Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Obstetricia y Puericultura
Casa Central

INFLUENCIA DE LA IDENTIDAD SEXUAL EN LAS CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES DE LA COMUNA DE CONCÓN EN EL AÑO 2014

Tesis para optar al grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura

Profesora Guía:
Loreto Pomodoro Cirano
Estudiantes:
Nathaly Jeria Villarroel
Isis Madrid Gómez
Anita Molina Bravo
Francisca Muñoz Gajardo
Karla Núñez Ojeda
Nadia Salazar Toro

Valparaíso, 2014

Índice

I. Resumen Pág. 1

i. Abstract Pág. 2

II. Introducción Pág. 3

III. Material y método Pág. 9

i. Diseño de la investigación Pág. 9

ii. Población de estudio Pág. 9

iii. Fuentes de información Pág. 11

v. Consideraciones éticas Pág. 15

vi. Limitaciones del estudio Pág. 16

IV. Resultados Pág.17

i. Objetivo1: Caracterizar a la población de estudio según edad y curso Pág. 17

ii. Objetivo2: Conocer identidad sexual de los adolescentes de la comuna de Concón Pág. 21

iii.Objetivo3: Identificar las conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la comuna de Concón Pág. 45

iv. Objetivo4: Relacionar características de la identidad sexual con conductas de autocuidado de los adolescentes de la comuna de Concón Pág. 54

V. Discusión Pág. 82

i. Objetivo1: Caracterizar a la población de estudio según edad y curso Pág. 82

ii. Objetivo2: Conocer identidad sexual de los adolescentes de la comuna de Concón Pág. 82

iii.Objetivo3: Identificar las conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la comuna de Concón Pág. 87

iv. Objetivo4: Relacionar características de la identidad sexual con conductas de autocuidado de los adolescentes de la comuna de Concón Pág. 92
VI. Agradecimientos Pág. 102
VII. Referencias bibliográficas Pág. 103
VIII. Datos suplementarios Pág. 108
1. Glosario Pág. 108
2. Marco teórico Pág. 110
3. Matriz de operacionalización de objetivos Pág. 131
4. Método Pág. 142
5. Resultados Pág. 152

Índice de tablas

Objetivo 1 Pág. 17

Tabla1.Edad-curso Pág. 19

Objetivo2 Pág. 21

Tabla 2. Sexo biológico – Identidad Sexual Pág. 21

Tabla 3.1 Igualdad de roles en el cuidado de los hijos Pág. 22

Tabla 3.2 Igualdad de roles en las tareas del hogar Pág. 23

Tabla 3.3 Rol del padre como sustentador económico Pág. 24

Tabla 3.4 Rol de la mujer obediente y sumisa al hombre Pág. 25

Tabla 3.5 Participación del hombre en tareas domésticas Pág. 26

Tabla 4.1 Refuerzo positivo de los celos en la relación de pareja Pág. 27

Tabla 4.2 Maltrato justificado por conducta de la mujer Pág. 28

Tabla 4.3 Sentido de propiedad en la pareja Pág. 29

Tabla 4.4 Autonomía en relación de pareja Pág. 30

Tabla 4.5 Rol de la mujer servicial a su pareja Pág. 31

Tabla 4.6 Rol del hombre complaciente a la pareja en lo sexual y material Pág. 32

Tabla 5.1 Mayor remuneración al sexo masculino Pág. 33

Tabla 5.2 Igualdad de derechos y oportunidades laborales Pág. 34

Tabla 5.3 Rol de la mujer como madre, excluida del ámbito laboral Pág. 35

Tabla 5.4 Inferioridad de la mujer en cuanto a capacidades Pág. 36

Tabla 5.5 Igualdad de capacidades de hombres y mujeres Pág. 37

Tabla 6. Orientación sexual - sexo Pág. 38

Tabla 7. Tipo de crianza Pág. 39

Tabla 8. Religión Pág. 40

Tabla 9. Percepción de la influencia de la religión en la vida sexual Pág. 41

Tabla 10. Aprendizaje sobre sexualidad Pág. 42
Tabla 11. Estructura familiar Pág. 43
Tabla 12.1 Nivel educacional de la madre Pág. 44
Tabla 12.2 Nivel educacional del padre Pág. 44
Objetivo3 Pág. 45
Tabla 13. Hábitos nocivos Pág. 45
Tabla 14. Tipo de consumo Pág. 46
Tabla 15. Inicio de actividad sexual Pág. 47
Tabla 16. Edad de inicio de actividad sexual Pág. 48
Tabla 17. Tipo de MAC Pág. 49
Tabla 18. Prácticas sexuales para prevención de ITS Pág. 50
Tabla 19. Uso de preservativo para prevención de ITS Pág. 51
Tabla 20. Aclarar dudas sobre sexualidad Pág. 53
Objetivo 4 Pág. 54
Tabla 21. Sexo – hábitos nocivos Pág. 54
Tabla 22. Sexo – edad de inicio de actividad sexual Pág. 55
Tabla 23. Edad – número de parejas sexuales Pág. 57
Tabla 24. Identidad de género – números de parejas sexuales Pág. 58
Tabla 25.1 Mujer, sexo débil – Uso MAC Pág. 59
Tabla 25.2 Valoración del respeto en la pareja – Uso Mac Pág. 61
Tabla 25.3 Iniciativa en la vida sexual es un rol masculino – Uso Mac Pág. 62
Tabla 25.4 Mujer obediente y servicial con su pareja – Uso Mac Pág. 63
Tabla 25.5 Hombre obediente y servicial con su pareja – Uso Mac Pág. 64
Tabla 26. Tipo de crianza – hábitos nocivos Pág. 66
Tabla 27. Religión – inicio de actividad sexual Pág. 70
Tabla 28. Métodos de prevención ITS –aprendizaje sobre sexualidad con amigos Pág. 71

Tabla 29. Métodos de prevención ITS – aprendizaje sobre sexualidad en charlas educativas Pág. 73
Tabla 30. Métodos de prevención – aprendizaje sobre sexualidad con padres Pág. 74
Tabla 31. Uso de preservativo para prevenir ITS – aprendizaje de sexualidad con amigos Pág. 75
Tabla 32. Uso de preservativo para prevenir ITS – aprendizaje de sexualidad en charlas educativas Pág. 76
Tabla 33. Uso de preservativo para prevenir ITS – aprendizaje de sexualidad con padres Pág. 77
Tabla 34. Inicio de actividad sexual –tipo de familia Pág. 78
Tabla 35. Edad de inicio de actividad sexual – tipo de familia Pág. 79
Tabla 36.1 Asistencia a consultorio con fines preventivos – nivel educacional de la madre Pág. 80
Tabla 36.2 Asistencia a consultorio con fines preventivos - nivel educacional del padre Pág. 80

Índice Gráficos

Gráfico 1. Edad Pág. 17

Gráfico 2. Curso Pág. 18

Gráfico 3. Frecuencia de asistencia a control preventivo Pág. 52

Gráfico 4. Asistencia a controles preventivos según sexo Pág. 56

Gráfico 5. Inicio de actividad sexual según tipo de crianza Pág. 65

Gráfico 6. Aclarar dudas sobre sexualidad según tipo de crianza Pág. 67

Gráfico 7. Creencia religiosa y tipo de consumo de sustancias nocivas Pág. 68

Gráfico 8. Creencia religiosa e inicio de actividad sexual Pág. 69

I Resumen

Se realizó un estudio descriptivo transversal de carácter cuantitativo para determinar la influencia de la identidad sexual en las conductas de autocuidado de los adolescentes pertenecientes a colegios municipales de la Comuna de Concón en el año 2014. La información se obtuvo a través de una encuesta anónima previa firma de consentimiento informado por parte de los apoderados y alumnos participantes.

La muestra estuvo representada por 190 adolescentes de establecimientos municipales de la comuna de Concón, desde 7° básico a IV° medio de la Escuela básica Irma Salas, Escuela básica Puente Colmo, y Liceo Politécnico de Concón con edades entre 14 y 19 años, 67 del sexo femenino y 122 del masculino. El 94,1% de las encuestadas de sexo femenino declaró sentirse identificada con su sexo biológico y en el caso del sexo masculino, ocurrió lo mismo en un 95,1% de los casos. De los encuestados un 85.3% de las mujeres y un 96.9% hombres dijo sentirse más atraído por personas del sexo opuesto, es decir que tienen una preferencia heterosexual. El 42,1% señaló formar parte de una familia de tipo nuclear, y el 43,7% dijo haber recibido una crianza democrática. La mayor fuente de información fueron los padres con un 64,7%.

Las sustancias nocivas consumidas con mayor frecuencia fueron alcohol, cigarro y marihuana, con consumo ocasional en un 27,9% del total de jóvenes. El 56,8% refirió haber iniciado su actividad sexual con una edad promedio de inicio entre 14 y 15 años. Los métodos anticonceptivos más utilizados fueron el preservativo y los anticonceptivos orales. El 76, 3% refirió asistir al consultorio solo cuando está enfermo y el 43,7% dijo resolver sus dudas sobre sexualidad solo a veces. Un 15.7% de los adolescentes encuestados refirió asistir a centros de salud con fines preventivos, de los cuales un 70% corresponde a mujeres. El tipo de crianza no presentó mayor relevancia en las conductas de autocuidado.

Palabras claves: Identidad sexual, Autocuidado es Salud Sexual y Reproductiva y Adolescentes.

Abstract

A cross-sectional descriptive quantitative study was conducted to determine the influence of sexual identity in self-care behaviors of adolescents from municipal schools of the Commune of Concón in 2014. The information was obtained through an anonymous survey prior informed consent signed by parents and students participating.

The sample was represented by 190 adolescents from municipal schools in the district of Concón, from 7th grade to IV ° grade of basic school Irma Salas, Basic School Puente Colmo, and Polytechnic High School Concón between the ages of 14 and 19, 67 female and 122 male. 94.1% of female respondents reported feeling identified with their biological sex and in the case of males, the same thing happened in 95.1% of cases. Of those surveyed an 85.3% of women and 96.9% men said they were more attracted to people from the opposite sex, that means they have an heterosexual preference. 42.1% reported being part of a nuclear family type, and 43.7% reported receiving a democratic parenting. The main source of information was though parents with 64.7%.

Harmful substances most frequently consumed were alcohol, tobacco and marijuana, with occasional consumption by 27.9% of all young people. 56.8% reported initiated sexual activity with an average age between 14 and 15 years old. The most widely used contraceptive methods were condoms and oral contraceptives. 76, 3% reported attending to the clinic only when they are sick and 43.7% said solve their questions about sexuality only sometimes. A 15.7% of respondents adolescents referred attending health centers for preventive purposes, of which 70% are women. The kind of upbringing did not present greater relevance in self-care behaviors.

Key words: Sexual Indentity, Self – Care in Sexual and Reproductive health and Adolescents

II Introducción

Desde hace algunos siglos la cultura occidental ha transformado la figura del infante en un ser asexual, apartando a los niños del mundo de la sexualidad en todas sus formas. Es así como los niños pasan a ser adolescentes, cada vez más tempranamente, y comienzan a vivir esa sexualidad que se les había ocultado con mínimos o nulos conocimientos de lo que esto significa desde el punto de vista biopsicosocial. Sólo cuentan con los pilares valóricos, morales e ideológicos que posee cada uno según el entorno en que se han desarrollado.[1]

Durante muchos años se consideró el nacer hombre o mujer sólo al hecho de poseer un determinado sexo que se desarrolla para cumplir un rol biológico distinto para unos u otros en lo que se refiere a la reproducción. Pero el desarrollo personal también se forma por medio de la identidad sexual, que de acuerdo a las costumbres de nuestra sociedad definen el deber ser de un hombre y una mujer.[2]

Las diferentes influencias y experiencias formarán la identidad sexual de cada uno de estos adolescentes, la cual, según la publicación de la Organización Panamericana de Salud (OPS) "Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción", realizada en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Mundial de Sexología en el año 2000, es el marco de referencia interno que permite a cada persona formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, rol de género y orientación sexual, y le indicará cómo desenvolverse socialmente, conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.[3]

La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en su resolución 2003/28, confirmó que "*la salud sexual y la salud reproductiva son elementos esenciales del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de la salud física y mental*"[4]. De igual manera se reconoce en la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo de 1994, los derechos reproductivos

en documentos sobre derechos humanos (DDHH), y declararon que *"la salud y los derechos sexuales y reproductivos son DDHH fundamentales para el desarrollo".* [5] "*A pesar del reconocimiento de la importancia de este tema sigue existiendo una falta de atención a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, y su abordaje no forma parte importante de las políticas y acciones de salud pública de la mayor parte de los países".* [6]

Otro elemento importante a considerar es el autocuidado en salud sexual y reproductiva ya que según la OMS "*hace referencia al conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción y, más específicamente, la reproducción humana, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, los estudios de género y otros aspectos de la sexualidad humana, con el objetivo de alcanzar una satisfactoria salud sexual y reproductiva"*.[7] En base a este concepto es que constantemente se están haciendo estudios para evaluar las conductas de autocuidado en salud sexual que tienen los jóvenes de Chile.

El artículo "Trayectorias sexuales, preventivas y sociales en el embarazo no previsto de los segmentos juveniles en Chile" de la psicóloga Irma Palma, publicado el año 2010, que recoge datos de la Quinta Encuesta Nacional de Juventud, realizada por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) en el año 2006, señala que, a nivel nacional, el 49,3% de los jóvenes tiene la primera relación sexual antes de los 18 años[8], lo que hace aún más relevante conocer las conductas que presentan en cuanto a la sexualidad y de qué manera se puede educar a los adolescentes para una sexualidad más sana.

Del estudio cualitativo "Representaciones y significaciones sobre el embarazo adolescente de padres y madres de hasta 19 años" realizado por

el INJUV el año 2011 se extrae que *"en términos estadísticos, se observa que en Chile el 54,8% de los jóvenes sexualmente iniciados de entre 15 y 19 años declaran haber utilizado el preservativo durante su primera relación sexual. Lo que indica la presencia de una gran proporción de jóvenes que no utilizan este método de prevención. El uso de los métodos anticonceptivos revela también las diferencias de género en materia de sexualidad; junto con que su utilización se decide a través de una negociación en pareja en la que se tiende a imponer la voluntad del varón debido a la concepción de los roles sexuales y sociales, se suma el hecho de que "la responsabilidad de la prevención se imputa unilateral e injustamente a la mujer, cuando los hombres deberían ser al menos igualmente activos en protegerse contra embarazos no deseados."* [9]

En el año 2010 se aprobó en Chile la ley 20.418, que protege "*el derecho a recibir educación, información y orientación en materias de regulación de la fertilidad y para la vida afectiva y sexual*", indicando que *"los establecimientos educacionales reconocidos por el Estado deberán incluir dentro del ciclo de Enseñanza Media un programa de educación sexual."* No obstante, la ley no regula que esta entrega de información y conocimientos sea entregada de la misma forma, calidad y cobertura para cada establecimiento educacional pues esto será *"de acuerdo al proyecto educativo, convicciones y creencias que adopte e imparta cada establecimiento sin reguladores estatales."* [10]

En cuanto a la región de Valparaíso, según los datos arrojados por la Séptima Encuesta Nacional de Juventud, realizada por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) en el año 2012, el porcentaje de jóvenes sexualmente activos es del 75,2% . En cuanto al consumo de drogas ilícitas, Valparaíso destaca con una de las mayores proporciones de jóvenes consumidores, con un 73,2%.[11]

En base a la necesidad inminente que evidencian las distintas encuestas y estudios a la población adolescente a partir del año 2012 se crea el Programa de salud del adolescente "Control Joven Sano" que busca abarcar los diferentes

problemas que puede presentar el adolescente en esta compleja etapa de su desarrollo, apoyándolo desde la atención primaria con diferentes especialistas y considerando la salud sexual y reproductiva como un aspecto importante determinante de cada persona. Si bien es una medida que otorga un acceso importante del adolescente al sistema de salud, no se tratan temáticas cruciales como lo es la identidad sexual que tal como lo propone la Séptima Encuesta Nacional de la Juventud, "*no responde únicamente a las prácticas y comportamientos sexuales de los individuos – relaciones sexuales entre personas del mismo o distinto sexo-, sino también al reconocimiento que hacen los propios individuos de sí mismos respecto a su identidad sexual."* [12]

Este reconocimiento de la identidad sexual es un proceso que implica aprendizaje y auto-descubrimiento, constituyendo un periodo de construcción que va a influir en las prácticas de autocuidado de los adolescentes es por esto que se propone la siguiente interrogante ¿qué elementos de la identidad sexual son entonces los que hacen la diferencia entre los adolescentes que practican conductas de autocuidado y los que no?. Se vuelve fundamental determinar cómo influye ésta para poder generar políticas públicas que tengan resultados efectivos y abordar el tema de la sexualidad desde una perspectiva integral que no solo implique prevención de ITS y embarazo adolescente.

A nivel regional, sólo se cuenta con estudios que apuntan a las prácticas de los adolescentes, sin indagar en los factores que determinan dichas prácticas ni establecer relaciones que permitan orientar la educación sexual de los jóvenes. Considerando además que la identidad sexual se ve influida por el entorno familiar, social y cultural de cada individuo, se vuelve un tema que debe ser estudiado a pequeña escala, según la población que se quiera intervenir[13]. Es por ello que este estudio se llevará a cabo en la comuna de Concón y los resultados se pondrán a disposición de los establecimientos participantes.

En consecuencia, el presente trabajo pretende responder a la pregunta de investigación ¿cómo influye la identidad sexual en las conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la comuna de Concón?

El objetivo de esta investigación es determinar de qué manera influye la identidad sexual que cada adolescente posee en la forma en que vivirá su sexualidad, identificando las variables que incidirán en la presencia o ausencia de conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva, así como la significancia de los diferentes modelos de aprendizaje familiares en el desarrollo del adolescente. El estudio busca relacionar conceptos de identidad sexual y autocuidado en salud sexual y reproductiva, dilucidando si la identidad adquirida por el adolescente según su entorno familiar, escolar y diversos factores externos, se traducirá en el comportamiento de su cuidado personal en el ámbito biológico, afectivo y sexual, y al mismo tiempo, identificar los diversos factores sociales, culturales y familiares que afectan en las conductas nocivas hacia el cuidado personal del adolescente en la vivencia de su sexualidad.

La atención de la matrona/ón constituye un punto de encuentro cercano a los adolescentes especialmente para aquellos que acceden a la atención primaria, formando parte importante del equipo interdisciplinario en el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, encargándose de las actividades de promoción que apuntan a potenciar los factores protectores desarrollando competencias y habilidades que fortalezcan las relaciones familiares con sus pares, parejas y redes de apoyo. En el control de salud integral evalúa el estado de salud, crecimiento, y normal desarrollo, fomentando conductas protectores e identificando factores de riesgo. Realiza la ficha integral CLAP/OPS, realiza examen físico general y segmentario. En el área de consejería en salud sexual y reproductiva centrada en las necesidades del adolescentes de acuerdo al género, etapa de desarrollo, conocimiento y valores. Además de realizar consejerías en regulación de fertilidad, y consejerías para la prevención de infecciones de

transmisión sexual, lo que hace primordial para el profesional conocer la manera en que los adolescentes se relacionan con la sexualidad, de qué manera aprenden y así poder realizar una intervención eficaz.[14]

III Material y método

i. Diseño de la Investigación

Se realizó un estudio descriptivo transversal de carácter cuantitativo, diseño que permitió establecer las posibles asociaciones existentes entre la identidad sexual de los adolescentes y sus prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva. Con este tipo de estudio se puede conocer las actitudes, situaciones y costumbres que sean predominantes en los adolescentes, así como también el efecto de su realidad social desde un ámbito del grupo nuclear así como externo a través de una descripción de estos. El software utilizado para el análisis de datos fue SPSS (Statistical Product and Service Solutions). Es un estudio de tipo transversal, cuyos resultados serán la base para planificar acciones educativas orientadas a la realidad local.

ii. Población del estudio

- Universo: 326 adolescentes entre 14 y 19 años, grupo etario que es clasificado en el grupo de adolescentes según la definición de la Organización Mundial de la Salud, pertenecientes a establecimientos educacionales municipales: Escuela Básica Puente Colmo, Escuela Básica Irma Salas, Escuela Oro Negro y Liceo Politécnico de la Comuna de Concón en el año 2014, datos obtenidos directamente de los directores de los establecimientos.

