

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 EN OBSTETRICIA Y
PERINATOLOGÍA**

TEMA:

Salud Sexual y Reproductiva

SUB-TEMA:

**Conocimientos de prácticas sexuales y prácticas de métodos anticonceptivos en
estudiantes de décimo y undécimo grado en el Colegio San Francisco Xavier de
Mateare en el II Semestre del 2016.**

Autores: Br. Carol Inés Canales Gutiérrez

Br. Byron Gabriel López Méndez

Br. Débora del Socorro Fletes Rugama

Tutora: Msc. Ivette Pérez Guerrero

Managua Nicaragua, 03 de marzo de 2017

Contenido

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTOS	II
VALORACIÓN DOCENTE.....	III
RESUMEN.....	IV
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	1
ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	6
DISEÑO METODOLÓGICO	8
MARCO TEÓRICO.....	27
ANÁLISIS DE DATOS	87
CONCLUSIONES	122
RECOMENDACIONES	123
BIBLIOGRAFÍA.....	124
ANEXOS.....	127

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios, quien fue nuestro principal guía en todo el proceso de elaboración de este Seminario de Graduación, por habernos dado sabiduría, fuerza e inteligencia para lograr cumplir los objetivos de este trabajo.

A nuestros padres y familiares quienes nos apoyaron en cada paso desde el inicio de nuestra carrera hasta el día de hoy.

A nuestros maestros por habernos instruido, por habernos brindado sus conocimientos a través de la enseñanza con mucha dedicación y por facilitarnos las herramientas necesarias para seguir este nuevo camino como profesionales.

Autores: Br. Carol Inés Canales Gutiérrez

Br. Byron Gabriel López Méndez

Br. Débora del Socorro Fletes Rugama

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios, por permitirnos coronar nuestra carrera y habernos brindado sabiduría y perseverancia día a día.

A nuestros padres por haber creído en nosotros fielmente y habernos apoyado hasta este momento tan importante en nuestras vidas.

A nuestra tutora Msc. Ivette Pérez Guerrero, por habernos guiado y orientado durante todo el proceso de realización del seminario.

A la Ing. Glaucia Nohelia Vivas López, por habernos brindado su dedicación y apoyo incondicional para concluir este trabajo.

A las autoridades educativas del Colegio San Francisco Xavier de Mateare y de igual manera al estudiantado que participó y nos permitieron llevar a cabo nuestra investigación para poder hacer realidad este seminario de graduación.

Autores: Br. Carol Inés Canales Gutiérrez

Br. Byron Gabriel López Méndez

Br. Débora del Socorro Fletes Rugama



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD
LUIS FELIPE MONCADA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

AVAL PARA ENTREGA DE EJEMPLARES DE SEMINARIO DE GRADUACIÓN

Considerando que se han integrado las recomendaciones emitidas por el Honorable Jurado Calificador en la presentación y defensa de Seminario de Graduación. Se extiende el presente AVAL, que les acredita para la entrega de los 3 ejemplares finales empastados al Departamento de Enfermería.

CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA CON ORIENTACIÓN EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA

Tema: Salud sexual y Reproductiva

Subtema: Conocimientos de prácticas sexuales y prácticas de métodos anticonceptivos en estudiantes de décimo y undécimo grado en el Colegio San Francisco Xavier de Mateare en el II Semestre del 2016.

Autores: Bra. Carol Inés Canales Gutiérrez.
Bra. Byron Gabriel López Méndez.
Bra. Débora del Socorro Fletes Rugama.

Tutora: Msc. Ivette Pérez Guerrero

Sin más a que hacer referencia.

Dado en la Ciudad de Managua, a los 03 días del mes de Marzo del 2016.

Resumen

La sexualidad se encuentra presente durante toda la existencia humana, pero en la adolescencia se vive y se manifiesta de manera diferente a como se expresa en otras etapas de la vida. Es por ello que la presente investigación está dirigida a la población de 64 estudiantes que cursan décimo y undécimo grado, que tiene como finalidad analizar los diferentes conocimientos sobre prácticas sexuales y los conocimientos de métodos anticonceptivos que los estudiantes poseen. El tipo de estudio prospectivo, cuantitativo, de corte transversal, y descriptivo, se hizo uso de la (encuesta) como instrumento de recolección de datos . Se realizó un pre-test y pos-test, donde se obtuvieron los datos sobre las características sociodemográfica encontrando el 67% sexo femenino y el 33% sexo masculino del universo a estudio, siendo el mayor porcentaje el sexo femenino, en conocimientos sobre prácticas sexuales y conocimientos de métodos anticonceptivos el 63% de mujeres y el 33% de hombres que dominan el concepto de masturbación y el 67% de las mujeres y el 33% de los hombres dominan el concepto de coito vaginal, el 42% tienen conocimientos de métodos anticonceptivos, el 63% de las mujeres y el 28% de los hombres ya iniciaron una vida sexual, entre las prácticas sexuales que más experimentan son el coito vaginal, fantasía sexual y la masturbación. Se le recomienda a la institución establecer en su plan didáctico una materia en donde se hable a profundidad de temas de salud sexual y reproductiva.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad se encuentra presente durante toda la existencia humana, pero en la adolescencia se vive y se manifiesta de manera diferente a como se expresa en otras etapas de vida, en este periodo surgen sensaciones e impulsos de tipo sexual que se encuentran relacionados con los cambios biológicos que enfrentan todos y todas las adolescentes. Los cambios hormonales en esta etapa provocan que se tengan deseos y fantasías eróticas que se quiera sentir placer físico a través del propio cuerpo y del cuerpo de otros, especialmente de la persona de agrado.

Los conocimientos sobre prácticas sexuales son importantes ya que en esta etapa de la adolescencia pueden verse más expuestos a experimentar prácticas sexuales de forma inadecuada e irresponsable, así como conocimientos de los distintos tipos de métodos anticonceptivos de los cuales se pueden hacer uso, ya que estos tienen como finalidad ayudar a planificar la etapa y edad apropiada en que se dará lugar a una gestación evitando de esta forma embarazos no deseados que irruman en la vida de la pareja de una forma abrupta y que pueda afectar su plan de vida.

Sin embargo se debe tener presente que en la etapa de la adolescencia están expuestos a muchos mitos que impiden en una forma significativa sostener y practicar una sexualidad responsable, es por ello que se decidió llevar a cabo esta investigación, en donde se realizó a los estudiantes un pre-test previo con preguntas y acápites sobre los temas de interés conocimientos de prácticas sexuales y conocimientos de métodos anticonceptivos, previo a los foros educativos que se impartirán al universo seleccionado, posteriormente se realizará un pos-test con el mismo contenido del pre-test, esto con el fin de medir y comparar los conocimientos adquiridos a través de los foros.

A través de esta intervención se logrará que estos adolescentes en estudio obtengan conocimientos sobre prácticas sexuales y métodos anticonceptivos y de esta manera sostengan una sexualidad responsable, evitando aumentar los índices de embarazos a temprana edad y enfermedades de transmisión sexual.

JUSTIFICACIÓN

La OPS (2009), señala que muchos de los adolescentes se ven seriamente involucrados en problemas por no haber recibido a tiempo una adecuada educación sexual por parte de sus familias, escuelas y demás instituciones del estado, teniendo como consecuencia embarazos no deseados a temprana edad y enfermedades de transmisión sexual.

Es por ello que la presente investigación de conocimientos de prácticas sexuales y conocimientos de métodos anticonceptivos, está dirigida a la población de estudiantes de décimo y undécimo grado, en donde se analizarán los conocimientos de los estudiantes sobre el tema de estudio de la investigación, teniendo en cuenta las características sociodemográficas y sus necesidades de atención educativa.

Los adolescentes que tienen información adecuada sobre la sexualidad, están en mejores condiciones de potenciar su propia vida personal. Cada persona experimenta la sexualidad de distintas formas, puesto que esta es de carácter personal desde una perspectiva biológica, psicológica, conductual, clínica y cultural, por tal razón el aprendizaje de la sexualidad contempla el conocimiento de los individuos y la intrincada naturaleza del ser humano.

Uno de los puntos más importantes de esta investigación, son los cambios positivos que se lograron obtener a través de las habilidades cognitivas y prácticas en los estudiantes, haciéndolos más receptivos y conscientes en sus relaciones interpersonales y en la toma de decisiones responsables frente a sus prácticas sexuales, y por lo tanto incidir de una forma significativa y positiva en la preparación para la vida, evitando aumentar los índices de embarazos no deseados a edades tempranas y enfermedades de transmisión sexual.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Celio & Bone (2005) en su investigación con adolescentes de Nueva Helvecia, Uruguay, plantearon en su investigación como objetivo general: Conocer la información que tienen los adolescentes de la zona sobre los métodos anticonceptivos y las enfermedades de transmisión sexual. Obteniendo como resultados que luego de la realización de encuestas, entrevistas, testimonios hemos concluido que los adolescentes poseen información sobre los métodos anticonceptivos y las enfermedades de transmisión sexual, que reciben mediante amigos, familia, instituciones educativas, mutualistas, hospitales y medios de comunicación. La mayoría considera que el medio por el cual reciben más información son los amigos que muchas veces influyen en su conducta sexual. La mayoría de las veces la familia escapa a tratar esos temas porque les resulta conflictivo, no saben cómo tratarlo, y en algunos casos la madre habla con sus hijos, como en el caso de los testimonios. La información que brindan las instituciones no está planificada, en la educación secundaria en general, sólo aparece en algunos puntos del programa de biología de tercer año de ciclo básico; debería ser más profunda e iniciarse a más temprana edad.

Alba & Cabrera (2010) en su trabajo de tesis con adolescentes de Ecuador, plantearon en su investigación como objetivo general: Establecer cuáles son los conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos y la relación que tiene con el riesgo reproductivo en los adolescentes de los quintos y sextos cursos del colegio Técnico “Federico Páez”. Obteniendo como resultados que la información que reciben los adolescentes en general, no es suficiente, ni se da con la amplitud que debería ser; ésta se limita sólo a lo esencial, conocen sólo el preservativo como método anticonceptivo y el SIDA como enfermedad de transmisión sexual. La razón principal por la cual utilizan métodos de planificación familiar, es porque no desean tener hijos a temprana edad, en especial el condón en la mayor parte de los encuestados. Según los resultados encontrados es notable, que tienen acceso a adquirir métodos sin previa consulta médica, obteniendo estos por la compra en farmacias.

Castro & Vela (2012), en su trabajo de investigación sobre el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes en la ciudad de Guatemala, se plantearon como objetivo

general: Determinar el grado de influencia del nivel de conocimientos de los métodos anticonceptivos sobre la actitud de su uso en los adolescentes según sexo, religión, grado de instrucción con un 80% de eficacia. Concluyendo que la mayoría de los adolescentes en el mundo practican el aborto. La mayoría no usan métodos anticonceptivos. No tienen conocimientos sobre métodos anticonceptivos. La mayoría no tienen buenas actitudes frente a los métodos anticonceptivos.

Mendoza (2012), en su investigación de conocimientos de métodos anticonceptivos en adolescentes en la ciudad de México D.F, se plantea como objetivo general: Saber si los alumnos del primer semestre tienen los conocimientos adecuados acerca de los métodos anticonceptivos para la prevención de enfermedades venéreas y embarazos no deseados. Obteniendo como resultados que se cumplieron todos los objetivos planteados en la investigación al no tener ningún inconveniente al evaluar el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos de los alumnos. La mayor parte solicitan recibir información sobre los métodos anticonceptivos directamente del personal de salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel Latinoamericano, Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes. El 24.4% de los embarazos son de adolescentes, es decir, 92 de cada 1,000 mujeres adolescentes (entre 15 y 19 años) son madres, encabezando el departamento de Jinotega con un 38%, Managua y León con un 20%, mientras más bajo es el nivel socioeconómico y de educación, más alta es la tasa de fertilidad, datos de ENDESA (20112012), señalan que la edad promedio en que las mujeres inician sus relaciones sexuales es de 16 años, en la zona urbana es de 17 y la zona rural de 16 años.

Según estadísticas del MINSA, entre el 2000 y 2009 se pasó de 1,066 nacimientos en niñas de 10 a 14 años, a 1,577, que representa el 47.9 % del total de niñas en esa edad. El número de nacimientos en madres de 10 a 14 años se ha incrementado en la última década en un 47.9 por ciento, según datos de 18 SILAIS, mientras el 25% de todos los nacimientos en Nicaragua viene de madres adolescentes de 15 a 19 años.

Por la problemática planteada, se decidió abordar esta investigación en el Colegio San Francisco Xavier del Municipio de Mateare, para identificar los conocimientos de los estudiantes sobre prácticas sexuales responsables y uso correcto de métodos anticonceptivos, ya que los grupos de edades en las que se encuentran los sujetos de estudio es la más vulnerable y expuesta a riesgos de adquirir enfermedades de transmisión sexual y embarazos. Es por tal razón que se decidió realizar esta investigación, para identificar el nivel de conocimientos que tenga esta población y de esa manera poder intervenir educando y profundizando de una forma adecuada y conveniente en los temas donde más se encuentren deficiencias en conocimientos de la temática abordada, para lograr evitar que los estudiantes mantengan prácticas sexuales inadecuadas e irresponsables, y que conozcan cuales son los riesgos a los que se ven expuestos de esta manera poder conocer, analizar y documentar ¿Qué conocimientos de prácticas sexuales y prácticas de métodos anticonceptivos tienen los estudiantes de décimo y undécimo grado del colegio San Francisco Xavier del municipio de Mateare?

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los sujetos de estudio?
2. ¿Qué nivel de conocimientos tienen sobre prácticas sexuales y métodos anticonceptivos?
3. ¿Qué prácticas sexuales mantienen los estudiantes de décimo y undécimo grado?

Objetivo General

Analizar los conocimientos de prácticas sexuales y prácticas de métodos anticonceptivos en los estudiantes de décimo y undécimo grado en el Colegio San Francisco Xavier de Mateare II Semestre 2016.

Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de los sujetos de estudio.
2. Identificar el nivel de conocimientos sobre prácticas sexuales y métodos anticonceptivos.
3. Determinar las prácticas sexuales de los estudiantes de décimo y undécimo grado.
4. Ejecutar plan educativo que permita una comprensión total de los temas abordados.

DISEÑO METODOLÓGICO

En el presente trabajo se realizó una investigación sobre los conocimientos y prácticas sexuales y métodos anticonceptivos de los estudiantes de décimo y undécimo grado del Colegio Francisco Xavier del Municipio de Mateare, en el II Semestre 2016.

Tipo de Estudio

Según la secuencia de tiempo prospectivo: se registra la información según van corriendo los fenómenos. Se inicia con la observación de ciertas causas probables y avanzan longitudinalmente en el tiempo a fin de observar sus consecuencias. (Alzamora, 2011)

Es un estudio prospectivo, se inicia con la delimitación de un grupo específico que se encuentra expuesto a un riesgo, a cuyo grupo se le dará seguimiento a lo largo de un tiempo para cuantificar el número de personas que en su núcleo llegan a desarrollar determinada afección.

Cuantitativo, un estudio cuantitativo es aquella investigación que ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, así como un punto de vista de conteo y las magnitudes de éstos. Asimismo, brinda una gran posibilidad de réplica y un enfoque sobre puntos específicos de tales fenómenos, además de que facilita la comparación entre estudios similares. (Sampieri & Collado, 2010).

Este trabajo de investigación es cuantitativo, porque en el se examinaron datos de manera numérica, que permitirán analizar diversos elementos que podrán ser medidos y cuantificados.

Según el período de estudio de corte transversal: Son aquellos que implican la recolección de datos en un solo corte en el tiempo. Este tipo de diseño se caracteriza por que mide una sola vez a la muestra o el universo, no importa cuánto tiempo se demore para ello o en qué tiempo se realice. (Alzamora, 2011)

La investigación es de corte transversal porque en ella se hizo recolección de datos dentro de un período establecido que se dio en el segundo semestre del año 2016.

Según el alcance descriptivo: Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los

conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (Sampieri & Collado, 2010)

Es descriptiva porque es una investigación donde se describen las situaciones de los estudiantes en cuanto a conocimientos y prácticas, se obtuvieron datos del comportamiento aptitudes y características del grupo de estudio en particular, se involucró la encuesta para recolectar la información necesaria en donde los investigadores estudiaron el entorno en el que se desarrolla la problemática que presentan la población diana.

Universo

La población o universo a la cual estuvo dirigida esta investigación la constituyeron 64 estudiantes de los cuales 43 son mujeres y 21 son varones para un total de 64 que conforman décimo y undécimo grado que asisten al Colegio San Francisco Xavier del Municipio de Mateare, departamento de Managua en el II semestre del año 2016.

Criterios de Inclusión

- ♣ Todos los estudiantes de décimo y undécimo grado.
- ♣ Todos los estudiantes que participaron voluntariamente en este estudio.

Criterios de Exclusión

- ♣ Los estudiantes que no estuvieron presentes en el momento de realizar la encuesta.

Área de Estudio

El Colegio San Francisco Xavier fue fundado en 1987 por Padres Jesuitas, actualmente ubicado en el km 23 carretera nueva a León, Colonia San José del Municipio de Mateare.

El Colegio es dirigido por la Hermana Isabel Castillo (directora), cuenta con 16 maestros, los cuales son titulados como Licenciados, dos en personal de apoyo de los maestros de base del colegio, y tres personas que ocupan los cargos administrativos

El Colegio brinda Educación Inicial (preescolar 1, 2,3 niveles), educación primaria (1ero – 6to grado), educación secundaria (7mo año – undécimo año), cuenta con una matrícula de 548 estudiantes distribuidos en los diferentes niveles de educación, donde se imparten asignaturas correspondientes a cada nivel, en décimo y undécimo año se imparten las asignaturas de Lengua y Literatura, Inglés, Matemáticas, Biología, Física, Química, Geografía, Historia, ECA, Educación Física, informática, Educación en la Fe. El colegio cuenta con una línea de comisiones de mejora dentro de los cuales se encuentran:

- Comisión de Medio Ambiente, (limpieza de colegio y sus alrededores, reforestación).
- Comisión de Comunicadores, (interacción con otros colegios religiosos del país).

- Comisión de Teatro, (actuación).
- Comisión de Consejería escolar, (problemática de estudios, adolescencia y sexualidad).
- Comisión de enlace pedagógico, (reforzamiento escolar).

Técnicas e Instrumentos de Recolección de la Información

En esta investigación se utilizó como instrumento la encuesta, que se denomina a ésta un conjunto de preguntas especialmente diseñadas y pensadas para ser dirigidas a una muestra de población o para el universo, que se considera por determinadas circunstancias funcionales al trabajo representativa de esa población, con el objetivo de identificar el nivel de conocimientos y prácticas sexuales y métodos anticonceptivos que poseen los sujetos de estudio, la cual está estructurada con tres acápite, con preguntas de selección múltiple, redacción clara y lenguaje sencillo, de carácter anónimo que le da la confiabilidad a los sujetos de estudio para obtener información confiable.

Métodos de Recolección de la Información

Para la recolección de los datos requeridos se utilizó como instrumento la encuesta, primeramente se realizó un pre-test, con el fin de identificar que nivel de conocimientos de prácticas sexuales y de métodos anticonceptivos tenían los estudiantes, para a través de este determinar cuales son los temas en los que se tuvo mayor deficiencia y así llevar a cabo foros educativos reforzando y enseñando dicha temática. Para llevar a cabo el pre-test, se proporcionó un lapicero tinta azul y una encuesta a cada uno de los estudiantes los cuales hicieron llenado a cada inciso de manera voluntaria, los investigadores estuvieron presentes para aclaración de dudas durante el llenado del instrumento, cabe destacar que dicha encuesta estuvo autorizada por la Dirección del Colegio. Los foros educativos estuvieron divididos en sesiones que se impartieron tres días a la semana (lunes, martes y viernes), conteniendo temática de sexualidad y métodos de anticoncepción, en donde se explicó cada tema planteado en el marco teórico, y se hizo uso de videos de carácter educativo a los estudiantes, para lograr una mayor comprensión y captación de los temas abordados, posterior a las intervenciones con los encuentros educativos se hizo un pos-test con el mismo contenido del pre-test, con el objetivo de comparar y contrastar los conocimientos previos y los adquiridos y así poder analizar los conocimientos de prácticas sexuales y de métodos anticonceptivos en los estudiantes de décimo y undécimo grado del colegio San Francisco Xavier de Mateare.

Validación de los Instrumentos

El presente instrumento se validó a través de una prueba piloto:

La prueba piloto es una puesta en práctica de un experimento. Puede entenderse también como una primera puesta en escena de un determinado proyecto con la intención de considerar las facilidades de implementación.

Se seleccionó un grupo de adolescentes de un colegio diferente, el grupo seleccionado fueron estudiantes de décimo y undécimo grado del colegio San Francisco Xavier de Ciudad Sandino, municipio de Managua, el grupo cuenta con características similares que el universo o grupo de estudio seleccionado para la realización de éste trabajo investigativo, los cuales serán la prueba piloto en la cual se determinará si el instrumento es sencillo, comprensible y adaptable para los sujetos a estudio.

El juicio de expertos o prueba de jueces, es un método de validación útil para verificar la fiabilidad de una investigación que se define como “una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos calificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones”. (Robles, 2015)

Se seleccionaron tres Licenciados expertos y con amplio conocimiento en el tema de estudio, a quienes se les proporcionó un documento con información sobre la investigación, quienes luego de revisar la metodología, el diseño y el contenido del instrumento cada uno aportó sus recomendaciones personalmente en pro de mejorar la calidad de la investigación y de esa manera lograr hacer un instrumento adecuado y comprensible para la población a la que estaría dirigida este trabajo.

En la evaluación que realizaron los jueces al instrumento, sugirieron que elimináramos las siglas que profundizáramos más en el acápite de prácticas sexuales que para identificar mitos utilizáramos falso y verdadero y en cuanto a los datos generales como era un instrumento anónimo utilizáramos un código.

Procesamiento y análisis de la información

En esta investigación se hizo uso del programa de Excel, se utilizó la medida aritmética y frecuencia para obtener los datos de los resultados de la investigación. Esto facilitó la creación de los gráficos, y la interpretación correspondiente a través de la estadística descriptiva.

Consentimiento informado

El consentimiento informado es un documento legal que hace constar de que las autoridades del centro permitirán realizar dicho trabajo investigativo en la muestra o el universo a estudio. Para ello se le proporcionó un consentimiento informado a la directora del centro, quien autorizó con su firma dicha investigación permitiendo realizar el estudio en el universo seleccionado.

Triangulación

La triangulación es el uso de varios métodos (tanto cuantitativos como cualitativos), de fuentes de datos, de teorías, de investigadores o de ambientes en el estudio de un fenómeno.

En la presente investigación se utilizó la triangulación de datos, en esta se triangularon los datos proporcionados sobre los conocimientos de prácticas sexuales y conocimientos de métodos anticonceptivos que los sujetos a estudio conocen y practican, para ello se realizó un pre-test y pos-test, el pre-test se realizó a inicio de esta investigación con los conocimientos que los estudiantes tenían previo a la intervención de los foros educativos, el post-test se realizó al concluir la investigación luego de llevar a cabo todos los foros educativos planeados sobre sexualidad y métodos de anticoncepción, en el cual se incluyeron charlas, presentaciones, videos educacionales y dinámicas, con el fin de contrastar y comparar los conocimientos que los sujetos de estudio poseían y los que lograron adquirir a través de la intervención de los investigadores con la puesta en práctica de los foros educacionales.

La información obtenida tanto en el pre-test y pos-test fue analizada, comparada y contrastada a través de las herramientas estadísticas para dar lugar a obtener los resultados obtenidos mediante las gráficas que reflejan los porcentajes de lo que los estudiantes conocían y lo que lograron aprender durante los foros impartidos sobre el tema de estudio.

Variables

1. Características sociodemográficas de los sujetos de estudio.
2. Nivel de conocimientos sobre prácticas sexuales y métodos anticonceptivos.
3. Prácticas sexuales de los estudiantes de décimo y undécimo grado.

Operacionalización de Variables.

Variable	Sud-variable	Indicador	Valor	Criterio	
Características Sociodemográficas	Demográficas	Nivel de Escolaridad.	Estudiante de 4° año Estudiante de 5° año		
		Sexo	Femenino Masculino		
		Núcleo Familiar.	Núcleo Primario	Núcleo familiar conformado padre, madre, hijos.	
			Núcleo Secundario	Núcleo familiar padre, madre. Hijos, y otros miembros.	
			Núcleo Terciario	Núcleo familiar criado por miembros de la familia.	
		Sociales	Lugar	Municipio	Urbano, Rural, Semi-rural.
	Edad				
	Credo			Católico, Evangélico, Testigo de Jehová.	
	Conocimientos sobre prácticas sexuales y, Métodos anticonceptivos.		Prácticas sexuales son.	a) Patrones de actividad sexual presentadas por individuos. b) Es un aspecto de la vida de todos los seres humanos y está relacionada con la capacidad de sentir placer, nace con nosotros y muere con nosotros.	b) Es un aspecto de la vida de todos los seres humanos y está relacionada con la capacidad de sentir placer, nace con nosotros y muere con nosotros.

