44	81	10	19
¿La T de cobre o aparato tiene una efectividad máxima de 10 años?	42	78	12	22	25	46	29	54
¿La T de cobre o aparato produce enfermedad?	24	44	30	56	34	63	20	37
¿La operación masculina o vasectomía impide la erección del hombre?	11	20	43	80	17	31	37	69
¿La operación femenina u oclusión tubárica disminuye el deseo sexual de la mujer?	12	22	42	78	18	33	36	67

Fuente: Encuesta a hombres y mujeres

Tabla N° 8

Percepción de género que tienen hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.

¿Qué es Género?	Femenino		Masculino	
	N°	%	N°	%
Son las características físicas con los que nace cada persona.	30	56	29	54
Son las características otorgadas por la sociedad tanto a hombres y mujeres	17	31	11	20
No se	7	13	14	26

Fuente: Encuesta a hombres y mujeres.

Tabla N° 9

Percepción de la sexualidad que tienen hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.

¿Qué es Sexualidad?	Femenino		Masculino	
	N°	%	N°	%
Son las relaciones sexuales entre hombres y mujeres.	31	57	31	57
Son las condiciones anatómicas fisiológicas y psicológicas de las personas.	10	19	10	19
Es la manera en cómo me comporto ante los demás	6	11	4	7
No se	7	13	9	17

Fuente: Encuesta a hombres y mujeres.

Tabla N° 10

Aprendizaje de rol de género que tienen hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.

¿En qué etapa de la vida se aprende el rol de género?	Femenino		Masculino	
	N°	%	N°	%
Desde que nacemos.	26	48	25	46
En la adolescencia	21	39	16	30
En la adultez.	3	6	0	0
Con la primera relación sexual	0	0	7	13
No se	4	7	6	11

Fuente: Encuesta a hombres y mujeres.

Tabla N° 11

Percepción sobre reproducción y género que tienen hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.

Percepción sobre reproducción y género	Femenino				Masculino			
	Sí		No		Sí		No	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
¿La crianza de los hijos es responsabilidad de la pareja?	53	98	1	2	51	94	4	6
¿El papel de la mujer es parir hijos y el del hombre trabajar?	24	44	30	56	28	52	26	48

Fuente: Encuesta a hombres y mujeres.

Tabla N° 12

Percepción sobre estereotipos masculinos que tienen hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.

Estereotipos masculinos	Cierto				Falso			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
El hombre no debe llorar.	8	15	20	37	46	85	34	63
El hombre puede tener muchas parejas sexuales.	10	19	22	41	44	81	32	59
El hombre no puede realizar labores en el hogar	8	15	18	33	46	85	36	67
El hombre es el encargado de llevar el sustento al hogar	33	61	40	74	21	39	14	26

Fuente: Encuesta a hombres y mujeres

Tabla N° 13

Percepción sobre estereotipos femeninos que tienen hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.

Estereotipos femeninos	Cierto				Falso			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
La mujeres son débiles	17	31	26	48	37	69	28	52
La mujer es la que debe tomar medidas para no quedar embarazada	37	69	25	46	17	31	29	54
La mujer no debe ejercer otro rol, solo el de ama de casa.	16	30	20	37	38	70	34	63
La mujer es la encargada del cuidado de los niños.	33	61	34	63	21	39	20	37

Fuente: Encuesta a hombres y mujeres

Tabla N° 14

Prácticas sexuales que tienen hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.

Prácticas sexuales	Femenino				Masculino			
	Sí		No		Sí		No	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
La mujer debe conservarse virgen hasta el matrimonio	46	85	8	15	43	80	11	20
En una relación sexual es bueno saber que le gusta a la pareja.	52	96	2	4	52	96	2	4
La pareja debe tener relaciones sexuales solo con penetración vaginal.	51	94	3	6	39	72	15	28
Realizar el sexo oral es pecado ante los ojos de Dios.	51	94	3	6	44	81	10	19

Fuente: Encuesta a hombres y mujeres

Tabla N° 15

Inicio de vida sexual relacionada con edad de inicio de vida sexual de hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.