- Muestra: 177 adolescentes entre 14 y 19 años de la comuna de Concón. Determinado con Intervalo de confianza de 95% y un 5% de error.

Utilizándose para la obtención de la muestra la herramienta de cálculo GMI, Calculadora de tamaño muestral.[15]

La fórmula de obtención de los datos es la siguiente.

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

Z: Nivel de confianza, tabla de distribución normal

p: Probabilidad a favor

q: Probabilidad en contra

N: Población

e: Error de estimación

n: Muestra

Teniendo para este estudio un

Z: 1.96 (tabla de distribución normal para el 95% de confiabilidad y 5% error)

p: 0,5

q: 0,5

N: 326

e: 5%= 0,05

Obteniendo de muestra n: 177

Para seleccionar la muestra se determinó un grupo de condiciones a cumplir por parte de los encuestados para que pudiesen participar del estudio llamados criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión:

- Colegios o liceos municipales de la comuna de concón que aceptaron participar del estudio.
- Adolescentes entre 14 y 19 años de edad que firmaron el asentimiento indicando que aceptaron participar en el estudio.
- Adolescentes entre 14 y 18 años de edad que presentaron consentimiento informado firmado por sus tutores.

- Criterios de exclusión:

- Colegios o liceos municipales de la comuna de Concón que no aceptaron participar del estudio.
- Adolescentes que no quisieron participar del estudio.
- Adolescentes que no asistieron el día en que se realizó la encuesta.

iii. Fuentes de Información

-Unidad de estudio: adolescentes entre 14 y 19 años pertenecientes a colegios o liceos municipales de la comuna de Concón.

-Unidad informante: adolescentes entre 14 y 19 años pertenecientes a colegios o liceos municipales de la comuna de Concón.

-Unidad referencial:

Establecimientos educacionales municipales de la comuna de Concón correspondientes a Liceo Politécnico de Concón y Escuela Irma Salas.

Fueron seleccionados los establecimientos municipales en vista que el presente estudio fue diseñado para servir como herramienta de trabajo para el servicio de atención primaria de salud. Teniendo en cuenta la relevancia de la influencia de la identidad sexual en las conductas de autocuidado de los adolescentes de Concón, para poder ser utilizado en su planificación de trabajo hacia este grupo etario.

Los otros dos establecimientos municipales de la comuna de Concón, correspondientes a Oro Negro y Puente Colmo no se consideraron para seleccionar muestra por dos motivos, en primera instancia la Escuela Puente Colmo se destinó como lugar para aplicar el pilotaje del método de obtención de datos (encuesta) y en relación a la escuela Oro Negro debido a problemas para acceder a los estudiantes se descartó como lugar de muestreo.

Para efectos de análisis, se realizó una ponderación en la variable sexo debido a la diferencia numérica entre los encuestados del sexo femenino y masculino. Este cálculo fue basado en los datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de la razón entre hombres y mujeres adolescente (14-19 años). [16]

Etapas de recolección de datos:

1.- Acercamiento a establecimientos y reuniones con directivos:

Como primera etapa en la obtención de datos se fijaron fechas de reunión con los respectivos directivos de cada establecimiento educacional con el fin de presentar la investigación y recibir la autorización correspondiente, en dichas reuniones se le entregó a cada Director o Jefe de UTP (Unidad Técnica Pedagógica) una carta de presentación, un resumen de la tesis, el instrumento que se utilizaría para la recolección de datos además de consentimientos para ser firmados por los apoderados que aceptasen que sus hijos participaran del estudio y asentimientos para ser firmados por los adolescentes entre 14 y 19 años que

decidieran ser parte de la investigación, junto con esto se resolvieron dudas planteadas por parte del establecimiento.

Estas reuniones se llevaron a cabo el mes de abril de 2014 en el Colegio Irma Salas, Escuela Oro Negro y Escuela Puente Colmo. En el mes de Julio de 2014 fue la última reunión en el Liceo Politécnico de Concón.

Una vez obtenidos los documentos necesarios (consentimientos y asentimientos) se aplicaron las encuestas según los horarios acordados en cada establecimiento.

2.- Pilotaje de instrumento de recolección de datos:

El día 29 de Mayo, 3 tesistas se acercaron a la Escuela Puente Colmo con el fin de aplicar el instrumento de recolección de datos a modo de pilotaje a los estudiantes de 7º y 8º básico que cumplieron los criterios de inclusión para el estudio.

A partir de este acercamiento se realizaron algunas modificaciones a la encuesta en cuanto a vocabulario y estructura, y así se aplicó a los otros grupos.

Del pilotaje se acogen las sugerencias en relación al formato de presentación del instrumento de manera que fuese más atractivo y entendible para los adolescentes.

Se reformularon las frases con carga cultural de las variables rol de género, ya que según los estudiantes estas tenían tendencia al machismo, es por ello que se modificaron y se agregaron nuevas frases al instrumento, relacionándolas a la equidad de género. En relación a las preguntas de las variables de autocuidado se realizaron modificaciones en relación a los tipos de consumo definiendo cada uno de ellos. Se consideró además la importancia de establecer las edades de inicio de la actividad sexual de forma específica y no por rango etarios.

Cabe mencionar que en relación al ámbito socioeconómico no fue necesario realizar modificaciones.

3.- Aplicación de instrumento de recolección de datos:

a) Colegio Irma Salas

El día 11 de Agosto, 4 tesistas acudieron a aplicar las encuestas a los estudiantes objetivos de estudio.

b) Liceo politécnico de Concón

Desde el día 14 de Agosto, hasta el día 29 de dicho mes se acudió a aplicar encuestas a lo menos una vez por semana, de acuerdo a la disponibilidad horaria de los cursos que cumplían con el criterio de inclusión, en grupos de 3 a 4 tesistas.

En la Escuela Oro Negro, a pesar de existir la autorización y la voluntad de parte de los directivos, no se consiguió obtener los consentimientos de parte de los tutores, por lo que no se cumplieron los criterios de inclusión.

iv. Recolección de datos

Para la recolección de los datos se aplicó una encuesta a los adolescentes que cumplían con los requisitos (Ver en datos suplementarios 4.1), se hizo una encuesta acotada puesto que se tomó en cuenta el tipo de público al que iba dirigida por lo que probablemente no se contará con mayor tiempo de su atención, además se optó por un lenguaje apropiado, no muy científico ya que la encuesta se aplicó a estudiantes desde séptimo básico a cuarto medio.

Desde el día 14 de Agosto hasta el día 29 de Agosto una comisión compuesta por 3 y/o 4 encuestadores se presentó en el Liceo Politécnico de

Concón dentro de la jornada escolar con el fin de aplicar la encuesta a los adolescentes divididos en grupo-curso, pertenecientes a los niveles de 1º a 4º año de educación media, el tiempo estimado para contestar cada encuesta fue de 30 minutos aproximadamente.

El día 11 de Agosto una nueva comisión compuesta por cuatro personas aplicó la encuesta a los cursos 7º y 8º básico, a cuyos estudiantes cumplieran con el criterio de inclusión en la escuela Irma Salas durante la jornada escolar desarrollada en las mañanas.

v. Consideraciones éticas

Al tratarse de un estudio que se realizó mayormente en personas menores de edad, enfocado en temas de sexualidad, en el que se requirió la entrega de datos personales y familiares, el instrumento fue respondido de manera anónima. Además, previo a la aplicación de la encuesta se entregó una copia del instrumento a cada director, para así poder responder a sus inquietudes. Mediante el consentimiento se informó y explicó a los apoderados el tema y los objetivos del estudio, además de enseñarles también el instrumento, previo a la firma del documento que fue recolectado por cada profesor jefe para luego ser entregado a las tesistas. (Ver datos suplementarios 4.7).

Al momento de aplicar la encuesta, cada adolescente tuvo la opción de decidir si participar o no, luego de recibir la información pertinente, resolver sus dudas y firmar el asentimiento (Ver datos suplementarios 4.8).

Basándose en la “Declaración de Helsinki”, documento que dicta los principios éticos para realizar una investigación que se lleve a cabo en humanos, se entregó toda información necesaria para que cada individuo pudiera decidir participar conociendo de qué se trata y cuál es el objetivo de la investigación,

entendiendo éste como el poder mejorar la calidad de la educación en autocuidado en salud sexual y reproductiva entregada a los adolescentes.

vi. Limitaciones del estudio.

Al ser una encuesta que se realizó de forma voluntaria puede no tener la aceptación esperada por parte de los adolescentes y no poder realizar la cantidad de encuestas esperadas, disminuyendo así el tamaño de la muestra, lo que conlleva a que los resultados no sean representativos de la población de estudio. En esta investigación debido al apoyo de directivos y docentes no ocurre tal situación sin embargo, los resultados pueden ser solo representativos de la población en estudio y no de la población general de la comuna de Concón, debido a que se consideran en la muestra solo los establecimientos municipales con la finalidad de compartir los resultados con los establecimientos municipales y el CESFAM de Concón, es decir ser un aporte para los espacios públicos de atención de adolescentes en la comuna.

Además al ser una encuesta que es de carácter privada y anónima pueden haber respuestas que escapen a la veracidad, ya que los adolescentes podrían contestar desde el deber ser a pesar del anonimato de la encuesta.

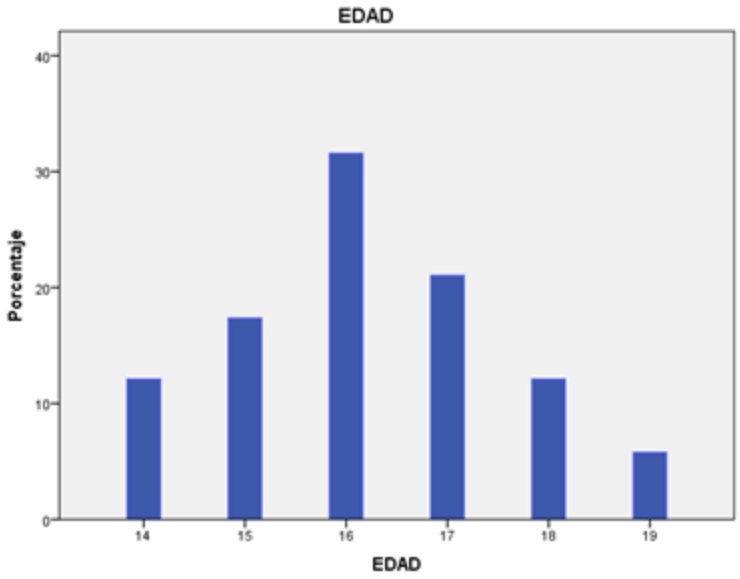
En este sentido para conseguir mejor adhesión a la realización de la encuesta se entregó consentimientos y asentimientos, para que los adolescentes que participaran en el estudio estuvieran informados sobre tema en cuestión y de la privacidad con la que serán manejados sus datos sensibles que abarca la encuesta y así pudieran responder con tranquilidad y confianza, consiguiendo mayor veracidad en los datos obtenidos

IV Resultados

i. Objetivo 1: Caracterizar a la población de estudio avance educacional de los adolescentes de la comuna de Concón en el año 2014

a) Edad:

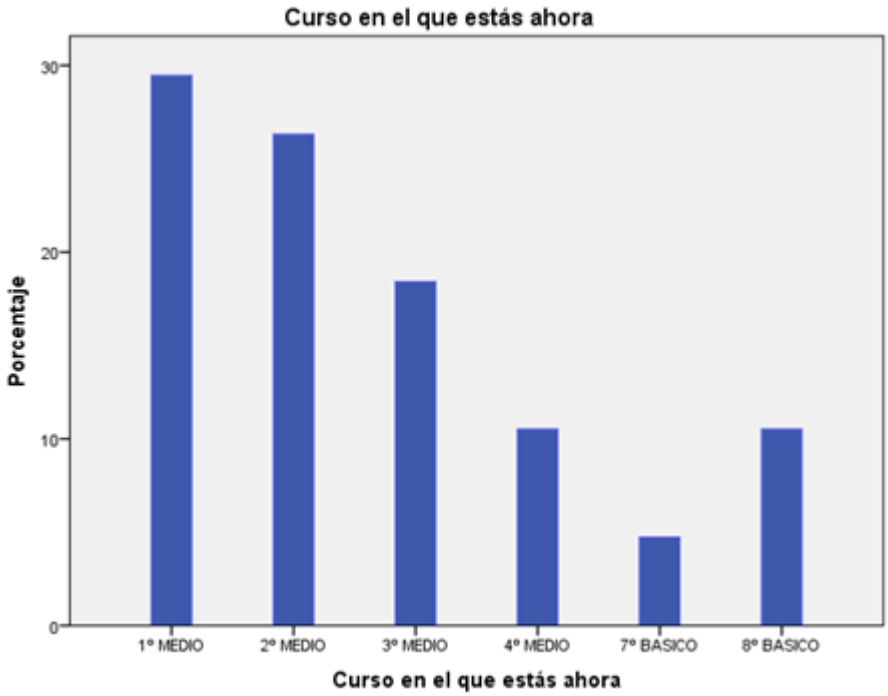
Gráfico 1. Edad



El 31,6% de los estudiantes que contestaron el presente estudio actualmente tiene 16 años, seguido de 21, 1% que tienen 17 años. En 3° lugar le siguen con un 12,1% estudiantes de 14 y 18 años respectivamente.

b) Nivel académico estudiantes

Gráfico 2. Curso



Cercano al 30% de estudiantes encuestados cursa 1° medio, seguido de 26,3% de estudiantes que cursan 2° medio. El 18,4% de los estudiantes cursa actualmente 3° medio, a lo que le siguen con un 10,5% estudiantes de 4° medio y 8° básico. Siendo solo un 4,7% de estudiantes de 7° básico.

c) Edad – Curso

Tabla 1: Edad – curso

Curso / Edad	7º básico	%	8º básico	%	1º medio	%	2º medio	%	3º medio	%	4º medio	%	Total	%
14	7	77,8	10	50,0	6	10,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23	12,1
15	1	11,1	6	30,0	17	30,4	9	18,0	0	0,0	0	0,0	33	17,4
16	1	11,1	3	15,0	27	48,2	24	48,8	5	14,3	0	0,0	60	31,6
17	0	0,0	1	5,0	5	8,9	15	30,0	15	42,9	4	20,0	40	21,1
18	0	0,0	0	0,0	1	1,8	2	4,0	12	34,4	8	40,0	23	12,1
19	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,6	8	40,0	11	5,8
Total	9	100	20	100	56	100	50	100	35	100	20	100	190	100

La presente información nos permite determinar y caracterizar a nuestra población objetiva según curso y edad, situándose esta en adolescentes de la comuna de Concón estudiantes de colegios y liceos municipales.

En relación a los cursos básicos séptimo y octavo, 7 estudiantes del total de encuestados que cursa 7° básico lo hace con 14 años y 10 estudiante del total de encuestados cursa 8° básico con 14 años. Cabe destacar que en los cursos 7º y 8º básico no fueron encuestados la totalidad de estudiantes del curso pues el enfoque del estudio era hacia adolescentes, por lo tanto era requisito un mínimo de 14 años según la definición adoptada para esta investigación.

En los cursos de enseñanza media primero, segundo, tercero y cuarto, el 48,2% de los estudiantes que cursan 1° medio tienen 16 años, lo que nos indica que un porcentaje significativo no cursa con la edad correspondiente al año académico (14 años), siendo los estudiantes de esta edad solo un 10.7% . En 2º medio un 48,8% cursa el nivel con 16 años y un 18% lo hace con la edad correspondiente, 15 años. En 3º medio 42,9% adolescentes cursan con 17 años y un 14,3% lo hace con la edad

acorde, 16 años. En 4º medio 40% de los encuestados que cursan el nivel lo hace con 18 años, mismo porcentaje que alcanzan los adolescentes con 19 años, solo un 20% cursa con 17 años, la edad correspondiente al nivel.

ii. Objetivo 2: Conocer identidad sexual de los adolescentes de la comuna de Concón

a) Sexo biológico - Identidad Sexual

Tabla 2: Sexo biológico - Identidad Sexual

La mayor parte del tiempo usted se considera:

			HOMBRE	MUJER	NO LO DEFINO	NO RESPONDE	Total
SEXO	FEMENINO	Recuento	1	64	3	0	68
		%	1.5%	94.1%	4.4%	0.0%	100.0%
	MASCULINO	Recuento	94	0	2	1	97
		%	96.9%	0.0%	2.1%	1.0%	100.0%
Total		Recuento	95	64	5	1	165*
		%	57.6%	38.8%	3.0%	0.6%	100.0%

* Variable sexo ponderada.

De las encuestadas de sexo femenino el 94,1% declaró sentirse mujer la mayor parte del tiempo, es decir las mujeres manifiestan que su identidad sexual corresponde a la de su sexo biológico; sin embargo un 1,5% correspondiente a 1 caso declaró sentirse hombre. Un 4,4% no lo define.

En el sexo masculino el 95,1% dijo sentirse hombre la mayoría del tiempo, 0,8% mujer y un 3,7% no se definió como hombre ni como mujer.

b) Roles - Sexo

-Rol género hogar por sexo:

Tabla 3.1: Igualdad de roles en el cuidado de los hijos

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
Tanto el hombre como la mujer pueden encargarse del cuidado de los hijos	SÍ	Recuento	53	86	139
		%	77,9%	88,7%	84,2%
	NO	Recuento	15	11	26
		%	22,1%	11,3%	15,8%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

El 77,9% del sexo femenino apoyó el cuidado compartido de los hijos, inferior al 88,7% observado en el sexo masculino.

Tabla 3.2: Igualdad de roles en las tareas del hogar.

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
Las tareas del hogar deben ser compartidas por todos los integrantes de la familia, sean hombres o mujeres.	SÍ	Recuento	62	79	141
		%	91,2%	81,4%	85,5%
	NO	Recuento	6	18	24
		%	8,8%	18,6%	14,5%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

El 91,2% de las mujeres estuvo de acuerdo con la igualdad de roles en relación a las tareas del hogar, mientras que en los hombres a pesar de que la mayoría estuvo de acuerdo fue un porcentaje menor, 81,4%.

Tabla 3.3: Rol del padre como sustentador económico

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
El padre debe mantener económicamente el hogar.	SÍ	Recuento	13	48	61
		%	19,1%	49,5%	37,0%
	NO	Recuento	55	49	104
		%	80,9%	50,5%	63,0%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

La mayoría de las mujeres no estuvo de acuerdo con que el padre debe sustentar económicamente el hogar, en cambio en los hombres los opiniones estuvieron divididas prácticamente a la mitad, un 49,5% estuvo de acuerdo y un 50,5% en desacuerdo.