Variable	Sud-variable	Indicador	Valor	Criterio
Conocimientos sobre prácticas sexuales y, Métodos anticonceptivos.		Prácticas sexuales son	<p>c) En línea general son los actos o acciones, que una persona (hombre o mujer) realiza en busca de placer.</p> <p>d) Es un acto sexual en el que se da placer a través de las zonas genitales.</p>	
		El sexo es	<p>a) Conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y macho.</p> <p>b) Son las características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres.</p> <p>c) Conjunto de individuo que comparten una misma condición orgánica.</p> <p>d) Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculino y femenino, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética.</p>	<p>a) Conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y macho.</p> <p>b) Son las características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres.</p>

Variable	Sud-variable	Indicador	Valor	Criterio
Conocimientos sobre prácticas sexuales y, Métodos anticonceptivos.		Orientación sexual es	<p>a) Es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual.</p> <p>b) Son las manifestaciones en forma de comportamiento pensamientos o deseo sexual.</p> <p>c) Es la atracción emocional, romántica o sexual que una persona siente hacia otra.</p> <p>d) El término orientación sexual hace referencia al sexo (es decir, masculino o femenino) hacia el cual una persona se siente atraída</p>	b) Son las manifestaciones en forma de comportamiento pensamientos o deseo sexual.
		La masturbación masculina es	a) Cualquier forma de auto placer sexual obtenido mediante una estimulación directa	a) Cualquier forma de auto placer sexual obtenido mediante una estimulación directa

Variable	Sud-variable	Indicador	Valor	Criterio
Conocimientos sobre prácticas sexuales y, Métodos anticonceptivos.		La masturbación masculina es	<ul style="list-style-type: none"> b) Es la única forma en la que el hombre puede alcanzar un orgasmo. c) Es un acto sexual que es practicado por parejas tríos etc. d) Ninguna es correcta. e) Todas son correctas. 	a) Cualquier forma de auto placer sexual obtenido mediante una estimulación directa
		La masturbación femenina es	<ul style="list-style-type: none"> a) Es una práctica íntima en las mujeres en donde su estimulación se concentra en el clítoris b) Es una de las prácticas más utilizadas para poder llegar al orgasmo mediante una estimulación solitaria y directa. 	a) Es una práctica íntima en las mujeres en donde su estimulación se concentra en el clítoris

Variable	Sud-variable	Indicador	Valor	Criterio
Conocimientos sobre prácticas sexuales y, Métodos anticonceptivos.		La masturbación femenina es	<p>c) Es un acto sexual en donde la mujer introduce diversos objetos en su vagina para simular un coito real.</p> <p>d) Es un acto sexual que la mujer recibe de su pareja previo al coito para de esta forma alcanzar un orgasmo más intenso.</p> <p>e) Todas son correctas.</p>	a) Es una práctica íntima en las mujeres en donde su estimulación se concentra en el clítoris
		El sexo oral es	a) Es una práctica sexual en la que se estimula los órganos genitales masculinos y femeninos con la boca los labios y la lengua con el fin de ocasionar placer a la pareja.	a) Es una práctica sexual en la que se estimula los órganos genitales masculinos y femeninos con la boca los labios y la lengua con el fin de ocasionar placer a la pareja.

Variable	Sud-variable	Indicador	Valor	Criterio
Conocimientos sobre prácticas sexuales y, Métodos anticonceptivos		El sexo oral es	<p>b) Es un acto sexual en donde el hombre es estimulado por su pareja en el pene y escroto hasta que culmine con la eyaculación del hombre.</p> <p>c) Es un acto que consiste en lamer los órganos genitales femeninos (clítoris, vulva, entrada de la vagina) con los labios y lengua con el fin de ocasionar un orgasmo.</p> <p>d) Es una práctica sexual realizada únicamente por parejas homosexuales ya que es una forma más rápida de lograr un orgasmo.</p> <p>e) Todas son correctas.</p>	a) Es una práctica sexual en la que se estimula los órganos genitales masculinos y femeninos con la boca los labios y la lengua con el fin de ocasionar placer a la pareja
		El coito (penetración) es	a) Es la práctica sexual que se refiere a la unión íntima entre dos sexos o copula sexual debido a que consiste en la introducción del pene en la vagina o el ano.	a) Es la práctica sexual que se refiere a la unión íntima entre dos sexos o copula sexual debido a que consiste en la introducción del pene en la vagina o el ano.

Variable	Sud-variable	Indicador	Valor	Criterio
Conocimientos sobre prácticas sexuales y, Métodos anticonceptivos		El coito (penetración) es	<p>b) Es el acto sexual que realizan las parejas heterosexuales con fines reproductivos en donde se perpetúa la especie humana.</p> <p>c) Es la práctica sexual en la que se introduce el pene o juguete sexual en el ano acompañado de la masturbación para lograr un orgasmo.</p> <p>d) Es el acto sexual en donde la copulación (penetración) ocurre en la vagina en donde cabe la posibilidad de un embarazo o fecundación.</p> <p>e) Todas las anteriores son correctas.</p>	a) Es la práctica sexual que se refiere a la unión íntima entre dos sexos o copula sexual debido a que consiste en la introducción del pene en la vagina o el ano.
		El condón masculino ayuda a	a) Prevenir embarazos no deseados y minimizar los riesgos de contraer una infección de transmisión sexual.	a) Prevenir embarazos no deseados y minimizar los riesgos de contraer una infección de transmisión sexual

Variable	Sud-variable	Indicador	Valor	Criterio
Conocimientos sobre prácticas sexuales y, Métodos anticonceptivos		El condón masculino ayuda a	<ul style="list-style-type: none"> b) Sentir más placer durante la relación sexual y ayuda a llegar más rápido al orgasmo. c) Prolongar la erección y evitar la eyaculación precoz ya que reduce la sensibilidad del glande (cabeza del pene). d) Todas son correctas. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Prevenir embarazos no deseados y minimizar los riesgos de contraer una infección de transmisión sexual
		El condón masculino se utiliza cuando.	<ul style="list-style-type: none"> a) El pene se encuentra erecto b) Cuando el pene se encuentra erecto y antes de penetrar a la pareja. c) Momentos antes de eyacular y sentir un orgasmo. d) Únicamente cuando se planea tener sexo oral. e) Todas son correctas. 	<ul style="list-style-type: none"> b) Cuando el pene se encuentra erecto y antes de penetrar a la pareja.

Variable	Sud-variable	Indicador	Valor	Criterio
Conocimientos sobre prácticas sexuales y, Métodos anticonceptivos		La PPMS se utiliza	<ul style="list-style-type: none"> a) Cuando hubo una relación sexual no protegida y la mujer no desea un embarazo. b) En caso que una mujer haya sido víctima de una violación. c) Como método de planificación familiar habitual. d) Cuando se inicia una vida sexual esporádica o frecuente y no se ha elegido un método anticonceptivo. e) Todas son correctas. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Cuando hubo una relación sexual no protegida y la mujer no desea un embarazo. b) En caso que una mujer haya sido víctima de una violación.
		Las píldoras de anticoncepción se deben tomar.	<ul style="list-style-type: none"> a) Todos los días y a la misma hora en que inicio a tomarlas el primer día. b) Únicamente 4 horas antes del encuentro sexual. c) Dos horas después de haber tenido relaciones íntima con su pareja. d) En días alternos y en distintos horarios de inicio. e) Todas son correctas. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Todos los días y a la misma hora en que inicio a tomarlas el primer día

Variable	Sud-variable	Indicador	Valor	Criterio
Conocimientos sobre prácticas sexuales y, Métodos anticonceptivos		Los anticonceptivos hormonales inyectables deben utilizarse.	<ul style="list-style-type: none"> a) Entre el octavo y décimo día del ciclo menstrual. b) Durante el primer día del inicio de la menstruación. c) En cualquier momento siempre y cuando esté segura de no estar embarazada. d) Todas son correctas. 	d) Todas son correctas.
		Tipos de métodos anticonceptivos que escuchas o conoces.	<ul style="list-style-type: none"> a) Naturales (coito interrumpido, temperatura basal). b) Barrera (condón). c) Hormonales (píldoras anticonceptivas e inyectables). d) Emergencia (Píldora Para la Mañana Siguierte). e) Todas de las anteriores. 	e) Todas de las anteriores

Variable	Sud-variable	Indicador	Valor	Criterio
Prácticas Sexuales		Femenino	Masturbación Cunnilingus Vaginal Anal Fantasía	Si No Todas
		Masculino	Masturbación Felación Anal Pene Fantasía	Si No Todas
		Inicio de vida sexual activa	a) Antes de los 12 años(especifique) b) 12-13 años. c) 14-15 años. d) 16-17 años. e) 18- más años. f) No ha iniciado vida sexual.	
		Número de parejas sexuales que has tenido.	a) 1 pareja. b) 2-3 parejas. c) 4-5 parejas. d) 5-6 parejas. e) 6 o más parejas. f) No tiene pareja.	
		Frecuencia de relaciones sexuales.	a) Una vez a la semana. b) 2-3 veces por semana. c) Cada 3 semanas.	

Variable	Sud-variable	Indicador	Valor	Criterio
Prácticas Sexuales		Frecuencia de relaciones sexuales	d) Una vez por mes. e) Cada que haya oportunidad. (Especifique) f) Ninguna de las anteriores	
		Edad considerada para inicio de vida sexual.) Antes de los 12 años.) 12-13 años.) 14-15 años.) 16-17 años.) 18- años a más. f) Ninguna de las anteriores	
		Tipos de prácticas sexuales experimentadas.	a) Anal. b) Vaginal. c) Oral. d) Masturbación. e) Fantasías sexuales. Todas las anteriores	
		Orientación sexual con la que te identificas.	a) Heterosexual. (atracción por el sexo opuesto) b) Homosexual.(atracción por el mismo sexo) c) Bisexual. (atracción por el mismo sexo y el opuesto) d) Transexual.(persona que siendo de un sexo se siente identificada con el sexo opuesto) e) Ninguna de las anteriores.	

Variable	Sud-variable	Indicador	Valor	Criterio
Prácticas Sexuales		Método anticonceptivo que has utilizado.	a) Naturales (coito interrumpido, abstinencia, método del ritmo, temperatura basal) b) Barrera (condón) c) Hormonales (orales e inyectables) d) Emergencia (píldora para la mañana siguiente) e) Ninguna de las anteriores f) Todos los métodos.	
Mitos y Creencias	Creencias.	<ul style="list-style-type: none"> ♣ El hombre inicia el contacto sexual. ♣ La ausencia de himen se cree que la mujer no es virgen ♣ Con la primera relación hay dolor y sangrado ♣ Es poco higiénico las relaciones con periodo menstrual 	Marque falso verdadero según criterio.	

Variable	Sud-variable	Indicador	Valor	Criterio
Mitos y Creencias	Mitos	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando tiene la menstruación no debe hacer deporte • Solo las mujeres pierden la virginidad • Solo los miembros grandes producen orgasmos • El orgasmo y la eyaculación es lo mismo • El coito interrumpido evita el embarazo 	Marque falso verdadero según criterio.	

MARCO TEÓRICO

I. Conceptos de prácticas Sexuales.

1.1. Sexo: Es el conjunto de características biológicas que definen el aspecto de humanos como hombres y mujeres. En su construcción, interviene el sexo cromosómico y el sexo gonadal u hormonal. (Mantilla, 2007).

Sexo es el conjunto de características biológicas que diferencian a hombres y mujeres así se derivan los siguientes términos sexo biológico. es la integración del fenotipo y genotipo del individuo y abarca los siguientes tipos: sexo genético, sexo gonadal, sexo hormonal, sexo anatómico, sexo genético o cromosómico.

El sexo de una persona se determina cuando un espermatozoide fecunda un ovulo. Los cromosomas son estructuras que se encuentran en el núcleo de las células y que contienen los determinantes genéticos, cada célula posee 46 cromosomas dos de los cuales son los cromosomas sexuales. (OMS, 2016).

1.2. Sexualidad

Es el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo. La sexualidad es una manera de comportarnos, de sentir, de hacer y tiene que ver con factores biológicos, psicológicos y sociales. En la sexualidad tenemos que analizar la sociedad, la familia o el grupo humano que rodea a la persona. (Vasquez, 2009).

La sexualidad en general es considerada como una construcción social, relacionada con las múltiples e intrincadas maneras en que las emociones, deseos y relaciones se expresan en la sociedad en que vivimos, donde los aspectos biológicos condicionan en parte esta sexualidad, proporcionando la fisiología y morfología del cuerpo las condiciones previas para esta construcción.

La sexualidad de cada individuo emerge y existe en un contexto cultural, influenciada por múltiples variables, tales como: psicológicas, edad, socio económicas, sexo biológico, rol de género, etnicidad, por lo que es necesario un amplio reconocimiento y respeto de la variabilidad de formas, creencias y conductas sexuales relacionadas con la sexualidad. El

concepto de salud sexual se relaciona con la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales, sociales y culturales del ser sexual, de manera de enriquecer positivamente y fortalecer la personalidad, la comunicación y el amor. Tiene vinculación con la capacidad que tienen hombres y mujeres de disfrutar y expresar su sexualidad, sin coerción, violencia ni discriminación y sin riesgo de adquirir infecciones transmitidas sexualmente ni de tener embarazos no planificados o no deseados.

Por ende está encaminada al desarrollo de la vida y de las relaciones personales. Significa ser capaz de expresar y sentir placer, supone asimismo tener relaciones sexuales que se desean y escogen sin riesgos para la salud, así como el tener acceso a educación sexual y servicios de atención integrales. El concepto de salud reproductiva dice relación con la condición en la que se logra el proceso reproductivo en un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente en ausencia de enfermedad y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. También incluye el derecho de acceder a la información, a los métodos de regulación de la fertilidad y a servicios de salud integrales para mujeres y hombres. (Morin, 2011).

1.3. Educación Sexual

La educación sexual, es educar a los individuos para ayudarlos a realizarse en plenitud como ser humano sexual responsable de la búsqueda y expresión del placer sexual, así como de la función reproductora. La educación sexual corresponde al hogar en primera instancia, se incluyen actitudes, valores y normas acerca del sexo. (Alcalá, 2013).

1.4. Relaciones Sexuales

Desde el punto de vista de la sexología, se puede definir una relación sexual como el contacto físico entre personas fundamentalmente con el objeto de dar y/o recibir placer sexual, o con fines reproductivos.

La relación sexual abarca muchas posibles actividades o formas de relación entre dos personas y no se limita a coito o penetración.

1.5. Tipos de Relaciones Sexuales

Relación heterosexual: la relación heterosexual es la relación sexual que se lleva a cabo entre dos individuos de distinto sexo.

Relación homosexual: la relación homosexual es la relación sexual que se realiza entre dos individuos del mismo sexo, gays o lesbianas.

Trío: es la relación entre tres personas del mismo o distinto sexo.

Intercambio de parejas: el intercambio de parejas, implica que dos parejas establecidas se intercambian y tienen relaciones sexuales al mismo tiempo pero en lugares diferentes (que pueden ser dos habitaciones o dos camas contiguas). No es lo mismo que sexo en grupo.

Sexo en grupo: el sexo grupal también es conocido como orgía: varios individuos del mismo o distinto sexo tienen relaciones sexuales (sexo oral, coito vaginal o coito anal) al mismo tiempo y en el mismo lugar.

Relación sexual sin coito: implica todo el sensual juego erótico previo a la penetración, pero sin llevarla nunca a cabo. Consiste principalmente en caricias, no sólo genitales, y besos. La mujer puede estimular la próstata del hombre y entonces se eyacula, sin un orgasmo.

Pederastia: es un acto sexual en el que un adulto mantiene relaciones sexuales con individuos sexualmente inmaduros; se encuentra penada legalmente en la mayoría de los países.

1.6. Orientación Sexual

En la etapa de la adolescencia (de 12 a 19 años), se desarrollan sentimientos de atracción interpersonal. La mayoría de los seres humanos sienten atracción por el sexo opuesto, una proporción más pequeña hacia el mismo sexo y otros la sienten hacia uno y otro sexo. En este sentido, cualquiera que sea el caso, éste está condicionado por factores biopsicosociales, lo cual se hace evidente cuando una emoción se hace poderosa, que hace que al elegir a una u otra persona, sea poco comprendida en general, pues la elección relacionada con el comportamiento sexual es compleja.

En la orientación sexual del adolescente, no sólo intervienen aspectos relacionados con el comportamiento, sino que influyen otros como edad, situación, fantasías y afectos. (Cortez & Dania, 1998).

1.7. Tipos de orientación sexual

1. Heterosexualidad: Es la orientación sexual definida por la atracción hacia personas del sexo contrario, exclusivamente. Se trata posiblemente la clase de orientación sexual más común.

2. Homosexualidad: Caracterizada por la atracción sexual dirigida exclusivamente hacia personas del mismo sexo. Popularmente se conoce a los hombres homosexuales como gays, mientras que las mujeres son lesbianas.

3. Bisexualidad: Atracción sexual hacia personas del mismo sexo y del sexo contrario, aunque no necesariamente con la misma frecuencia o intensidad en uno u otro caso.

4. Asexualidad: La asexualidad sirve para poner nombre a la falta de atracción sexual. Muchas veces se considera que no forma parte de la diversidad de orientaciones sexuales, al ser su negación. Puedes leer más sobre la asexualidad en este artículo. (Torrez, 2015).

5. Transexual: Es una persona, que se siente del otro sexo y adopta sus atuendos y comportamientos” o “que mediante de un tratamiento hormonal e intervención quirúrgica adquiere los caracteres sexuales del sexo opuesto“. El vocablo transexual se manifiesta por una identificación intensa y persistente con el otro sexo, con un sentimiento inadecuado en el cual se identifica con el sexo opuesto a su sexo biológico, eso pasa cuando se anhela un cuerpo acorde con su personalidad y vivir y ser aceptado como una persona del sexo que siente pertenecer, además sienten un deseo permanente de vestir vivir y quieren ser tratados como miembros del otro sexo. (Academia, 2014)

1.8. Prácticas Sexuales

Las prácticas sexuales son impulsos biológicos que influyen en muchos aspectos de nuestro desarrollo personal. Su ejercicio tiene que ver con la atracción física, los lazos afectivos hacia la pareja, la capacidad de dar y recibir amor, la capacidad de experimentar placer y la reproducción de la especie. (Sánchez, 2014)

1.9. Tipos de Prácticas Sexuales

Coito Vaginal: Es la penetración del pene en la cavidad vaginal. La elasticidad de la mujer, el tamaño del pene, la postura y la preparación van a facilitar o dificultar la penetración, siendo necesario más o menos tiempo. Del mismo modo que cuando el pene no tiene una adecuada erección, resultará muy difícil la penetración. No es necesario que ambos alcancen el orgasmo al mismo tiempo para obtener el máximo placer, sin embargo, es conveniente tratar de armonizar al máximo la cadencia de la excitación y del clímax. (Serra, 2007).

Coito Anal: Es la penetración del pene en conducto rectal o anal, esta práctica a como el resto de las prácticas, requiere de la libre disposición y consentimiento de ambos miembros de la pareja. Realizar cualquier actividad sexual sin el respeto a los deseos de la otra persona es una violación de su derecho a la intimidad y a la libre disposición de su cuerpo. Sin embargo, son extremos los casos en los que se producen este tipo de actos. (Serra, 2007)

Sexo oral: El sexo oral es una práctica sexual en la que se estimulan los órganos genitales masculinos y femeninos con la boca, los labios y la lengua con la finalidad de dar placer a la pareja. En la actualidad, esta práctica la realizan tanto parejas heterosexuales como homosexuales.

Al igual que el sexo vaginal y el anal el sexo oral también tiene riesgo de infecciones e incluso de tumores inducidos por virus, como el virus del papiloma humano (VPH).

Tipos de sexo oral

Aunque hay más variantes, los tipos más frecuentes de sexo oral son la felación y el cunnilingus.

Felación: La felación es la práctica en la que la mujer o el hombre lame el escroto y el pene con la boca, la lengua y los labios hasta que culmina con la eyaculación del hombre.

Cunnilingus: Esta variante del sexo oral consiste en lamer y chupar los órganos genitales femeninos (labios de la vulva, el clítoris y la entrada de la vagina) con los labios y la lengua.

Masturbación: La masturbación es la auto estimulación de los genitales con el fin de obtener placer. (Sánchez, 2014)

En el ser humano, producto de su capacidad de simbolizar, el significado sexual de la masturbación está ligado a la fantasía. Masturbación también consiste en cualquier forma de auto placer sexual obtenido mediante una estimulación directa. Esta es una definición general que nos da la idea de que la masturbación no sólo implica la auto estimulación de la zona genital, sino que puede venir acompañada de otros estímulos físicos en diferentes zonas del cuerpo. (Carry, 2013)

Masturbación Masculina: Estimulación de los órganos genitales con el objetivo de obtener placer sexual, pudiendo o no alcanzar un orgasmo. La masturbación no produce secuelas y se considera una práctica sexual normal, sana y que combate el estrés. Ya que esta realiza una estimulación directa en el glande, pene, y escroto e incluso área anal.

Masturbación Femenina: Es una actividad sexual que consiste en proporcionarse auto placer mediante cualquier tipo de estimulación física directa, independiente del resultado; es decir, que no es preciso llegar o no al orgasmo. Es una forma en que las mujeres descubren más formas de excitarse y llegar al orgasmo, incluso puede experimentar los orgasmos múltiples. A través de esta práctica las mujeres no solo alcanzarán más placer a través de la auto-estimulación, si no que estimularan los puntos sensibles para descubrir su propio cuerpo: el clítoris, el punto G y otras zonas erógenas.

Fantasías Sexuales: Las fantasías sexuales son representaciones mentales creadas por el inconsciente teniendo como tema principal las relaciones sexuales. Se producen de forma voluntaria o involuntaria en la mente. Si bien las fantasías sexuales son poco comentadas con otras personas, son bastante comunes. Éstas comienzan con la pubertad y suelen acompañar al ser humano durante toda su existencia. (Serra, 2007)

Mitos sobre las relaciones sexuales

Los mitos sexuales se extienden como los rumores, y tienen tanto fundamento como éstos. Una opinión no fundada sobre algo relacionada con el sexo, y expresada con la convicción que suele acompañar a la ignorancia, se convierte fácilmente en una creencia de toda una comunidad o generación. Esta falsa creencia comienza a divulgarse como algo comprobado y real, y se convierte en un mito. Los mitos se desarrollan a veces precisamente porque parece que tienen sentido o porque deseamos que sean verdad.

La libre información sobre la realidad, y los cambios socioculturales hacen que los mitos sexuales dejen de serlo. Los mitos sexuales muestran la escasa, y muchas veces falsa, información de nuestra sociedad sobre el sexo.

II. Mitos entorno a la sexualidad de la mujer

En la ausencia de himen, se cree que la mujer ya no es virgen: el himen es una membrana muy delgada y frágil que se encuentra a la entrada de la vagina de la mujer. El que una mujer no lo tenga o se le haya perforado no es un signo de que ella ya haya tenido relaciones sexuales. Un ejercicio físico, una maniobra brusca o un accidente pueden hacer que se rompa; también hay mujeres que tienen el himen perforado desde su nacimiento y nunca han tenido relaciones sexuales. La mujer debe valorar y cuidar su sexualidad más allá de los mitos que existan en torno a ella.

Con la primera relación hay dolor y sangrado: el sangrado durante la primera relación sexual tampoco es un signo de virginidad. Si ha habido una buena estimulación y lubricación vaginal en los momentos previos a la penetración, no tendría por qué haber sangrado ni dolor de ningún tipo. Esto podría llegar a ocurrir cuando no ha habido una buena preparación y estimulación, produciéndose algún tipo de sangrado o dolor producto del roce o de la tensión con que se esté viviendo la relación sexual.

Las relaciones sexuales durante el período menstrual son poco higiénicas: Claro que sí se puede y aunque muchos tilden esta práctica como algo sucio la verdad es que se trata de algo que nada tiene que ver con insalubre o peligroso, eso es más bien un mito. La sangre menstrual no es más que los restos de la mucosa uterina que el organismo desecha razón por la cual no se trata de una sustancia necesariamente peligrosa en una mujer sana. El sexo durante la menstruación no representa ningún riesgo para la salud de ninguna de las dos personas que lo realiza.

Cuando la mujer anda con su período menstrual no debe hacer deporte: durante su menstruación, o regla, la mujer puede realizar todas las actividades que desee en forma normal y natural. Los cuidados que ella deberá tener tienen que ver con mantener su higiene personal, por lo que el bañarse, lavarse el pelo, etc. Durante la regla son acciones recomendadas. Sólo

en caso de que sienta molestias específicas, puede disminuir la actividad deportiva y tomar algún analgésico.

Solo las mujeres pierden la virginidad: El frenillo es una lámina de piel ubicada en la parte inferior del genital del hombre y une el glande -la cabeza del pene- con el prepucio (capucha de piel que lo cubre). Muchos tienen la creencia de que el frenillo es sinónimo del hímen femenino, el cual se rompe cuando se pierde la virginidad.

Durante el embarazo no se pueden tener relaciones sexuales: El coito con cuidado durante el embarazo no hace daño al feto. Cuando la gestante se encuentra en buen estado de salud puede tener vida sexual activa sin ningún problema. Algunas mujeres lo consideran inapropiado, pues creen que se hace daño al feto, cosa por demás falsa, ya que el pene —por muy grande que sea— jamás será capaz de penetrar en el útero, que es donde se encuentra el bebé.