¿A qué edad dio inicio su vida sexual?	¿Ya inició vida sexual?			
	Femenino		Masculino	
	N°	%	N°	%
Menor de 15 años	5	9	11	20
De 15 a 19 años	29	54	22	41
De 20 a 25 años	12	22	12	22
Mayor de 25 años	1	2	1	2
No he iniciado	7	7	8	15

Fuente: Encuesta a hombres y mujeres

Tabla N° 16

Inicio de vida sexual con el número de compañeros sexuales que han tenido hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.

¿A qué edad dio inicio su vida sexual?	¿Número de compañeros sexuales que ha tenido?															
	Femenino				Masculino											
	1		2		Más de 2		Ninguno		1		2		Más de 2		Ninguno	
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Menor de 15 años	4	7	1	2	0	0	0	0	2	4	2	4	7	13	0	0
De 15 a 19 años	24	44	3	6	2	4	0	0	5	9	5	9	12	22	0	0
De 20 a 25 años	10	18	2	4	0	0	0	0	5	9	3	6	4	7	0	0
Mayor de 25 años	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0
No he iniciado	0	0	0	0	0	0	7	13	0	0	0	0	0	0	8	15

Fuente: Encuesta a hombres y mujeres.

Tabla N° 17

Tipo de prácticas sexuales de hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.

¿Qué tipo de prácticas sexuales usa?	Femenino		Masculino	
	N°	%	N°	%
Besos	54	100	54	100
Caricias	54	100	49	91
Masturbación	10	19	25	46
Fantasías sexuales	14	26	20	37
Pornografía	1	2	8	15
Coito vaginal	47	81	46	85
Sexo oral	3	6	14	26
Coito anal	1	2	9	17

Fuente: Encuesta a hombres y mujeres

Tabla N° 18

Tipo de prácticas sexuales de riesgo que realizan hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.

¿Qué tipo de prácticas sexuales de riesgo realiza?	Femenino		Masculino	
	N°	%	N°	%
Promiscuidad (relaciones sexuales con 2 o más personas)	5	9	16	30
Relaciones sexuales sin preservativo	45	83	41	76
Sexo Oral	1	2	9	17
Sexo anal	0	0	6	11
Orgias sin protección (Relaciones sexuales en grupo sin protección)	0	0	1	2
Ninguno	8	15	2	4

Fuente: Encuesta a hombres y mujeres.

Tabla N° 19

Prácticas sexuales de riesgo de hombres y mujeres de la comunidad “El Charco”, Santa Rosa del Peñón –León. II semestre 2016.

Prácticas sexuales de riesgo	Femenino				Masculino			
	Sí		No		Sí		No	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
¿Ha tenido relaciones sexuales con 2 o más personas en los últimos 6 meses?	1	2	47	87	14	26	33	61
¿Consumió drogas en alguna relación sexual?	0	0	48	89	8	15	31	57
¿Usa preservativos en todas sus relaciones sexuales?	2	4	44	81	9	17	36	67
¿Usted o su pareja cambia de preservativos en cada penetración?	9	17	44	81	15	28	31	57

Fuente: Encuesta a hombres y mujeres.

Plan educativo para los habitantes de la comunidad “El Charco” Santa Rosa del Peñón – León