Tabla 3.4: Rol de la mujer obediente y sumisa al hombre

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
La mujer debe seguir a su marido en las decisiones del hogar.	SÍ	Recuento	5	28	33
		%	7,4%	28,9%	20,0%
	NO	Recuento	63	69	132
		%	92,6%	71,1%	80,0%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

Solo el 7,4% de las mujeres refirió apoyar su deber de seguir al marido en las decisiones del hogar, a diferencia del sexo masculino que estuvo de acuerdo en un 28,9%.

Tabla 3.5: Participación del hombre en tareas domésticas.

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
Los hombres deben cooperar en las tareas domésticas.	SÍ	Recuento	50	75	125
		%	73,5%	77,3%	75,8%
	NO	Recuento	18	22	40
		%	26,5%	22,7%	24,2%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

El 73,5% de las mujeres y el 77,3% de los hombres consideró la cooperación de estos en las tareas domésticas. Llama la atención que el porcentaje sea menor en las mujeres, y que ambos sean menores que al preguntar sobre la igualdad de roles en el mismo ámbito.

-Rol género pareja por sexo:

Tabla 4.1: Refuerzo positivo de los celos en la relación de pareja

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
Los celos son el condimento del amor	SÍ	Recuento	19	33	52
		%	27,9%	34,0%	31,5%
	NO	Recuento	49	64	113
		%	72,1%	66,0%	68,5%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

La mayoría no justificó los celos como algo positivo dentro de la relación, pero al comparar por sexo se observó un 34% dentro del sexo masculino que sí estuvo de acuerdo con la afirmación.

Tabla 4.2: Maltrato justificado por conducta de la mujer

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
Un hombre no maltrata porque sí, algo debe haber hecho la mujer para provocarlo.	SÍ	Recuento	2	18	20
		%	2,9%	18,6%	12,1%
	NO	Recuento	66	79	145
		%	97,1%	81,4%	87,9%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

La mayoría de los jóvenes no justificó el maltrato como consecuencia de alguna conducta errónea por parte de la mujer, sin embargo un 18,6% del sexo masculino sí lo hizo.

Tabla 4.3: Sentido de propiedad en la pareja

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
En una relación, cada individuo es dueño del otro.	SÍ	Recuento	11	15	26
		%	16,2%	15,5%	15,8%
	NO	Recuento	57	82	139
		%	83,8%	84,5%	84,2%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

El porcentaje de encuestados que refirió estar de acuerdo con que en una relación cada individuo es dueño del otro fue de 15,8%, y fue similar para ambos sexos.

Tabla 4.4: Autonomía en relación de pareja

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
Cada miembro de la pareja es autónomo, sólo le debe al otro amor, respeto y comprensión, nunca obediencia.	SÍ	Recuento	51	57	108
		%	75,0%	58,8%	65,5%
	NO	Recuento	17	40	57
		%	25,0%	41,2%	34,5%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

Al preguntar por la autonomía de los miembros de la pareja se observó un menor porcentaje en los hombres con un 58,8%, que en las mujeres con un 75%. Estos porcentajes resultan contradictorios con los resultados obtenidos al preguntar por el sentido de propiedad en la pareja.

Tabla 4.5: Rol de la mujer servicial a su pareja

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
Es deber de la mujer atender a su pareja en todo lo que quiera.	SÍ	Recuento	6	22	28
		%	8,8%	22,7%	17,0%
	NO	Recuento	62	75	137
		%	91,2%	77,3%	83,0%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

Un 8,8% del sexo femenino consideró como parte de su rol el atender a su pareja en todo lo que quiere, siendo mayor el porcentaje en sexo masculino con un 22,7%.

Tabla 4.6: Rol del hombre complaciente a la pareja en lo sexual y material.

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
Es deber del hombre complacer a su pareja en todo lo que ella desee, tanto en lo sexual como material.	SÍ	Recuento	21	41	62
		%	30,9%	42,3%	37,6%
	NO	Recuento	47	56	103
		%	69,1%	57,7%	62,4%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

La mayoría de los jóvenes no apoyó el deber del hombre de complacer a la pareja en todo ámbito, sin embargo el 42, 3% del sexo masculino y el 30,9% del sexo femenino sí estuvieron de acuerdo con esta afirmación. Llama la atención que esta porcentaje sea tan elevado en comparación al rol de la mujer servicial a la pareja.

- Rol de género en el trabajo por sexo

Tabla 5.1: Mayor remuneración al sexo masculino

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
Es hombre y por eso tiene que ganar más.	SÍ	Recuento	3	11	14
		%	4,4%	11,3%	8,5%
	NO	Recuento	65	86	151
		%	95,6%	88,7%	91,5%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

La mayoría de los encuestados no estuvo de acuerdo con que los hombres deben ganar más solo por pertenecer al sexo masculino. Sin embargo, el porcentaje de hombres fue mayor con un 11,3% que sí consideró esto correcto, en comparación a las mujeres con solo un 4,4%.

Tabla 5.2: Igualdad de derechos y oportunidades laborales

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
Mujer y hombre deberían tener los mismos derechos y oportunidades laborales.	SÍ	Recuento	62	83	145
		%	91,2%	85,6%	87,9%
	NO	Recuento	6	14	20
		%	8,8%	14,4%	12,1%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

El 87,9% de los encuestados refirió que debería existir igualdad de derechos y oportunidades laborales sin distinción por sexo, con porcentajes similares en hombres y mujeres.

Tabla 5.3: Rol de la mujer como madre, excluida del ámbito laboral.

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
La mujer no debe trabajar, fue hecha para criar.	SÍ	Recuento	5	10	15
		%	7,4%	10,3%	9,1%
	NO	Recuento	63	87	150
		%	92,6%	89,7%	90,9%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

La mayoría de los encuestados se mostró en desacuerdo con la exclusión del ámbito laboral, con porcentajes similares para ambos sexos.

Tabla 5.4: Inferioridad de la mujer en cuanto a capacidades

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
Las mujeres son inferiores a los hombres y no pueden hacer las mismas cosas que ellos.	SÍ	Recuento	12	14	26
		%	17,6%	14,4%	15,8%
	NO	Recuento	56	83	139
		%	82,4%	85,6%	84,2%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

Solo el 15,8% del total de adolescentes refirió creer que las mujeres son inferiores a los hombres y que no pueden hacer las mismas cosas, sin diferencias significativas por sexo.

Tabla 5.5: Igualdad de capacidades de hombres y mujeres.

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
El hombre puede hacer el trabajo de una mujer y una mujer puede hacer el trabajo de un hombre.	SÍ	Recuento	50	65	115
		%	73,5%	67,0%	69,7%
	NO	Recuento	18	32	50
		%	26,5%	33,0%	30,3%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

El 69,7% dijo estar de acuerdo con que hombres y mujeres tienen las mismas capacidades, presentándose un 73,5% en el sexo femenino y un 67% en el sexo masculino.

c) Orientación sexual - sexo

Tabla 6: Orientación sexual – sexo

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
Generalmente te sientes más atraído por:	Hombres	Recuento	58	1	59
		%	85,3%	1,0%	35,8%
	Mujeres	Recuento	2	94	96
		%	2,9%	96,9%	58,2%
	Hombres y Mujeres	Recuento	7	1	8
		%	10,3%	1,0%	4,8%
	NO RESPONDE	Recuento	1	1	2
		%	1,5%	1,0%	1,2%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

La mayoría de los encuestados, tanto los pertenecientes al sexo femenino como al masculino, dijo sentirse más atraído por personas del sexo opuesto.

De las encuestadas de sexo femenino el 85, 3% declaró ser atraídas por hombres, el 2,9% por mujeres y un 10,3% por ambos. En cambio, en los encuestados pertenecientes al sexo masculino, el 96,6% declaró sentirse más atraído por mujeres, y solo el 1% por hombres, al igual que por hombres y mujeres.

d) Tipo de crianza

Tabla 7: Tipo de crianza

	Frecuencia	Porcentaje
AUTORITARIA	56	29,5
PERMISIVA	38	20,0
DEMOCRÁTICA	83	43,7
NO RESPONDE	13	6,8
Total	190	100,0

La mayoría de los adolescentes encuestados considera que ha recibido una crianza democrática en su casa y es integrado en la toma de decisiones. Un 29,5% dice haber recibido una crianza autoritaria con padres estrictos que imponen reglas sin explicaciones de por medio, mientras que un 20% declara sentirse criado de manera permisiva, con poca exigencia e imposición de reglas de parte de los padres.

e) Religión

Tabla 8: Creencia religiosa

		CATOLICO	EVANGELICO	MORMÓN	TESTIGO DE JEHOVÁ	OTRA	NO PRACTICA	Total
Usted practica alguna religión	SI	46	11	3	2	7	0	69
		66.7%	15.9%	4.3%	2.9%	10.1%	0.0%	100.0%
	NO	0	0	0	0	0	121	121
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
Total		46	11	3	2	7	121	190
		24.2%	5.8%	1.6%	1.1%	3.7%	63.7%	100.0%

Un 63,7% de los encuestados refiere no practicar ninguna religión, mientras que del porcentaje restante de los que si practican, la religión católica en la más frecuente teniendo un 24,2% de las preferencias

f) Percepción de la influencia de la religión en la vida sexual

Tabla 9: Percepción de la influencia de la religión en la vida sexual

¿Su religión ha influido de alguna forma en sus decisiones con respecto a su actividad sexual?

	Frecuencia	Porcentaje
SÍ	13	6,8
NO	56	29,5
NO PRACTICA	121	63,7
Total	190	100,0

De los 69 jóvenes que afirmaron practicar una religión, solo 13 dijeron que ésta ha influido en las decisiones con respecto a su actividad sexual.

g) Aprendizaje sobre sexualidad

Tabla 10: Aprendizaje sobre sexualidad

Los conocimientos que usted tiene sobre sexualidad los ha obtenido a través de:

		Sí	%	No	%	Total
Colegio	Profesores	85	44,7	105	55,3	190
	Amigos	106	55,8	84	44,2	190
	Charlas educativas	121	63,7	69	36,3	190
	Matrona	56	29,5	134	70,5	190
	Otro profesional de la salud	32	16,8	158	83,2	190
Familia	Padres	123	64,7	67	35,3	190
	Hermanos	56	29,5	134	70,5	190
	Familiar significativo	53	27,9	137	72,1	190
Otros	Viendo películas	49	25,8	141	74,2	190
	Viendo revistas	21	11,1	169	88,9	190
	Leyendo en internet	73	38,4	117	61,6	190

En relación a la información sobre sexualidad obtenida desde el colegio la fuente con mayor frecuencia corresponde a charlas educativas y en segundo lugar los amigos.

El porcentaje de encuestados que refirió haber recibido información desde matrona solo alcanza un 29,5 del total de encuestados y en referencia a otro profesional de la salud solo un 16,8 del total marco la opción.

Dentro de la familia se desprende que la mayor fuente de información viene desde los padres.

En otras fuentes de información, la fuente que más se repitió entre los encuestados fue leyendo en internet.

h) Estructura familiar

Tabla 11: Estructura familiar

	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	80	42,1
Monoparental materna	44	23,2
Monoparental paterna	9	4,7
Monoparental materna extensa	11	5,8
Monoparental paterna extensa	6	3,2
Extensa	26	13,7
Otros	11	5,8
No responde	3	1,6
Total	190	100,0

El 40,2% de los encuestados dijo formar parte de una familia nuclear, siendo este tipo de familia el con mayor frecuencia. Lo siguió la familia de tipo monoparental materna con un 23,2% y la extensa con un 13,7%.

i) Nivel educacional de la madre y el padre

Tabla 12.1: Nivel educacional de la madre

¿Cuál es el nivel educacional de tu madre?

	Frecuencia	Porcentaje
BÁSICO	51	26,8
MEDIO	105	55,3
SUPERIOR	27	14,2
NO RESPONDE	7	3,7
Total	190	100,0

Tabla 12.2: Nivel educacional del padre

¿Cuál es el nivel educacional de tu padre?

	Frecuencia	Porcentaje
BÁSICO	58	30,5
MEDIO	89	46,8
SUPERIOR	29	15,3
NO RESPONDE	14	7,4
Total	190	100,0

El nivel educacional de las madres de los jóvenes se concentró entre básico y medio, con un 26,8% y un 55,3%, respectivamente.

En cuanto a la educación de los padres los resultados arrojaron un 30,5% para el nivel básico y un 46,8% para el nivel medio.

El porcentaje para la educación superior fue similar para padres y madres con 14.2% y 15.3% respectivamente.

iii. Objetivo 3: Identificar las conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la comuna de Concón.

a) Hábitos Nocivos

Como parte de autocuidado se considera relevante el consumo de sustancias nocivas en los estudiantes adolescentes, para determinar el tipo de sustancias que consumen principalmente.

Tabla 13: Hábitos nocivos

Usted ha consumido:					
	SÍ	%	NO	%	TOTAL
ALCOHOL	102	53,7	88	46,3	190
MARIHUANA	79	41,6	111	58,4	190
PASTA BASE	4	2,1	186	97,9	190
CIGARRILLOS	89	46,8	101	53,2	190
OTROS	9	4,7	181	95,3	190
NINGUNO	62	32,6	128	67,4	190

En relación con el consumo de sustancias nocivas del total de encuestados un 53,7% refiere haber consumido alcohol, en segundo lugar se encuentra el consumo de cigarrillo con un 46,8% y con un 41, 6% el consumo de marihuana. Mientras que del total de encuestados un 32,6% no ha consumido ninguna sustancia.

b) Tipo de consumo

Además de saber qué tipo de drogas consumen los adolescentes es necesario conocer la recurrencia con la cual lo realizan, lo cual se describe a continuación

.

Tabla 14: Tipo de consumo

	Frecuencia	Porcentaje
Experimental*	40	21,1
Ocasional**	52	27,4
Habitual***	21	11,1
Consumo perjudicial****	4	2,1
Consumo dependencia*****	2	1,1
No consumo	62	32,6
NO RESPONDE	9	4,7
Total	190	100,0

*He probado una determinada sustancia (alcohol y/o droga) una o algunas veces. Por curiosidad junto a amistades.

**No lo consumo frecuentemente, generalmente en ocasiones especiales (vacaciones, cumpleaños o cuando se presenta la oportunidad). Conozco el efecto placentero de la sustancia y por eso la consumo.

***Lo consumo regularmente, sin afectar mis actividades diarias. Existe una pauta de consumo. Conozco su valor y se donde conseguirlo. Consumo solo o acompañado.

****Lo consumo regularmente y a veces afecta mis actividades diarias. Consumo solo y acompañado.

*****Lo consumo regular y frecuentemente, afecta mis actividades diarias y si no lo consumo me siento mal. Organizo mis actividades en torno al consumo de drogas.

Del total de encuestados un 27,4% relata “No lo consumo frecuentemente, generalmente en ocasiones especiales”. Mientras que un 32,6% manifiesta no consumir ningún tipo de drogas y alcohol.

c) Inicio actividad sexual

Tabla 15: Inicio de actividad sexual

¿Usted ha iniciado su actividad sexual?

	Frecuencia	Porcentaje
SI	108	56.8
NO	74	38.9
NO RESPONDE	8	4.2
Total	190	100.0

La mayoría de los encuestados ha iniciado su actividad sexual, mientras que el 38,9 % refiere no haber tenido relaciones sexuales.

d) Edad de inicio actividad sexual

Tabla 16: Edad de inicio de actividad sexual

¿A qué edad inició su actividad sexual?

	Frecuencia	Porcentaje
SIN INICIO ACT. SEXUAL	74	38.9
11.00	2	1.1
12.00	3	1.6
13.00	12	6.3
14.00	29	15.3
15.00	29	15.3
16.00	16	8.4
17.00	11	5.8
NO RESPONDE	14	7.4
Total	190	100.0

La mayor parte de los estudiantes que iniciaron su actividad sexual lo hicieron entre los 14 y 15 años con un 15,3% en cada una de las edades. El resto refiere haber iniciado las relaciones sexuales entre los 11 a 17 años. Mientras que un 38.9% aun no la ha iniciado.

e) Tipo de Método Anticonceptivo (MAC) utilizado

Tabla 17: Tipo de MAC

Usted con su pareja habitualmente se cuidan con:

	Frecuencia	Porcentaje
Sin inicio act. Sexual	74	38,9
Pastillas anticonceptivas	40	21,1
Anticonceptivo inyectable	19	10,0
Implante subdérmico	1	,5
Preservativo	39	20,5
No responde	17	8,9
Total	190	100,0

Los métodos más utilizados dentro de los adolescentes que declaran haber iniciado su actividad sexual son las pastillas anticonceptivas y el preservativo, con un 21.1 y un 20,5%, respectivamente.

f) Prácticas sexuales para prevenir Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Tabla 18: Prácticas sexuales para prevenir ITS

¿Cuál de estas prácticas crees que previene el contagio de ITS?

	Sí	%	No	%	Total
Pareja mutuamente exclusiva	69	36,3	121	63,7	190
Sexo oral	20	10,5	170	89,5	190
Abstinencia	32	16,8	158	83,2	190
Uso de preservativo	124	65,3	66	34,7	190
Sexo anal	28	14,7	162	85,3	190
Sexo vaginal	27	14,2	163	85,8	190
Masturbación	12	6,3	178	93,7	190
Ninguna	15	7,9	175	92,1	190

Del total de encuestados el 65,3% cree que el uso de preservativo previene el contagio de una ITS. Las otras formas de prevención como pareja mutuamente exclusiva y abstinencia son menos reconocidas por los adolescentes, con un 36,3% y solo un 16,8%, respectivamente.

g) Uso de preservativo para prevención de ITS

Tabla 19: Uso de preservativo para prevención de ITS

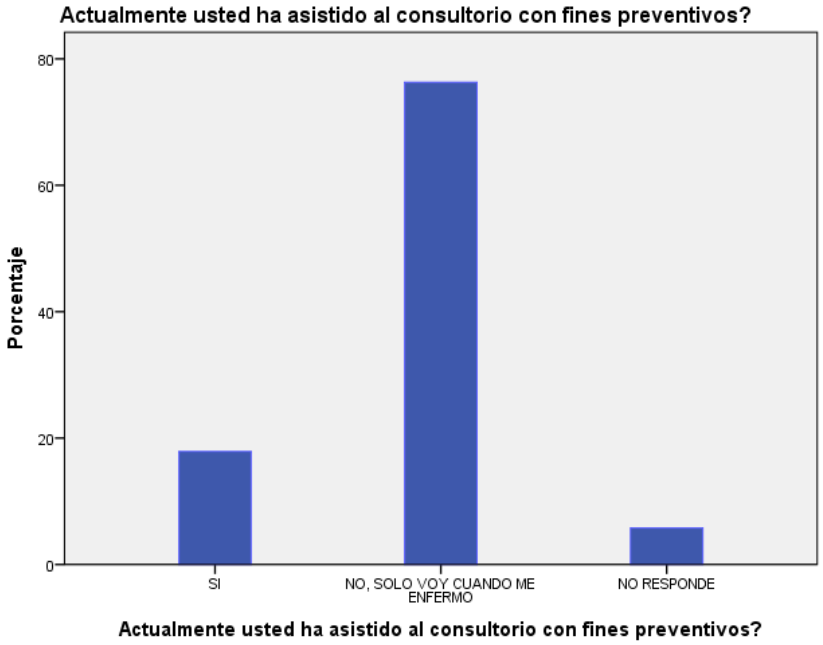
Con respecto al uso del preservativo para prevenir ITS, usted cree que se debe utilizar en:

	Si	%	No	%	Total
Sexo vaginal	48	25,3	142	74,7	190
Sexo anal	15	7,9	175	92,1	190
Sexo oral	6	3,2	184	96,8	190
Siempre, en cada relación	81	42,6	109	57,4	190
No lo uso	39	20,5	151	79,5	190

Con respecto al uso de preservativo del total de encuestados un 42,6% cree que debe utilizarlo siempre, en cada relación sexual, sin embargo en el desglose de prácticas sexuales un 74,7% del total de adolescentes manifiesta no utilizarlo en práctica de sexo vaginal y un 92,1% no cree que deba utilizarse en práctica de sexo anal, siendo esta una de las prácticas más riesgosas para contraer una ITS.

h) Control preventivo

Gráfico 3. Frecuencia de asistencia a control preventivo



Un 76.3% de los jóvenes encuestados acude a la atención primaria solamente cuando está enfermo.

i) Aclarar dudas sobre sexualidad

Tabla 20: Aclarar dudas sobre sexualidad

¿Cuándo tiene dudas sobre sexualidad, usted las resuelve?