Mitos entorno a la sexualidad del hombre

El hombre es quien inicia el contacto sexual: las parejas se vuelven desparejas cuando en todas las áreas de la convivencia, y aún más en la sexual, los roles se vuelven esquemáticos, sin la intensidad que se necesita para no caer en la rutina. Tomar la iniciativa para el encuentro sexual no tendría que estar condicionada por el género. Tanto los hombres como las mujeres están “habilitados” por el deseo para insinuar o encarar al compañero. (Sánchez, 2014)

El orgasmo y la eyaculación es lo mismo: La eyaculación y orgasmo no son lo mismo, a veces el varón presenta poluciones pero no alcanza esa explosión de sensaciones manifestadas por contracciones involuntarias y musculares. En el hombre el orgasmo se produce en la próstata (glándula que genera el líquido seminal) y en la que se presentan una serie de contracciones, esos pequeños "calambres" se extienden de la columna al abdomen y a través del canal por donde se expulsa el esperma, lo que magnifica el placer. La eyaculación se produce porque hay necesidad de eliminar líquido seminal retenido y, aunque lo ideal es que ambos se presenten al mismo tiempo, no siempre es así.

El coito interrumpido evita el embarazo: El coito interrumpido se lleva a cabo durante la relación sexual, cuando al momento de la eyaculación es retirado el pene de la vagina para

evitar que el semen despedido llegue a ella y fecunde a la mujer. Este método es considerado inseguro, ya que dentro de una relación sexual, el pene del hombre expulsa un líquido de lubricación antes de eyacular (líquido pre-eyaculatorio) que puede contener espermatozoides y probablemente puede darse una fecundación y surgir un embarazo.

Mitos entorno a la relación

Los métodos anticonceptivos son 100% seguros: No existe ningún método seguro 100%, lo único seguro 100% es no tener actividad sexual. No existen métodos ideales sino pacientes ideales para cada método, la eficacia de un método depende mucho de la responsabilidad del paciente según el nivel de información apropiada que se le haya brindado.

La educación sexual fomenta las prácticas sexuales. (Villegas & Romero, 2009)

La educación sexual no fomenta la práctica sexual en ninguna persona ya que cada persona es autónoma y con criterios propios de decidir lo que considera correcto. El objetivo de la educación sexual es informar a las personas. La educación sexual es parte de la formación integral de niños y jóvenes que aporta información científica y que aclara aspectos importantes relacionados con la propia sexualidad en forma plena, enriquecedora y saludable en todas las etapas de la vida. (Sánchez, 2014)

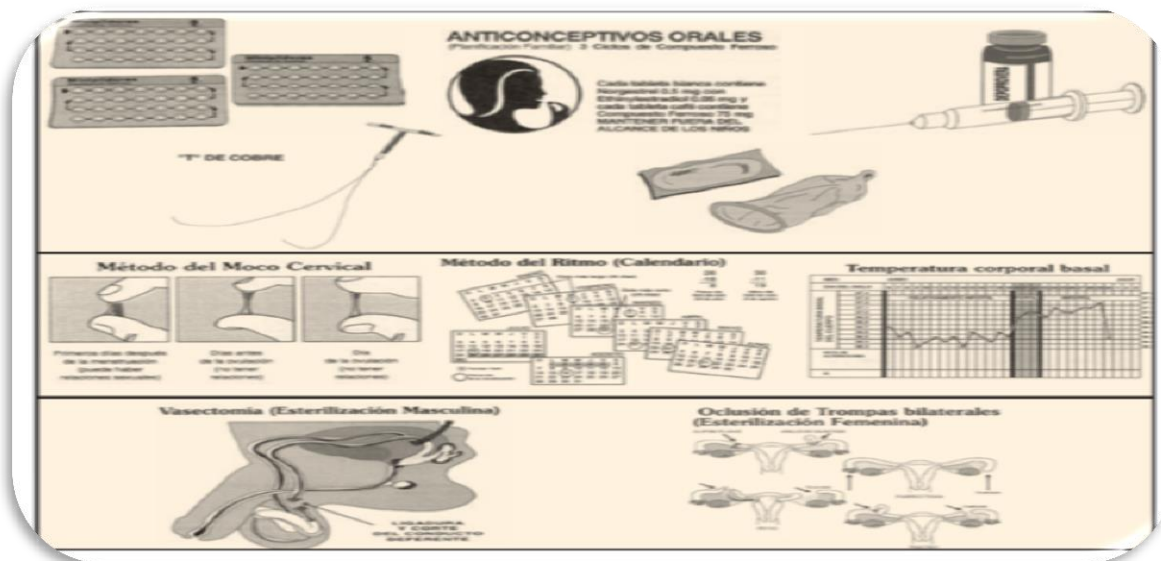
III. LA ANTICONCEPCIÓN

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 pueda realizarse sin fecundación. La efectividad de los métodos, cuando se usa en forma correcta y consistente, aseguran la probabilidad mínima de embarazos.

Clasificación de los Métodos Anticonceptivos

1.Métodos Anticonceptivos Femeninos	2.Métodos Anticonceptivos Masculinos	3.Métodos Anticonceptivos en situaciones especiales
<u>1.1 Métodos Temporales</u> a. -Naturales b. -De Barrera* c.-Mecánicos d.-Hormonales <u>1.2 Métodos Permanentes</u> a. Oclusión Tubárica Bilateral (OTB).	<u>2.1 Métodos Temporales</u> a.-Naturales b.-De Barrera c-Hormonales* <u>2.2 Métodos Permanentes</u> a.-Vasectomía	a.-Anticoncepción en la adolescencia. b.-Anticoncepción de emergencia.

*No disponible en el MINSA (MINSA, 2008) (MINSA, 2008)



MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS FEMENINOS

Métodos temporales

1. Naturales

1.1 Abstinencia

Es una práctica sexual que los hombres o las mujeres o la pareja adoptan voluntariamente cuando no desean descendencia y que se logra evitando totalmente tener relaciones sexuales. Este método debe ser compartido con la pareja, pero se trata de una decisión individual que responde al derecho propio de reproducirse de cada uno de ellos y depende de su motivación y disciplina para practicarla durante el tiempo requerido. La pareja evita el acto sexual en forma voluntaria. Puede ser decidido en cualquier momento y por el tiempo que lo deseen, puede ser de forma permanente o en forma periódica durante el período fértil de la mujer.

1.2 Abstinencia periódica

Definición: La Organización Mundial de la Salud los ha definido como: “Métodos para planificar o evitar embarazos por medio de la observación de los signos y síntomas naturales de las fases fértil e infértil del ciclo menstrual de la mujer; existe abstinencia del acto sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual y el acto sexual, cuando ocurre, es completo.” Estos métodos son llamados también métodos de abstinencia periódica porque es necesario abstenerse de relaciones sexuales coitales los días potencialmente fértiles de la mujer si se desea evitar un embarazo. La abstinencia periódica también puede ser utilizada en combinación con otros métodos anticonceptivos, de manera que la pareja utiliza métodos de barrera solamente durante la fase fértil del ciclo.

1.2.1 Tipos de Métodos de abstinencia periódica

1. Método del ritmo o calendario o método de Ogino-Knaus.
2. Método de temperatura corporal basal o método térmico.
3. Método de moco cervical, método de la ovulación o de Billings.
4. Método sintotérmico.

5. Método del collar o días fijos.

Los consejeros deben ser capaces de

- Ayudar a que la pareja aprenda a reconocer los signos y síntomas del período fértil.
- Alentar reiteradamente a la pareja a evitar o interrumpir el coito o usar métodos de barrera en la etapa fértil y orientarlos cuando tienen problemas por la abstinencia.
- Proporcionar materiales en donde registrar los cambios corporales, ej.: termómetros, hojas cuadriculadas, calendarios, cuadernos.
- Mencionar a la pareja otros métodos o referirlos a donde puedan recibir información, suministros y servicios, si la pareja lo solicita.

Lineamientos específicos para la prescripción

- Un nivel de instrucción en la usuaria que le permita comprender y reconocer las características de su ciclo menstrual para la aplicación correcta del método, para lo cual se requiere una consejería especial y mantener una estrecha relación entre el personal prestador del servicio de planificación familiar y la pareja usuaria.
- Recibir una adecuada información hasta la total comprensión del método.
- Un compromiso absoluto por parte de la pareja usuaria de aceptar la abstinencia sexual durante los períodos de fertilidad en el ciclo menstrual, determinados de acuerdo con los procedimientos descritos para cada método. O la utilización de otro método para tener relaciones sexuales protegidas en ese período.

Duración de la protección anticonceptiva:

- La duración de la protección anticonceptiva con los métodos naturales depende de su práctica correcta y del tiempo que la pareja desee utilizarlos.

Efectos colaterales:

- No se describen efectos colaterales atribuibles a estos métodos.

Seguimiento de la usuaria:

- Las visitas de seguimiento serán para evaluación del conocimiento y adhesión al método, así como para el reforzamiento de la consejería, en particular cuando tengan algún problema con el método y debe acudir para sus exámenes rutinarios de salud.

Efectividad anticonceptiva

Son moderadamente efectivos utilizados de manera correcta. Teórica: 90%.

Real: 70 al 80%, bajo condiciones óptimas, interpretando bien cuáles son los días en que se puede quedar embarazada.

El cálculo se basa en 100 usuarias por un año.

Para el método del calendario o ritmo se embaraza 1 de cada 11 mujeres.

Para el método de la temperatura basal, se embaraza 1 de cada 100 en condiciones especiales (relaciones únicamente después de la ovulación y antes del próximo período menstrual).

Para el método de moco cervical, Billings, se embaraza 1 de cada 33 usuarias.

Para el método sintotérmico o índices múltiples (moco endocervical más temperatura basal, más método del calendario, período fértil). Se produce 1 embarazo por cada 50 usuarias.

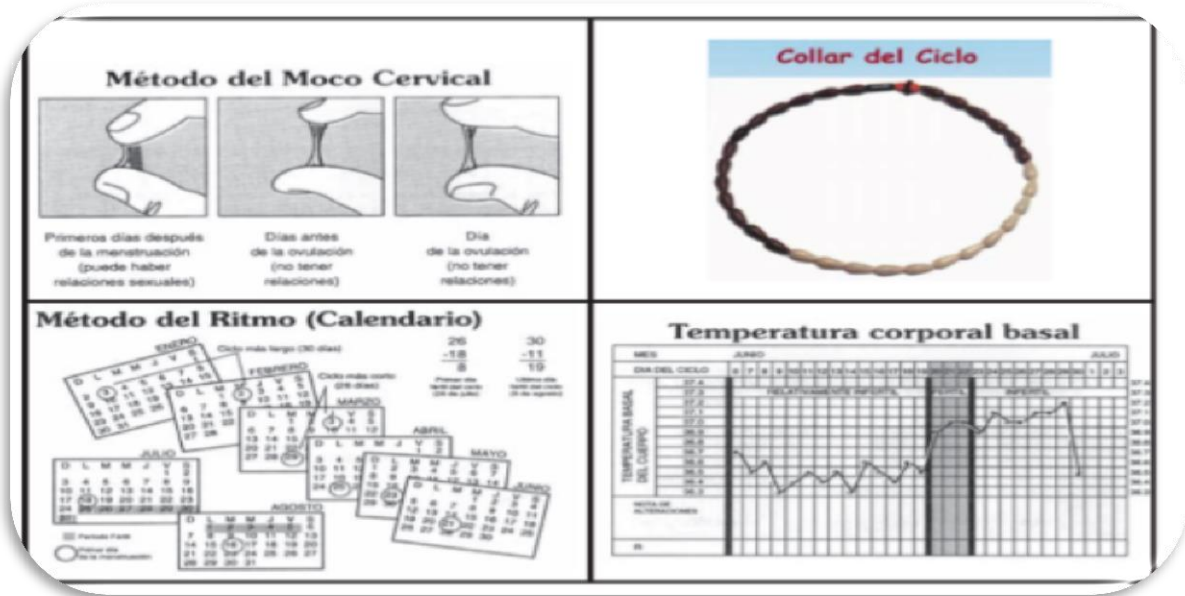
Para el Método del Collar o días fijos se embaraza 1 de cada 20 usuarias.

Características

Los métodos naturales implican mucha motivación y comunicación del hombre y la mujer, las parejas no pueden tener relaciones sexuales entre 10 y 20 días de cada mes o deben utilizar métodos adicionales (preservativos o condones) en ese período.

Algunos métodos de abstinencia periódica pueden ser de difícil aplicación y poco eficaces para las mujeres con ciclos menstruales irregulares.

Son los métodos anticonceptivos menos eficaces. (MINSa, 2008)



(MINSa, 2008)

Ventajas y desventajas de la Abstinencias de la abstinencia periódica

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • No tienen efectos abversos en la salud de la mujer ni del hombre. • No tienen costo económico o es muy bajo. • Promueven en mujeres y hombres el conocimiento de sus cuerpos y de sus funciones sexuales y reproductivas. • Favorecen un mayor acercamiento y entendimiento en las parejas al compartir la responsabilidad de la procreación. • Permiten a las personas que lo 	<ul style="list-style-type: none"> • Son menos eficaces que los otros métodos disponible. • Se necesita un cierto grado de educación. • Requieren un tiempo prolongado de entrenamiento y supervisión para ponerlos en práctica. • Hay muchos factores de salud, ambientales, emocionales, que pueden alterar el ritmo normal de los ciclos menstruales. • Los períodos largos de abstinencia sexual pueden ocasionar dificultades conyugales y tensión emocional.

deseen vivir en armonía con la naturaleza; con énfasis en una vida	
<ul style="list-style-type: none"> • saludable sin uso de tecnología • Puede que una vez aprendidos los métodos, no requieran asistencia adicional de los proveedores de salud. • Se puede aprender con personal de la comunidad, brigadistas capacitados, no es necesario tener contacto con personal de salud. Son reversibles en forma inmediata 	<ul style="list-style-type: none"> • Estos métodos no funcionan sin el compromiso y cooperación continua, tanto de la mujer, como del hombre. • No protegen contra infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH / SIDA. • Necesitan especial interpretación en situaciones especiales como: o En la adolescencia. En la premenopausia. Después del parto y durante el amamantamiento. Después de dejar la píldora.

(MINSA, 2008)

1.3 Método del ritmo, de los días estándar, del calendario o de Ogino- Knaus

Este método se basa en la abstinencia durante el período fértil, de la mujer, período que debe calcularse en dependencia de la duración de sus ciclos menstruales.

Base fisiológica

- La ovulación se produce de 16 a 12 días antes del inicio de la menstruación siguiente.
- Sobre la base de la duración de los ciclos anteriores se calcula el momento de la menstruación siguiente, contando retrospectivamente desde esa fecha se determina el

momento aproximado de la ovulación, a lo que hay que agregar un margen de abstinencia que cubra el tiempo de vida del espermatozoide y del óvulo.

- El resultado final es un grupo de días en los que puede haber concepción si hay relación sexual.
- Los días antes y después de ese tiempo, probablemente serán infértiles. Metodología Cálculo del período fértil en ciclos regulares:
- Desde el primero hasta finalizar el octavo día de la menstruación, se encuentra en la fase relativamente infértil y tiene pocas probabilidades de quedar embarazada si tiene relaciones sexuales.
- Del final del octavo hasta el décimo y séptimo día del ciclo, se encuentra en la fase fértil y debe abstenerse de tener relaciones sexuales para evitar un embarazo.
- Desde el final del día décimo y séptimo hasta el primer día de la menstruación siguiente, se encuentra en fase infértil y existen pocas probabilidades de que se produzca un embarazo al tener relaciones sexuales. Cálculo del período fértil en ciclos irregulares:
- Por un tiempo de 6 a 9 meses, la pareja debe marcar en un calendario el primer día de cada menstruación y contar los días transcurridos desde el primer día menstrual hasta el día anterior del inicio de la siguiente menstruación.
- Identificar el ciclo menstrual más corto e identificar el ciclo menstrual más largo.
- Al ciclo más corto restarle 18 días para obtener el primer día fértil.
- Al ciclo más largo, restarle 11 días para obtener el último día fértil.

Ejemplo: De este registro debe escoger el ciclo más largo y el más corto. Restar 11 días del ciclo más largo y 18 días del ciclo más corto. En un grupo de ciclos si el más prolongado dura 30 días, le restamos 11, lo que dará un total de 19, si consideramos el ciclo más corto de 25 días, se le restará 18, lo que dará un total de 7. Por lo tanto, los días que no deben tenerse relaciones sexuales son del 7° al 19° día del ciclo, ya que éstos son los días del período fértil, el período infértil estará comprendido entre el día 1 al 7 y desde el día 19 hasta el siguiente

ciclo menstrual. De esta manera se reconoce el periodo fértil durante el cual la pareja usuaria no debe tener relaciones sexuales si desea evitar un embarazo.

Ventajas y desventajas del método del ritmo

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">• Las ya mencionadas en las ventajas generales.• Mejora el conocimiento del ciclo menstrual en mujeres y hombres	<ul style="list-style-type: none">• Requiere de un tiempo prolongado de entrenamiento para ponerlo en práctica con éxito.• En ciclos irregulares el período fértil puede ser largo y por lo tanto la abstinencia es muy prolongada.• Es inseguro en mujeres con ciclos menstruales irregulares

. Efectividad: de un 53 % hasta un 85.6 % (MINSa, 2008)

2.- Método de temperatura corporal, basal o método térmico

Este método identifica el período de ovulación por medio del registro diario de la temperatura basal durante un ciclo menstrual. La elevación de la temperatura indica que la mujer ha ovulado.

La temperatura corporal basal es la temperatura más baja que alcanza el organismo en una persona, cuya medición se debe efectuar todas las mañanas apenas se despierte y antes de que realice alguna actividad, por la misma vía, después de al menos 6 horas de sueño continuo. La medición puede ser oral, rectal o vaginal, pero la más exacta es la rectal.

Base fisiológica

- Incremento de la temperatura del cuerpo que se produce poco después de la ovulación relacionado con la secreción de progesterona por el cuerpo lúteo del ovario.
- El incremento es de 2 a 5 décimas de grados centígrados o 0.4 a 1.0 grados F° y permanece en ese nivel alto hasta antes de la siguiente menstruación.
- El período infértil post ovulatorio comienza tres días después de observarse el alza de temperatura.

Metodología:

- Debe tomarse la temperatura a partir del primer día del ciclo por la mañana, antes de levantarse de la cama y luego de un período de mínimo de 6 horas de sueño nocturno.
- Es necesario ir anotando los registros de temperatura en una hoja de papel adecuada (cuadrículada), e ir uniéndolos para trazar una curva y poder observar los cambios de temperatura con claridad.
- En los días después de la menstruación se registran temperaturas bajas y éstas vuelven a subir a partir de la ovulación.
- Hay que tener una abstinencia de 72 horas como mínimo, a partir del día en que se detecta el aumento de la temperatura, si se desea evitar un embarazo.

Ventajas y desventajas del método de temperatura corporal, basal

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">• Las ya mencionadas en las ventajas generales.• Favorece en mujeres y hombres el conocimiento sobre la fisiología de la ovulación• Propicia en las mujeres el reconocimiento en su cuerpo de los signos de la ovulación	<ul style="list-style-type: none">• Requiere de un período de orientación de varios meses en el manejo del método.• Existe dificultad en la interpretación de algunas curvas térmicas.• La identificación real de la ovulación es después que ésta se produjo, no predice el día de la misma.• Es necesaria una buena salud física general que evite las fiebres por otras causas (infecciosas) no ovulatorias.• Requiere de un termómetro y de saberlo leer y saber escribir.• Exige un mayor cuidado de interpretación en las siguientes situaciones especiales: Después del parto y durante el amamantamiento. En la premenopausia En la adolescencia. Después de dejar la píldora

Efectividad

Hay pocos estudios sobre su efectividad; los que existen informan alcanza del 77.9 al 99%. Indicaciones para la toma de la temperatura: Mantenga el termómetro cerca de la cama y al alcance de la mano. Sacuda el termómetro antes de acostarse para bajar la columna de mercurio por debajo de 35° C. Antes de tomarse la temperatura por la mañana, debe revisar el termómetro para verificar que marque menos de 35° C.

Tómese la temperatura inmediatamente después de despertarse y antes de levantarse de la cama o ingerir líquidos o alimentos. Tómese la temperatura de preferencia a la misma hora, por la misma vía y con el mismo termómetro. Después de retirarse el termómetro, léalo y anote la lectura en la gráfica. Para limpiar el termómetro enjuáguelo con agua fresca y colóquelo en el lugar donde lo guarda.

3.- Método del moco cervical, de la ovulación o de Billings

Este método reconoce los cambios cíclicos del moco cervical en los períodos pre y post ovulatorios por medio de la observación e interpretación de las sensaciones vaginales y vulvares que producen los cambios en la calidad y cantidad del moco cervical en respuesta a los niveles cambiantes de los estrógenos.

Base fisiológica: En el ciclo de 28 días, durante los días inmediatamente posteriores a la menstruación, bajo la influencia del estrógeno, el moco cervical forma un tapón grueso, pegajoso y viscoso que ocluye el cuello del útero, hay sensación de sequedad en la vagina y hace que la vulva se note seca al tacto (Período preovulatorio).

Durante el tiempo de ovulación, por efecto del incremento de los estrógenos, aparece primero cierta cantidad de moco en la vagina, al principio es escaso y provoca sensación de humedad en la vagina, es grueso, no elástico, pero al continuar aumentando los niveles de estrógeno antes y durante la ovulación el moco cambia a una sustancia más líquida, muy lubricante, resbalosa, el moco es claro, transparente, delgado, blanco y elástico, puede estirarse hasta 6 ó 10 cm. sin romperse, fluye muy abundantemente y hace que la vagina y la vulva se note húmeda al tacto (Período ovulatorio).

En los días inmediatamente posteriores a la ovulación, bajo la influencia de la progesterona, el moco cervical forma un tapón grueso y viscoso que ocluye el cuello del útero, se vuelve escaso, pegajoso y hace que la vulva se note seca al tacto (Período post ovulatorio).

Al utilizar este método hay que asumir que se puede haber ovulado desde dos días antes de la aparición de estos signos y que se continúan siendo fértiles hasta 4 días después del último día de moco abundante y resbaloso.

Efectividad:

- Se encuentra en la literatura una enorme variedad en las tasas de efectividad.
- Se informa una efectividad del 84.6% cuando hay seguimiento de las indicaciones; del 94% por aplicación incorrecta de las instrucciones y por falla del método.

Metodología:

- Para identificar el tipo de moco cervical, la mujer debe observar sus secreciones dos veces al día, en la mañana y en la noche, tomándolas directamente de la vagina o de la vulva, observándolas en el papel higiénico después de hacerse limpieza al orinar o tomando la humedad o moco entre sus dedos. El período fértil comienza con la aparición de flujo o con la sensación de humedad en la vagina, el moco es abundante, filante, puede estirarse con facilidad y no se rompe, es muy elástico, es resbaloso. Cuando termina el período fértil, el moco se vuelve pegajoso, pastoso, escaso o nulo.
- Al terminar el flujo mucoso, transparente, hay que abstenerse 4 días más.
- En cualquier etapa del ciclo, si hay flujo mucoso o manchas debe abstenerse de tener relaciones sexuales coitales, o debe usar métodos de barrera ese día y durante los cuatro días siguientes.
- Cuando los ciclos son cortos, la mujer tendrá pocos o ningún día seco después de la menstruación y antes de la ovulación.
- Cuando se esté iniciando la identificación del tiempo fértil húmedo no se debe tener relaciones sexuales coitales.

- Llevar una cuidadosa observación durante el día y la noche y anotar los resultados antes de acostarse en una hoja cuadriculada en donde anota la fecha del ciclo y puede escribir una (P) para el período menstrual, una (S) para el período infértil o seco y una (M) para el período ovulatorio cuando hay moco cervical. Puede escribir algo adicional describiendo las características del moco cervical.
- Acudir a consejería cada mes llevando las anotaciones hasta poder distinguir bien su día de ovulación y la finalización del período fértil.

Ventajas y desventajas del método del moco cervical

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Las ya mencionadas en las generales de los métodos naturales. • Favorece en mujeres y hombres el conocimiento sobre la fisiología de la ovulación. • Propicia en las mujeres la apropiación de su cuerpo y el reconocimiento en el mismo de los signos y síntomas de la ovulación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere de un período de orientación y supervisión de varios meses en el manejo del método. • La identificación real del día de la ovulación es retrospectiva. • Presenta dificultades para las mujeres que no quieran manipular sus genitales ni observar sus secreciones. • Es indispensable ser sana por vía vaginal, sin infecciones, ni infecciones de transmisión sexual. • No confundir el moco cervical con exudados o secreciones provocadas por: Las secreciones vaginales debidas a estimulación sexual. Residuos de semen que salen posterior al coito. Tensión

	<p>emocional o física. Medicamentos utilizados como Antigripales que pueden disminuir las secreciones, tienen a secar el moco. Existen muchas condiciones en las cuales las características del moco cervical pueden variar como son las infecciones vaginales, el uso de duchas vaginales, espumas, jaleas, lubricantes, óvulos, la presencia de semen y la estimulación sexual.</p>
--	---

(MINSA, 2008)

Cuando se pueden tener relaciones sexuales

Desde inmediatamente después de la menstruación hasta que aparezca la primera señal de moco. Desde el cuarto día después que desaparece el moco hasta que empieza la siguiente menstruación.

4.- Método sintotérmico

Este método combina varias técnicas de abstinencia periódica determinando la fase fértil de la mujer mediante la observación de una combinación de señales. En principio es una combinación del método del moco cervical, el método del calendario y la temperatura corporal basal. También puede utilizar los datos de ciclos anteriores y secundariamente síntomas tales como el dolor abdominal bajo intermenstrual, manchas de sangrado intermenstrual, sensibilidad en los senos y cambios de humor. El uso de varias técnicas permite tener más precisión para identificar el período fértil de ciclo menstrual.

Efectividad:

Diferentes estudios muestran un amplio rango desde 81.7% hasta 92.8%.