Contenido	Objetivo	Actividades	Tiempo	Recursos	Formas de evaluación
<p><u>Salud Sexual y Reproductiva (SSRR)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Que es Salud Sexual y Reproductiva • Cuál es su importancia 	<p>Determinar el concepto de Salud Sexual Reproductiva y su importancia mediante la discusión de los temas asignados.</p>	<p align="center">Actividad de inicio</p> <p>Saludo y presentación de los participantes</p>	<p>2 horas</p>	<p>Papelógrafo, marcadores, imágenes ilustradas sobre el tema, hojas blancas.</p>	<p>Explorar los conocimientos previos de los participantes, mediante la lluvia de ideas, asimismo valorar durante el transcurso de la capacitación la participación activa de los pobladores y al finalizar la capacitación identificar los conocimientos que adquirieron por medio de preguntas dirigidas.</p>
		<p align="center">Actividades de desarrollo</p> <p>-Realizar una lluvia de ideas para construir el concepto de SSRR</p> <p>-Explicar el concepto de SSRR y su importancia</p> <p>-Asignar un tema para ser discutido en grupo y que puedan expresarlo por medio de un dibujo.</p> <p>Tema 1. Derechos sexuales y reproductivos</p> <p>Tema 2. ¿Qué implica la SSR?</p> <p>Tema 3. Beneficios de la SSR</p> <p>-Realizar debate sobre el tema asignado</p> <p>-Realizar dinámica (papa caliente)</p>			
		<p align="center">Actividades de conclusión</p> <p>-Aclarar dudas sobre el tema corrigiendo errores y concluir el tema.</p>			
<p><u>Género y sexualidad</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Que es sexualidad -Que es género -Que es el rol de género -En qué etapa de la vida se aprende el rol de género -Estereotipos 	<p>Explicar los conceptos de género y sexualidad, así como las etapas de la vida en que se aprende el rol de género.</p>	<p align="center">Actividades de inicio</p> <p>Saludo y presentación de los temas a abordar.</p> <p>Resumen del tema anterior.</p>	<p>3 horas</p>	<p>Papelógrafo, marcadores, hojas blancas e imágenes ilustrativas.</p>	<p>Evaluar los conocimientos adquiridos por los participantes en la capacitación.</p>
		<p align="center">Actividades de desarrollo</p> <p>-Explicar los conceptos de género y sexualidad.</p> <p>-Diferenciar género y sexualidad.</p> <p>-Definir en qué consiste el rol de género y en qué etapa de la vida se aprende</p>			
		<p align="center">Actividades de conclusión</p> <p>Realizar una dramatización donde se exprese el rol de género y los estereotipos</p> <p>Concluir el tema</p> <p>Realizar preguntas</p> <p>Aclarar dudas</p>			

<p><u>Prácticas sexuales</u> -Que son las prácticas sexuales -Cuáles son los tipos de prácticas sexuales Prácticas sexuales de riesgo -Definición -Cuáles son las prácticas sexuales de riesgo -Cuáles son las consecuencias.</p>	<p>Describir el concepto y los tipos de prácticas sexuales, tomando en cuenta aquellas que representan un riesgo para la población.</p>	<p>Actividades de inicio Saludo y presentación de los temas a abordar.</p> <hr/> <p>Actividades de desarrollo -Explicar concepto de prácticas sexuales -Describir cuales son las prácticas sexuales que se utilizan en las relaciones sexuales. -Definir que son prácticas sexuales de riesgo -Conocer los tipos de prácticas sexuales de riesgo -Identificar las consecuencias de las prácticas sexuales de riesgo -Mostrar imágenes ilustrativas sobre las repercusiones de realizar prácticas sexuales de riesgo Realizar preguntas sobre los temas. Pedir aportes sobre los temas abordados</p> <hr/> <p>Actividades de conclusión -En grupo, realizar un resumen sobre lo aprendido acerca de los temas. -Aclarar dudas sobre los temas</p>	<p>2 horas</p>	<p>Papelógrafo, marcadores, hojas blancas e imágenes ilustrativas.</p>	<p>Se evaluará el conocimiento de cada uno de los participantes mediante la participación activa.</p>
<p><u>Métodos anticonceptivos (MAC)</u> -Definición -Importancia -Métodos disponibles -Ventajas y desventajas</p>	<p>Dar a conocer la definición, importancia, ventajas, desventajas de los diferentes métodos anticonceptivos disponibles en las unidades de salud.</p>	<p>Actividades de inicio -Dar a conocer los temas -Saludo y presentación</p> <hr/> <p>Actividades de desarrollo -Realizar lluvia de ideas para definir que son los MAC -Mostrar participación activa por los participantes. -Conocer la importancia de los MAC -Conocer lo MAC que se ofertan en las unidades de salud -Mostrar imágenes ilustrativas de los MAC -Dar a conocer las ventajas y desventajas de los MAC -Realizar exposiciones sobre el tema -Realizar preguntas y respuestas sobre los temas.</p> <hr/> <p>Actividades de conclusión -Aclarar dudas -Realizar preguntas al lazar -Corregir errores -Pedir que señalen los MAC disponibles en las imágenes.</p>	<p>2 horas</p>	<p>Papelógrafo, marcadores, hojas blancas, imágenes ilustrativas y revistas ilustrativas sobre los MAC.</p>	<p>La evaluación se hará mediante las preguntas que se realizaran durante y después de la capacitación.</p>

Evidencias

Municipio Santa Rosa del Peñón



Entregando y explicando al líder comunitario el documento investigativo



Encuestado



De camino hacia la comunidad



Encuestada