	Frecuencia	Porcentaje
SIEMPRE	66	34.7
A VECES	83	43.7
NUNCA	30	15.8
NO RESPONDE	11	5.8
Total	190	100.0

De los adolescentes encuestados solo un 34.7 % refiere aclarar siempre sus dudas sobre sexualidad, mientras que un 43.7% aclara sus dudas a veces.

iv. Objetivo 4: Relacionar características de la identidad sexual con conductas de autocuidado de los adolescentes de la comuna de Concón

a) Sexo - hábitos nocivos

Tabla 21: Sexo - hábitos nocivos

		SEXO					
		FEMENINO	%	MASCULINO	%	Total	%
ALCOHOL	SI	37	41.6	52	58.4	89	100
	NO	31	40.8	45	59.2	76	100
Total		68	41.2	97	58.8	165*	100
MARIHUANA	SI	28	43.8	36	56.3	64	100
	NO	40	39.6	61	60.4	101	100
Total		68	41.2	97	58.8	165*	100
CIGARRILLOS	SI	41	53.2	36	46.8	77	100
	NO	27	30.7	61	69.3	88	100
Total		68	41.2	97	58.8	165*	100
NINGUNO	SI	16	28.6	40	71.4	56	100
	NO	52	47.7	57	52.3	109	100
Total		68	41.2	97	58.8	165*	100

* Variable sexo ponderada.

En la tabla orientada al consumo de sustancias nocivas según sexo, se puede observar que poco más de la mitad de los encuestados reconoce el consumo de algún tipo de sustancia. En el caso del consumo de alcohol son los hombres que lo consumen en mayor porcentaje que las mujeres. (58.4%)

Un resultado similar se produce en el consumo de marihuana en donde los hombres nuevamente tienen mayor consumo con respecto a las mujeres.

Es en el consumo de cigarrillos donde se invierte la tendencia, ya que son las mujeres quienes más lo consumen con respecto a los hombres, donde más de la mitad de las encuestadas reconoce fumar cigarrillos (53.2%).

b) Sexo - edad inicio de actividad sexual

Tabla 22: Sexo - edad de inicio actividad sexual

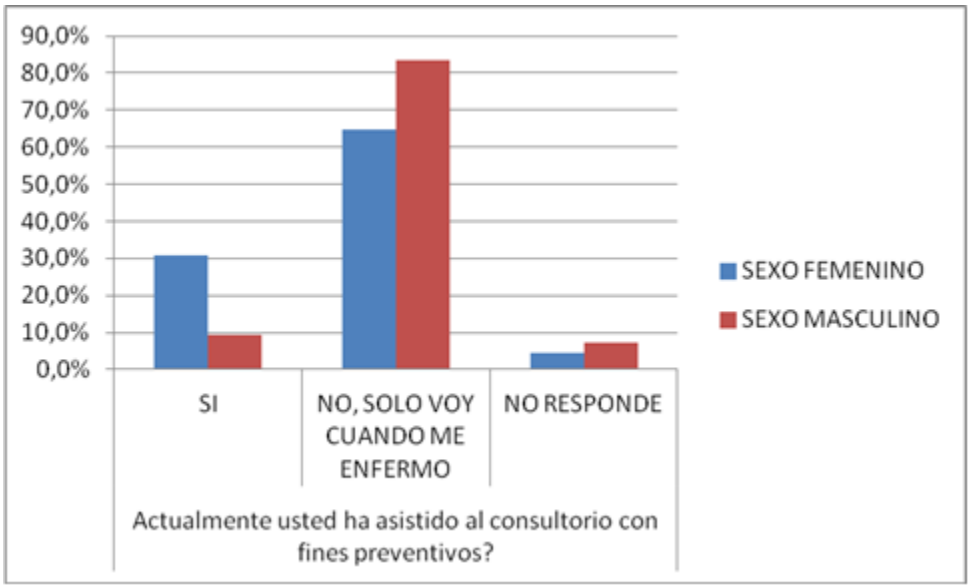
SEXO		A qué edad inició su actividad sexual?									Total
		SIN INICIO ACT. SEXUAL	11	12	13	14	15	16	17	NO RESPONDE	
FEMENINO	Recuento	26	1	0	3	11	7	9	6	5	68
	%	38.2%	1.5%	0.0%	4.4%	16.2%	10.3%	13.2%	8.8%	7.4%	100.0%
MASCULINO	Recuento	37	0	1	7	14	18	7	5	8	97
	%	38.%	0%	1%	7.2%	14.4%	18.6%	7.2%	5.2%	8.2%	100.0%
Total	Recuento	63	1	1	10	25	25	16	11	13	165*
	%	38.2%	0.6%	0.6%	6.1%	15.2%	15.2%	9.7%	6.7%	7.9%	100.0%

* Variable sexo ponderada.

La tabla edad de inicio de las relaciones sexuales según sexo, muestra que de las encuestadas mujeres que iniciaron su actividad sexual la mayoría lo hizo a la edad de 14 y 16 años. Mientras que en los hombres la edad de inicio de actividad sexual con mayor porcentaje son los 15 y 14 años respectivamente.

c) Sexo - control preventivo

Gráfico 4. Asistencia a control preventivo según sexo



* Variable sexo ponderada.

El gráfico muestra que son las mujeres quienes asisten más al consultorio con fines preventivos en comparación a los hombres, donde la asistencia solo alcanza el 30%.

Si bien la pregunta está enfocada a la asistencia a la atención primaria con fines preventivos, es claro que en ambos sexos la opción que obtuvo una mayor frecuencia es que los jóvenes acuden solo cuando están enfermos, con un 64,7% en mujeres y 83,7% en hombres.

d) Edad - número de parejas sexuales

Tabla 23: Edad - número de parejas sexuales

			EDAD						
			14	15	16	17	18	19	Total
Desde que inició su actividad sexual hasta ahora, usted ha tenido:	SIN INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL	Recuento	13	16	27	11	6	1	74
		%	17,6%	21,6%	36,5%	14,9%	8,1%	1,4%	100,0%
	ENTRE 1 Y 3 PAREJAS	Recuento	5	11	26	15	15	6	78
		%	6,4%	14,1%	33,3%	19,2%	19,2%	7,7%	100,0%
	ENTRE 3 Y 6 PAREJAS	Recuento	2	1	4	5	0	2	14
		%	14,3%	7,1%	28,6%	35,7%	0,0%	14,3%	100,0%
	MÁS DE 6 PAREJAS	Recuento	0	1	2	4	0	0	7
		%	0,0%	14,3%	28,6%	57,1%	0,0%	0,0%	100,0%
	NO RESPONDE	Recuento	3	4	1	5	2	2	17
		%	17,6%	23,5%	5,9%	29,4%	11,8%	11,8%	100,0%
Total		Recuento	23	33	60	40	23	11	190
		%	12,1%	17,4%	31,6%	21,1%	12,1%	5,8%	100,0%

La tabla número de parejas según la edad de los encuestados demuestra que la mayoría de ellos ha tenido 1 a 3 parejas sexuales. Es en las edades de 17 años y 18 años es donde aumenta el porcentaje de adolescentes que ha tenido de 1 a 6 parejas sexuales sin embargo no alcanza a ser un porcentaje significativo.

e) Identidad de género - número de parejas sexuales

Tabla 24: Identidad de género - número de parejas sexuales

			La mayor parte del tiempo usted se considera:				
			HOMBRE	MUJER	NO LO DEFINO	NO RESPONDE	Total
Desde que inició su actividad sexual hasta ahora, usted ha tenido:	ENTRE 1 Y 3 PAREJAS	Recuento	39	31	0	0	70
		%	55.7%	44.3%	0.0%	0.0%	100.0%
	ENTRE 3 Y 6 PAREJAS	Recuento	10	2	0	0	12
		%	83.3%	16.7%	0.0%	0.0%	100.0%
	MÁS DE 6 PAREJAS	Recuento	3	2	0	0	5
		%	60.0%	40.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	NO RESPONDE	Recuento	43	29	5	1	78
		%	55.1%	37.2%	6.4%	1.3%	100.0%
Total		Recuento	95	64	5	1	165*
		%	57.6%	38.8%	3.0%	0.6%	100.0%

* Variable sexo ponderada.

La tabla muestra que de las personas que la mayor parte del tiempo se siente hombre un 39,3 % ha tenido 1 a 3 parejas sexuales, seguido de un 10,3 % que ha tenido de 3 a 6 parejas sexuales. En el caso de las personas que la mayor parte del tiempo se siente mujer un 47,7% ha tenido 1 a 3 parejas sexuales, seguido por un 7,7, % que no responde la pregunta. En el caso de los adolescentes que aún no definen su identidad de género, la mitad de ellos no ha tenido relaciones sexuales, y del otro restante, 14,3% ha tenido 1 a 3 parejas sexuales y más de 6 parejas sexuales, el otro porcentaje 28,6 % no responde la pregunta.

f) Rol de género en la pareja - uso MAC

Tabla 25.1: Mujer, sexo débil – Uso MAC

La mujer es más débil, pasiva, receptiva y creada para la maternidad.

		Sí	NO	Total
Usted con su pareja habitualmente se cuidan con:	SIN INICIO ACT.SEXUAL	25	49	74
		41.7%	37.7%	38.9%
	PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS	10	30	40
		16.7%	23.1%	21.1%
	ANTICONCEPTIVO INYECTABLE	5	14	19
		8.3%	10.8%	10.0%
	IMPLANTE SUBDERMICO	0	1	1
		0.0%	0.8%	0.5%
	PRESERVATIVO	14	25	39
		23.3%	19.2%	20.5%
	NO RESPONDE	6	11	17
		10.0%	8.5%	8.9%
Total		60	130	190

Del total de adolescentes, el 68.4% no considera a la mujer como el sexo débil, de ese porcentaje la mayoría de los encuestados no han iniciado actividad sexual lo que corresponde a un 37.7% y de los que han iniciado un 23.1% utiliza como método anticonceptivo pastillas, y en segundo lugar con un 19.2% preservativos.

Los adolescentes que si consideran a la mujer como el sexo débil un 41.7%

no ha iniciado actividad sexual, y de los que sí han iniciado un 23.3% utiliza preservativo como método anticonceptivo y en segundo lugar pastillas anticonceptivas con un 16.7%.

Tabla 25.2: Valoración del respeto en la pareja – Uso MAC

Cada miembro de la pareja es autónomo, sólo le debe al otro amor, respeto y comprensión, nunca obediencia.

		SÍ	NO	TOTAL
Usted con su pareja habitualmente se cuidan con:	SIN INICIO ACT. SEXUAL	46	28	74
		37.7%	41.2%	38.9%
	PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS	24	16	40
		19.7%	23.5%	21.1%
	ANTICONCEPTIVO INYECTABLE	15	4	19
		12.3%	5.9%	10.0%
	IMPLANTE SUBDERMICO	1	0	1
		0.8%	0.0%	0.5%
	PRESERVATIVO	27	12	39
		22.1%	17.6%	20.5%
	NO RESPONDE	9	8	17
		7.4%	11.8%	8.9%
Total		122	68	190
		100.0%	100.0%	100.0%

Del total de adolescente un 64.2% cree que las relaciones de pareja son compuestas por personas autónomas que se aman pero que no se deben obediencia solo respeto. De ese total un 37.7% no ha iniciado relaciones sexuales y el uso de método anticonceptivo con mayor porcentaje de los que sí han iniciado es el preservativo con un 22.1% seguido de pastillas anticonceptivas con un 19.7%

Tabla 25.3: La iniciativa en la vida sexual es un rol masculino – Uso MAC

La primera relación sexual en una pareja casi siempre es propuesta por el hombre.

		SÍ	NO	TOTAL
Usted con su pareja habitualmente se cuidan con:	SIN INICIO ACT. SEXUAL	29	45	74
		36.3%	40.9%	38.9%
	PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS	19	21	40
		23.8%	19.1%	21.1%
	ANTICONCEPTIVO INYECTABLE	9	10	19
		11.3%	9.1%	10.0%
	IMPLANTE SUBDERMICO	0	1	1
		0.0%	.9%	.5%
	PRESERVATIVO	19	20	39
		23.8%	18.2%	20.5%
	NO RESPONDE	4	13	17
		5.0%	11.8%	8.9%
Total		80	110	190
		100.0%	100.0%	00.0%

Del total de adolescentes un 57.8% considera que la iniciativa en el ámbito sexual no es un rol único del hombre, es de grupo un 49.9% no ha iniciado actividad sexual y el método anticonceptivo que más se utiliza en los que si han iniciado son las pastillas anticonceptivas con un 19.1% y el preservativo con un 18.2%

De los adolescentes que si creen que la iniciativa en la sexualidad la debe tomar el hombre un 36.6% no han iniciado actividad sexual, y de los que sí han iniciado, el método anticonceptivo que más utilizan son el preservativo y las pastillas anticonceptivas con un 23.8% cada uno.

Tabla 25.4: Mujer, obediente y servicial con su pareja – Uso MAC

Es deber de la mujer atender a su pareja en todo lo que quiera.

		SÍ	NO	TOTAL
Usted con su pareja habitualmente se cuidan con:	SIN INICIO ACT. SEXUAL	13	61	74
		37.1%	39.4%	38.9%
	PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS	8	32	40
		22.9%	20.6%	21.1%
	ANTICONCEPTIVO INYECTABLE	4	15	19
		11.4%	9.7%	10.0%
	IMPLANTE SUBDERMICO	0	1	1
		0.0%	.6%	.5%
	PRESERVATIVO	6	33	39
		17.1%	21.3%	20.5%
	NO RESPONDE	4	13	17
		11.4%	8.4%	8.9%
Total		35	155	190
		100.0%	100.0%	100.0%

Del total de adolescentes, un 81.5% no cree que la mujer deba tener un rol de servicio y obediencia con su pareja, de ese total un 39.4% no ha iniciado actividad sexual y de los que sí han iniciado un 21.3% se cuida con preservativo y en segundo lugar con pastillas anticonceptivas 20.6%.

De los adolescentes que si creen que la mujer debe ser obediente y servicial con su pareja un 37.1% no ha iniciado actividad sexual y de los que sí han iniciado, un 22.9% utiliza pastillas anticonceptivas y en segundo lugar con un 17.1% el preservativo como método anticonceptivo.

Tabla 25.5: Hombre, obediente y servicial con su pareja – Uso MAC

Es deber del hombre complacer a su pareja en todo lo que ella desee, tanto en lo sexual como material.

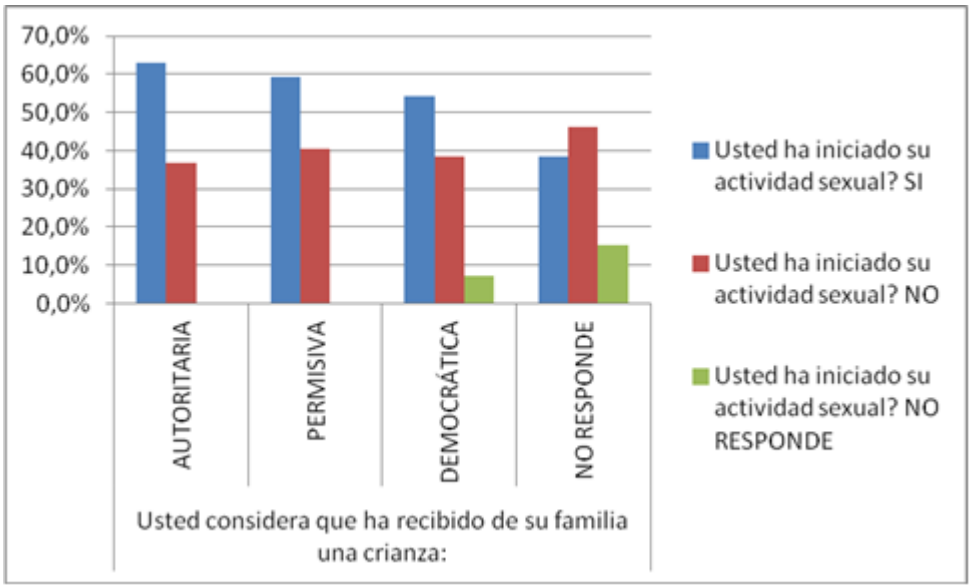
		SÍ	NO	TOTAL
Usted con su pareja habitualmente se cuidan con:	SIN INICIO ACT. SEXUAL	32	42	74
		41.6%	37.2%	38.9%
	PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS	15	25	40
		19.5%	22.1%	21.1%
	ANTICONCEPTIVO INYECTABLE	7	12	19
		9.1%	10.6%	10.0%
	IMPLANTE SUBDERMICO	0	1	1
		0.0%	.9%	.5%
	PRESERVATIVO	16	23	39
		20.8%	20.4%	20.5%
	NO RESPONDE	7	10	17
		9.1%	8.8%	8.9%
Total		77	113	190
		100.0%	100.0%	100.0%

Del total de adolescentes un 59.4% no cree que el hombre deba tener un rol de obediencia y servicio con su pareja, de ese total un 37.2% no ha iniciado actividad sexual, y de los que si han iniciado un 22.1% utiliza como método anticonceptivo las pastillas, seguido de los preservativos con un 20.4%

De los que si creen que el hombre debe ser obediente y servicial con su pareja, un 41.6% no ha iniciado actividad sexual. De los que han iniciado un 20.8% utiliza el preservativo como método anticonceptivo y en segundo lugar pastillas con un 19.5%.

g) Inicio de actividad sexual según tipo de crianza

Gráfico 5. Inicio de actividad sexual según tipo de crianza



Del total de encuestados 108 ya iniciaron su actividad sexual, y dentro de este grupo la mayoría de los adolescentes que corresponden al 41.7% declara haber recibido una crianza democrática, el 33.3% una crianza autoritaria y un 20.4% manifestó haber recibido una crianza permisiva.

h) Tipo de crianza - hábitos nocivos

Tabla 26: Tipo de crianza - hábitos nocivos

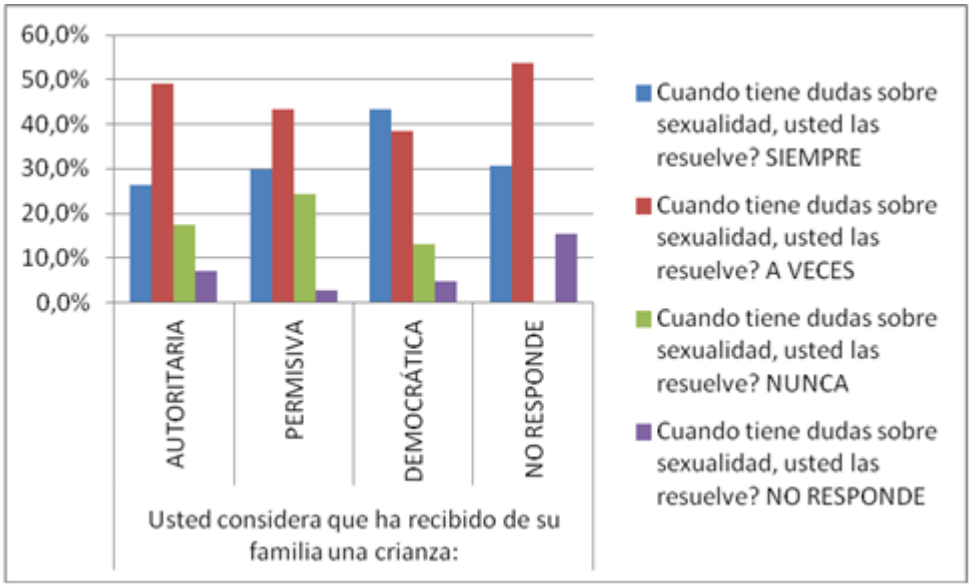
Usted considera que ha recibido de su familia una crianza:

		AUTORITARIA	%	PERMISIVA	%	DEMOCRÁTICA	%	NO RESPONDE	%	Total	%
ALCOHOL	SI	25	24.3	20	19.4	48	46.6	10	9.7	103	100
	NO	32	36.8	17	19.5	35	40.2	3	3.4	87	100
Total		57	30	37	19.5	83	43.7	13	6.8	190	100
MARIHUANA	SI	19	24.1	18	22.8	37	46.8	5	6.3	79	100
	NO	38	34.2	19	17.1	46	41.4	8	7.2	111	100
Total		57	30	37	19.5	83	43.7	13	6.8	190	100
CIGARRILLOS	SI	23	25.8	18	20.2	39	43.8	9	10.1	89	100
	NO	34	33.7	19	18.8	44	43.6	4	4	101	100
Total		57	30	37	19.5	83	43.7	13	6.8	190	100
NINGUNO	SI	22	35.5	10	16.1	28	45.2	2	3.2	62	100
	NO	35	27.3	27	21.2	55	43	11	8.6	128	100
Total		57	30	37	19.5	83	43.7	13	6.8	190	100

En relación al tipo de crianza de los encuestados v/s el consumo de hábitos nocivos se desprende que es el alcohol el con mayor prevalencia, con un 54.2% de preferencia y es en la crianza democrática donde el consumo alcanza un 46.6% dentro de los tres tipos de crianza, en segundo lugar queda el consumo de cigarros , donde el tipo de crianza con mayor consumo también corresponde a la democrática con un 48.8%, y en tercer lugar se presenta el consumo de marihuana, donde al igual que en los casos anteriores el mayor consumo se da en el tipo de crianza democrática con un 46.8%

i) Aclarar dudas sobre sexualidad según tipo de crianza.