Metodología:

Elaborar una gráfica en una hoja cuadriculada, llevando un registro de las fechas de inicio y de finalización del período fértil con relación a los días del ciclo en la misma forma que para las dos modalidades (del moco cervical y de la temperatura basal).

Las relaciones sexuales cóitales se podrán tener en la fase pre ovulatoria sola mente, en los días secos y, en la fase post ovulatoria, después del tercer día de temperatura alta o hasta el cuarto día posterior a terminar la mucosidad.

Ventajas y desventajas del método sintotérmico

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">• Las ya mencionadas en general y para cada uno de los dos métodos involucrados.• Proporciona un doble control.	<ul style="list-style-type: none">• Las ya mencionadas en general y para cada uno de los dos métodos involucrados.• Puede necesitar consejería y capacitación durante más tiempo que si aprendiera y utilizara un solo método natural

(MINSA, 2008)

5.- Método del collar del ciclo o días fijos.

El método del Collar del Ciclo o Días fijos permite a las parejas espaciar sus embarazos en forma natural a través de conocer el ciclo menstrual, su período fértil y tener abstinencia periódica de relaciones sexuales o evitar las relaciones desprotegidas durante esos días.

Eficacia: La eficacia del método en varias investigaciones reportadas fue del 95%. Base fisiológica El collar del ciclo es un collar de perlas de colores que representa el ciclo menstrual de la mujer, le ayuda a saber en qué días del ciclo hay mayor riesgo de embarazo si tiene relaciones sin protección. Está formado por 32 perlas de colores, un anillo de hule negro y una flecha. Cada perla del collar representa un día del ciclo. La perla roja representa el primer día

de menstruación o sangrado. Luego vienen 6 perlas cafés que representan días infértiles de la mujer (días 2 al 7). Luego 12 perlas blancas que representan los días fértiles de la mujer (días 8 al 19). Luego hay 13 perlas cafés, que representan días infértiles (día 20 al final del ciclo). Funciona bien para mujeres con ciclos entre 26 y 32 días de duración. El marcador de hule negro se utiliza para señalar el día del ciclo menstrual en que se encuentra. La flecha indica hacia dónde debe empezar a mover el hule negro y el conteo de los días del ciclo. Además del collar, debe utilizarse un calendario para anotación del primer día de sangrado de cada ciclo menstrual y una tarjeta con instrucciones para el mejor uso del método.

Metodología

El primer día de menstruación se coloca el anillo de hule sobre la perla roja y allí se deja hasta el día siguiente, al mismo tiempo la pareja debe marcar en su calendario sólo el primer día de sangrado de cada uno de sus ciclos.

Al día siguiente (2° día del ciclo), se mueve el anillo a la siguiente perla (primera perla café) aunque todavía esté sangrando.

Los siguientes días se mueve el anillo una perla cada día, siempre en la misma dirección hasta que termine el ciclo, de preferencia siempre a la misma hora para evitar que se le olvide.

Las perlas están en el siguiente orden: la primera es roja, seguida de 6 marrones, luego 12 blancas seguidas de 7 marrones, seguida de una de color marrón más oscuro y finalmente 5 marrones con el cilindro final, la perla marrón oscuro sirve para indicarle si su ciclo es menor de 26 días.

Cuando el anillo esta sobre cualquier perla blanca (los días fértiles del ciclo), la pareja no debe tener relaciones sexuales o tenerlas con protección.

Cuando el anillo esta sobre cualquier perla café o marrón o durante la menstruación (los días infértiles) la pareja puede tener relaciones sexuales.

Si la pareja no está segura de haber movido el anillo, puede consultar en el calendario la fecha del primer día de sangrado, contar en el calendario los días que han pasado desde que le vino

la menstruación, luego contar las perlas en el collar y pasar el marcador a la perla que corresponda. Quienes pueden utilizarlo:

Mujeres o parejas con Categoría 1 de criterios de elegibilidad médica de abstinencia periódica en general.

Mujeres con ciclos menstruales entre 26 a 32 días de duración.

Si la mujer está dando de mamar o ha suspendido la lactancia, debe haber tenido por lo menos 3 ciclos post parto, el último de los cuales debe haber sido de 26 a 32 días.

Si ha dejado de usar anticonceptivos hormonales inyectables, sólo de progestágeno (Depoprovera, Noristerat), deberá haber tenido por lo menos un ciclo de 26 a 32 días antes de empezar a utilizar el collar.

Si ha estado utilizando anticonceptivos orales, debe haber tenido su menstruación antes de empezar a utilizar el collar. (MINSA, 2008)

Ventajas y desventajas del método del collar

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">• Las ya mencionadas en las ventajas generales.• No requiere supervisión médica.• No necesita tratamientos adicionales ni procedimientos quirúrgicos.• Fomenta la participación del hombre en la anticoncepción.• Le ayuda a saber cómo funciona su fecundidad	<ul style="list-style-type: none">• No debe ofrecerse a parejas que no pueden evitar las relaciones sin protección: Días de perlas blancas.• No debe ofrecerse a mujeres con ciclos menores de 26 días (muy cortos), ni mujeres con ciclos mayores de 32 días (muy largos).• No protege contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA.

(MINSA, 2008)

6- De Barrera

Actualmente el Ministerio de Salud no proporciona a las usuarias ningún método de planificación familiar de barrera.

Preservativo femenino Definición: Es un método anticonceptivo temporal. Tiene la función de cubrir la vagina durante la relación sexual, recoge el semen y no permite que el espermatozoide del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer. Tipos: De Látex, protege contra Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo VIH/SIDA.

Presentación: Sobres individuales conteniendo una unidad enrollada. 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. **Efectividad anticonceptiva:** 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 8 mujeres).

Forma de administración:

- Utilizar un condón nuevo para cada relación sexual.
- Abrir cuidadosamente el sobre para evitar romper el condón.
- No utilizar un condón dañado o vencido.
- Después de la eyaculación retirarlo suavemente de la vagina y así prevenir que se derrame el semen.
- Desechar el condón y botarlo en un lugar apropiado.

Ventajas y beneficios del condón o preservativo femenino

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • No requieren receta médica. • Son desechables. • Ofrece protección contra las enfermedades de transmisión sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos beneficiosos no anticonceptivos. • Ayuda a proteger contra infecciones de transmisión sexual, inclusive contra el VIH.

(MINSA, 2008)

Desventajas y efectos adversos menores del condón femenino

Efectos Adversos Menores	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Intolerancia al látex o al espermicida. • Interfiere en la actividad sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Interfiere con la espontaneidad del coito. • Debe tenerse cuidado al almacenarlos, debe hacerse en lugares secos, protegidos del calor y de la humedad excesiva. • Requiere del uso de un condón nuevo en cada acto sexual. • Si no se utiliza correctamente cada vez que se tengan relaciones sexuales, puede fallar en su protección contra el embarazo, las IT y la transmisión del VIH. • No debe haber contacto genital (Pene-Vagina) sin preservativo.

(MINSA, 2008)

7.- Hormonales

Métodos hormonales orales combinados.

Eficacia Su eficacia 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)

Esta efectividad en la población general, puede disminuir hasta un 92% por el uso incorrecto de la toma de la píldora, la tasa de falla es de 0.2 a 1 embarazo en cada 100 mujeres por año de uso.

Métodos Hormonales

- Orales: Lofemenal (tableta) Lineamientos específicos para su prescripción
- Proporcionar consejería.
- Prescribir dosis baja y micro dosis en mujeres que la toman por primera vez.
- En el primer ciclo de uso, deben iniciarse preferentemente dentro de los 5 primeros días del ciclo menstrual.
- En amenorrea puede comenzar a tomarse los anticonceptivos orales combinados en cualquier momento, siempre y cuando esté segura de no estar embarazada. Deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar alguna protección anticonceptiva adicional hasta el siguiente ciclo.
- En lactancia, después de 3 semanas si no está lactando.
- En amenorrea por lactancia y han pasado ya más de 6 meses post- parto, puede utilizar los anticonceptivos hormonales combinados orales.
- Después de 6 meses del post- parto y con presencia de ciclos menstruales, puede utilizar anticonceptivos hormonales combinados orales.
- En post- aborto iniciar en los primeros 7 días post- legrado o post-aborto⁹ Forma de administración. En la presentación de 21 tabletas, se ingiere una tableta diaria, iniciando el primer día del ciclo menstrual, o dentro de los primeros cinco días. Los ciclos subsecuentes

deben iniciarse al concluir los 7 días de descanso del ciclo, independientemente de si se presenta el ciclo menstrual o no. En sobres de 28 tabletas, se ingiere una tableta diariamente hasta concluir con las tabletas que contienen hierro o lactosa, los ciclos subsecuentes se inician al concluir el ciclo, independientemente de si se presenta el ciclo menstrual o no. Este método debe suspenderse 2 semanas antes de una cirugía mayor o durante inmovilización prolongada y reiniciarse 2 semanas después. En caso de atraso de ingesta de la tableta hasta de 12 horas, tome un comprimido lo más antes posible seguido de la ingesta habitual horaria de la tableta, si el atraso es mayor de 12 horas, además de la indicación anterior, utilice un método adicional. Si el olvido es de dos tabletas o por dos días, ingiera 2 tabletas por 2 días y luego continúe tomando la píldora de forma habitual, utilice además un método adicional o absténgase de relaciones sexuales. Si el olvido es repetitivo, oriente a la usuaria para cambio del método. En caso de olvido de tomar tres tabletas consecutivas (píldora activa, días 1-21): El método ya no es efectivo, se debe suspender la toma de las restantes tabletas utilizar un método de barrera durante el resto del ciclo y reiniciar la toma en el siguiente ciclo menstrual. En caso de ser repetitivo el olvido orientar para cambio de método. Informar a la usuaria sobre la posibilidad de manchado al olvidar de tomar la tableta, esto no es síntoma de peligro.

Duración de la protección anticonceptiva: La protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos durante los cuales se ingieran las tabletas o grageas en forma correcta

Ventajas y efectos benéficos de la toma de aoc

Ventajas	Efectos Benéficos	Otros efectos Benéficos
<ul style="list-style-type: none"> • Son muy eficaces, seguros, fáciles de usar, reversibles, su uso es independiente del coito y da mayor tranquilidad a la usuaria al eliminar el riesgo de 	<ul style="list-style-type: none"> • Eficacia elevada cuando se toman diariamente. • Eficacia inmediata al iniciarse 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduce o alivia los dolores menstruales (dismenorrea), mejora la tensión premenstrual. • El sangrado menstrual disminuye en cantidad y en el número en días. • Protege contra la

<p>embarazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No interfiere con la relación sexual. • Pocos efectos colaterales. • El uso puede interrumpirse con facilidad. • Puede ser proporcionado por personal no médico. • Regularización de los ciclos menstruales. • Rápido retorno de la fertilidad tan pronto como se interrumpe su uso. 	<p>dentro de los primeros siete días del ciclo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flujos menstruales menos profusos y menos dolorosos. • Puede mejorar la anemia. • Protegen contra el cáncer de ovario y del endometrio. • Disminuye la enfermedad benigna de la mama. • Previene el embarazo ectópico. • Disminuye el riesgo de Enfermedad Pélvica 	<p>enfermedad inflamatoria pélvica ya que el espesamiento del moco cervical impide la penetración de las bacterias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducen la incidencia de quistes funcionales del ovario. • Reducen la incidencia de enfermedades benignas de la mama. • Reducen la incidencia del cáncer de ovario y endometrial. • Reducen el riesgo de embarazo ectópico. • Pueden mejorar los desórdenes sebáceos (acné, piel grasosa). • No hay dolor ovulatorio al producir anovulación. • Mejora la endometriosis. • Menos enfermedades de la tiroides, de artritis reumatoide, de úlceras duodenales (en
--	---	--

	Inflamatoria.	investigación). <ul style="list-style-type: none"> • Protege contra la anemia producida por el sangrado menstrual excesivo.
--	---------------	---

Desventajas y efectos adversos de los aoc

Efectos Adversos Menores	Desventajas	Efectos Adversos mayores y comp. Que son signos de alarma.
<ul style="list-style-type: none"> • Candidiasis vaginal, dismenorrea, mastodinia, galactorrea. • Náuseas, vómitos, mareos, cefalea. • Leve ganancia de peso por retención hídrica que producen los estrógenos o por anabolismo que producen los progestágenos. • Turgencia mamarias y sensibilidad de las mismas (mastalgia 	<ul style="list-style-type: none"> • No se pueden utilizar durante la lactancia. • Se requiere un suministro periódico de píldoras y estricta ingestión diaria. • No protege contra las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. • Alteración del metabolismo de los lípidos, según dosis. • Alteración del mecanismo de la coagulación 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal intenso. • Dolor torácico intenso. • Disnea. • Cefalea intensa. • Migraña severa. • Visión borrosa. • Fosfenos. • Acúfenos. • Ceguera. • Dolor de miembros inferiores. • Ictericia.

<p>y mastodinia) por la retención de líquidos en las mamas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retraso menstrual o amenorrea. • Sangrado intermenstrual (spooting) o sangrado menstrual escaso (hipomenorrea), ausencia de sangrado por privación (amenorrea). • Trastornos psiquiátricos: cambios en el estado de ánimo, depresión, irritabilidad, cambios de la libido. • Trastornos cutáneos: Cambios en la piel (cloasma, melasma, telangectasia, 	<p>provocado principalmente por el estrógeno</p>	
---	--	--

<p>exantema, neurodermatitis, eritema nudoso, multiforme, eritema nodoso, eccema, fotosensibilidad, acné, seborrea).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida del cabello o alopecia, Hirsutismo, hipertrichosis • Disminución de la líbido. • Colestasis. • Disminución del volumen y contenido de proteínas de la leche materna. • Ectopia y ectropión del cérvix que producen aumento del flujo menstrual y mayor riesgo de cervicitis. • Aumento de tamaño de miomas. 		
---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Alergia a los esteroides. • Retención de líquidos. • Disminución de la gamma globulina circulante. • Se reduce la tolerancia a la glucosa y en un 3% presentan hiperglicemia. 		
--	--	--

(MINSA, 2008)

Métodos hormonales inyectables intramusculares hormonales combinados mensuales.

Eficacia: La eficacia es mayor al 99%, se reporta tasa de fallo de un embarazo por cada 333 mujeres que lo usan durante un año.

Mecanismo de acción:

Actúan inhibiendo la ovulación y espesando el moco cervical, lo vuelve inadecuado para la penetración de los espermatozoides.

La primera aplicación debe hacerse

- Entre el 8vo y 10mo día del ciclo para Depoprovera,
- Durante el primer día de inicio de la menstruación para la Mesigyna intramuscular en región glútea.

- En amenorrea: Puede recibir la primera inyección en cualquier momento, siempre y cuando este razonablemente segura de que no está embarazada.

En post parto y post cesárea después de 3 semanas si no está lactando.

- En lactancia:

En posparto o post cesárea

- Después de 3 semanas si no está lactando.
- Si está lactando y tiene más de 6 meses y se encuentra en amenorrea, puede aplicarse la inyección y manejarse como en amenorrea.
- Si presenta ciclos menstruales y han pasado más de 6 meses post parto o post cesárea, puede recibir la primera inyección tal como se aconseja para otras mujeres con ciclos menstruales.

En post aborto: Iniciar en los primeros 7 días post legrado o post aborto.

Las aplicaciones subsiguientes deben hacerse:

- Aplicar a las cuatro semanas, el mismo día del mes en que se inyectó la primera dosis, independientemente de la fecha de venida de su menstruación, para el caso de la Mesigyna.

Deben suspenderse 45 días antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después de reintegrarse a actividades normales.

Ventajas y beneficios de los anticonceptivos combinados inyectables mensuales

Ventajas	Beneficios	Efectos beneficiosos no anticonceptivos
<ul style="list-style-type: none"> • Son fáciles de usar. • Eficacia inmediata si se aplica en la fecha 	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden mejorar la anemia. • Disminuyen la cantidad y duración 	<ul style="list-style-type: none"> • Participan de los efectos beneficiosos de los anticonceptivos hormonales orales

<p>correspondiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe administrarse nueva dosis cada 4 semanas. • Su uso es independiente de la relación sexual. • Pocos efectos colaterales. • No afecta la función gastrointestinal. • Su uso es prolongado y de larga duración con lo cual se evita la administración diaria de hormonas. • Es reversible. • Su uso es privado; solamente el proveedor y la usuaria comparten la información. • Liberan una dosis más baja de hormonas que los 	<p>del sangrado durante el período menstrual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pocos efectos colaterales. • Protegen contra el cáncer ovárico y del endometrio. • Disminuyen la enfermedad benigna de la mama. 	<p>combinados y además presentan estos otros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carecen de efectos masculinizantes aún en su uso prolongado. • Los ciclos son similares a los fisiológicos. • Menos efectos colaterales que los métodos orales. • Rápido retorno a la fertilidad.
---	---	--

<p>bimestrales y trimestrales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor eficacia anticonceptiva por anovulación segura mayor al 99%. • Menor posibilidad de olvido. • Gran aceptabilidad y altas tasas de continuación. • Pueden ser administrados por personal no médico, capacitado. 		
--	--	--

(MINSA, 2008)

Desventajas y efectos adversos de los anticonceptivos combinados, inyectables mensuales

Efectos adversos menores	Desventajas	Efectos adversos mayores y complicaciones que son signos de alarma.
<ul style="list-style-type: none"> • Los cambios en los patrones de sangrado menstrual son poco frecuentes, el primer ciclo suele ser corto con el uso 	<ul style="list-style-type: none"> • No se puede usar durante la lactancia. • Puede haber aumento de peso. • Se debe 	<ul style="list-style-type: none"> • Suspender el uso del método si se presentara alguna de las siguientes situaciones: • Sospecha de

<p>de Mesigyna, de 10 a 12 días, los sangrados subsiguientes ocurren con un mes de intervalo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La amenorrea no es frecuentes. • La mayoría de las usuarias tienen un patrón normal de sangrado menstrual. • Cefalea. • Náuseas. • Vómitos. • Mareo. • Mastalgia. • Incremento de peso corporal. 	<p>administrar una inyección intramuscular lo que para algunas mujeres no es deseable.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No protege contra las infecciones de transmisión sexual ni contra el virus del SIDA. • Una vez administrado no se puede discontinuar hasta que pase el efecto de la dosis suministrada. 	<p>embarazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea intensa. • Alteraciones visuales (pérdida de la visión, visión borrosa). • Dolor torácico, tos, cansancio. • Dolor abdominal severo • Disnea. • Dolor de miembros inferiores. • Trombosis venosa. • Sangrado uterino anormal. • Ictericia. • Dolor o molestias en el sitio de la inyección. • Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de seis meses.
---	---	---

(MINSA, 2008)

Hormonales inyectables intramusculares sólo con progestágenos de depósito trimestrales

Definición: Este anticonceptivo inyectable contiene una sustancia esteroidea de progestágenos sola, que administrada por vía intramuscular, evita el embarazo durante tres o dos meses, con gran efectividad, de depósito, son reversibles y de uso privado.

Tipos y presentación:

Frascos que contienen un sólo progestágeno sintético de depósito:

Acetato de Medroxiprogesterana (DMPA) 150 mg. en frasco-ampula de 1 ml. con suspensión acuosa microcristalina. (Depo-provera).

Mecanismo de acción: Actúa a nivel del moco cervical, endometrio y trompas de Falopio.

Eficacia: La eficacia es mayor al 99%, se reporta tasa de fallo de un embarazo por cada 333 mujeres que lo usan durante un año.

Duración de la protección anticonceptiva:

La protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos durante los cuales se aplique el método inyectable trimestralmente o bimensualmente en forma correcta.

Ventajas y beneficios del uso de dmpa

Ventajas o beneficios	Efectos beneficiosos no Anticonceptivos
<ul style="list-style-type: none">• No afectan la función gastrointestinal por ser inyectable.• Eficacia elevada.• Evitan el primer paso por el hígado causando menos cambios metabólicos.	<ul style="list-style-type: none">• Reduce el riesgo de embarazo ectópico.• Protege contra la enfermedad inflamatoria pélvica al espesar el moco cervical que dificulta la entrada de las

<ul style="list-style-type: none"> • No contienen estrógenos. • De acción prolongada, de tres meses para el Acetato de Medroxiprogesterona y dos meses para la Noretisterona por inyección. • No está relacionado con el coito. • Ofrece privacidad a la usuaria ya que no requiere mantener suministros en la casa. • Para algunas mujeres, la amenorrea prolongada puede ser deseable y aceptada como una ventaja. • Disminuyen los cólicos, el dolor menstrual y el dolor ovulatorio. • Disminuyen el flujo menstrual. • Mejoran la anemia. • Se puede utilizar durante la lactancia ya establecida. • Puede ser administrado por personal capacitado, no médico. • Disponibles en programas de distribución comunitaria y en las 	<ul style="list-style-type: none"> bacterias al tracto genital. • Mejora la anemia al reducir el sangrado menstrual o quedar en amenorrea. • No reduce la producción y el volumen de leche materna. • Mejora la dismenorrea. • Existe ausencia de los efectos adversos de los estrógenos. • Hace menos dolorosa las crisis drepanocíticas en la anemia falciforme. • No aumenta el riesgo de cáncer de ovario, genital o hepático. • Reduce el riesgo de cáncer endometrial. • Mejora la endometriosis. • Reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares ya que no contiene estrógeno. • No causa malformaciones al feto cuando se administra a pacientes
---	---

<p>farmacias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se usa durante el embarazo no sospechado ni diagnosticado, hay estudios que confirman que no causan malformaciones congénitas. • Requiere visitas periódicas cada tres o dos meses para abastecimiento y administración. 	<p>embarazadas en el primer trimestre.</p>
--	--

(MINSA, 2008)

Desventajas, efectos adversos, contraindicaciones del uso de dmpa

Desventajas	Efectos Adversos	Otras contraindicaciones de los hormonales inyectables de progestágenos solos
<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el patrón del sangrado menstrual, principalmente amenorrea, sangrado o manchas irregulares. • En raros casos hay sangrado 	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de las mujeres tienen ciclos menstruales irregulares en el primer año de uso y luego caen en amenorrea por períodos de tres 	<ul style="list-style-type: none"> • Según criterios de elegibilidad de la OMS. Se puede usar en adolescentes, pero se debe individualizar cada caso por

<p>excesivo (menos de 1 por 1000 usuarias).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de peso, más o menos 4 libras durante el primer año de uso. • Cuando se acaba la eficacia de la última inyección al cabo de tres meses, la fertilidad se reanuda de 2 a 6 meses después. • Existe riesgo de transmisión del virus del SIDA si los proveedores de la administración no usan agujas y jeringas estériles. • No protege a mujeres expuestas a infecciones de transmisión sexual y al 	<p>meses o más; otras tienen sangrado irregular o manchado, o cambios en la duración y cantidad del sangrado menstrual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El uso prolongado puede causar una reducción de la densidad ósea, pero esto necesita investigarse más a fondo para confirmarse. • Hay una leve disminución de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) y los hidratos de carbono, por lo cual deben ser vigilados en las mujeres con riesgo a intolerancia a la glucosa 	<p>los riesgos de hipotrofia endometrial y sangrados anormales rebeldes a tratamiento.</p>
--	--	--

<p>VIH/SIDA, por lo cual se requiere el uso de condones adicionales.</p>	<p>o que ya la tienen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otros efectos adversos son: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Cefalea. ◦ Mastalgia. ◦ Aumento de peso moderado. ◦ Depresión. ◦ Disminución de la libido. ◦ Mareos. ◦ Reacción alérgica ocasional. 	
--	---	--

(MINSA, 2008)

9 Métodos permanentes.- Oclusión tubárica bilateral (OTB)

Métodos femeninos permanentes: Oclusión Tubárica Bilateral (OTB), esterilización quirúrgica voluntaria, corte y ligadura tubaria, tubectomía.

Definición: Es un método anticonceptivo, quirúrgico, para suprimir en forma

permanente la capacidad reproductiva de la mujer, es un método muy eficaz, que

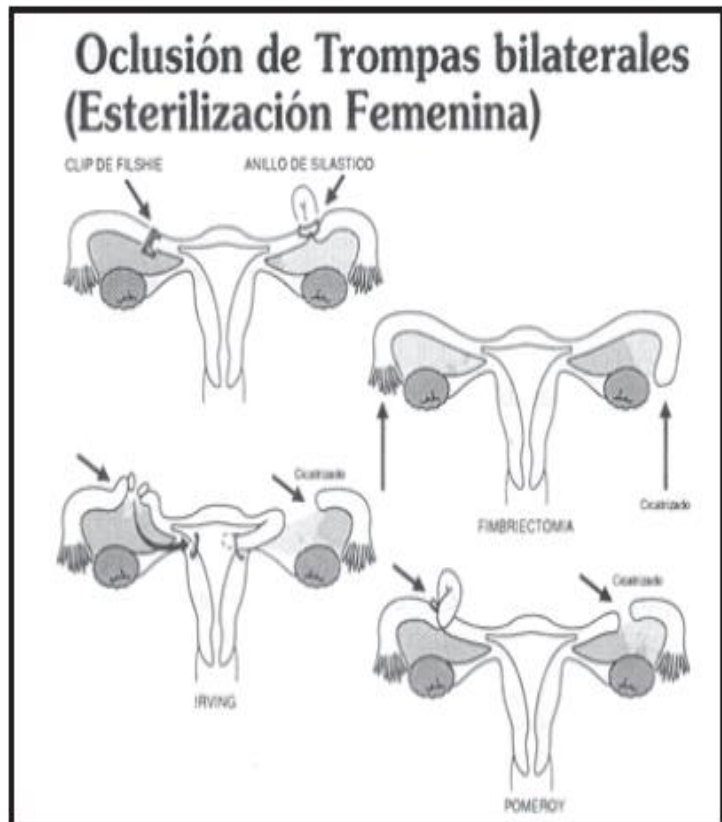
consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio con el fin de evitar que el óvulo y el espermatozoide puedan unirse, impidiendo así la fecundación.

Tipos: En la práctica del procedimiento quirúrgico se debe abordar la trompa en la región más avascular y se debe recortar la menor cantidad posible de tejido de la trompa.

1- Según vía de acceso

- Minilaparatomía (MINILAP).
- Laparotomía.
- Laparoscopia.
- Colpotomía posterior. (No recomendada como uso de rutina, se facilita el uso de fimbriectomía que tiene un porcentaje alto de fallas).

2.- Según la técnica quirúrgica:



- Minilaparotomía:
- Pomeroy o Pomeroy modificada, son las técnicas más recomendadas.
- Otras Técnicas conocidas son:

Uchida

Madlenern

Fimbriectomía

Aldridge

Kroener

Laparoscopia:

Oclusión mecánica mediante la aplicación de anillo de Yoon o Clip.

Electrofulguración.

3.- Según técnica anestésica:

- Con anestesia local más sedación.
- Con anestesia regional, Bloqueo Epidural.
- Con anestesia general.

Eficacia: Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. La tasa de falla 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.

Ventajas y beneficios de la OTB

Ventajas	Beneficios
<ul style="list-style-type: none"> • Eficacia inmediata y elevada. • Es un método permanente. • No interfiere con la lactancia. • No interfiere con las relaciones sexuales. • Es un procedimiento quirúrgico sencillo que generalmente se realiza con anestesia local y sedación. • No tiene efectos secundarios a largo plazo. • No produce cambios en la función sexual, no tiene efecto alguno sobre la producción de hormonas por parte de los ovarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es un buen método en el caso de usuarias en las que de darse un embarazo, éste es un alto riesgo para su salud.

(MINSa, 2008)

Desventajas y efectos colaterales de la OTB

Desventajas	Efectos Colaterales
<ul style="list-style-type: none"> • Es un método permanente. • Puede haber arrepentimiento con posterioridad. • La cirugía implica un pequeño riesgo. • Requiere de un equipo Médico 	<ul style="list-style-type: none"> • No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.

capacitado. • No brinda protección contra ITS y VIH/SIDA.	
--	--

(MINSA, 2008)

Complicaciones anestésicas y quirúrgicas de la OTB

Complicaciones Anestésicas	Complicaciones quirúrgicas inmediatas	Complicaciones quirúrgicas tardías
Dependerán del tipo de anestesia utilizada. • En caso de Bloqueo epidural: o Punción de la duramadre. o Absorción masiva del anestésico. o Hipotensión arterial. o Broncoaspiración. o Paro respiratorio. o Insuflación gástrica. o Alergia a los anestésicos.	• Hematoma de la herida quirúrgica. • Hemorragia intraperitoneal. • Infección de la herida quirúrgica. • Infección pélvica. • Lesiones de órganos intraabdominales en el transoperatorio.	• Fracaso de la esterilización: • La recanalización de trompas dando lugar a un embarazo intrauterino. • Riesgo de embarazo que podría ser un embarazo ectópico. • La mortalidad atribuible al procedimiento, tomando en cuenta las complicaciones anestésicas y quirúrgicas es de 1:10.000 intervenciones.

(MINSA, 2008)

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MASCULINOS:

1 Métodos temporales

a.- Naturales

a.1 La abstinencia ya descrita en los métodos naturales femeninos.

a.2 Coitus interruptus, coito interrumpido, retiro.

Es un método de planificación familiar cuya responsabilidad mayor recae en el hombre, consiste en interrumpir voluntariamente el acto sexual mediante retirar el pene de la vagina antes de producirse la eyaculación; es muy poco confiable.

Efectividad anticonceptiva:

Es baja, se estima que alcanza el 82% el primer año, en usuarios típicos. Un embarazo en cada cinco parejas en el primer año de uso. La principal razón de falla es el escape de semen y espermatozoides por la uretra antes de la eyaculación.

Contraindicaciones

Este método no debe ser usado en los siguientes casos:

- Hombres con eyaculación precoz.
- Hombres con dificultad para retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación.
- Parejas que necesiten de un método altamente eficaz y de larga duración.
- Parejas para las que un embarazo represente un riesgo de salud para la mujer.

Ventajas y desventajas del coitus interruptus

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">• No tiene efectos secundarios aparentes.• Sin costo.• Estimula la participación masculina en la anticoncepción.	<ul style="list-style-type: none">• Interfiere con la espontaneidad del coito.• Tiene altas tasas de fracaso.• Aunque no tiene efectos secundarios médicos, la interrupción de la relación sexual puede resultar inconveniente para algunas parejas.

(MINSA, 2008)

2. De Barrera

Condón o preservativo

Definición: 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.

Tipos: De Látex (tratados con espermicidas) de plástico (Vinyl), protege contra

Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo VIH/SIDA

Naturales (de productos animales), no detienen el virus del SIDA.

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.

Efectividad anticonceptiva: 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 8 mujeres).

Ventajas y beneficios del condón o preservativo

Ventajas	Beneficios
<ul style="list-style-type: none">• Fácil de conseguir, de usar y portar.• No requieren receta médica.• Son desechables.• Son de bajo costo.• Ofrece protección contra las enfermedades de transmisión sexual.• Estimula la participación masculina en la anticoncepción.• En hombres con dificultad para mantener la erección, el borde del condón tiene un ligero efecto de torniquete, lo cual lo ayudará a superar este problema.• Los condones lubricados pueden reducir la fricción mecánica y la irritación del pene o la vagina.	<ul style="list-style-type: none">• Efectos beneficiosos no anticonceptivos.• Ayuda a proteger contra infecciones de transmisión sexual, inclusive contra el VIH.

(MINSa, 2008)

Desventajas y efectos adversos menores del condón

Efectos Adversos	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">• Intolerancia al látex o al espermicida.• Interfiere en la actividad sexual.• En algunos casos disminuye la sensibilidad del glande.	<ul style="list-style-type: none">• Interfiere con la espontaneidad del coito.• Debe tenerse cuidado al almacenarlos, debe hacerse en lugares secos, protegidos del calor y de la humedad excesiva.• No se recomienda guardarlos en billeteras durante más de un mes.• Requiere del uso de un condón nuevo en cada acto sexual.• En algunos casos reduce la sensibilidad del pene.• Si no se utiliza correctamente cada vez que se tengan relaciones sexuales, puede fallar en su protección contra el embarazo, las ITS y la transmisión del VIH.• Un condón no lubricado, tiene mayor probabilidad de romperse dentro de la vagina si no hay una adecuada lubricación vaginal.• Los condones ultra delgados se rompen con mayor facilidad.• No debe haber contacto genital (Pene-Vagina) sin preservativo.

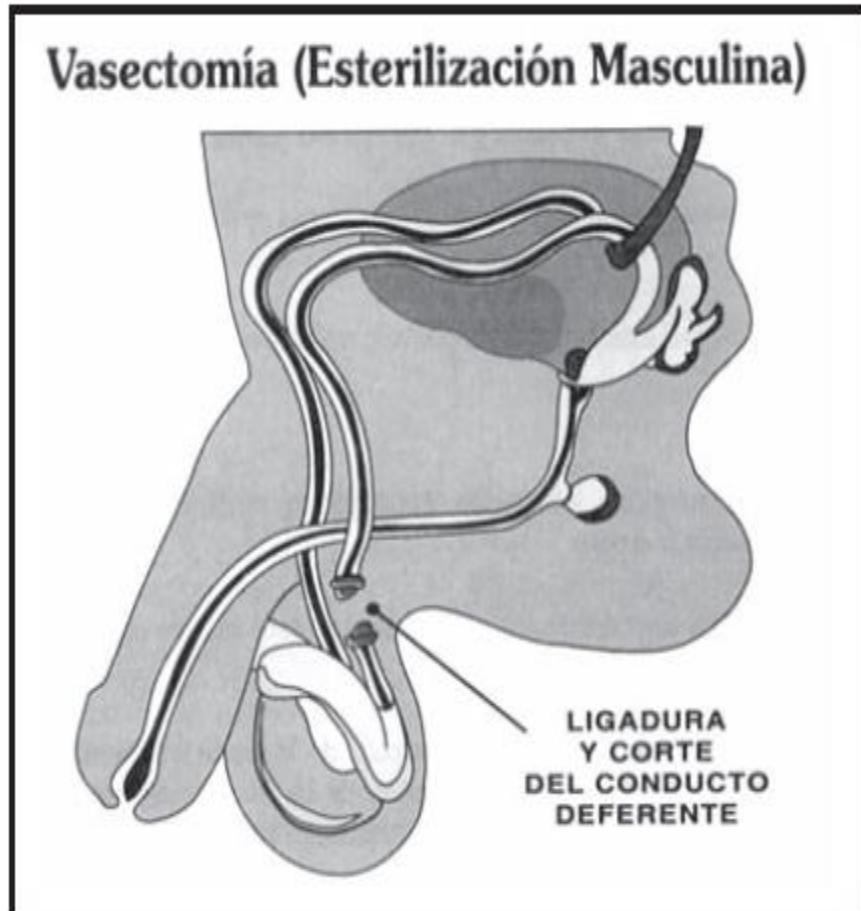
3. Hormonales

Actualmente el Ministerio de Salud no proporciona a los usuarios ningún método de planificación familiar hormonal.

4. Métodos permanentes

a.- Vasectomía

Definición: 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. (MINSA, 2008)



Tipos: Hay dos tipos de procedimientos:

- La técnica tradicional con incisión, una, en la línea media del escroto y, otra, con dos incisiones, a cada lado del escroto (con bisturí).
- La técnica de Li (sin bisturí).

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 esperma, por lo que su compañera sexual no puede quedar embarazada.

Efectividad anticonceptiva: 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.

Duración de la protección anticonceptiva: Este método anticonceptivo es permanente, el usuario debe estar consciente de esta característica antes de la realización del procedimiento.

La vasectomía no es efectiva de inmediato, pueden encontrarse espermatozoides hasta las siguientes 25 eyaculaciones o hasta tres meses posteriores al procedimiento, por lo que se debe recomendar el uso del preservativo u otro método, para evitar embarazos no deseados hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo.

Ventajas y beneficios de la vasectomía

Ventajas	Beneficios
<ul style="list-style-type: none">• Es un procedimiento altamente efectivo, no ocasiona cambios en la fisiología.• No tiene efecto sobre la producción de hormonas por parte de los testículos.• Es el método más eficaz en los individuos o parejas que no desean tener más hijos/as.• Es un procedimiento sencillo que puede realizarse bajo anestesia local.• No amerita hospitalización por un largo período de tiempo.	<ul style="list-style-type: none">• Implica menor gasto que la esterilización de la mujer.

<ul style="list-style-type: none"> • Es un procedimiento ambulatorio. • No interfiere con el coito. • No tiene efectos secundarios a largo plazo. • Implica menor riesgo quirúrgico que la esterilización femenina. 	
---	--

(MINSA, 2008)

Desventajas y efectos colaterales de la vasectomía

Desventajas	Efectos Colaterales
<ul style="list-style-type: none"> • Es un procedimiento permanente. • La reversibilidad es de alto costo y requiere técnicas especiales con éxito. • Menor del 50%. • Requiere la participación de recursos médicos especializados. • El costo es alto en el momento y bajo a largo plazo. • Requiere de hospitalización y reposo por un corto período de tiempo. • Eficacia inicial retardada, hasta 25 eyaculaciones o 3 meses post cirugía. • Puede haber arrepentimiento con posterioridad si 	<p>No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.</p> <p>Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor en el área operatoria. • Dolor persistente o en aumento. • Hinchazón excesiva del escroto. • Sangre o fluidos que salen por el sitio de incisión. • Equimosis. • Fiebre o Infección de la herida quirúrgica. • Granuloma.

<p>no hay correcta orientación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cirugía implica un pequeño riesgo. • No brinda protección con ITS y el VIH/SIDA. • Requiere de un consentimiento informado escrito y presente en el expediente clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hematoma. • Amenorrea de su compañera que puede estar embarazada.
--	--

(MINSA, 2008)

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN SITUACIONES ESPECIALES

Se trata de usuaria con una condición especial: Jóvenes, Adolescentes, Anticoncepción de Emergencia.

El uso de un método no invalida el uso de otro método simultáneamente por uno o ambos miembros de la pareja, sobre todo cuando se trata del uso de los métodos naturales combinados con los de barrera, físicos y químicos; o de estos dos con los hormonales y dispositivos intrauterinos.

En los jóvenes y adolescentes, se deberá recomendar doble protección, uno de ellos, el uso de métodos de barrera en todas las relaciones coitales, sobre todo si son esporádicas y con diferentes parejas.

a.- Anticoncepción en la adolescencia

Definición: es el uso de anticonceptivos por un/a adolescente o pareja de ellos, al inicio de su vida sexual o con vida sexual activa. La vida sexual generalmente es esporádica, no planificada o permanente.

La OMS usa la palabra “Adolescente” para referirse a las edades entre 10 y 19 años y “Jóvenes” para referirse a las edades entre 10 y 24 años. La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional emplea la expresión “Adultos Jóvenes” para referirse a las personas en transición de la niñez a la edad adulta, sin especificar el intervalo de edades.

Escogencia del método

En la adolescencia se deberá recomendar el uso de métodos de barrera en todas las relaciones coitales, sobre todo si son esporádicas y con diferentes parejas.

Para escoger un método además hay que basarse en las siguientes características del adolescente:

- Vida sexual activa, esporádica o frecuente.
- Cambios frecuentes de pareja sexual o varias parejas sexuales simultáneas.
- Fertilidad no probada.
- Paridad.

Eventuales problemas legales por la edad, sobre todo en menores de 15 años.

Primera opción: métodos de barrera (condón masculino o femenino) más píldoras que contienen sólo progestágenos.

Segunda opción: métodos de barrera (condón masculino o femenino) más píldoras combinadas con contenido bajo de estrógeno.

Reforzar estos métodos: En casos de actividad sexual esporádica o múltiples compañeros sexuales con métodos de barrera, físicos y químicos.

b) Tuvo un aborto o un parto con un hijo fallecido.

Espaciar lo más posible el intervalo entre embarazos.

Primera opción: métodos de barrera (condón masculino o femenino) más píldoras que contienen sólo progestágenos.

Segunda opción: métodos de barrera (condón masculino o femenino) más píldoras combinadas con contenido bajo de estrógeno.

Tercera opción: métodos de barrera (condón masculino o femenino) más inyectables combinados mensuales.

Cuarta opción: métodos de barrera (condón masculino o femenino) más insertar el DIU post aborto si no tiene contraindicaciones para este procedimiento.

En el Joven-Adolescente varón sin hijos:

Primera opción: métodos de barrera (condón) reforzados con métodos naturales.

d.- Anticoncepción de emergencia

Son métodos de prevención del embarazo que actúan dentro del plazo de varias horas o pocos días después de haber tenido una relación sexual sin protección. La probabilidad de quedar embarazada por un solo coito sin protección a la mitad del ciclo menstrual es del 2 al 10 %.

Existen diferentes métodos para la anticoncepción de emergencia: hormonales, dispositivos intrauterino. Todos deben considerarse como un procedimiento de emergencia.

Cuando usar Anticoncepción de Emergencia:

Cuando hubo una relación sexual no protegida y la mujer no desea un embarazo.

Cuando falla el método anticonceptivo o no se usa correctamente (se rompe un preservativo, el diafragma se cae, el DIU se expulsa, se olvida tomar el anticonceptivo oral, no se aplica en la fecha que corresponde el anticonceptivo inyectable).

En el caso de que una mujer haya sido víctima de una violación.

a) Métodos hormonales

Tipos

Hormonales orales combinados:

Estrógeno + Progestágeno (Método de Yuzpe):

1. Etinilestradiol 50 mcg. + Levonorgestrel 250 mcg. (Neogynon, Eugynon) o Etinilestradiol 50 mcg. + Norgestimato 500 mcg. (Ovral) por vía oral, Tomar en dosis única 4 tabletas o 2 tabletas cada 12 horas. Total 4 tabletas.

2. Etinilestradiol 30 mcg + Levonorgestrel 150 mcg. (Lo-femenal, Microgynon, Nordette) o Etinilestradiol 30 mcg. + Norgestrel 300 mcg. Tomar en dosis única

8 tabletas o 4 tabletas cada 12 horas. Total 8 tabletas.

Progestágeno

1. Levonorgestrel 0.03 mg. (Microlut). Por vía oral, tomar en dosis única 50 tabletas ó 25 tabletas cada 12 horas.

2. Levonorgestrel 0.0375 mg. (Ovrett). Tomar en dosis única 40 tabletas, ó 20 tabletas cada 12 horas. Total 40 tabletas.

3. Levonorgestrel 75 mg (PPMS, Postinor-2). Tomar en dosis única 2 tabletas ó 1 tableta cada 12 horas. Total 2 tabletas.

b) Dispositivos intrauterinos DIU T de Cobre, aplicar dentro de los primer cinco días posteriores a la relación sexual sin protección.

Métodos para Anticoncepción de Emergencias

Formula	Marca	Dosis c/12hrs	Dosis Unica	Total Dosis	Eficacia en la prevención de embarazos.
EE 50mcg. +LNG 250mcg.	Neogynon, Eugynon	2 Tb. 2 Tb.	4 Tb. 4 Tb.	4 Tb. 4 Tb.	74%
EE50mcg. +NG 500mcg.	Ovral				

EE 30 mcg + LNG 150 mcg. EE 30 mcg. + NG 300 mcg.	Lo-femenal, Microgynon, Nordette	4 Tb. 4 Tb.	8 Tb. 8 Tb.	8 Tb. 8 Tb.	
LNG 0.03 mg.	Microlut	25 Tb	50 Tb	50 Tb	85%
LNG 0.0375 mg.	Ovrett	20 Tb	40 Tb	40 Tb	
LNG 75 mg	PPMS, Postinor-2	1 Tb	2 Tb	2 Tb	
DIU T de Cobre	Inserción en los primeros cinco días posteriores a la relación sin protección.				99%

(MINSa, 2008)

Foro Educativo

La palabra foro viene del latín fórum, que significa plaza, mercado o espacio público. Un foro es un lugar físico o virtual que se emplea para reunirse e intercambiar ideas y experiencias sobre diversos temas. (OCEANO, 2001)

Pre-test

Pre evaluación, análisis e investigación realizado antes de la emisión de un anuncio o estudio Normalmente incluye aspectos como la exploración, el estudio de conceptos de temas específicos.

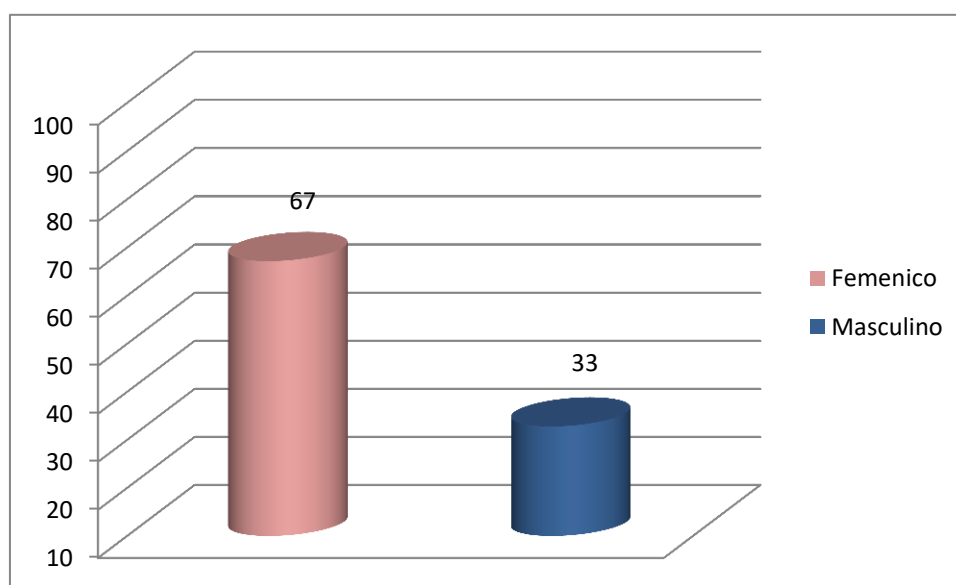
Pos-test

Un pos-test es una prueba determinada después de un evento o experiencia. El postest comprende todos los estudios que se realizan una vez la intervención se considera definitivo. Es muy amplio en las variables que puede medir, pues se considerarán diversos aspectos según la causa social de que se trate. (OCEANO, 2001)

ANÁLISIS DE DATOS

Gráfico 1

Sexo de estudiantes de 10° y 11° grado del Colegio San Francisco Xavier de Mateare



Fuente: Tabla #1

En los datos encontrados en la tabla del sexo de los estudiantes encuestados, se refleja evidentemente que el sexo predominante es el sexo femenino con 43 jóvenes que representan el (67%) de todos los estudiantes encuestados, y en segundo lugar al sexo masculino con 21 jóvenes que representan el (33%) de los estudiantes encuestados, obteniendo así una muestra total de 64 estudiantes que equivalen el (100%) de los sujetos de estudio.

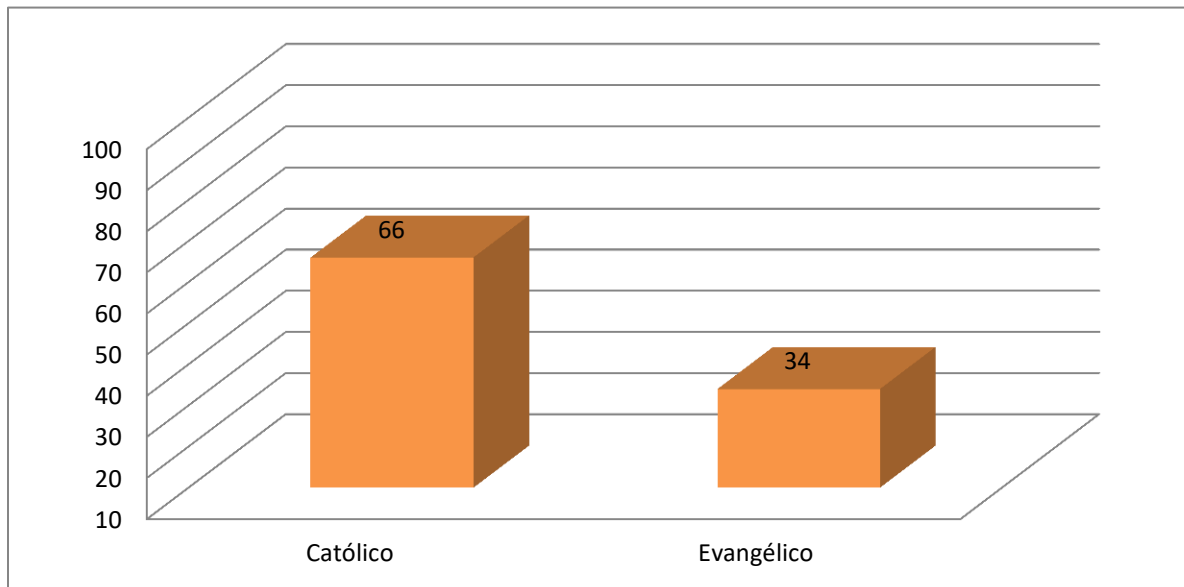
Es evidente que en el universo de estudio seleccionado el sexo que predomina es el femenino, esto tiene que ver que en nuestro país las cifras de nacimientos de niñas supera la de los niños, por lo tanto la población femenina es mayoritaria, con 3.049.968 mujeres, lo que supone el 50,72% del total, frente a los 2.963.945 hombres que son el 49,28%. (UNFPA, 2015).

Es importante destacar que la mayoría de las féminas tienen mucho más interés de asistir a los colegios y recibir una educación formal a diferencia del grupo masculino que es la minoría, estas son dos de las poderosas razones por las cuales los números de estudiantes de sexo femenino son más elevados que el masculino.

Tanto en el área urbana como el área rural el sexo femenino muestra las mejores Tasas de Retención, en este mismo período de forma general el área rural también registra las mejores Tasas de Retención.

Gráfico 2

Credo de los estudiantes de 10° y 11° grado del Colegio San Francisco Xavier



Fuente: Tabla #2

Según los datos encontrados en la tabla credo se puede observar que un 66% de los estudiantes son pertenecientes a la religión Católica y un 34% son pertenecientes a la religión Evangélica. La prevalencia del credo católico se deba a que el colegio a donde asisten los estudiantes está formado bajo ideales y principios católicos. Lo cual refiere que la mayoría de los alumnos devén de ser católicos y este dato concuerda con la información obtenida.

De acuerdo a estudios, aquellos que ven la religión como "importante" reportaron un promedio de 2 parejas sexuales durante su vida y como promedio comenzaron a tener intimidad sexual a los 17 años. Por su parte los que veían la religión como algo "no importante", comenzaron a tener sus primeros encuentros sexuales a los 16 años y en promedio han tenido 3 compañeros sexuales durante su vida. (Aurelio, 2008). Esto nos hace ver que cuando los jóvenes mantienen conductas y comportamientos religiosos bien arraigados retrasan el inicio de su vida sexual lo cual viendo esto desde una óptica de benéfico les evitaría riesgos de salud sexual y reproductiva a los adolescentes.