Gráfico 6. Aclarar dudas sobre sexualidad según tipo de crianza



El 43,7% de los adolescentes declaró haber recibido una crianza democrática, en que se le ha permitido participar de las decisiones.

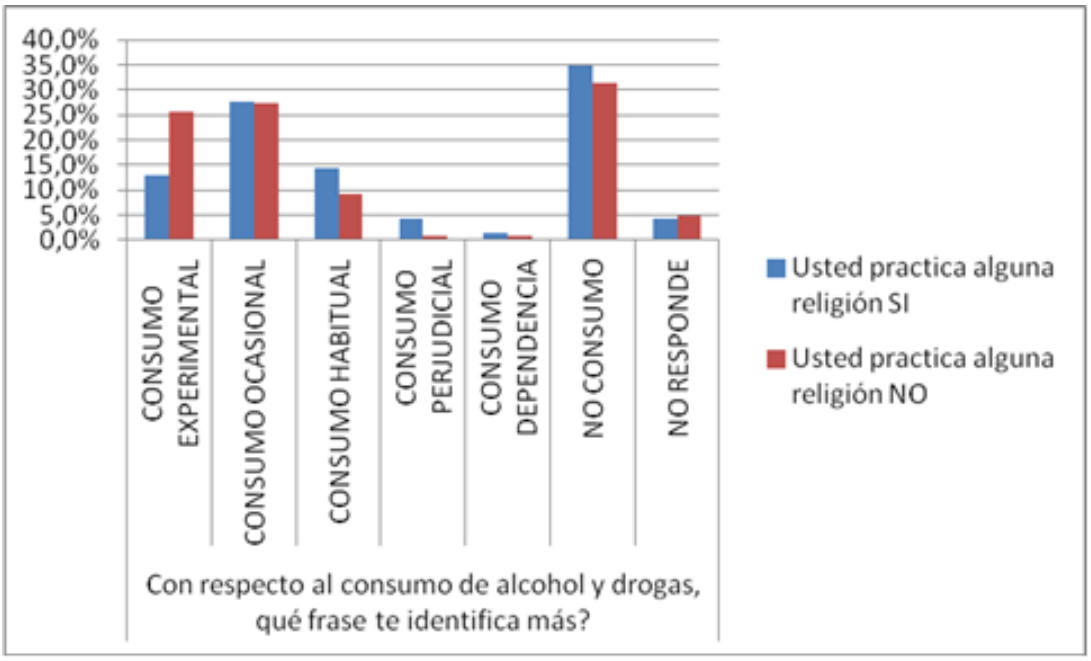
Independiente del tipo de familia la mayoría resuelve sus dudas en sexualidad solo a veces.

Dentro del grupo que afirmó resolver sus dudas siempre, el 54,5% pertenece a una familia democrática.

Los jóvenes que resuelven sus dudas a veces o nunca presentaron porcentajes similares entre aquellos que han recibido una crianza autoritaria y una democrática.

j) Creencia religiosa y tipo de consumo de sustancias nocivas

Gráfico 7. Creencia religiosa y consumo de sustancias nocivas



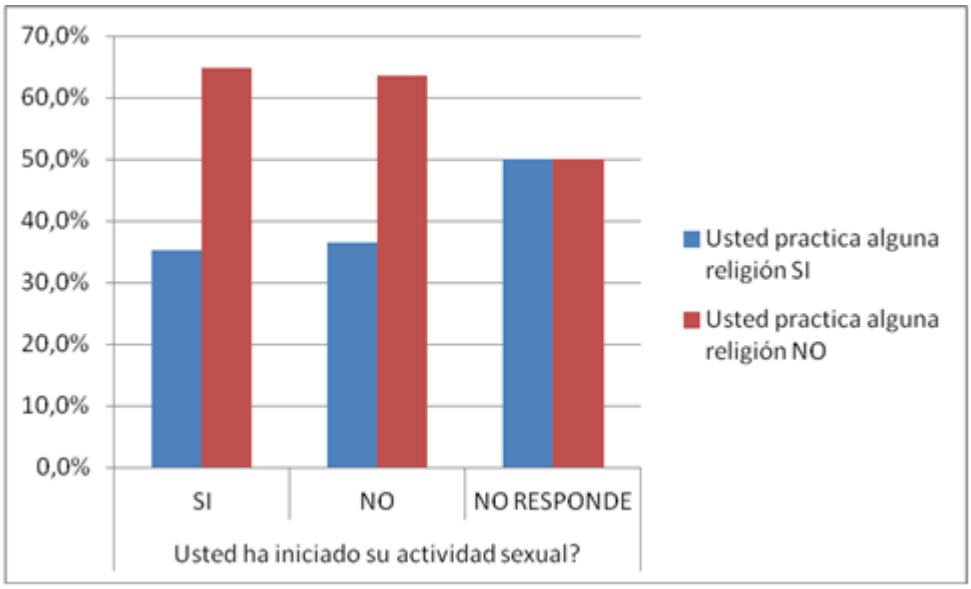
La mayor parte de los encuestados declara no pertenecer a ninguna religión. Por otro lado, un 32,6% del total de encuestados refirió no tener ningún tipo de consumo, y de aquellos que sí, la mayoría declaró tener un consumo de tipo ocasional o experimental.

Un 34,8% de los jóvenes que practican una religión señaló no consumir ninguna sustancia, en segundo lugar está el consumo ocasional con un 27,5%.

De aquellos que no participan en ninguna religión un 31,4% no consume ninguna sustancia, le sigue el consumo experimental y el ocasional con un 25,6% y un 27,3% respectivamente. Es decir, no se observa una relación entre la práctica religiosa y el tipo de consumo.

k) Creencia religiosa e inicio de actividad sexual

Gráfico 8. Creencias religiosas e inicio de actividad sexual.



La mayor parte de los estudiantes independiente de si practica o no una religión declaró haber iniciado actividad sexual. Dentro de los jóvenes que han iniciado su actividad sexual un 35,2% practica una religión y un 64,8% no practica, porcentajes muy similares a aquellos que no han iniciado su actividad sexual. Esto se debe a que la mayoría declaró no practicar una religión.

Práctica Religiosa - inicio actividad sexual

Tabla 27: Religión - Inicio de actividad sexual

¿Usted ha iniciado su actividad sexual?

			SI	NO	NO RESPONDE	Total
Qué religión practica?	CATÓLICO	Recuento	24	19	3	46
		%	52,2%	41,3%	6,5%	100,0%
	EVANGELICO	Recuento	6	4	1	11
		%	54,5%	36,4%	9,1%	100,0%
	MORMÓN	Recuento	1	2	0	3
		%	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
	TESTIGO DE JEHOVÁ	Recuento	1	1	0	2
		%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
	OTRA	Recuento	6	1	0	7
		%	85,7%	14,3%	0,0%	100,0%
	NO PRACTICA	Recuento	70	47	4	121
		%	57,9%	38,8%	3,3%	100,0%
Total		Recuento	108	74	8	190
		%	56,8%	38,9%	4,2%	100,0%

De los adolescentes que pertenecen a una religión independiente de ello la gran mayoría refiere haber iniciado actividad sexual.

Los cultos que obtuvieron una mayor frecuencia fueron el católico y el evangélico. No se observó una diferencia significativa entre los distintos cultos y la actividad sexual de los adolescentes.

l) Aprendizaje sobre sexualidad – método de prevención ITS

Tabla28: Método de prevención ITS - Aprendizaje sobre sexualidad con amigos

		SÍ	%	NO	%	TOTAL	%
PAREJA MUTUAMENTE EXLCUSIVA	Sí	39	36,8	30	35,7	69	36,3
	No	67	63,2	54	64,3	121	63,7
Total		106	100	84	100	190	100
ABSTINENCIA	Sí	21	19,8	11	13,1	32	16,8
	No	85	80,2	73	86,9	158	83,2
Total		106	100	84	100	190	100
USO DE PRESERVATIVO	Sí	73	68,9	51	60,7	124	65,3
	No	33	31,1	33	39,3	66	34,7
Total		106	100	84	100	190	100

La mayoría de los estudiantes que resuelve sus dudas en cuanto a su sexualidad con sus amigos, considera que el tener pareja mutuamente exclusiva y abstenerse de tener relaciones sexuales no previene ITS. En relación a ello podemos inferir que la información que reciben no ha sido enfocada directamente en la abstinencia o en la exclusividad de una pareja sexual. La interrogante que nos queda es, si no fue considerado por los estudiantes porque no se considera válido o porque no se cree en que esto sea posible de llevar a cabo con la juventud actual.

La mayoría de los jóvenes que obtienen información sobre sexualidad de sus amigos no consideran la abstinencia como una forma de prevención de ITS.

Dentro de los estudiantes que se resuelven sus dudas sobre sexualidad con sus amigos un 68,9% de ellos cree que el uso de preservativo es un método eficaz en la prevención de las ITS.

Tabla 29: Método de prevención ITS - Aprendizaje sobre sexualidad en charlas educativas

		SÍ	%	NO	%	TOTAL	%
PAREJA MUTUAMENTE EXLCUSIVA	Sí	49	40,5	20	29	69	36,3
	No	72	59,5	49	71	121	63,7
Total		121	100	69	100	190	100
ABSTINENCIA	Sí	19	15,7	13	18,8	32	16,8
	No	102	84,3	56	81,2	158	83,2
Total		121	100	69	100	190	100
USO DE PRESERVATIVO	Sí	85	70,2	39	56,5	124	65,3
	No	36	29,8	30	43,5	66	34,7
Total		121	100	69	100	190	100

La mayoría de los estudiantes que reciben información por medio de charlas educativas respecto a sexualidad señala que ni la abstinencia ni la pareja mutuamente exclusiva previene el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Los estudiantes que obtienen la información sobre sexualidad en charlas educativas un 59,5% refieren que la pareja mutuamente exclusiva no es un método eficaz en la prevención de ITS.

De los estudiantes encuestados que refieren obtener la información sobre sexualidad a través de charlas educativas un 84.3% indica que no cree que la abstinencia sea un método de prevención de ITS.

De los encuestados que refieren obtener la información sobre sexualidad en charlas educativas 70,2% de ellos indica que el preservativo es un método eficaz en la prevención de las ITS.

Tabla 30: Método de prevención ITS - Aprendizaje sobre sexualidad con padres

		SÍ	%	NO	%	TOTAL	%
PAREJA MUTUAMENTE EXLCUSIVA	Sí	51	41,5	18	26,9	69	36,3
	No	72	58,5	49	73,1	121	63,7
Total		123	100	67	100	190	100
ABSTINENCIA	Sí	20	16,3	12	17,9	32	16,8
	No	103	83,7	55	82,1	158	83,2
Total		123	100	67	100	190	100
USO DE PRESERVATIVO	Sí	77	62,6	47	70,1	124	65,3
	No	46	37,4	20	29,9	66	34,7
Total		123	100	67	100	190	100

La mayoría de los estudiantes que reciben información respecto a sexualidad por sus padres refiere que ni la abstinencia ni la pareja mutuamente exclusiva previene el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

De aquellos estudiantes que obtienen la información de sexualidad a través de sus padres un 58,5% indica que la pareja mutuamente exclusiva no es un método de prevención de ITS.

De los encuestados que reciben información de sexualidad a través de sus padres un 83,7% refiere que la abstinencia no es un método de prevención de ITS.

Dentro de los encuestados que indicaron recibir información sobre sexualidad de sus padres un 62,6% cree que el uso del preservativo es un método para prevenir ITS.

m) Aprendizaje sobre sexualidad - uso de preservativo

Tabla 31: Uso preservativo para prevenir ITS - aprendizaje sobre sexualidad con amigos

		SÍ	%	NO	%	TOTAL	%
SEXO VAGINAL	Sí	34	32,1	14	16,7	48	25,3
	No	72	67,9	70	83,3	142	74,7
Total		106	100	84	100	190	100
SIEMPRE, EN CADA RELACIÓN	Sí	48	45,3	33	39,3	81	42,6
	No	58	54,7	51	60,7	109	57,4
Total		106	100	84	100	190	100
NO LO USO	Sí	21	19,8	18	21,4	39	20,5
	No	85	80,2	66	78,6	151	79,5
Total		106	100	84	100	190	100

De los entrevistados que obtienen información respecto a sexualidad por medio de sus amigos solo un 45,3% refiere que utilizar preservativo siempre en cada relación sirve como método de prevención de ITS.

Dentro de los estudiantes que se informan sobre sexualidad a través de sus amigos un 67,9% no cree que el sexo vaginal prevenga el contagio de ITS.

De aquellos estudiantes que se informan sobre sexualidad a través de sus amigos un 54,7% de ellos no utiliza o no cree que deba utilizar el preservativo en cada relación.

De los estudiantes que obtienen información sobre sexualidad a través de sus amigos un 19,8% no utiliza o no cree que deba utilizar el preservativo.

Tabla 32: Uso preservativo para prevenir ITS - aprendizaje sobre sexualidad en charlas educativas

		SÍ	%	NO	%	TOTAL	%
SEXO VAGINAL	Sí	33	27,3	15	21,7	48	25,3
	No	88	72,7	54	78,3	142	74,7
Total		121	100	69	100	190	100
SIEMPRE, EN CADA RELACIÓN	Sí	51	42,1	30	43,5	81	42,6
	No	70	57,9	39	56,5	109	57,4
Total		121	100	69	100	190	100
NO LO USO	Sí	30	24,8	9	13	39	20,5
	No	91	75,2	60	87	151	79,5
Total		121	100	69	100	190	100

La mayor parte de los jóvenes que dijeron obtener información mediante charlas educativas no reconoce el uso preservativo en el sexo vaginal como una forma de prevenir las ITS. Mientras que un alto porcentaje (57,9%) considero que el uso de preservativo siempre en cada relación no previene ITS.

Un 72,7% de los encuestados declaro el uso de preservativo no previene ITS, contra un 27,3% que declaro que si previene ITS.

Quienes dijeron obtener información mediante charlas educativas un 42,1% cree que el preservativo debe ser utilizado siempre, en todos los encuentros sexuales.

De aquellos que se informan en charlas educativas solo el 24,8% declaró creer que no se debe usar el preservativo para prevenir ITS.

Tabla 33: Uso preservativo para prevenir ITS - aprendizaje sobre sexualidad con padres

		SÍ	%	No	%	TOTAL	%
SEXO VAGINAL	Sí	40	32,5	8	11,9	48	25,3
	No	83	67,5	59	88,1	142	74,7
Total		123	100	67	100	190	100
SIEMPRE, EN CADA RELACIÓN	Sí	56	45,5	25	37,3	81	42,6
	No	67	54,5	42	62,7	109	57,4
Total		123	100	67	100	190	100
NO LO USO	Sí	22	17,9	17	25,4	39	20,5
	No	101	82,1	50	74,6	151	79,5
Total		123	100	67	100	190	100

La mayoría de los encuestados declaró sí recibir información de parte de sus padres, mientras que del total de encuestados un gran porcentaje considero que la utilización de preservativo en el sexo vaginal no prevenía el contagio de ITS.

De los adolescentes que dijeron informarse a través de sus padres, solo un 32,5% señaló que el preservativo debe ser utilizado durante el sexo vaginal, un 45,5% cree que debe ser utilizado siempre, y un 17,9% cree que no debe ser utilizado.

n) Tipo de familia - de inicio actividad sexual

Tabla 34: Inicio actividad sexual - tipo familia

Cómo se encuentra compuesto el núcleo familiar?

Usted ha iniciado su actividad sexual?		Nuclear	Monoparental materno	Monoparental paterno	Monoparental materna extensa	Monoparental paterna extensa	Extensa	Otros	No responde	Total
SI	Recuento	40	25	8	7	1	19	7	1	108
	%	37,0%	23,1%	7,4%	6,5%	0,9%	17,6%	6,5%	0,9%	100,0%
NO	Recuento	36	16	1	4	5	7	3	2	74
	%	48,6%	21,6%	1,4%	5,4%	6,8%	9,5%	4,1%	2,7%	100,0%
NO RESPONDE	Recuento	4	3	0	0	0	0	1	0	8
	%	50,0%	37,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	80	44	9	11	6	26	11	3	190
	%	42,1%	23,2%	4,7%	5,8%	3,2%	13,7%	5,8%	1,6%	100,0%

Dentro de los jóvenes que declararon haber iniciado su actividad sexual que corresponde al 56.8%, la mayoría pertenece a una familia nuclear con un 37%, seguido por la familia monoparental materna con 23.1% y por la familia extensa con 17.6%. Los demás tipos de familia presentaron casos aislados. Cabe destacar que estos tipos de familias son los más numerosos y el mismo orden se repite para aquellos que aún no han iniciado actividad sexual siendo más significativo un 48.6% en familias nucleares y 21.6% en monoparental materno.