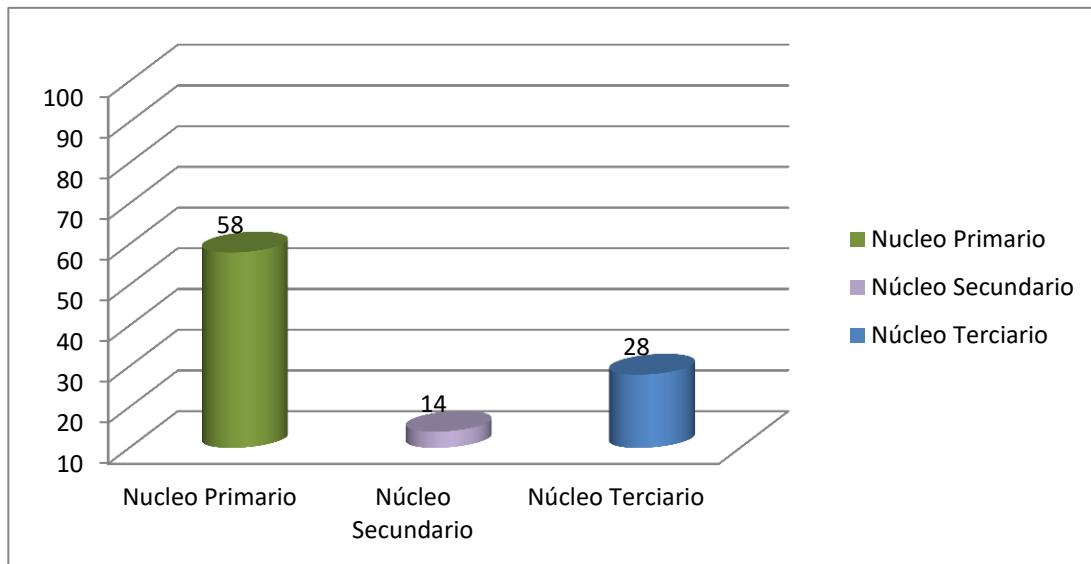
La mayoría de los nicaragüenses siguen declarándose católicos (45.9%), según los resultados del Sistema de Monitoreo de Opinión Pública, realizado por la firma M&R Consultores. Sin embargo, los evangélicos siguen aumentando y un 30.8% de la población se declara de esa denominación religiosa.

Los datos del estudio indican que los lugares donde más gente se declara católica, están en el norte (55.3%), centro (50.6%) y occidente (48.6%), mientras que la mayoría que se declaran como evangélicos se encuentran en el Caribe (63.6%) y en el sur-oriente de Nicaragua (30.3%). (Diario, 2016)

Esto nos indica que según la posición geográfica donde fue realizado el estudio la religión que predomina es la católica seguida de la evangélica concordando con la información obtenida a través del instrumento (encuesta) reflejada en el gráfico y las tablas.

Gráfico 3

Núcleo familiar de los estudiantes de 10° y 11° grado del Colegio San Francisco Xavier



Fuente: Tabla #3

Según los datos analizados en la tabla Núcleo familiar se puede observar que un 58% de los estudiantes son pertenecientes al núcleo primario el cual está constituido por la familia primaria padres e hijos, un 14% al núcleo secundario el cual está formado por la familia primaria y otros miembros familiares y un 28% al núcleo terciario en el cual quienes educan al niño son familiares y no sus progenitores.

Estudios demuestran que la familia es la base de la sociedad. Para educar hombres y mujeres íntegros y responsables, Es de los padres de donde el hijo toma los primeros modelos de vida, educación, orientación y comportamiento sexual entre un hombre y una mujer y es de los padres de donde él o la adolescente va identificando la sexualidad como una dimensión de su persona. Son los padres los primeros que enseñan a los hijos el valor del respeto hacia la propia sexualidad y hacia la de los demás. Por todo ello, en la maduración de la sexualidad, la familia juega un papel básico y determinante, ella es la que da una visión equilibrada. (Carrera, 2014)

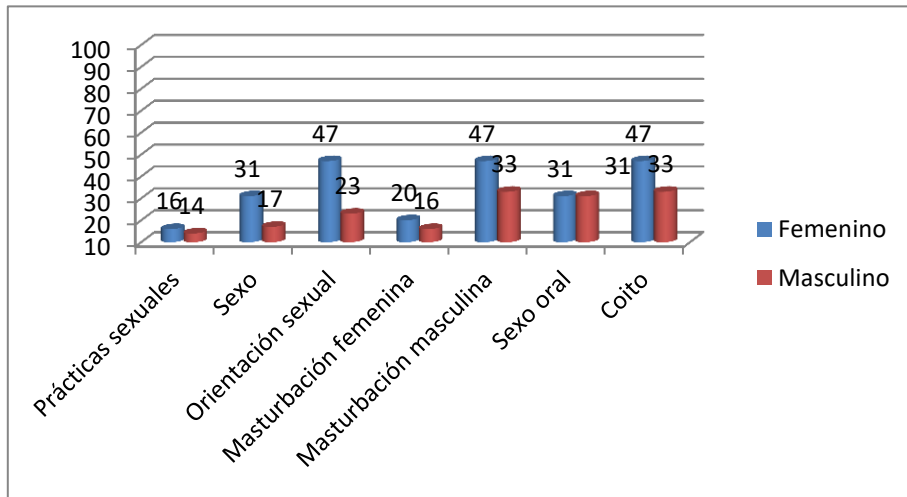
Ya que la adolescencia es un período de definición personal y, por lo tanto, de particular relevancia en la evolución de los hijos. En esta época los hijos son particularmente sensibles al testimonio que los padres les pueden ofrecer, más que a las palabras que se les dirijan aunque estas también son necesarias. De modo especial hay que saber ayudar a los hijos.

Por todo ello es fundamental que los jóvenes se encuentren bajo la formación del núcleo primario sin embargo en los hogares nicaragüense no se cumple este tipo de familia ya que Nicaragua por ser una país en donde la pobreza se encuentra bien marcada existe hacinamientos en donde se logró identificar que bajo una misma vivienda podemos encontrar de 2 a 3 familias y esto es una desventaja para la educación integral del adolescentes puesto que a mayor número de opiniones erradas sobre el temas de sexualidad más amplia es la brecha en que los adolescentes tomen decisiones equivocadas en cuanto a sus vivencias y experiencias sexuales.

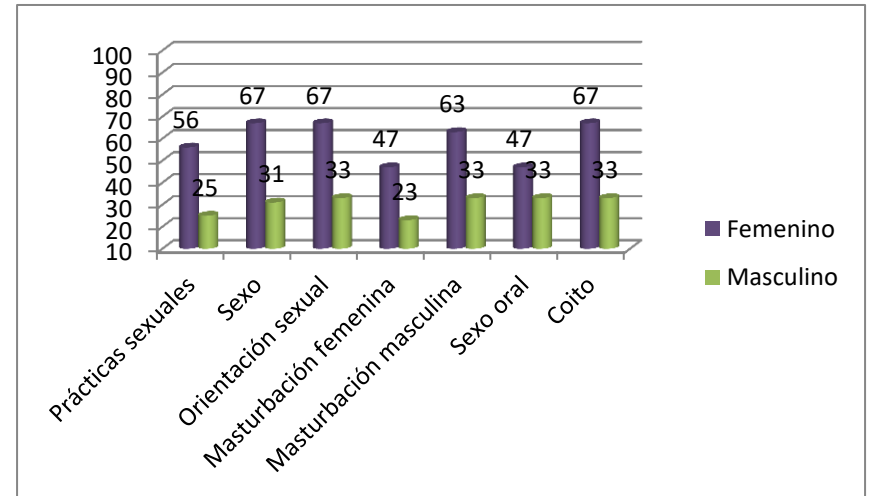
Gráfico 4

Conocimientos sobre prácticas sexuales que manejan los estudiantes de 10° y 11° grado del colegio San Francisco Xavier de Mateare

PRE-TEST



POST-TEST



Fuente: Tabla #4

Según los datos encontrados en el gráfico de conocimientos sobre prácticas sexuales los que dominan los estudiantes encontramos que el concepto que más manejan las féminas son orientación sexual con un 47% masturbación masculina con un 47% y coito con un 47% , y los que más dominan los hombres son masturbación masculina con un 33%, sexo oral con un 31% y coito con un 33% todos estos conocimientos fueron identificados en el momentos en que se les realizo la prueba de pre-test para realizar un sondeo de que tantos conceptos dominaban dicha población de estudio luego de la realización de foros educativos en los cuales se impartieron dichos conceptos logrando que la población de estudio obtuviera y reforzara más conceptos de prácticas sexuales.

Cabe destacar que al momento inicial de la aplicación del instrumento la opción más marcada por los estudiantes en cuanto al concepto de prácticas sexuales es: la opción D la cual refiere que es un acto sexual en el que se da placer a través de las zonas genitales .Lo cual es un concepto errado ya que según Arévalo (2014) las prácticas sexuales son un aspecto de la vida de todos los seres humanos y está relacionado con la capacidad de sentir placer, nace con nosotros y se muere con nosotros e involucra aspectos físicos sentimentales y emocionales. Debido a que este concepto fue el expuesto en los encuentros educativos y por lo tanto fue el impregnado en las habilidades cognitivas de los estudiantes se logró que un 56% de las féminas y un 25% de los hombres dominaran y manejasen el concepto correcto.

Al momento en que se preguntó de que manejaban por el termino de sexo la mayoría de los estudiantes refieren que son un conjunto de individuos que comparten una misma condición orgánica lo cual es un concepto herrado puesto que como seres de una misma especie si bien es cierto compartimos muchos órganos iguales el sexo es algo que marca una pauta y diferencia a la especie humana en dos géneros distintos femenino y masculino es por ello que Mantilla (2007) refiere que el sexo es el conjunto de características biológicas que definen el aspecto de humanos como hombres y mujeres. En su construcción interviene el sexo cromosómico gonadal u hormonal. Al implementar en los foros educativos este concepto se logró que en el pos-test un 67% de las mujeres y un 31% de los hombres dominaran la definición correcta.

Como parte de los conocimientos de prácticas sexuales se tiene como término de más dominio orientación sexual el cual siendo solo la minoría la cual lo desconocía o lo confundía con otro concepto teniendo que las mujeres un 47 % y los hombres un 23 % manejaban dicha definición en pre-test por ende al momento de la realización de los foros se logró afianzar más el concepto obteniendo que los estudiantes manejasen como definición que orientación sexual es el sentimiento de atracción interpersonal que la mayoría de los seres humanos sienten atracción por el sexo opuesto una minoría hacia el mismo sexo y otros la tienen hacia uno u otro sexo. La cual se manifiesta en forma de comportamiento, pensamiento o deseo sexual (Cortez & Dania 1998). Cabe destacar que este concepto en si es primordial que la población adolescente lo conozca y maneje de forma clara para que de esta forma puedan elegir una orientación en la cual ellos sientan que podrán vivir una sexualidad plena ya que según estudios este proceso de orientación se da en las edades de 12 a 19 años. Es por ello que en post-test un 67% de mujeres y un 33% de hombres dominaban este concepto.

Otro de los conceptos que dominaban los estudiantes era masturbación ya que estaban claros que esta es todo acto auto estimulatorio que tiende a producir o incrementar la satisfacción sexual. En donde muchos de las estudiantes femeninas estaban confundidas era en el concepto de masturbación femenina debido que solo un 20% conocían sobre la definición correcta ya que la opción más marcada refiere que la masturbación femenina es aquella que la mujer recibe de su pareja siendo esta un concepto errado ya que la masturbación femenina es una actividad sexual de auto placer mediante una estimulación física directa en el clítoris en la que no es preciso llegar al orgasmo. Es por ello que dicho concepto fue aclarado y en el post test teniendo un 47% de féminas y un 23 % de hombres que dominan esta definición.

Cabe destacar que a diferencia del concepto de la masturbación femenina en la cual habían dudas, el concepto de masturbación masculina si era muy claro y manejado tanto por hombres como por mujeres teniendo que un 47% de féminas y un 33 % de hombres dominaban la teoría por ende solo se afianzo y se erradico ideas y definiciones equivocadas logrando que en el post-test un 63% de mujeres y un 33% de hombres refieran que la masturbación masculina es cualquier forma de auto placer sexual obtenido mediante una estimulación directa la cual según teoría es la correcta.

Con respecto al termino de sexo oral es una de los que más tendía a confundir y en las féminas se evidencia un poco más conociendo del concepto solo un 31% ya que cuando llenaron el instrumento marcaron la opción B o C las cuales refieren y mencionan sobre el sexo oral pero basado en sus tipos los cuales seria felación para los hombres y cunnilinguis para las mujeres a diferencia de las hombres que si estaban claros de que era sexo oral conociendo un 31% es por ello que en el caso de las féminas se afianzo y aclaro este concepto y en el caso de los hombres de cimento más logrando que al final del estudio un 47% de las mujeres y un 33% de los hombres tuvieran como concepto de sexo oral que es la estimulación de órganos genitales masculinos y femeninos con la boca, labios y la lengua con la finalidad de dar placer a la pareja.

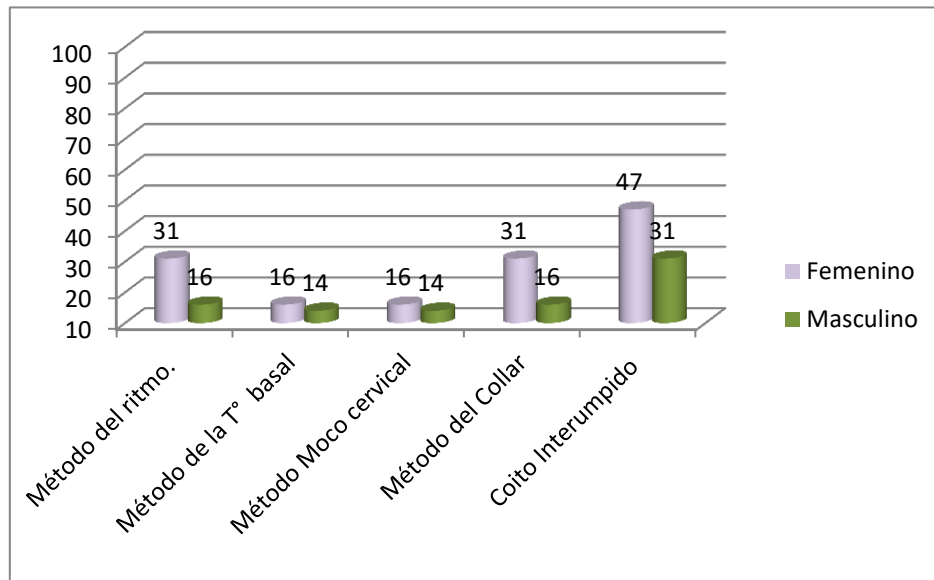
Habría que decir que otro término que manejaban tanto hombres como mujeres de una forma muy igualitaria es el concepto de coito ya que tanto en el pre-test un 47% de mujeres y un 33% de hombres manejaban el concepto en el pos-test un 67% de mujeres y un 33% de hombres manejaban el término. Según estudio coito se refiere a la unión íntima entre dos sexos o cópula sexual, debido a que consiste en la introducción del pene en la vagina o el ano, además se puede decir que las parejas heterosexuales fértiles, pueden estar presentes en fines reproductivos Arévalo (2014).

A su vez se debe de mencionar que de siete conceptos los estudiantes solo tenían conocimientos claros de 3 es decir que desconocían de 4 que son sumamente importantes puesto que se está evidenciado que a mayor empoderamiento de conocimientos en la sexualidad se puede vivir y experimentar una sexualidad libre de mitos y tabúes logrando de esta forma ser una persona que vivirá su sexualidad con bajos riesgos.

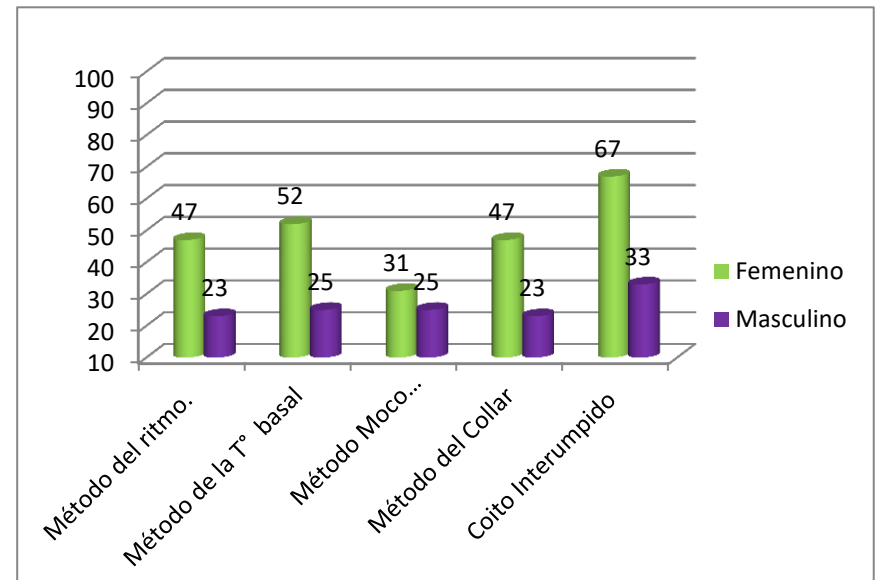
Gráfico 5

Conocimientos sobre métodos anticonceptivos naturales que manejan los estudiantes de 10° y 11° grado del colegio San Francisco Xavier de Mateare.

PRE-TEST



POST-TEST



Fuente: Tabla #5

Según los datos encontrados en el gráfico conocimientos de los métodos anticonceptivos naturales los que ellos más conocen son en el caso de las mujeres un 47% conoce lo que es coito interrumpido, un 16% método del collar y un 16% más el método del ritmo. En el caso de los hombres de igual forma el que estos más dominan son coito interrumpido con un 31%, método del collar con un 16% y método del ritmo con un 16% todos estos conocimientos fueron identificados en el momentos en que se les realizo la prueba de pre-test para realizar un sondeo de que tantos conceptos dominaban dicha población de estudio luego de la realización de foros educativos en los cuales se impartieron dichos métodos se logró que la población de estudio obtuviera y reforzara más conceptos con respecto a métodos anticonceptivos naturales.

Cabe señalar que si bien es cierto tanto estudiantes masculinos un 16% como femeninos un 31% conocían del Método del ritmo en si su funcionamiento fisiológico les era difícil de comprender puesto que tenían grandes limitantes, ya que tenían conocimientos errados sobre la base medular de este método el cual es el ciclo menstrual y sabemos que si se desconoce o no se está claro sobre cuál es la importancia de conocer el funcionamiento fisiológico del ciclo es muy poco probable que no se esté claro de este método ya que la teoría nos refiere que el método se basa en la abstinencia durante el periodo fértil de la mujer periodo que debe calcularse en dependencia de la duración de sus ciclos menstruales. Es por ello que en los encuentros educativos se habló del ciclo menstrual y se aclaró y erradico las dudas que surgieron. Logrando que en el pos-test 47% féminas y 23% hombres estuvieran claros de todo lo relacionado con el método.

Con respecto al método de la temperatura basal es uno de los que más dudas les surgía en el momento del pre-test tanto mujeres un 16% conocían como hombres con un 14% conocían, siendo muy pocos es por ello que es este método se realizó énfasis para lograr su captación y comprensión del mismo, resultado que se obtuvo en el momento del post –test ya que se logró que un 52% de las mujeres y un 25% de los hombres estuviese claros del método. Según estudios este método a nivel de Latinoamérica es muy poco utilizado por las mujeres y su pareja puesto que muy pocas logran identificar el periodo de ovulación por medio del registro de la temperatura y esto se deba a que la constancia de la toma de temperatura no se de una forma tal que la mujer pasa por desapercibida los días y momentos justos de su ovulación.

Refiriéndonos un poco sobre el método del moco cervical es otro de los cuales genera muchas dudas en la muestra ya que tanto hombres un 14% como mujeres un 16% no sabían en si como identificar los periodos fértiles según la consistencia y elasticidad del moco cervical es por ello que hasta después de los encuentros didácticos en donde se habló y se abordó el tema lograron comprender que según la teoría el moco cervical es una especie de tapón grueso viscoso que ocluye el cuello del útero en su periodo preovulatorio o infértil y solo es en el periodo fértil se vuelve lazo y elástico dejando de ser un tapón grueso siendo en ese momento una capa que permite el paso de los espermatozoides. Obteniendo una comprensión final de 31% en el caso de las mujeres y 25% en el caso de los hombres.

Con respecto al método del collar es otro que manejaban las estudiantes puesto que se relaciona bastante con el del ritmo ya que su base fisiológica es la misma es por ello que tanto en la evaluación inicial las mujeres contaban con un 31% de estudiantes que lo conocían con respecto a los hombres el grado de conocimiento era poco un 16% , luego al momento de la segunda evaluación se logra identificar que tanto féminas como varones quedaron más empoderados de dicho método pues tenemos en mujeres un 47% y en hombres un 23%.

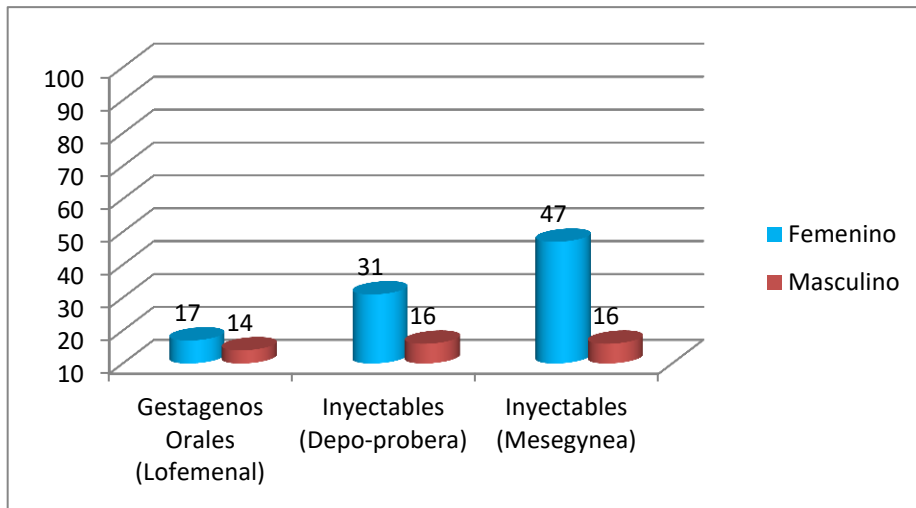
Abordando un poco sobre el análisis del coito interrumpido podemos referir que este es otro de los más conocidos por la muestra, ya que tanto en el pre-test las mujeres conocían un 47% y los hombres un 31% y en el post-test las cifras de estudiantes que los conocían eran significativas llegando a alcanzar en el pos- test un 67% de mujeres que conocían y un 33 % de hombres que conocían. Estudios demuestran que el conocimiento de este método es bastante común ya que es un tema del cual hablan los jóvenes sobre todo los hombres es por ello que la fuente de donde obtiene todo sus conocimientos sea confiable y de preferencia de personal capacitado que le ayude a dilucidar sus dudas. (AC, 2013)

Es importante que los jóvenes conozcan manejen y estén empoderados de estos métodos es importante ya que de esta forma pueden prevenir un embarazo siempre y cuando sean disciplinados al momento de hacer uso de ellos no se debe obviar que si bien es cierto ayudan a prevenir embarazos se corre el riesgo de una ITS.

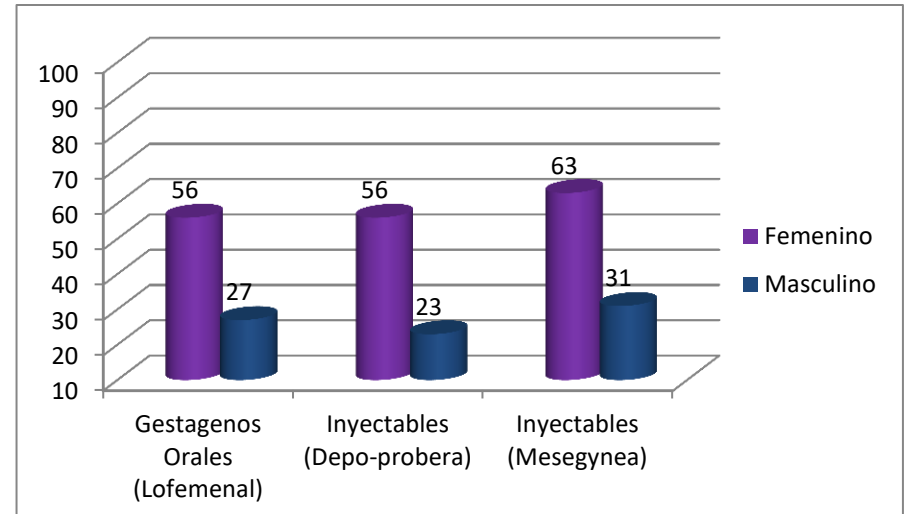
Gráfico 6

Conocimientos sobre métodos anticonceptivos hormonales que manejan los estudiantes de 10° y 11° grado del colegio San Francisco Xavier de Mateare.