Tabla 35: Edad inicio actividad sexual - tipo familia

Como se encuentra compuesto el núcleo familiar

			Nuclear	Monoparental materno	Monoparental paterno	Monoparental materna extensa	Monoparental paterna extensa	Extensa	Otros	No responde	Total
Edad de Inicio de Act. sexual	SIN INICIO ACT. SEXUAL	Recuento	36	16	1	4	5	7	3	2	74
		%	48,6%	21,6%	1,4%	5,4%	6,8%	9,5%	4,1%	2,7%	100,0%
	11,00	Recuento	1	1	0	0	0	0	0	0	2
		%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	12,00	Recuento	1	2	0	0	0	0	0	0	3
		%	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	13,00	Recuento	3	3	2	1	1	1	1	0	12
		%	25,0%	25,0%	16,7%	8,3%	8,3%	8,3%	8,3%	0,0%	100,0%
	14,00	Recuento	10	10	1	1	0	3	4	0	29
		%	34,5%	34,5%	3,4%	3,4%	0,0%	10,3%	13,8%	0,0%	100,0%
	15,00	Recuento	10	5	2	2	0	8	2	0	29
		%	34,5%	17,2%	6,9%	6,9%	0,0%	27,6%	6,9%	0,0%	100,0%
	16,00	Recuento	8	2	2	0	0	3	0	1	16
		%	50,0%	12,5%	12,5%	0,0%	0,0%	18,8%	0,0%	6,3%	100,0%
	17,00	Recuento	5	0	0	2	0	4	0	0	11
		%	45,5%	0,0%	0,0%	18,2%	0,0%	36,4%	0,0%	0,0%	100,0%
	NO RESPONDE	Recuento	6	5	1	1	0	0	1	0	14
		%	42,9%	35,7%	7,1%	7,1%	0,0%	0,0%	7,1%	0,0%	100,0%
Total		Recuento	80	44	9	11	6	26	11	3	190
		%	42,1%	23,2%	4,7%	5,8%	3,2%	13,7%	5,8%	1,6%	100,0%

De los jóvenes pertenecientes a una familia nuclear las edades de inicio de actividad sexual se concentran en los 14 y los 15 años. En las familias monoparental materna y extensa la mayoría iniciaron su actividad sexual a los 14 años.

o) Nivel educacional de padres – Asistencia a control preventivo

Tabla 36.1: Asistencia a consultorio con fines preventivos - Nivel educacional madre

¿Cuál es el nivel educacional de tu madre?

			BÁSICO	MEDIO	SUPERIOR	NO RESPONDE	Total
Actualmente usted ha asistido al consultorio con fines preventivos?	SI		8	20	5	1	34
		%	15,7%	19,0%	18,5%	14,3%	17,9%
	NO, SOLO VOY CUANDO ME ENFERMO		42	78	22	3	145
		%	82,4%	74,3%	81,5%	42,9%	76,3%
	NO RESPONDE		1	7	0	3	11
		%	2,0%	6,7%	0,0%	42,9%	5,8%
Total			51	105	27	7	190
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 36.2: Asistencia a consultorio con fines preventivos - Nivel educacional padre

¿Cuál es el nivel educacional de tu padre?

			BÁSICO	MEDIO	SUPERIOR	NO RESPONDE	Total
Actualmente usted ha asistido al consultorio con fines preventivos?	SI		13	14	4	3	34
		%	22,4%	15,7%	13,8%	21,4%	17,9%
	NO, SOLO VOY CUANDO ME ENFERMO		44	70	23	8	145
		%	75,9%	78,7%	79,3%	57,1%	76,3%
	NO RESPONDE		1	5	2	3	11
		%	1,7%	5,6%	6,9%	21,4%	5,8%
Total			58	89	29	14	190
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

El 76,3% afirmó asistir al consultorio solo cuando está enfermo.

Al relacionar el nivel educacional de la madre con la asistencia al consultorio con fines preventivos, no se observó asociación entre las variables, con una fluctuación entre el 15,7 y el 19% el porcentaje de aquellos que sí asisten al consultorio con fines preventivos.

En cuanto al nivel educacional del padre, se observó un pequeño aumento en aquellos con escolaridad básica, alcanzando un 22,4% los jóvenes que sí asisten a control preventivo, contra un 15,7% para la escolaridad media del padre, y un 13,8% para aquellos con estudios superiores.

V Discusión

i. Objetivo 1: Caracterizar a la población de estudio según edad y curso

De los 190 encuestados 122 pertenecen al sexo masculino y 68 al sexo femenino, de los cuales comprenden entre edades de 14 a 19 años siendo 16 años la más frecuente con un 31,5%. Además los encuestados se encuentran cursando entre 7mo básico y 4to medio, 1ro medio el curso que más concentra alumnos con un 14,2%, según los resultados obtenidos se desprende que la mayor parte de los estudiantes se encuentran cursando el nivel correspondiente a su edad a excepción de un 8,4% de la muestra total. Según el Ministerio de Educación en la educación científico- humanista y técnico profesional en primer año medio los alumnos debieran tener máximo 16 años cumplidos y no hay edad mínima sólo debe tener aprobado el 8º año de educación básica.[17]

ii. Objetivo 2: Conocer identidad sexual de los adolescentes de la comuna de Concón

La mayor parte de los encuestados afirmó que su identidad de género corresponde a su sexo biológico, un 94,1% de mujeres y un 95,1% de hombres. Solo 1 persona de sexo masculino dijo considerarse mujer, 1 de sexo femenino dijo considerarse hombre, y 7 señalaron no definirlo (Ver tabla 39). Además declararon sentirse en su mayoría atraídos por personas del sexo opuesto. Acorde a lo señalado en el marco teórico, los jóvenes encuestados se encuentran en un periodo de definición de su identidad sexual, los resultados muestran relación con una fuerte influencia de la carga biológica y los modelos de hombre y mujer que establecidos por su ambiente socio-cultural.

En relación al rol de género, en general los datos obtenidos arrojaron una tendencia a la igualdad de roles, responsabilidades compartidas en el hogar,

libertad y respeto en la pareja y equidad de derechos en el trabajo.

Esto es concordante con el rol que ha tomado la mujer dentro de la sociedad en las últimas décadas en el que ha comenzado a integrar las fuerzas de trabajo y ya no es la única encargada de realizar las labores del hogar sino que se ha transformado en una labor compartida, por lo que los adolescentes que nacieron a fines de esta década han estado en contacto con esta realidad ya sea por experiencia propia o en el medio en el que se encuentran inmersos y por ende algo natural para ellos. Lo que también explicaría que el estéreo tipo de rol de la mujer no la perciben como quien debe estar a cargo de las labores del hogar exclusivamente, sino que creen en la división de las tareas domésticas y en la participación de todos en las decisiones del hogar.

Sin embargo se presentaron diferencias en cuanto a la crianza al comparar las opiniones según sexo de los encuestados (Ver tabla 40.1). El porcentaje de mujeres que apoyó el cuidado compartido de los hijos, un 77,9%; fue menor que el de hombres, un 88,7%; lo que puede deberse a la visión cultural de la mujer como madre y el sentirse ellas más aptas para esta labor. Así mismo, un 49,5% de los hombres le confirió al padre el deber de mantener económicamente el hogar, el que fue mucho mayor que las mujeres un 19,1% (Ver tabla 40.3). Así como el porcentaje de hombres que apoyó la idea de compartir las tareas del hogar fue un 77,3%, siendo menor en las mujeres, un 73,5%, reflejando la carga social el hombre como sustentador de la familia y no como dueño de casa.

Referente al rol de género en la relación de pareja y según los datos expuestos en relación al rol de hombres y mujeres, queda como interrogante si las respuestas entregadas por los jóvenes fueron desde un punto de vista de “lo correcto” o desde su propio pensamiento.

En relación a los celos, la mayoría de los estudiantes no los apuntó como algo positivo (Ver tabla 41.1). Sin embargo un 34% de los hombres los aprueban, a

diferencia de las mujeres que solo lo aprueban un 27,9%. De acuerdo a esta diferencia se percibe una mayor aceptación de los celos como un elemento propio de la relación de pareja por parte del sexo masculino, lo que se condice con los resultados obtenidos en la variable sobre la autonomía de los miembros de la pareja (Ver tabla 41.4), en donde a pesar de que un 65,5% de los estudiantes afirmó que en la relación de pareja los individuos son autónomos, impresionó un 41,2% de los hombres que estuvo de acuerdo en ese punto, teniendo presente que la autonomía implica la capacidad de poder desarrollarse de manera independiente dentro de la relación y no deberle al otro obediencia.

Con respecto al maltrato hacia la mujer (Ver tabla 41.2), si bien la mayoría no lo aprueba, un 18,6% de los hombres, considera que la mujer debe haber provocado la situación de violencia. Frente a esto surge la interrogante de qué acciones perciben los jóvenes como violentas, si estas apuntan solo a la desaprobación de la violencia física, o también consideran otras conductas como revisar el teléfono celular, las redes sociales, el maltrato verbal o la manipulación sicológica.

Alrededor de un 31,5% de los estudiantes consideró que la mujer es más débil, pasiva, receptiva y creada para la maternidad, mientras que el 68,5% no lo consideró así (Ver tabla 3.4). En relación a ello se genera un cambio en los paradigmas de la crianza asignada solo a la mujer, ya que cada día más mujeres se han insertado en el mundo laboral, generando que ambos padres deban hacerse cargo tanto de las labores del hogar como de la crianza de los hijos.

En relación a la complacencia de la mujer a su pareja, un 91,2% de las mujeres lo desaprobó, mientras que un 77,3% de los hombres no estuvo de acuerdo, esto reafirma el rol de la mujer actual, la cual se desarrolla de manera activa con capacidad de abandonar y cuestionar los paradigmas del pasado (Ver tabla 4.5).

Relacionado con la complacencia del hombre a la pareja en diversos ámbitos, un 30,9% de las mujeres lo aprueba, mientras que un *42*,3% de los hombres lo considera. Lo que sorprende es que si bien la mayoría tanto hombres y mujeres rechazan el servilismo en ambos casos, existe un gran porcentaje siendo mayor en hombres, que aprueban el servilismo de ellos mismos hacia la mujer en el contexto de la relación de pareja (Ver tabla 4.6).

En cuanto a la equidad en el trabajo entre hombres y mujeres existe un grupo que corresponde al 36,4% el cual estuvo en desacuerdo rechazando así la opción de un cargo de jefatura en una mujer, desaprobación que fue semejante en ambos sexos. Pero cuando este tema se abordó de una manera diferente como la igualdad de capacidades en ambos sexos para realizar una labor (Ver tablas 5.1-5.2).

Sin embargo al referirse a los salarios es mayor el porcentaje que no opinó que los sueldos deban ser diferenciados entre hombres y mujeres con un 91,5% (Ver en tabla 42.1). Al referirnos al sexo masculino en profesiones u oficios típicos de la labor femenina o viceversa un 83% de los encuestados refirió estar de acuerdo con la incorporación y la opción fue equitativa en ambos sexos (Ver tabla 42.2).

En síntesis los estudiantes estuvieron de acuerdo en su mayoría con la igualdad en el ámbito laboral entre hombres y mujeres, cabe recordar que como se destacó en el marco teórico son adolescentes que han vivido en una sociedad donde la mujer ha tenido una mayor incorporación al mundo laboral y además viven en hogares con madres jefas de hogares, donde es una parte o el único sustento del hogar. Con respecto a los resultados obtenidos en esta variable cabe preguntarse si las respuestas fueron dadas según el verdadero parecer de los encuestados o desde lo que les pareció correcto responder, ya que los porcentajes variaron en preguntas que apuntaban a la misma idea, por ejemplo, al realizar 2 preguntas sobre la igualdad de roles en el hogar varía el porcentaje en ambos

sexos en aquellos que se encontraron en desacuerdo con esta temática.

La mayoría de los adolescentes encuestados consideró que ha recibido una crianza democrática en su casa y es integrado en la toma de decisiones con un 43,7%, mientras que un 29,5% dice haber recibido una crianza autoritaria con padres estrictos que imponen reglas sin explicaciones de por medio y un 20% declaró haber sido criado de manera permisiva, con poca exigencia e imposición de reglas de parte de los padres (Ver tabla 7). El 40,2% de los encuestados dijo formar parte de una familia nuclear, siendo este tipo de familia él con mayor frecuencia y lo siguió la familia de tipo monoparental materna con un 23,2%. (Ver tabla 11). Se destaca esta temática que está muy cercanamente relacionada al inicio de la actividad sexual, así como también la educación que reciben los estudiantes, si los padres se hacen cargo de esta temática, ya que un 64,7% de los alumnos declaró aclarar sus dudas sobre sexualidad a través de sus padres dentro del ítem familia, concordante con la crianza permisiva, temática abordada en el marco teórico. (Ver tabla 10) También es relevante el nivel educacional de los padres que entregaron la información, para reconocer si cuentan con las herramientas necesarias o mínimas para entregar tal información, tanto padres como madres en su mayoría contaban con educación media con un 46,8% y un 55,3% respectivamente, si bien en la educación básica en media no centra en enseñar educación sexual y reproductiva, si entrega herramientas y puede generar un mayor entendimiento a la hora de buscar información. (Ver tablas 12.1 -12.2)

Del 36,3% que declaró pertenecer a una religión siendo un 24,2% de la religión católica de los cuales la mayor parte de ellos ya inició actividad sexual, dentro de ellos sólo un 6,9% refirió que su religión tuvo alguna influencia en la actividad sexual, esto se condice con la actual práctica religiosa que sin realmente tener un ejercicio habitual, sino más bien una pertenencia a través de los sacramentos que los identifican con la religión, no siempre siendo ellos representativo del credo a través de su vivir (Ver tablas 8 - 9).

iii. Objetivo 3: Identificar las conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la comuna de Concón.

El autocuidado en salud sexual y reproductiva, tal como se señala en el marco teórico, hace referencia al conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción y, más específicamente, la reproducción humana, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, los estudios de género y otros aspectos de la sexualidad humana, con el objetivo de alcanzar una satisfactoria salud sexual y reproductiva. Bajo esta definición se planteó la búsqueda de un perfil de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la comuna de Concón identificando hábitos nocivos en la población de estudio; aspectos que envuelven la vida sexual como edad e inicio de actividad sexual, nociones de prevención de infecciones de transmisión sexual; asistencia a centros de salud y resolución de dudas relacionadas a la salud sexual.

Es importante educar a los adolescentes en conductas de autocuidado y estilos de vida saludable, siendo en la atención primaria con profesionales de la salud el nicho donde se pueden entregar dichos conocimientos y no sólo el lugar donde se restaure la salud de los adolescentes enfermos. De los adolescentes encuestados un 76,3% sólo acude a los centros de salud por motivos de enfermedad (ver gráfico 3), lo que nos insta a preguntar qué sucede con los adolescentes que presentan dudas con respecto a temas de sexualidad y conductas de autocuidado, arrojando que la mayoría de los encuestados con un 43.7%, declara aclarar sus dudas sobre sexualidad sólo a veces, esto puede deberse a la falta de espacios para poder expresar inquietudes en un ambiente de respeto, sin prejuicios y burlas, lo que lleva a los adolescentes a no resolver dudas y quedar con ideas equivocadas, por lo que se deben buscar incentivos para

acercar a este grupo a los servicios de salud, para fomentar estilos de vida saludable, autocuidado en salud sexual y reproductiva y para detectar precozmente factores de riesgo en relación a conductas nocivas.

Los adolescentes se encuentran en una etapa en la que están madurando, comienzan a ser conscientes de la existencia de riesgos y beneficios de su actuar por lo que en el marco del autocuidado resulta interesante analizar hábitos nocivos o consumo de sustancias nocivas, por parte de los adolescentes, debido a que estos se pueden mantener hasta alcanzar la vida adulta, siendo estos adolescentes los que a futuro terminen formando parte del porcentaje de muertes prematuras o integren el grupo de adultos con enfermedades asociadas a estos hábitos nocivos.

De los adolescentes de la comuna de Concón que integraron la muestra un 67,4% reconoce haber consumido al menos una sustancia nociva (ver tabla 13), mostrando un alza en la cifras de 13.5% con respecto a los datos entregados por la Séptima Encuesta Nacional de la Juventud realizada en el año 2012 a nivel nacional en donde de los encuestados de 15 a 19 años un 53.9 % reconoció su consumo. Ahora bien, hay que considerar que la encuesta del INJUV no entrega información sobre el consumo que tienen los adolescentes de 14 años, cifra que si estuviera considerada quizás se acercaría mucho más al porcentaje obtenido dentro de este estudio. Por otra parte el porcentaje de los encuestados que refieren no haber consumido sustancias nocivas es un 32,6%, indicando que solamente ellos practican conductas de autocuidado en este ítem, cifra bastante menor en comparación a los que sí consumen.

En relación al tipo de sustancias que consumen los adolescentes de la comuna de Concón, un poco más de la mitad de los encuestados refiere haber consumido alcohol alcanzando un 53,7% de los encuestados (ver tabla 13), cifra preocupante ya que existe una alta probabilidad de que aquellos que indicaron que sí a la pregunta, en unos años más aumente la cantidad de consumo y por ende

los riesgos que trae consigo el consumo de alcohol en exceso como problemas de salud, problemas sociales, pérdida de control que pueden llevar a cometer acciones ilícitas, a pérdida de conciencia o de la realidad. Si bien este dato entrega información con respecto al consumo, no se sabe en qué circunstancias lo han hecho y la cantidad de alcohol ingerida semanalmente como para establecer un diagnóstico preciso con respecto al autocuidado y resguardo que toman los adolescentes en el momento de consumir.

En segundo lugar se encuentra el consumo de cigarrillo, en donde un 46,8% de los encuestados refiere haber consumido en algún momento de su vida (ver tabla 13), situación preocupante ya que el consumo de tabaco está asociado a enfermedades cardiovasculares, respiratorias, materno infantiles, cáncer, discapacidad y muerte, razón por la que es un problema de salud pública cuyo inicio ocurre generalmente en la adolescencia y culmina con un gran porcentaje de adultos que mantienen este hábito nocivo, que no sólo afecta a los fumadores sino también al entorno con los llamados "fumadores pasivos". Según el Informe sobre control de Tabaco de la región de las Américas, la prevalencia del consumo en adultos por país, realizado por la OPS en el año 2011, Chile es el que tiene mayor consumo de tabaco alcanzando un 40.6% de prevalencia de fumadores adultos.[18]

En tercer lugar dentro de las sustancias nocivas consumidas por los adolescentes de Concón se encuentra el consumo de marihuana, alcanzando un 41,6% de las preferencias (Ver tabla 13), cifra que al igual que las anteriores son preocupantes. En el año 2014 se dieron a conocer los resultados del 10º Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar, realizado por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) en donde se indica que el consumo de marihuana en los adolescentes aumentó a nivel de país, y además se reconoce que su consumo es en los establecimientos municipalizados obteniendo cifras de un 31,5%, que si son comparadas con las obtenidas de los adolescentes de la comuna de Concón, estas tienen una alza de 1.1% con respecto a la muestra nacional. El SENDA determina en sus páginas

web que “está constatada la potencialidad del cannabis como un gatillador de psicosis y cuadros de delirios y alucinaciones en personas en riesgo. No todo usuario de cannabis experimentará necesariamente con otras sustancias más peligrosas, pero el riesgo existe. Además, está el peligro de condicionar o limitar las posibilidades de vivir libre y autónomamente según el desarrollo personal en los adolescentes. También crea una dependencia psicológica: el usuario apetece la droga por sus efectos. Existen pocas posibilidades de sobredosis mortal por cannabis.

Por otro lado los adolescentes que no consumen sustancias nocivas y por ende practican el autocuidado, alcanzan un porcentaje bastante menor en comparación con los adolescentes que sí tienen hábitos nocivos, alcanzando sólo 32,6% los que refirieron no haber consumido ninguna sustancia, de los cuales son los adolescentes de 16 y 15 años quienes presentaron mayor porcentaje de abstinencia con un 35.5% y 25.8% respectivamente.

Otro aspecto importante en el consumo de sustancias nocivas (alcohol, tabaco, inhalantes, otras drogas y fármacos) es conocer la recurrencia con que lo hacen, por este motivo se hicieron 5 enunciados en el instrumento de recolección de datos relacionados con la clasificación de tipo de consumo dictada por SENDA, obteniéndose que del total de adolescentes un 62.8% afirma haber consumido algún tipo de sustancia, ilícita y lícita (ver tabla 14), valor mayor que el registrado en la Séptima Encuesta Nacional de Juventud que alcanza un 46% de consumo. De ese porcentaje de consumidores, el mayor tipo de consumo se centra en un consumo ocasional con un 27.4% y en segundo lugar el consumo experimental con un 21.1%, luego el habitual con un 11.1%, después el perjudicial con un 2.1% y por último el consumo dependencia con un 1.1%. Los valores coinciden con lo que se explica en la teoría, que la adolescencia es la etapa en que con mayor frecuencia surge el contacto con sustancias nocivas pero un alto porcentaje no reincide. Es por esto que es en esta etapa, en la adolescencia, donde más énfasis se le debe dar a las enseñanzas de prácticas de autocuidado, pues es el periodo donde más

expuestos están a tomar contacto con sustancias que por un lado brindan sensaciones placenteras pero que también inhiben la sensación de alerta generando sentimientos de autosuficiencia y confianza en situaciones de riesgo, por ejemplo, conductas sexuales riesgosas como relaciones sexuales sin protección, parejas múltiples, parejas desconocidas, etc.

La edad de inicio de la actividad sexual, el comportamiento sexual y la identidad de género en los adolescentes son aspectos importantes a tener en cuenta para el diseño de programas de sexualidad, prevención de contagio de ITS y embarazo adolescente. En relación a estas temáticas, del total de estudiantes encuestados, más de la mitad ya inició su actividad sexual alcanzando un 56.8% de los encuestados, de esos adolescentes la edad de inicio con mayor porcentaje se concentra entre los 14-15 años con un 30.6% (Ver tabla 16). En la Séptima Encuesta Nacional de la Juventud, se señala que la edad de inicio de la actividad sexual es entre los 15 y 16 años, rango similar al obtenido en la investigación.

En relación a los adolescentes que son activos sexualmente los métodos anticonceptivos más utilizados durante el año 2012 según la Séptima Encuesta Nacional de la Juventud fueron las pastillas anticonceptivas y el preservativo. Misma situación que se da con los adolescentes encuestados en la comuna de Concón con un porcentaje de uso de 21.1% en pastillas anticonceptivas y un 20.5% en uso de preservativo. De todos modos, los porcentajes alcanzados de uso son bajos con respecto al total de los adolescentes que ya iniciaron actividad sexual que corresponde a un 53.6%, sería importante indagar en los motivos del no uso de estos métodos, porque como se analiza en la tabla “prácticas sexuales para prevención de ITS” (Ver tabla 18) los encuestados manifiestan un gran reconocimiento del preservativo como método de prevención de ITS con un 65,3% de preferencia por parte de los adolescentes, pero esto no se refleja en el uso del método, demostrándose que del total de encuestados solo el 42.6% cree que se debe utilizar en cada relación sexual, en segundo lugar de las preferencias queda el uso de preservativo durante el sexo vaginal con un 25.3%, lo que nos indica que

un gran número de adolescentes (46.3 %) no reconocen el sexo anal u oral como conductas sexuales de alto riesgo para contraer alguna ITS. Dentro de las prácticas sexuales para prevención de ITS en segundo lugar quedó la opción de pareja mutuamente exclusiva con un con un 36.3% y en tercer lugar muy por debajo, la abstinencia con un 16.8%. Con estos resultados se evidencia que la pareja mutuamente exclusiva no es reconocida como forma de autocuidado en salud sexual y reproductiva, cabe preguntarse el porqué de esta situación, si será debido a que los jóvenes no comprenden el lenguaje o en definitiva porque no es un método al que se le de relevancia a la hora de realizar charlas o consejerías a los adolescentes, más bien, estas se enfocan a enseñar métodos de prevención de contagio (como el uso de preservativo) que prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva.

Objetivo 4: Relacionar características de la identidad sexual con conductas de autocuidado de los adolescentes de la comuna de Concón

Con el fin de determinar la influencia de la identidad sexual en las conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva, de los adolescentes de la comuna de Concón en el año 2014 se analizaron los cruces de distintas variables que involucran tanto a la identidad sexual y a las conductas de autocuidado entendiendo como ya se describió anteriormente que la adolescencia es una etapa de múltiples cambios, y que todas las acciones del adolescente se ven influenciadas por su condición biológica, social, y cultural.

Con respecto al consumo de sustancias nocivas según el sexo de los Encuestados (Ver tabla 60), son los hombres quienes reconocieron en mayor cantidad el consumo de sustancias nocivas con respecto al de las mujeres, esto se da en el caso del consumo de alcohol y marihuana, con porcentajes de 58, 4 % y 56,3 % respectivamente. En el caso del consumo de cigarrillos es donde se invierte la tendencia, ya que un 53,2% de las mujeres encuestadas manifestó tener un hábito tabáquico, obteniendo 6.4 puntos más que

los hombres. Los porcentajes obtenidos en el consumo de alcohol, marihuana se relacionan con los entregados por la Séptima Encuesta Nacional de la Juventud realizada por el INJUV el año 2012 y el Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar realizado por el SENDA durante el año 2013, mientras que el caso del consumo de cigarrillos en los adolescentes de Concón no se relacionan, ya que las encuestas nacionales mostraron que los hombres consumen más cigarrillos que las mujeres o en porcentajes similares, no con una diferencia porcentual de 6.4 puntos como se dio en este caso.

La edad de inicio de la actividad sexual en los adolescentes presentó cambios importantes en los últimos años, en el caso de los adolescentes de la comuna de Concón, la edad de inicio de las relaciones sexuales mostró que en las mujeres en su mayoría inició su actividad sexual a la edad de 14 y 16 años, mientras que en los hombres la edad de inicio de actividad sexual con mayor porcentaje son los 15 y 14 años, (Ver tabla 61) presentándose un adelanto en las edades de iniciación respecto de años anteriores según lo que muestra la 6ª Encuesta Nacional de la Juventud, realizada por el INJUV en el año 2010, en donde el 48% de adolescentes de 15 a 19 años declaró haber iniciado su vida sexual, con una edad de inicio promedio de 16,4 años en hombres y 17,1 años en las mujeres.

En cuanto a la asistencia a centros de salud con fines preventivos (Ver tabla 62), sólo el 15.7% refirió acudir al centro asistencial, y dentro de ese porcentaje son las mujeres las que asistieron con mayor frecuencia, representando al 70% de las personas dentro de ese grupo. Si bien la pregunta fue enfocada a la asistencia a centros de salud con fines preventivos, fue la opción de acudir solamente en situación de enfermedad la que abarcó un mayor porcentaje del total de adolescentes encuestados con un 65.7%, y dentro de este grupo son los hombres los que lideraron en porcentaje de asistencia con un 83.7%. Esta diferencia significativa entre la asistencia con fines preventivos y asistencia en caso de enfermedad puede estar ligada a la

escasa educación en prevención en salud, a la dificultad en conseguir horas de atención, déficit de información con respecto al funcionamiento del sistema de salud y a lo poco inclusivo que es el sistema de salud con adolescentes menores de edad. En relación a la asistencia con fines preventivos, la mujer cuenta con un profesional específico de atención en centros de salud, la matrona, profesional ligado a la atención en salud sexual y reproductiva a lo largo de todo el ciclo vital de la mujer, profesional que no tiene un equivalente para el grupo masculino dentro de la atención primaria.

Con respecto al número de parejas según la edad de los encuestados (Ver tabla 63) demostró que la mayoría de ellos tuvo de 1 a 3 parejas sexuales. Sin embargo debido a la edad de los encuestados cabe destacar que el desarrollo de su sexualidad no va en conjunto con su maduración psicológica, por lo que se espera que este número de parejas sexuales siga en aumento a lo largo de su vida, es por esta razón que es importante ampliar los conocimientos en métodos de prevención, para que puedan tener una sexualidad responsable y satisfactoria, sin temores de contraer infecciones de transmisión sexual, ni de embarazos no planificados, resguardando el deseo de la paternidad para el momento deseado.

También se analizó el número de parejas sexuales ligado a la identidad de género (Ver tabla 64) y se concluyó que la mayoría de los adolescentes que fueron encuestados, declaró identificarse con su sexo biológico, es decir, los de sexo masculino se sentían hombres, mientras que las del sexo femenino se sentían como mujeres, y solo un bajo porcentaje (3.0%) aún no definían su identidad de género al momento de realizar la encuesta, por lo que no se pudo demostrar que haya existido una influencia real en el número de parejas sexuales según la identidad de género que presentaron los encuestados, sin poder realizar una comparación entre los que sí habían definido su identidad de género con lo que aún no, por ser un porcentaje demasiado pequeño de la muestra.

Para analizar el rol de género en el hogar como una característica de identidad se instó a los encuestados a elegir entre una serie de enunciados relacionados con características de rol de género y junto con eso se cruzó la información con los tipos de método anticonceptivos utilizados La mayoría de los encuestados eligió frases en donde se refleja una equidad en los roles de género en el hogar lo que se condice con la preferencia de métodos anticonceptivos, ya que las opciones con mayor porcentaje de elección se presentaron en preservativo y píldora anticonceptiva, en donde el uso del preservativo puede demostrar que no sólo la mujer es la encargada de velar por la regulación de la fecundidad, sino que también el hombre puede asumir esa responsabilidad, sin dejar de lado que es el método que previene el contagio de infecciones de transmisión sexual.

El mismo método se utilizó para determinar el rol de género dentro de la pareja donde los encuestados también prefirieron frases ligadas a la igualdad de género (Ver tablas 65), por ejemplo, al consultar sobre si la mujer es más débil, pasiva y receptiva que el hombre, la mayoría de los adolescentes, correspondiente a un 68.4%, no estuvo de acuerdo con esta aseveración, y el método anticonceptivo más utilizado corresponde a pastillas con un 23.1%, seguido por preservativos con un 19.2%. Esta situación se repitió con otros enunciados donde se concluye, a través del análisis de las frases, que la mayoría de los adolescentes cree que en la pareja ambos juegan un rol equitativo y de complemento, donde ninguno puede ser calificado positiva o negativamente en desmedro del otro y donde los métodos elegidos para prevenir un embarazo adolescente o un eventual contagio de infección de transmisión sexual se distribuyen en preservativo y pastillas anticonceptivas en su mayoría.

Otro aspecto de identidad que se cruzó con autocuidado fue el tipo crianza versus inicio de actividad sexual (Ver tabla 66) donde la mayoría de los encuestados declaró haber recibido una crianza democrática con un porcentaje de 43.7% , es decir la crianza de los padres considera las opiniones individuales de los hijos tal como se detalla en el marco teórico, son padres que imponen

reglas pero considerando la situación específica de cada uno como persona con múltiples y diversas vivencias, características, gustos, etc., y es en este grupo en donde se concentró la mayoría de los adolescentes que ya han iniciado actividad sexual con un 41.7% . Por el contrario, los adolescentes que manifestaron haber recibido una crianza permisiva, donde los padres no son visto como figuras protectoras que imponen reglas por el bien de sus hijos, criándolos sin autosuficiencia y dependientes, representan el 19.5% de los encuestados, son el grupo con el menor inicio de actividad sexual con un 20.4%. Esta diferencia porcentual podría estar ligada a que la mayoría de los adolescentes manifestó recibir una educación democrática, superando en el doble a los que refirieron haber recibido una crianza permisiva. Ahora bien, cabe destacar que en los tres tipos de crianza analizados, democrática, permisiva y autoritaria, siempre el porcentaje de adolescentes fue mayor en los que ya iniciaron actividad sexual por lo que se podría deducir que el tipo de crianza no influye mayoritariamente en el inicio.

El primer agente protector y facilitador del desarrollo sano en el adolescente es la familia, que juega un papel primordial en la prevención de conductas de riesgo, como lo es el consumo de sustancias nocivos, comprobándose que a mayor apoyo de padres y control conductual hay menor consumo de sustancias nocivas. En relación a esto, se cruzaron las variables hábitos nocivos versus tipo de crianza (Ver tabla 67) donde se pudo interpretar que es el alcohol el que tuvo mayor prevalencia, con un 54.2% de preferencia y es en la crianza democrática donde más se concentró el consumo alcanzando un 46.6% dentro de los tres tipos de crianza, en segundo lugar quedó el consumo de cigarros, donde el tipo de crianza con mayor consumo también correspondió a la crianza democrática con un 48.8%, y en tercer lugar se presenta el consumo de marihuana, donde al igual que en los casos anteriores el mayor consumo se da en el tipo de crianza democrática con un 46.8%.

Al igual que lo manifestado anteriormente, este consumo significativo de

sustancias nocivas en el tipo de crianza democrática, podría estar sesgado, pues es el tipo de crianza con mayor prevalencia entre los adolescentes encuestados.

Tal como se mencionó anteriormente la crianza democrática es la que tiene mayor prevalencia dentro del grupo de encuestados y además resolvía sus dudas sobre sexualidad sólo a veces (Ver tabla 69). Dentro de aquellos que recibieron una crianza democrática resolvían sus dudas en un 54,5 % siempre, un 38,6% las resolvía sólo a veces, mientras que aquellos que pertenecían a una familia autoritaria un 33,7% refirieron resolverla a veces y 33,3% selecciono la opción nunca; Esta información no siempre es adquirida a través de los padres e incluso puede que no sea información fidedigna. Por otra parte aquellos que declaran pertenecer a una familia permisiva refirieron en un 30% que nunca han resuelto sus dudas sobre sexualidad, esto principalmente se puede deber a que en una familia permisiva muchas veces no son tomadas en cuenta las inquietudes de los adolescentes y son más bien relegados a la educación que se le puede entregar en los centros educacionales y también por otros, como por ejemplo los profesionales de salud. A diferencia de una familia democrática en la cual se toman en cuenta no sólo las opiniones, sino que también se favorece el diálogo y se promueve la relación entre padres e hijos.

En relación a las prácticas religiosas y el consumo de sustancias nocivas (Ver tabla 70), La mayor parte de los estudiantes declaró no pertenecer a ninguna religión, quienes sí practican corresponden al 22,1% de los encuestados. Además la mayoría refirió tener algún tipo de consumo de sustancias nocivas independiente de la práctica religiosa, al desglose dentro de los practicantes un 27,5% refirió un consumo ocasional mientras que el 34,8% no consumía, dentro de los no practicantes un 31,4% no consumía, el 27,3% solo consumía ocasionalmente y el 25,6% lo hacía experimentalmente. Los resultados fueron discordantes en comparación con los obtenidos en la "Séptima Encuesta Nacional de la Juventud" del año 2012 la cual arrojó como resultado un consumo de un 53,8% de adolescentes que presentaban consumo de alguna

sustancia dentro de los últimos 12 meses a nivel nacional, y en la región de Valparaíso según la misma encuesta el consumo ascendía a un 70% en jóvenes de 15 a 29 años, datos que no son acorde los rangos de edad a nuestro grupo de estudio. Estos resultados indicaron que el adherir a una religión no influye en el consumo de alguna sustancia ilícita, lo cual dista de las creencias religiosas a las que refirieron adscribir.

En cuanto a la actividad sexual un 56,8% de todos los estudiantes ya la ha iniciado, de estos un 35,2% indicaron practicar alguna religión, de los cuales se dividieron en un 62,3% de católicos; 8,6% de evangélicos; 1,4% de mormón; 1,4% de testigo de jehová y un 8,6% de otras religiones; sin importar la religión la mayor parte inició actividad sexual, mientras que aquellos que no pertenecen a una religión y han iniciado actividad sexual corresponden al 57,8%, lo que dejó entrever que al contrario de lo que se cree la práctica religiosa no causó un impacto en el inicio de la actividad sexual (Ver tabla 71.2).

Dentro del ámbito escolar los estudiantes refirieron que el aprendizaje sobre sexualidad se da mayormente a través de charlas educativas (Ver tabla 72.2). Cabe destacar que es en el Liceo Politécnico de Concón donde se realizaron procesos educativos el año 2013 por parte de estudiantes de la Escuela de Obstetricia y Puericultura en la cátedra de Salud Comunitaria I como parte de las actividades prácticas. Según la etapa de desarrollo en la que se encuentran los adolescentes es coherente que la mayor parte de la información que adquieren sobre sexualidad sea por parte de sus amistades, puesto que es en esta etapa en que buscan la aprobación de sus pares, así como también buscan distanciarse de las figuras de poder. Dentro del ambiente familiar refirieron recibir información principalmente de sus padres, lo que se condice con la mayoría que señaló haber recibido una crianza democrática (Ver tabla 72.3).

Al relacionar esta variable con los métodos de prevención de ITS reconocidos por los jóvenes no se observaron diferencias significativas según la fuente de información, siendo el uso de preservativo el método más reconocido

para los tres grupos (68,9 %). La abstinencia y la pareja mutuamente exclusiva presentaron porcentajes bajos con un 19,8% y 36,8% respectivamente, lo que al tratarse de jóvenes que dicen informarse a través de charlas educativas hace cuestionarse si los métodos utilizados resultan eficaces y si se está entregando la información de manera equilibrada o se pone mayor énfasis en el uso del preservativo, en desmedro de los otros métodos (Ver tabla 72.2). En cuanto a la abstinencia y la pareja mutuamente exclusiva la interrogante que queda es, si no fue considerado por los estudiantes, porque no se considera válido o porque no se cree en que esto sea posible de llevar a cabo con la juventud actual. Solo un 44,7% del total de encuestados refirió informarse a través de profesores (Ver tabla 10), lo que pone en evidencia que aún no se cumple con la obligatoriedad impuesta por la Ley 20.418 en cuanto a la implementación de programas de educación sexual en los establecimientos que formaron parte del estudio, o que de ser así, no han resultado efectivos. Cabe destacar que la Ley no es rígida en cuanto a los contenidos que se deben incluir en los programas, sino que permite que estos sean diseñados acorde a las creencias del establecimiento, pudiendo ir esto en perjuicio de los estudiantes al momento de requerir información.

En relación a la mayoría de los encuestados que declaró recibir información sobre sexualidad de parte de sus padres, la interrogante que queda es saber qué tipo de información fue entregada y bajo qué concepto; prevención de una gestación, alusivo a la religión, desde la prevención, con un enfoque participativo o desde una mirada autoritaria. Esto se hace presente ya que de ellos un gran porcentaje considero que la utilización de preservativo en el sexo vaginal no previene el contagio de Infecciones de transmisión sexual. Es por ello que no queda claro el tipo de información entregada, se presume esta sería principalmente desde la mirada de prevención de un embarazo y no necesariamente enfocada en el autocuidado en salud sexual (Ver tabla 75.1 y 75.2).

A pesar de que los adolescentes reconocen recibir información a través de sus padres, ni siquiera la mitad de ellos cree que se debe utilizar preservativo en todas las prácticas sexuales, es más un porcentaje no menos importante (17,9%) cree que no debe ser utilizado. De aquí se hace el principal énfasis en el rol de la matrona como un ente activo en la educación de los adolescentes desde el propio lugar en el que ellos habitan, sea esto en su institución educacional, organizaciones sociales y dentro de los servicios de salud, debido al bajo porcentaje de jóvenes que señalaron a la matrona o a otro profesional de la salud dentro de sus fuentes de información. Esto puede estar relacionado a la baja asistencia a los centros de salud para controles preventivos señalada anteriormente.