PRE-TEST



POST-TEST



Fuente: Tabla #6

Según los datos obtenidos del gráfico de conocimientos sobre métodos hormonales el uso del método que ellos más conocen en la población femenina el anticonceptivo inyectable mesegyna con un 47% y en la muestra masculina el los anticonceptivos inyectables depoprobera y mesegyna con un 16% , todos estos conocimientos fueron identificados en el momentos en que se les realizó la prueba de pre-test para realizar un sondeo de que tantos conceptos dominaban dicha población de estudio luego de la realización de foros educativos en los cuales se impartieron dichos métodos logrando que la población de estudio obtuviera y reforzara más conceptos con respecto a métodos anticonceptivos hormonales.

Cabe señalar que los métodos inyectables son los que más conocen y dominan los estudiantes y esto se debe a que una de las ventajas de este método es que son de fácil comprensión y uso, puesto que dichos métodos su aplicación es fácil de comprender y difícil de olvidar. Al momento de la realización del Pre-test un 31% de mujeres y un 16% de hombres sostienen la idea que los métodos hormonales inyectables pueden aplicar en cualquier momento siempre y cuando no se esté embarazada dicha idea no es errónea. Estudios demuestran que uno de los métodos más utilizados en cuanto al inicio de la actividad sexual es en primera opción el preservativo y en segunda opción los anticonceptivos hormonales ya que estos tienen pocos efectos colaterales su uso es prolongado y de larga duración lo cual ayuda para todos aquellos que están iniciando y tienen temor de usar otros métodos y en cuanto a eficacia poseen una anovulación segura mayor al 99%(MINSA 2008). Luego de los foros educativos se logró que un 63% de mujeres y un 31% de los hombres estuvieran claros del funcionamiento correcto de los métodos hormonales inyectables.

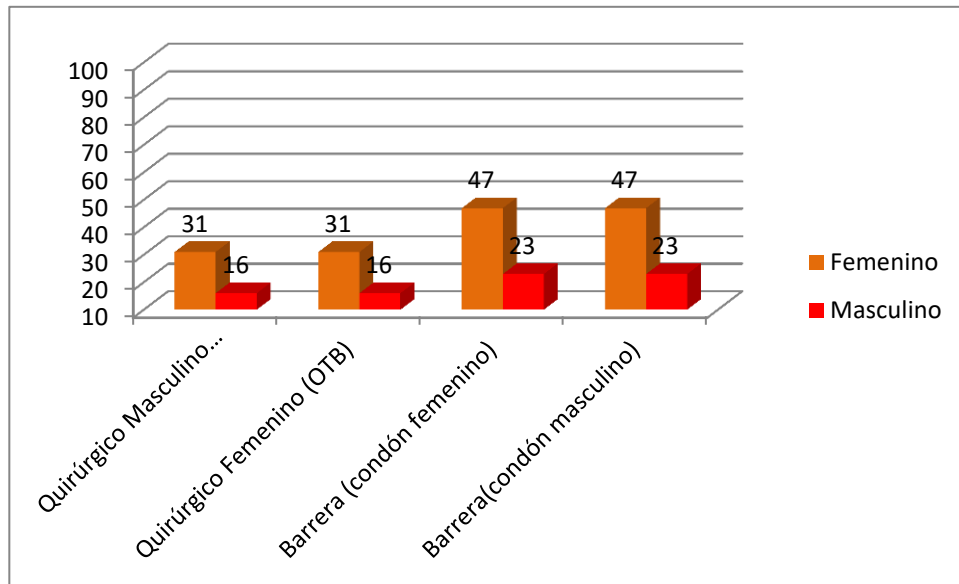
En cuanto a los gestágenos orales es uno de los métodos que más generaban en la muestra dudas ya que inicialmente solo conocían un 17% de las mujeres y un 14% de los hombres debido a que es un método que su administración varía según los ciclos y esto era una de las cosas que causaba confusión .Al momento de la realización del pre-test los estudiantes refieren que los métodos orales no deben de tomarse periódicamente si no únicamente cuando se tuviera un encuentro sexual en cuanto se realizó los encuentros educativos se abordó este tema y se aclararon dudas y se dilucidaron ideas erradas logrando que al momento del pos-test un 56% de mujeres y un 27% de hombres manejaran la idea que los gestágenos orales se deben de tomar periódicamente y a la misma hora en que se iniciaron. Estudios demuestran que los

métodos orales hormonales si bien es cierto tienen una eficacia del 97 % muy pocos adolescentes los utilizan y esto se debe a que ellos no son disciplinados y constantes y tienden a ser inconstantes en la toma periódica del método. (salud, 2016)

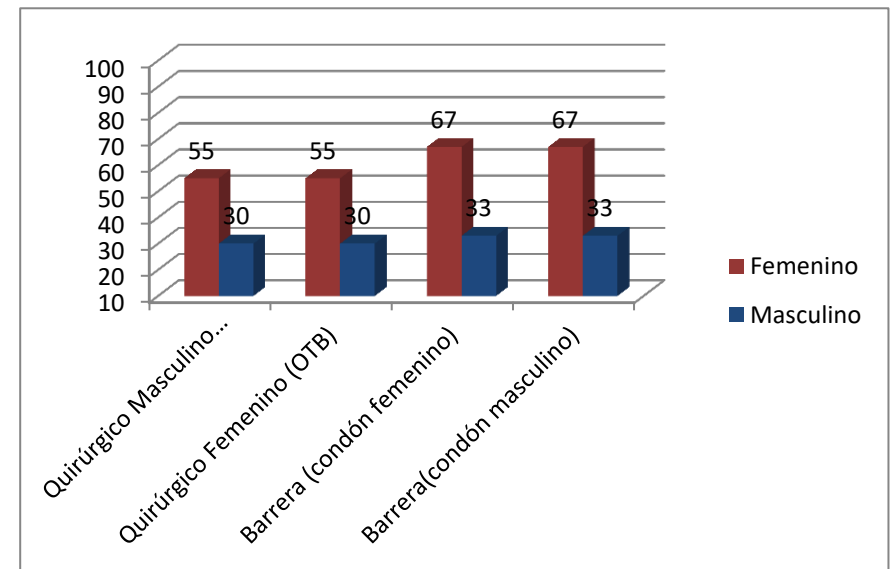
Gráfico 7

Conocimientos de métodos anticonceptivos de Barrera y quirúrgicos que manejan los estudiantes de 10° y 11° grado del colegio San Francisco Xavier Mateare.

PRE-TEST



POST-TEST



Fuente: Tabla # 7

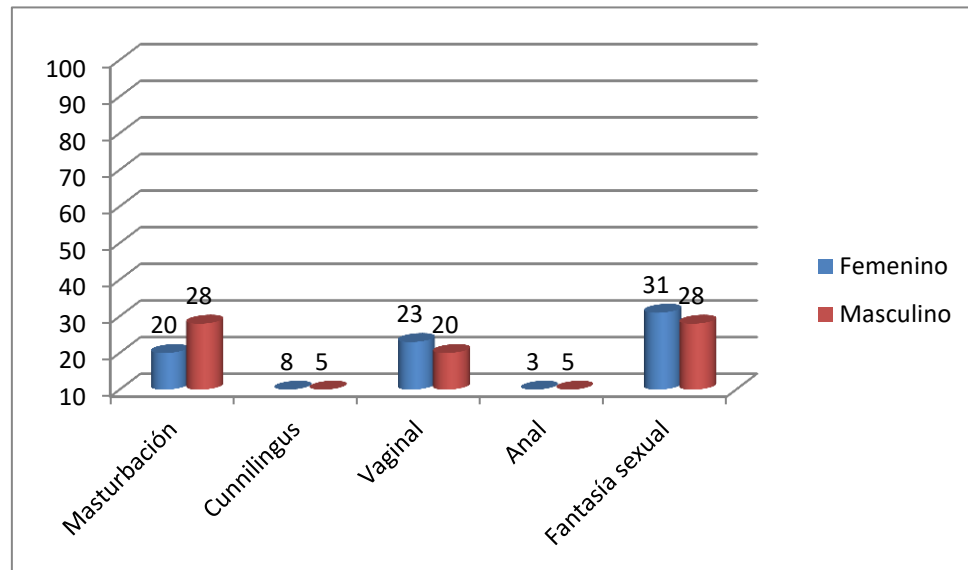
Según los datos encontrados en los gráficos del conocimiento sobre métodos anticonceptivos de barrera y quirúrgicos se puede observar que el método que más conocen son los de barrera teniendo un 47% de la población femenina conocimientos sobre el método y un 23% de la población masculina conocimientos sobre dicho métodos todos estos conocimientos fueron identificados en el momentos en que se les realizo la prueba de pre-test para realizar un sondeo de que tantos conceptos dominaban dicha población de estudio luego de la realización de foros educativos en los cuales se impartieron dichos métodos logramos que la población de estudio obtuviera y reforzara más conceptos con respecto a métodos anticonceptivos de barrera y quirúrgicos.

Si bien es cierto el método sobre el cual tenían más conocimientos es el de barrera condón puesto que en el momento del llenado del instrumento un 47% de mujeres y un 23% de hombres marcaban la opción A en cuanto a en que ayuda el condón masculino la cual era correcta y marcaban la opción B cuando se les preguntaban en que momento debe de utilizarse siendo esta también correcta es lógico que los adolescentes sepan un poco más sobre este método puesto que es con el que más interactúan del que más se les habla y en que más posiblemente pueden hacer uso. Estudios demuestran que los jóvenes utilizan el preservativo cuando inician su vida sexual y esto se debe a que es accesible al bolsillo, es un método que pueden obtener de forma gratuita, no produce efectos adversos en su mayoría y tienen una alta tasa de efectividad si este es bien utilizado es más común que quienes utilicen preservativos sean los hombres con un 95% y en un 5% las mujeres y esto se debe a que en Latinoamérica es más fácil adquirir el preservativo masculino. Al momento de realizar un post-test un 67% de mujeres y un 33% de hombres manejan sobre este método.

Cabe destacar que en su mayoría al inicio del estudio no todos los estudiantes contaban con conocimientos ya que un 31% de mujeres y un 16 % de hombres dominan sobre los métodos de esterilización quirúrgica y esto se debe a que en su mayoría no reciben información sobre estos puesto que como son personas que están iniciando su vida sexual este no es un método al que ellos puedan optar. Pero tras las intervenciones educativas se logró que en un 67% de las mujeres y un 33% de los hombres tuvieran conocimiento veraz sobre dichos métodos.

Gráfico 8

Prácticas sexuales que mantienen y experimentan los estudiantes de 10° y 11° grado del Colegio San Francisco Xavier de Mateare.



Fuente: Tabla #8

Según los resultados arrojados en la gráfica de las prácticas sexuales que mantienen los estudiantes, se puede observar que las prácticas más frecuentes en ambos grupos sexuales son las fantasías sexuales con un total de 38 estudiantes de ambos sexos, la masturbación 31 estudiantes, obteniendo ambos los porcentajes más altos, seguidos de las prácticas vaginales 28 estudiantes y cunnilingus 8 estudiantes en total tanto del sexo masculino como femenino, coincidiendo en las mismas prácticas sexuales.

En la gráfica de prácticas sexuales de los estudiantes se refleja que el grupo de sexo femenino 31% tiene en su mayoría sólo fantasías sexuales, en comparación con el sexo masculino que obtuvo un porcentaje de 28% que indicaron tener fantasías sexuales. Todas las personas, tanto hombres como mujeres, tienen fantasías sexuales y estas comienzan en la primera adolescencia.

Ya que las fantasías sexuales son representaciones mentales de actos sexuales, pueden ser voluntarias o involuntarias, es decir pueden ser algo que queremos imaginar o algo que la mente crea sin que la persona que tiene esa fantasía haya decidido sobre ello. No son fruto de ningún desarreglo sino que están dentro de la sexualidad normal y sana.

Al inicio de la pubertad, en la primera adolescencia, los adolescentes comienzan el proceso que les llevará al pleno desarrollo de su sexualidad. En ese momento también suelen empezar a masturbarse y es cuando aparecen las fantasías sexuales. Todas esas etapas del despertar sexual son normales y se van sucediendo unas a otras.

El peligro más grande de las fantasías sexuales es cuando dejan a un lado el placer y se convierten en una obsesión y fijación dice Pol Bravo (2014). Otros pueden llegar al límite de un trastorno psiquiátrico como el obsesivo compulsivo. (Pol Bravo, 2014)

Refiriéndose a la masturbación el sexo femenino tuvo un total 20% y el grupo masculino obtuvo un 28%, esto nos refleja que son los hombres quienes realizan más esta práctica. La masturbación es una actividad sexual placentera que consiste en la estimulación realizada por uno mismo sobre sus órganos genitales o zonas erógenas con el fin de obtener placer u orgasmo mediante diversos procedimientos. Generalmente se practica a solas aunque se puede realizar en compañía. Según Moreira (2013) (psiquiatra-sexólogo), la masturbación alivia la tensión sexual en todas las edades y posee un gran valor gratificante para aquellas situaciones de personas con poca capacidad para obtener pareja (discapacitados, viajeros, enfermos crónicos, internados, presos, etc.). La masturbación excesiva puede estimular un exceso de acetilcolina y alterar las funciones del parasimpático y perturbar el hígado de la liberación de enzimas, que sintetizan los neurotransmisores: acetilcolina, serotonina y dopamina.

El exceso de masturbación también puede causar problemas tales como “fuga seminal”, que es una señal de que el nervio parasimpático, que mantiene la válvula de cierre de la eyaculación y mantiene la erección, se está debilitando como consecuencia de un exceso de masturbación, también puede llevar a síntomas como estrés, fatiga y pérdida de memoria. En casos extremos, cuando más se practica o adictos es que puede llevar a desequilibrios psicológicos y fisiológicos en el cuerpo que incluyen:

Sentirse cansado todo el tiempo, dolor/calambre habitual o durante el orgasmo, dolor de espalda tipo lumbago, el dolor testicular, depresión, estrés, ansiedad e inestabilidad emocional, erección débil, eyaculación precoz, visión borrosa. (Moreira, 2013)

Abordando la práctica vaginal el sexo femenino obtuvo un 23% de mujeres que la practican en cuanto a los hombres un 20% realizan esta práctica, reflejando que tanto hombres como mujeres practican relaciones vaginales de igual forma. Coito Vaginal: es una práctica sexual que consiste en la penetración del pene en el interior de la vagina; también se refiere a la introducción de algún objeto con fines sexuales en la vagina de la mujer. Los riesgos cuando se tienen relaciones vaginales sin protección se son de contraer infecciones de transmisión sexual (sífilis, gonorrea), virus del papiloma humano (VPH), VIH, SIDA

En la barra de práctica cunnilingus se observa que el porcentaje del sexo femenino fue superior en comparación al masculino con un total 8% que realizan esta práctica, mientras que el grupo masculino obtuvo un porcentaje 5% que realizan esta práctica, haciendo notorio que las féminas son las que más hacen uso de esta práctica sexual .Cunnilingus: estimulación con la boca y la lengua de los labios mayores, menores, vulva, vagina y clítoris. . (García, 2015)

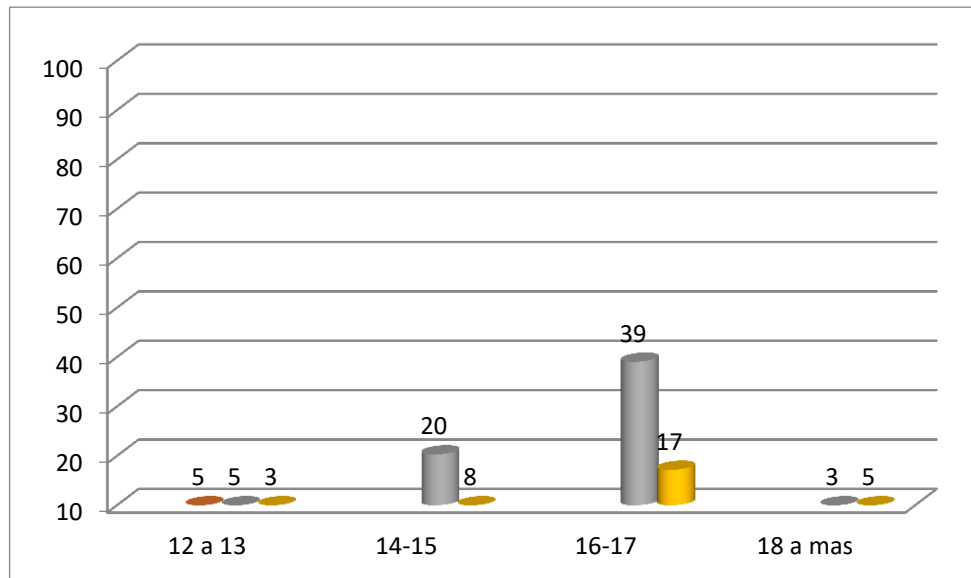
Dentro de los beneficios que tiene la práctica del sexo oral (cunnilingus), estimula la producción de hormonas como la DHEA y la oxitocina, las cuales pueden proporcionar una protección contra el cáncer y enfermedades del corazón. Según el estudio resulta que la lengua promueve hormonas del amor (oxitocina), además de endorfinas, las cuales alivian los dolores de cabeza y promueven el sueño y no existe riesgo de embarazo. Abordando los riesgos el principal riesgo del cunnilingus es la transmisión de infecciones, una de las más comunes la faringitis. Esta patología se produce principalmente porque la bacteria o el hongo se introducen en la faringe y la infecta.

Es bastante común que se desarrollen infecciones genitales por el virus del herpes simple. La aparición de herpes y su transmisión es frecuente y se vuelve más agresivo si la persona tiene VIH. Por otro lado, la infección del herpes favorece el contagio de VIH puesto que las úlceras que se forman son una ventana ideal para la entrada del virus. Otros de los riesgos más destacados debido a la práctica del cunnilingus es el virus del papiloma humano (VPH). Esta patología es de las más frecuentes y graves en la actualidad. (García, 2015)

Una de las prácticas de riesgos que mantienen este grupo de jóvenes tenemos la anal puesto que en las mujeres tenemos que las practican un 3% y los hombres un 5% y esta es una práctica de riesgo ya que esta zona está llena de inervaciones de insuficiente lubricación donde se puede dañar el esfínter anal produciendo desgarros y lesiones en el caso de las féminas si esta se acompaña de coito vaginal existe la posibilidad de causar un infección vaginal y en los hombres puede ocasionar perdida de la retención de los esfínteres anales.

Gráfico 9

Inicio de vida sexual de los estudiantes de 10° y 11° grado del colegio San Francisco Xavier de Mateare.



Fuente: Tabla #9

En los resultados arrojados en la gráfica de inicio de vida sexual se observa que en ambos grupos femenino y masculino se dio inicio de vida sexual después de los 12 años. En el caso del grupo femenino se observa que la mayoría de estas féminas un 39%, iniciaron su vida sexual entre las edades de 16 y 17 años. También se ve plasmado en la gráfica que el otro porcentaje fue de 20%, que iniciaron su vida sexual entre las edades de 14-15 años de edad, seguida de 5% que iniciaron entre los 12-13 años y en el porcentaje más bajo se encuentran las edades de 18 años a más con un total 3%.

En el grupo de sexo masculino se logra observar en la gráfica que la mayoría de los varones 17%, iniciaron vida sexual entre las edades de 16-17 años de edad coincidiendo con el grupo femenino pero en un porcentaje inferior en las edades de inicio de vida sexual, seguida de 8%, dieron inicio de vida sexual entre los 14-15 años de edad, con un porcentaje inferior al

femenino, seguida de las edades de 18 a más con un total 5%, este porcentaje supera al femenino en este grupo de edad. Por último se encuentran las edades entre los 12-13 años con un 3%, reflejando un porcentaje inferior al sexo femenino para este grupo de edad.

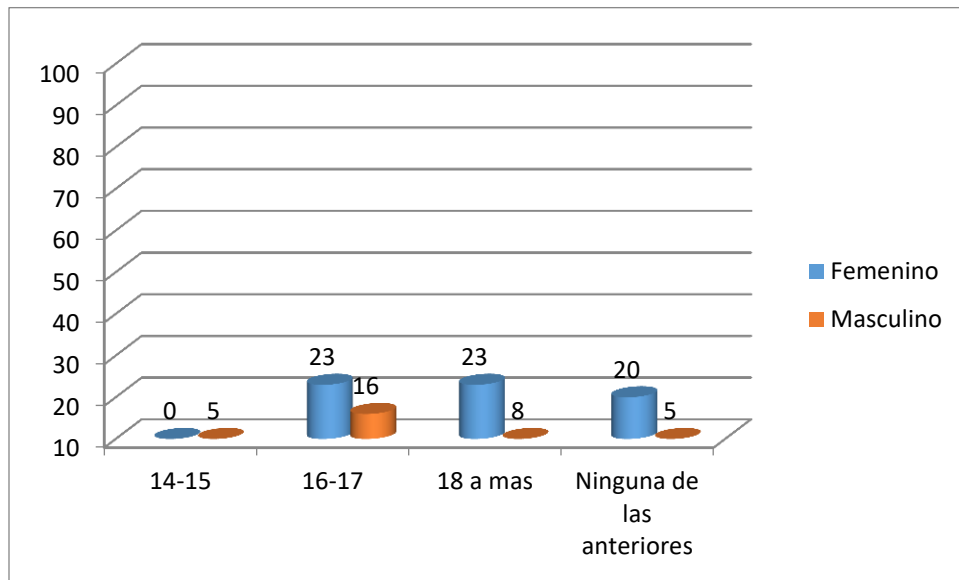
Como se puede apreciar en la gráfica para ambos sexos existe una relación y variabilidad en los porcentajes en que iniciaron sus relaciones sexuales; la mayoría indicaron inicio de vida sexual entre las edades de 16 -17 años, siendo esto un problema ya que estos jóvenes se exponen a una serie de riesgos que pueden perdurar a lo largo de la vida, producto de una vida sexual apresurada, inestable y poco responsable, típico de una persona que, aunque ya cuenta con un cuerpo adulto, todavía carece de una mentalidad adulta. La adolescencia, es un período crítico del curso de la vida, dados los grandes cambios sexuales, emocionales, sociales y cognitivos que se producen específicamente, el inicio de vida sexual temprana (antes de los 15 años de edad) está asociado con problemas de la salud sexual y reproductiva, incluyendo mayores prevalencias de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la “Etapa que transcurre durante el segundo decenio de la vida de los seres humanos, es decir, entre los 10 y los 19 años, existiendo una diferencia entre su etapa temprana (10 a 14 años) y la tardía (15 a 19 años). El inicio de relaciones sexuales a temprana edad también ha sido mencionado como un factor de riesgo para embarazos en adolescentes y con no terminar los estudios, sobre todo en el sexo femenino.

Para la psicóloga clínica y especialista en terapia sexual, Lucía Náder, no existe una edad determinada para empezar la vida sexual. “Hay que recordar le a los jóvenes hombres y mujeres que las relaciones producen una serie de consecuencias, no solamente es el placer y gusto, también una de las funciones de la sexualidad es la parte reproductiva. Si el sexo no se hace de forma responsable, pueden aparecer embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual”, señaló la especialista. Las relaciones coitales implican una serie de riesgos y, como toda actividad en la vida, debe iniciarse cuando se esté en capacidad de lidiar con las responsabilidades que implica esta práctica.

Gráfico 10

Edad que considera adecuado el inicio de una vida sexual los estudiantes de 10° y 11° grado del Colegio San Francisco Xavier.



Fuente: Tabla # 10

Según los datos encontrados en la tabla de Edad que considera adecuada para inicio de una vida sexual y los resultados arrojados por la gráfica de la misma tabla, se reflejan porcentajes altos para el sexo femenino la barra que corresponde a la opción de 16-17 años, con un 23% del total, este porcentaje es mucho más elevado en comparación con el sexo masculino que obtuvo un 16% del total. Esto claramente nos refleja que al menos la tercera parte del grupo de sexo femenino y casi la mitad del sexo masculino encuestado piensan o consideran que la edad idónea para dar inicio a una vida sexual está entre las edades de los 16-17 años de edad.

El inicio de la actividad sexual cada vez ocurre a más temprana edad, registrando promedios de edad de inicio de 13, 15 a 16 años . Este inicio tan precoz de la actividad sexual, aumenta el riesgo de tener un número mayor de parejas sexuales y con ello sus riesgos (enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados).

En la barra que corresponde a la opción 18 a más se reflejan porcentajes elevados para el sexo femenino con 23% del total, resultado totalmente abismal en comparación con el porcentaje del sexo masculino 8% del total. Esto nos dice que una parte del sexo femenino y una parte del masculino consideran que la edad idónea y correcta para iniciar una vida sexual es de los 18 años a más edad.

En la barra que corresponde a la opción de Ninguna de las anteriores los porcentajes reflejados muestran para el sexo femenino se obtuvo un 20% del total, mientras tanto el porcentaje del sexo masculino el 5% del total. En esta opción los resultados fueron que el 25% del total de estudiantes encuestados consideran que ninguna de las opciones propuestas es la correcta, por lo tanto decidieron marcar la opción ninguna de las anteriores.

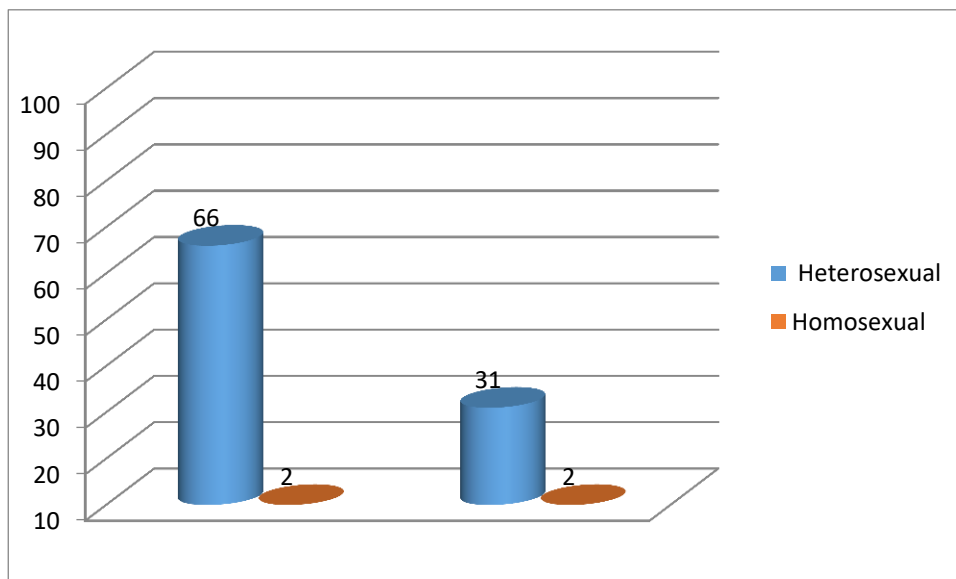
La barra que corresponde la opción de 14-15 años, en cuanto al porcentaje del sexo femenino se refleja 0%, ya que ninguna de las féminas considera que ese grupo de edad es el correcto para dar inicio a una vida sexual, en cuanto al porcentaje reflejado en el sexo masculino se obtuvo un 5% del total, este porcentaje del grupo masculino consideran que este grupo de edad es la correcta para iniciar una vida sexual.

La edad de inicio de las prácticas sexuales completas se sitúa entre 14,15 y 15,28 años. Esta iniciación más temprana supone una mayor exposición a los riesgos por carecer a esas edades de suficiente información y de habilidades para la gestión responsable de los mismos. Los motivos de inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes suelen ser diferentes dependiendo del subsector de la población en la que se encuentren, pues estos motivos van a presentar diferencias según el lugar de residencia, el nivel socioeconómico, el nivel de educación y la pertenencia a etnias indígenas, todo esto también influirá en las conductas sexuales que este grupo presente. De la misma manera influirán los factores psicosociales, los cuales son predictores de la probabilidad de haber tenido relaciones sexuales. Entre estos se distinguen: el lazo que existe entre el/la adolescente y su familia, el autoestima, entre otros factores que, en la medida en que están presentes, se asocian con una menor probabilidad de haberse iniciado coitalmente. Existe una relación significativa entre edad de inicio de las relaciones coitales y nivel socioeconómico.

La mejor edad para empezar a tener relaciones sexuales es en la que la persona está lista para ello. No hay una edad concreta que sea la adecuada para todo el mundo. Más que nada porque no todas las personas llevan el mismo ritmo en su proceso de desarrollo psicosexual ni tampoco evolutivo, en términos de la inteligencia emocional.

Gráfico11

Orientación sexual con la que se identifican los estudiantes de 10° y 11° grado del Colegio San Francisco Xavier.



Fuente: Tabla #11

Según se refleja en la gráfica con los datos tomados de la tabla de orientación sexual con que se identifican los estudiantes, en el grupo femenino la orientación que predomina es la heterosexual con un porcentaje del de 66%. En el sexo masculino también predominó la orientación heterosexual con un porcentaje del 31%, seguida la orientación homosexual con un 2% para las féminas y el sexo masculino con 2% del total.

La adolescencia es una época de cambios, unos de los más significativos tiene que ver con los “cambios físicos” y más concretamente con los sexuales, el desarrollo sexual, es el cambio más importante que se produce en la adolescencia. Al mismo tiempo se producen otros cambios que tiene que ver con “cambios en personalidad” como es la búsqueda de mi identidad, y como tal la búsqueda de mi identidad sexual.

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

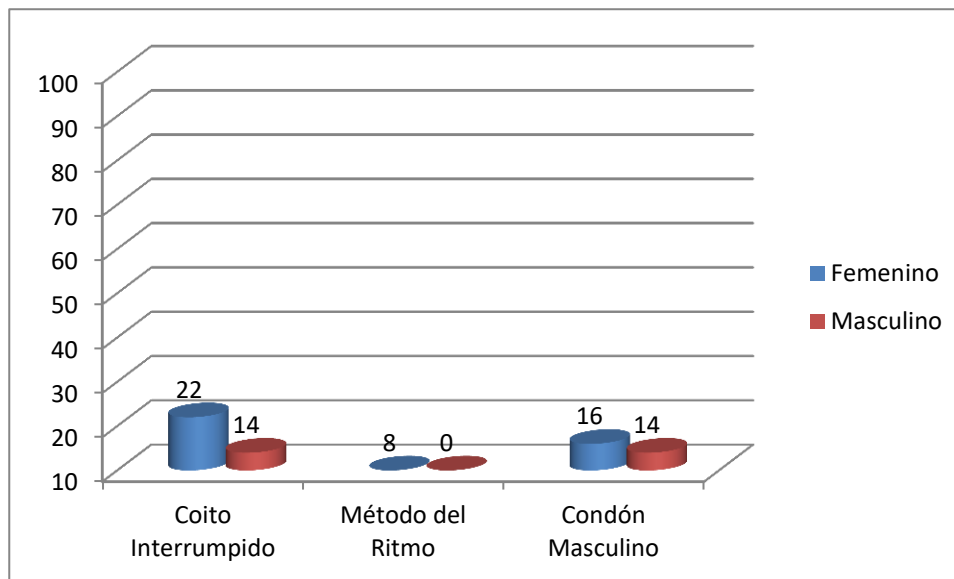
Aunque existen muchos tipos de orientación sexual, en los grupos de estudio predominó la orientación heterosexual. La heterosexualidad es una condición social considerada aun por encima de los tabúes sociales, el comportamiento estándar cuando de orientación sexual se trata. No es más que la relación atractiva entre hombres y mujeres. Se dice que un hombre es heterosexual cuando su atención es llamada por la belleza o características sin igual de una fémina.

La homosexualidad es la práctica de relaciones eróticas con personas del mismo sexo. El concepto también se utiliza para nombrar a la inclinación hacia dicho tipo de relación. Procede del griego homo (“igual”) y del latín sexus (“sexo”). La noción puede hacer referencia a la interacción sexual entre hombres o entre mujeres, pero también a la atracción sentimental o sexual de este tipo sin que se concrete la interacción.

Tiene como desventajas: que la homosexualidad es una condición que suele generar discriminación. Hasta hace pocas décadas, era considerada como una enfermedad que, por lo tanto, podía curarse. En la actualidad, se entiende que la homosexualidad es una elección o una condición natural. Pueden ser perseguidos por su condición sexual y hasta enviados a prisión o condenados a muerte.

Gráfico 12

Métodos anticonceptivos que han utilizado los estudiantes de 10° y 11° grado del Colegio San Francisco Xavier



Fuente: tabla #12

Los Métodos anticonceptivos impiden 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 pueda realizarse sin fecundación. La efectividad de los métodos, cuando se usa en forma correcta y consistente, aseguran la probabilidad mínima de embarazos. (MINSa, 2008)

En los resultados arrojados por la gráfica de los métodos utilizados por los estudiantes se distinguen cuatro métodos del coito interrumpido con un porcentaje del 22% para el sexo femenino, y un 14% para el masculino siendo este un método de planificación familiar cuya responsabilidad mayor recae en el hombre, consiste en interrumpir voluntariamente el acto sexual mediante retirar el pene de la vagina antes de producirse la eyaculación; es muy poco confiable. (MINSa, 2008). Que tiene como ventajas no tiene efectos secundarios aparentes, sin costo, estimula la participación masculina en la anticoncepción

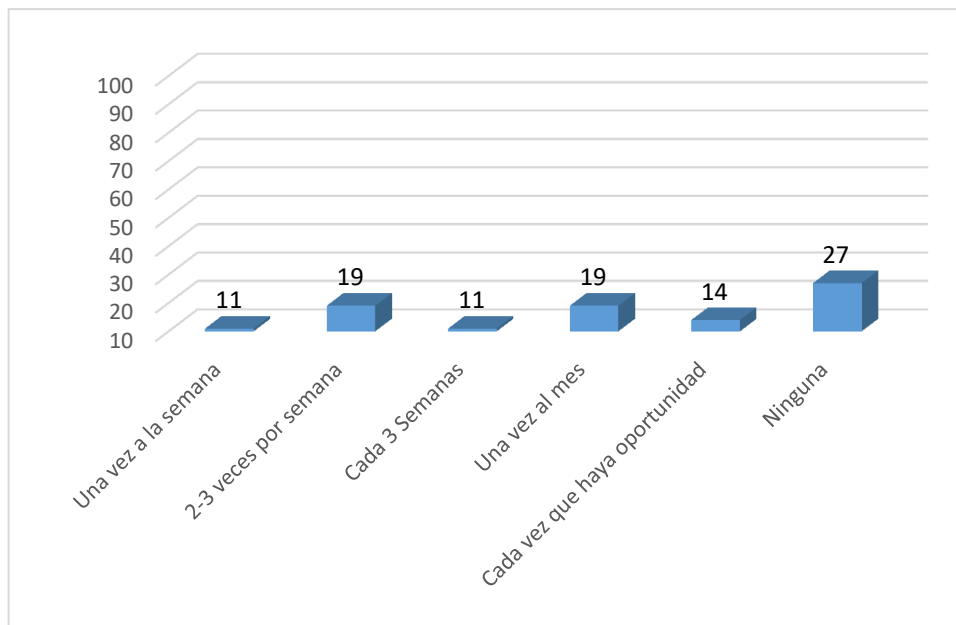
Refiriéndonos al método del ritmo con un porcentaje para el sexo femenino de 8%. El método del ritmo: quizá este es uno de los peores métodos para los jóvenes, por la razón que notamos anteriormente, en el sentido de que el adolescente no puede planear sus relaciones sexuales y difícilmente se abstendrá el día que se le presenta la ocasión.

En el caso específico del método del moco cervical, el problema es aún mayor porque son muchas las jóvenes que desconocen por completo su anatomía interna, por lo que este método resulta muy complejo de utilizar. Este método se basa en la abstinencia durante el período fértil, de la mujer, período que debe calcularse en dependencia de la duración de sus ciclos menstruales. Estudios demuestran que tiene como ventajas que no presenta efectos secundario, no tiene costo y es muy utilizado por parejas o personas con conductas religiosas.

El método del condón en el caso de las féminas se obtuvo un porcentaje del 16%, alcanzando un mayor porcentaje que el sexo masculino que obtuvo un porcentaje de 14% del total. 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 espermatozoides del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer. (MINSA, 2008), estudios demuestran que es el método de primordial elección para los jóvenes y esto es debido a su facilidad de uso y su absecibilidad ya que es un método de fácil alcance.

Gráfico 13

Frecuencia de relaciones sexuales de los estudiantes de 10° y 11° grado del Colegio San Francisco Xavier de Mateare.



Fuente: Tabla # 13

Los resultados arrojados en la gráfica de frecuencia de relaciones sexuales de los estudiantes, se refleja que el mayor porcentaje se encuentra en la barra con la opción (Ninguna), con un 27%, en la barra con la opción 2-3 veces por semana tenemos un total de 19%, en la barra con la opción una vez al mes, un 19%, en la barra cada que haya oportunidad, con un 14%, en la barra una vez a la semana 11% y en la barra cada 3 semanas un 11%.

Según sexólogos, sicólogos y distintos estudios, refieren que no existe un número específico de relaciones sexuales que una pareja deba sostener para que la relación funcione exitosamente. Pero estos también refieren que los jóvenes en edades tempranas no deben de sostener relaciones sexuales puesto que esto los expone a muchos riesgos. Si bien es cierto la etapa de la adolescencia por influencia del despertar hormonal ellos se ven más incitados a practicar relaciones sexuales con sus parejas no es el momento idóneo de hacerlo ya que

aunque estén físicamente preparados mental y emocionalmente son seres vulnerables a un bloqueo emocional por alguna experiencia sexual frustrada.

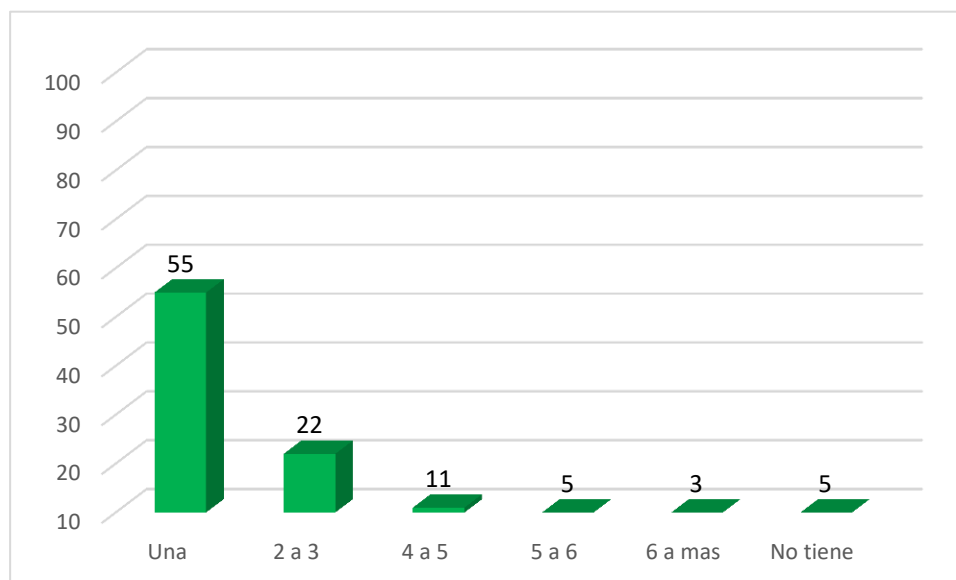
Las estadísticas señalan que la frecuencia sexual depende de la edad y de los años en pareja, pero también de las situaciones por las que atraviesan los individuos y la relación. Los jóvenes como tales son seres que establecen vínculos estrechos psico afectivos de una forma muy acelerada y es este uno de los motivos que los lleva a intimar creyendo estar preparados para asumir riesgos a los cuales por su inexperiencia y etapa precoz de iniciación se miran expuestos.

En relación con el comportamiento sexual se considera que al menos el 50% de los adolescentes han tenido alguna relación sexual en el caso de América Latina.

El problema del inicio temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes sin el debido conocimiento acerca del tema, se ha generalizado en el mundo de hoy y nuestro país a pesar del sistema de salud con que se cuenta, no está exento. Para algunos prestigiosos autores el papel de los medios masivos de difusión es trascendental en la incitación al inicio sexual precoz de los adolescentes. (Maddaleno, 2010)

Gráfico 14

Número de parejas sexuales de los estudiantes de 10° y 11° grado del Colegio San Francisco Xavier de Mateare.



Fuente: Tabla #14

En la gráfica del número de parejas, se refleja que el porcentaje de estudiantes que dicen tener una sola pareja es considerable con 55% de los adolescentes encuestados, un poco más de la mitad de los adolescentes que probablemente la mayoría de ellos tienen vida sexual activa, lo cual es muy bueno porque esto minimiza los riesgos de contagio de enfermedades infectocontagiosas de transmisión sexual si son responsables al tener relaciones sexuales con la debida protección en ambos grupos de sexos. En la barra con la opción de 2 a 3 parejas se refleja un 22% de ambos sexos que dicen tener de dos a más parejas sexuales, siendo esto un riesgo para la salud de estos jóvenes ya que entre más parejas sexuales se tenga mayores son los riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual. En la barra de 4 a 5 parejas sexuales se obtuvo un 11%, que indican tener esa cantidad de parejas sexuales, lo cual representa un alto riesgo para la salud el hecho de actuar de esa manera y relacionarse sexualmente con más de una pareja. En la barra de opción de 5-6 parejas sexuales, se obtuvo un 5% que indicaron esta opción de parejas, aumentando así los riesgos de la integridad del

bienestar de la salud al tener esa cantidad de parejas sexuales. En la barra con la opción de 6 a más se refleja un total 3%, indicaron tener esa opción de parejas sexuales. En la barra con la opción No tiene, se refleja una cantidad 5%, que indican no tener ninguna pareja sexual.

Los riesgos de tener múltiples parejas sexuales aumenta considerablemente la aparición de nuevas enfermedades. Dentro de ellas tenemos el VIH es un virus incurable que causa el sida. sífilis, infecciones del tracto urinario, chlamydia, herpes genital.

La impulsividad puede incrementar la conducta de riesgo de cualquier tipo, y en algunos casos puede conducir tanto al uso indebido de drogas, como a la actividad sexual.

También es posible que las ocasiones de consumo de sustancias facilitaran el comportamiento sexual debido a sus efectos desinhibitorios. Los jóvenes son más propensos a tener encuentros sexuales en las situaciones donde se sirve alcohol.

Podría ser también que las múltiples relaciones fallidas crean ansiedad por iniciar nuevas relaciones. La “automedicación” con sustancias puede ser una manera de lidiar con la ansiedad interpersonal. Las mujeres, que culturalmente se espera que prefieran la monogamia, pueden tener un mayor riesgo que los hombres.

Los padres y educadores deben potenciar la formación y toma de conciencia de los adolescentes en relación con los riesgos que llevan consigo sus relaciones sexuales. Hay que insistirles en que el sexo no es un juego y que comportarse como adultos exige sentido de la responsabilidad.

CONCLUSIONES

- 1) Las Características sociodemográficas el mayor porcentaje corresponde al grupo del sexo femenino 67% y el segundo corresponde al sexo masculino 33% , predomina el sexo femenino .Con respecto a creencias religiosas , predomina la religión católica 66% y en segundo lugar la religión evangélica 34%. La mayoría de los alumnos son del sexo femenino en su mayoría predominan los alumnos de cuarto año.
- 2) Los estudiantes poseen muy pocos conocimientos sobre los conceptos de prácticas sexuales los conceptos que dominan más son masturbación masculina con un 47% las mujeres y un 33% los hombres en segundo lugar coito con un 47% las mujeres y un 33% los hombres
Solo 42.2% de los adolescentes tienen conocimientos de los métodos anticonceptivos. Pero luego de nuestras intervenciones un 85% de los estudiantes manejan y conocen los distintos tipos de métodos anticonceptivos.
Dentro de los métodos que más conocen están los métodos de barrera los métodos naturales, los métodos quirúrgicos y los métodos que tienen poco dominio son los métodos hormonales.
- 3) El 73.4% de los estudiantes ya iniciaron una vida sexual teniendo en primer lugar a los varones con el 28% teniendo en segundo lugar al sexo femenino con el 45%. Entre las prácticas sexuales que más experimentan encontramos el coito vagina, las fantasías sexuales y la masturbación.

RECOMENDACIONES

A la Hermana Isabel Castillo

(Directora)

- ✓ Capacitar a maestros en temas de sexualidad para que ellos tengan un mejor abordaje de estos temas con los estudiantes.
- ✓ Orientar a maestros sobre diferentes metodologías y didácticas para abordar temas de sexualidad con los estudiantes.
- ✓ Brindar más información a los estudiantes sobre sexualidad desde una perspectiva más completa.
- ✓ Orientar en las reuniones a los padres sobre los temas de salud sexual y reproductiva que deben de abordar con sus hijos para que de esta forma se trabaje bajo una misma línea y los conocimientos que posean sus hijos sean adecuados.
- ✓ Establecer en el plan de estudio del colegio una materia que aborde temas sobre salud sexual y reproductiva en donde se le brinden conocimientos a los estudiantes que les permita erradicar mitos y creencia.

BIBLIOGRAFÍA

- MINSA. (2008). Normas y Protocolo de Planificación Familiar 002. Nicaragua.
- AC, K. (2013). *Conducta Sexual del Hombre*. Buenos Aires: medica .
- Academia, R. (18 de Noviembre de 2014). *Definición de Transexual*. Recuperado el 06 de 06 de 2016, de Definición de Transexual: <http://conceptodefinición.de/transexual/>
- Alba, R., & Cabrera, D. (17 de 10 de 2010). *Métodos Anticonceptivos Tesis*. Recuperado el 15 de 09 de 2016, de Métodos Anticonceptivos Tesis: <https://es.scribd.com/doc/142674370/TESIS-METODOS-ANTICONCEPTIVOS>
- Alcalá, H. G. (2013). *Sexualidad Conceptos Básicos*. Obtenido de http://www.academia.edu/7096172/SEXUALIDAD_CONCEPTOS_BÁSICOS_UNIDAD_1
- Aurelio, A. (2008). *América Latina Y el Caribe : Territorios religiosos y desafíos para el diálogo*. Buenos Aires: CLACSO.
- Carrera, N. R. (2014). La familia educadora de la Sexualidad. *Carta Pastoral*, 2.
- Carry, M. (2013). *Sexualidad Humana Factores Fisiológicos y Psicológicos de la Conducta Sexual. Manual Moderno*, 13.
- Castro, A. M., & Vela, G. N. (18 de 06 de 2012). *Métodos Anticonceptivos en Adolescentes*. Recuperado el 15 de 09 de 2016, de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes.: <http://www.monografias.com/trabajos55/metodos-anticonceptivos-adolescentes/metodos-anticonceptivos-adolescentes.shtml>
- Celio, A., & Bone, V. (22 de 04 de 2005). *Métodos Anticonceptivos en la Adolescencia*. Recuperado el 15 de 09 de 2016, de Métodos Anticonceptivos en la Adolescencia.: <http://www.monografias.com/trabajos29/anticonceptivos/anticonceptivos.shtml>
- Cortez, A., & Dania, P. S. (10 de 1998). *Orientación Sexual*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251998000500008&script=sci_arttext
- Diario, E. N. (12 de 4 de 2016). *Religion en Nicaragua*. Obtenido de Religion en Nicaragua: <http://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/339425-crece-poblacion-evangelica-nicaragua/>
- García, M. L. (2015). Prácticas Sexuales. *Sexualidades*, 19.
- Maddaleno, M. y. (2010). Situación Social de los adolescentes y jóvenes en América Latina “, en La salud del adolescente y el joven OPS. Washington,.
- Mantilla, C. V. (06 de 2007). *Sexualidad Salud Sexual*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000500014
- Mendoza, E. A. (23 de 07 de 2012). *Conocimientos de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes*. Recuperado el 15 de 09 de 2016, de Conocimientos de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes: <http://132.248.9.195/ptd2013/Presenciales/0702850/0702850.pdf>

- MINSA. (2008). Norma y Protocolo de Planificación Familiar Normativa 002.
- MINSA. (2008). Normas y Protocolo de Planificación Familiar. Nicaragua.
- MINSA, N. (2008). Norma y Protocolo de Planificación Familiar. En MINSA, *Norma y Protocolo de Planificación Familiar* (pág. 32). Managua.
- Moreira, C. (2013). *Sexología Médica.*, (pág. 42). México.
- Morin, B. (10 de 2011). *Educación Sexual*.
- OCEANO. (2001). Diccionario Enciclopédico. En OCEANO, *Diccionario Enciclopédico* (pág. 705). Barcelona, España: Oceano.
- OMS. (2016). *Sexualidad*. Obtenido de http://es.slideshare.net/RITOW/introducción-a-la-sexualidad-52473127?qid=ca13746b-f29d-4c87-a2b9-13ce2b41f820&v=&b=&from_search=3
- OPS. (04 de 2009). *Salud Sexual y Reproductiva*. Obtenido de www.opssaludsexual.com
- Pol Bravo, C. (2014). Ventajas y Peligros de las Fantasías Sexuales. 38.
- Robles, P. R. (14 de 02 de 2015). *Universidad Nebrija*. (Sapienza Università di Roma) Recuperado el 21 de 06 de 2106, de <http://www.nebrija.com/revista-linguística/la-validacion-por-juicio-de-expertos-dos-investigaciones-cualitativas-en-linguística-aplicada>
- salud, O. o. (2 de 2016). *Métodos de Anticoncepción*. Obtenido de Métodos de Anticoncepción: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>
- Sampieri, H. R., & Collado, C. F. (2010). Metodología de la Investigación Quinta Edición Sampieri 2010. En R. H. Sampieri., & J. M. Chacón. (Ed.), *Metodología de la Investigación*. (5ta Edición. ed., pág. 16). México, México: Marcela I. Rocha Martínez. Recuperado el 15 de 10 de 2016
- Sampieri, H. R., & Collado, F. C. (2010). Metodología de la Investigación. En R. H. Sampieri, & J. M. Chacón (Ed.), *Metodología de la Investigación* (Quinta ed., pág. 80). México: Marcela I. Rocha Martínez. Recuperado el 15 de 10 de 2016
- Sánchez, C. C. (2014). Juventud en Éxtasis 2. En C. C. Sánchez, *Juventud En Éxtasis 2* (pág. 93). México, México.
- Serra, N. (28 de JULIO de 2007). *Sexualidad Plena*. Obtenido de Sexualidad Plena: <http://cota5.es/sexo.genital.html>
- Torrez, A. (2015). *Principales Tipos de Orientación Sexual*. Obtenido de <https://psicologiyamente.net/sexualidad/tipos-orientacion-sexual>
- UNFPA, N. (2015). *Población en Nicaragua Indicadores Demográficos*. Recuperado el 01 de 12 de 2016, de <http://www.unfpa.org.ni/poblacion-en-nicaragua-2/>

Vasquez, N. (2009). Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos71/la-sexualidad/la-sexualidad2.shtml>

Villegas, Á., & Romero, Y. (2009). *Sexualidad*. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos71/la-sexualidad/la-sexualidad2.shtml>

ANEXOS