Se consideró importante el conocer la influencia del tipo de familia en el inicio de la actividad sexual y la edad en que esto ocurrió. Lo obtenido en cuanto al inicio de las relaciones sexuales fue que la mayoría de los estudiantes que inició su actividad sexual se encuentra en familias nucleares con un 37% y en familias monoparentales maternas con un 23,1%. Cifras similares con respecto al tipo de familia se dieron en los adolescentes que no han iniciado su actividad sexual. De ello se desprende que no es preponderante para este grupo de estudio el tipo de familia para comenzar la vida sexual. Así como tampoco lo es la edad de inicio de esta, ya que independiente del tipo de familia a las que pertenece el general de los jóvenes responde a un inicio e actividad sexual entre los 14 y 15 años.

Dado lo significativo que fue el valor de estudiantes que asiste a un centro de salud solo ante la presencia de una enfermedad, se quiso saber cómo influye en esta variable el nivel educacional de los padres, obteniendo como resultado que es independiente la asistencia a control preventivo del nivel educacional de los padres, ya que aquellos que tienen padres con educación superior no acuden más a los centros asistenciales con fines preventivos en comparación a los que tienen padres con educación básica o media (Ver tabla 75.1 y 75.2). Se cree necesario

implementar espacios más amigables para los jóvenes, en donde se pueda incentivar la prevención y promoción en salud.

VI Agradecimientos

Agradecemos a nuestra profesora guía Loreto Pomodoro Cirano por habernos orientado, corregido, y entregado las herramientas necesarias para la realización de nuestra tesis, también por animarnos, motivarnos y nunca perder la confianza en que sería posible lograr este trabajo.

A nuestras familias que no solo han estado presentes estos dos años de investigación si no que a lo largo de toda nuestra formación universitaria, brindándonos su apoyo incondicional.

Por último, agradecemos a los colegios municipales de la comuna de Concón que formaron parte de este estudio, sus directivos y sus estudiantes.

VII Referencias Bibliográficas

1. Gonzáles Contró M. Derechos sexuales: niños, niñas y adolescentes. SELA (Seminario en Latinoamérica de Teoría Constitucional y Política) 2009: 10

2. Bardi L.A, Leyton C., Martínez V., González E., Identidad sexual: proceso de definición en la adolescencia. Revista Docencia. Colegio de Profesores de Chile. Agosto 2005; (26): 43-44

3. Organización Mundial de la Salud [homepage on the internet]. Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud; c 2000 [consultado el 24/10/14]. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84394/1/sa4.pdf

4. Arévalo C., Suárez R. Políticas de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes: experiencias en Brasil, Chile y Colombia. Trabajo de Grado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina; 2012: 2.

5. Arévalo C., Suárez R. Políticas de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes: experiencias en Brasil, Chile y Colombia. Trabajo de Grado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina; 2012: 5.

6. Arévalo C., Suárez R. Políticas de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes: experiencias en Brasil, Chile y Colombia. Trabajo de Grado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina; 2012: 9.

7. Guía Práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes [base de datos en internet]. Chile: Ministerio de Salud. C 2011 [consultado el 15/10/2014]. Disponible en : http://web.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f365a745e04001011e011120.pdf

8. Palma I. Trayectorias sexuales, preventivas y sociales en el embarazo no previsto de los segmentos juveniles en Chile. Santiago: Chile. Agosto, 2010: 109.

9. Barreto M. Estudio cualitativo: Representaciones y significaciones sobre el embarazo adolescente de padres y madres de hasta 19 años. INJUV. Gobierno de Chile. Noviembre, 2011.

10. Ley 20.418/2010 de 28 de Enero. Fija Normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad. (Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública).

11. INJUV. 7ma Encuesta Nacional de Juventud 2012. Chile. Agosto, 2013: 85.

12. Instituto Nacional de la Juventud. Séptima Encuesta Nacional de la Juventud 2012 [libro electrónico] Chile [consultado 30 de Agosto de 2013] Disponible en http://www.injuv.gob.cl/portal/categoria/publicaciones/

13. Gonzáles Contró M. Derechos sexuales: niños, niñas y adolescentes. SELA (Seminario en Latinoamérica de Teoría Constitucional y Política) 2009: 13-14

14. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012 – 2020. "Nivel Primario de Atención". Santiago de Chile: 2a edición, Marzo 2013.

15. Calculadora de tamaño muestral [homepage en internet]. Estados Unidos. 2014[consultado el 13/10/14].Disponible en: http://es.gmimr.com/solutions/sample-size-calculator.php.

16. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Demográficas y Vitales. Población, país y regiones: Actualización población 2002-2012 y proyecciones 2013-2020. [Fecha de acceso 13 de octubre de 2014] Disponible en http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/familias/demograficas_vitales.php

17. Ayuda Mineduc [homepage on the internet].Chile: Ministerio de Educación; 2014c [consultado el 16/10/2014]

18. Prevención del consumo del Tabaco – Introducción [homepage en internet].Chile: Ministerio de Salud. C 2011 [consultado el 10/10/14] disponible en http://web.minsal.cl/tabaco_prevencion_introduccion

19. Bardi L.A, Leyton C., Martínez V., González E., Identidad sexual: proceso de definición en la adolescencia. Revista Docencia. Colegio de Profesores de Chile. Agosto 2005; (26): 44

20.OPS/OMS. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción.

Asoc. Mundial de Sexología, Guatemala, Mayo 2000: 7

21. Silva M. Sexualidad y adolescencia. Segunda Edición, Santiago, Chile (Unidad I: Desarrollo de la identidad). Marzo 1996: 25.

22. Bardi L.A, Leyton C., Martínez V., González E., Identidad sexual: proceso de definición en la adolescencia. Revista docencia. Colegio de Profesores de Chile. Agosto 2005; (26)

23. Briñón M., Una visión de Género... es de justicia 2012 [libro electrónica] España [consultado 05 de Junio de 2014] Disponible en: http://www.entreculturas.org/files/documentos/estudios_e_informes/Genero.pdf?download

24. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Asoc. Mundial de Sexología, Guatemala, Mayo 2000: 7)

25. OPS/OMS. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Asoc. Mundial de Sexología, Guatemala, Mayo 2000: 7

26. Bardi L.A, Leyton C., Martínez V., González E., Identidad sexual: proceso de definición en la adolescencia. Revista docencia. Colegio de Profesores de Chile. Agosto 2005 (26): 44.

27. Bardi L.A, Leyton C., Martínez V., González E., Identidad sexual: proceso de definición en la adolescencia. Revista docencia. Colegio de Profesores de Chile. Agosto 2005 (26): 46.

28. Bardi L.A, Leyton C., Martínez V., González E., Identidad sexual: proceso de definición en la adolescencia. Revista Docencia. Colegio de Profesores de Chile. Agosto 2005; (26): 44

29. OPS/OMS. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Asoc. Mundial de Sexología, Guatemala, Mayo 2000: 7

30. Bardi L.A, Leyton C., Martínez V., González E., Identidad sexual: proceso de definición en la adolescencia. Revista docencia. Colegio de Profesores de Chile. Agosto 2005 (26): 48.

31. Zabarain S. Sexualidad en la primera infancia: una mirada actual desde el psicoanálisis a las etapas del desarrollo sexual infantil. Revista Nacional de

Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia. Septiembre, 2011; 7: 13.

32. Baztan AA. Psicología de la adolescencia 1° Ed. España 1994

33. Baztan AA. Psicología de la adolescencia 1° Ed. España 1994

34. González SR. Arriagada MP. Ciudadanía y autocuidado en salud reproductiva y sexual: Un estudio exploratorio en mujeres trabajadoras de los sectores de salud y educación. [Libro electrónico] Chile. [Consultado 9 Septiembre 2013]. Disponible en: http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17331/18072

35. Aspectos de la investigación sobre la salud sexual y reproductiva en países con ingresos bajos e intermedios [base de datos en internet].Ginebra: Organización Mundial de la Salud.2007- [consultado 5 Agosto 2014].Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241593334_es.pdf

36. Archivo de Sexología, la definición de Salud Sexual [base de datos en internet].Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2006 - [consultado el 5 Agosto 2014].Disponible en. http://www.sexarchive.info/ECS5/definicion_4.html).

37. Salud Sexual y Reproductiva [homepage en internet] Latinoamérica: Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2000-[consultado 5 Agosto 2014] disponible en: http://www1.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-sexualidad.htm

38. Who.int [homepage en internet].Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002 [actualizado 2002 Enero 28-31; consultado 5 Agosto 2014]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health/en/

39. Ley 20418 [base de datos en internet] Santiago de Chile: Biblioteca del Congreso Nacional; 2010 [consultado el 25 Marzo 2014]. Disponible en: http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1010482

40. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y jóvenes [bases de datos en internet]. Ministerio de Salud: Gobierno de Chile .2013-[citado el 5 Agosto 2014].Disponible en: http://web.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf

41. Reglamento sobre infecciones de Transmisión sexual. Ministerio de Salud de Chile [libro electrónico] Chile- [consultado el 5 de Mayo 2014] Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-4813_recurso_1.pdf

42. Mestre, M. V., Samper, P., Tur, A. y Diez, I. Tipo de crianza y desarrollo prosocial de los hijos. 2001 [consultado el 1/10/2014]. Disponible en: file:///C:/Users/Ani/Downloads/Dialnet-EstilosDeCrianzaYDesarrolloProsocialDeLosHijos-2364995.pdf

43. Glosario de términos [database on the internet].Chile: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. 2014. [consultado el 3/10/14]. Disponible en: http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/glosario-de-terminos/

44. González E., Molina T., Montero A., Martínez V., Leyton C., Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. Revista médica de Chile [Revista en internet]; Oct 2007 [Consultado 29 de Agosto de 2013] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001000005

45. Demaría LM, Galárraga O, Campero L, Walker D.“Educación sobre sexualidad y prevención del VIH: un diagnóstico para América Latina y el Caribe” Rev Panam Salud Publica. 2009.

46. Dirección del trabajo [Artículo en línea]. Aumenta participación laboral femenina. 2013 [Fecha de acceso 30 de octubre de 2014] URL disponible en: http://www.dt.gob.cl/1601/w3-printer-84476.html

47. Comunidad mujer, Voz de Mujer en el Bicentenario [en línea]. 2010. [Fecha de acceso 10 de Octubre de 2014] URL disponible http://www.comunidadmujer.cl/wp-content/uploads/2010/09/Resumen-Ejecutivo-VMB-20101.pdf

48. Jiménez A., Moyano E. Factores Laborales de Equilibrio Entre Trabajo y Familia: Medios Para Mejorar La Calidad De Vida . Universum [En línea] 2008 [Fecha de acceso: 10 de Octubre de 2014] ; 1 (116-133). URL disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071823762008000100007&script=sci_artte xt

VIII Datos Suplementarios

1.- Glosario

1) **Adolescencia**: Periodo de transición dentro del ciclo vital, que abarca desde los 10 a los 19 años. Este periodo está caracterizado por transformaciones en el aspecto fisiológico, psicológico y social.

2) **Aprendizaje sobre sexualidad**: Desde qué fuente y bajo qué contexto el adolescente se informó acerca de temáticas relacionadas con su sexualidad.

3) **Control preventivo**: Asistencia a controles de salud preventivos a centros de salud.

4) **Creencia y prácticas religiosas**: El adolescente cree en una idea que emana de una divinidad, la que considera verdadera y a la que le da completo crédito.

5) **Estructura Familiar**: Cómo se encuentra compuesto el núcleo familiar.
a) **Biparental**: Familia nuclear integrada por el padre y la madre, con uno o más hijos.
b) **Monoparental**: Familia nuclear que está compuesta por un solo progenitor, madre o padre, con uno o más hijos.

6) **Hábitos nocivos**: Adolescente que declara haber consumido alguna vez una sustancia nociva para la salud.
a) **Consumo no problemático**: Experimental (algunos fin de semana)
b) **Consumo problemático**: Consumo perjudicial (cada vez que lo hago me critican).

7) **Identidad de género**: Pertenencia a un sexo u otro, es decir, sentirse hombre o mujer o la combinación de ambos

8) **Ingreso económico familiar, según quintiles al 2013**:Clasificación de los hogares de una determinada población según sus ingresos y la cantidad de miembros del grupo familiar.

9) **Integrantes de la familia**: Personas que viven dentro del mismo hogar que el adolescente y la relación de parentesco o relación que tienen con él.

10) **Jefe de h**ogar: Persona que es económicamente activa, tiene responsabilidades familiares y es el principal sustento económico de la familia.

11) **Nivel educacional de los integrantes de la familia**: Último curso aprobado por el padre, la madre o familiar con el que vive el adolescente.

12) **Orientación sexual**: Deseo natural, tanto sexual como amoroso y erótico hacia otra persona.

11) **Prácticas sexuales asociado a método de prevención de contagio de ITS**: Diferentes prácticas que realiza el adolescente durante su actividad sexual utilizando o no preservativo.

12) **Rol de género**: Comportamiento definido como masculino o femenino, relacionado o no con el sexo biológico e identidad de género.

13) **Tipo de crianza**: Acción de brindar y promover soporte en el desarrollo físico, emocional, social e intelectual de los niños desde la infancia hasta la edad adulta.

a) **Autoritario**: Padres estrictos que imponen reglas sin explicaciones de por medio.

b) **Permisivo**: Son poco exigentes y no hay imposición por parte de los padres.

c) **Democrático**: Permiten la participación de los hijos en la toma de decisiones.

14) **Uso de anticonceptivos**: Uso de algún método de regulación de la fecundidad, sea propio o de la pareja.

2.- Marco Teórico

1.- Adolescencia

1.1 Concepto

Constituye un importante periodo de transición dentro del ciclo vital del individuo, ocurre entre la infancia y la edad adulta. Para la OMS este periodo abarca desde los 10 a 19 años de edad.

Este periodo se caracteriza por una serie de transformaciones en los aspectos fisiológico, psicológico y social.

En lo biológico maduran rápidamente las funciones reproductivas, los órganos sexuales y aparecen los caracteres sexuales secundarios (desarrollo de los senos, vello corporal y facial y cambios en la voz entre otros). El individuo se considera sexualmente maduro al iniciarse la menarquía en el caso de la mujer y la espermarquia en el hombre.

En el aspecto psicológico, como lo señala Piaget, se desarrolla el pensamiento abstracto y el razonamiento moral. Para Sigmund Freud la etapa genital de la maduración sexual es el comienzo fundamental de la adolescencia. Existe un redespertar de los impulsos sexuales. Debido a los cambios fisiológicos de la maduración sexual, los adolescentes ya no reprimen su sexualidad como lo hacían durante la etapa de la infancia.

Eric Erikson identificó la adolescencia como una crisis de identidad en relación a la confusión de roles. La tarea más importante de la adolescencia es descubrir “Quién soy yo”, es decir, la búsqueda de la identidad. Erikson considera que el primer riesgo de este estadio es la confusión de identidad. Los adolescentes pueden expresar su confusión actuando impulsivamente. También considera el enamorarse como un intento para definir la identidad. Llegando a intimar con otra persona y compartiendo pensamientos y sentimientos, el

adolescente da a conocer su propia identidad, ve su reflejo en la persona amada y es capaz de clarificar su yo.

Por último en el ámbito social, en esta etapa el adolescente se desliga del contexto familiar, otorgando mayor importancia y tiempo a los grupos de amigos. Es aquí donde el adolescente confirma su identidad, explora nuevas relaciones sociales y recibe apoyo y comprensión de personas que comparten el mismo periodo de transición.

2.- Identidad sexual

2.1 Concepto de Identidad Sexual

Según el artículo "Identidad Sexual: proceso de definición en la adolescencia", publicado por la Revista Docencia, del Colegio de Profesores de Chile en el año 2005, la identidad sexual de una persona está constituida por la identidad de género, el rol de género y la orientación sexual, siendo la sexualidad la expresión de esta.[19]

Según la publicación de la OPS, "Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción", realizada en conjunto con la OMS y la Asociación Mundial de Sexología en el año 2000, la identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.[20]

La psicóloga Mónica Silva, en su libro "Sexualidad y Adolescencia" afirma que *la identidad sexual de un individuo comienza a desarrollarse desde el momento mismo de la concepción, en el mensaje genético de la unión óvulo-*

espermio. A medida que el niño o niña crece, irá adquiriendo las características propias de su sexo a través del aprendizaje que se da principalmente en la familia y a través de los modelos de hombre y mujer que le presenta su ambiente. Los roles asociados al sexo femenino y masculino en nuestra sociedad difieren entre sí (...) Los niños aprenden a comportarse "como hombres" y "como mujeres" a través de la imitación y la identificación con el progenitor del mismo sexo. Los padres, la familia y la sociedad en general refuerzan el que se aprendan las conductas que se asocian al propio sexo.

Las personalidades femenina y masculina están influenciadas por la carga biológica de los individuos al nacer y por las experiencias de aprendizaje que se dan en relación al ambiente, a los padres y a los adultos importantes en la vida de los niños.[21]

El mismo artículo de la Revista Docencia afirma que la identidad sexual se establece al final de la adolescencia. Esto supone la integración de los impulsos sexuales a la personalidad total de manera concordante con diferentes aspectos del desarrollo del joven, en este sentido, que sea capaz de unificar y relacionar diversos aspectos como su sexualidad, normas, valores, ética y objetivos en la vida.[22]

2.1.1 Identidad de Género

El origen del concepto de género radica en el movimiento feminista. Simone de Beauvoir, escritora, profesora y filósofa francesa, publica en el año 1949 su libro El segundo sexo, en donde estudia la condición de la mujer en las sociedades occidentales desde la perspectiva de la filosofía existencialista, plantea cómo las mujeres adquieren ciertas características “femeninas” mediante un proceso individual y social, además de contextualizar el género, y en diferenciar lo biológico de lo cultural.

El hecho de nacer hombre o mujer posee un conjunto limitado de características estructurales y fisiológicas mientras que con estas nuevas teorías y propuestas se pretendía consolidar la idea de que los hombres y mujeres son iguales y que son los procesos y construcciones culturales los que los hacen diferentes. A partir de esto diversas instituciones y las ciencias sociales comienzan a implementar el significado de género siendo aún un tema de debate.[23]

La IV Conferencia Mundial de la ONU sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, adoptó el concepto de género declarando que "el género se refiere a los papeles sociales construidos para la mujer y el hombre asentados en base a su sexo y dependen de un particular contexto socioeconómico, político y cultural, y están afectado por otros factores como son la edad, la clase, la raza y la etnia". [24]

La publicación de la OPS, "Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción" define el género como la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. Afirma además que el género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer.

Por otro lado, indica que la identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género.

La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.[25]

El artículo "Identidad sexual: proceso de definición en la adolescencia",

publicado por Revista Docencia, señala que la identidad de género es la convicción íntima, el sentimiento básico internalizado de una persona, la experiencia psicológica interna de sentirse a sí mismo como mujer u hombre.[26]

El mismo texto afirma que son comunes las amistades entre niños del mismo sexo donde hay una separación entre niños y niñas que ayuda a reafirmar su identidad sexual en términos masculinos o femeninos. En este sentido, pueden presentar juegos de exploración sexual con niños del mismo sexo o del otro por curiosidad, que tienen como objetivo cimentar el proceso de identificación sexual.[27]

2.1.2 Rol de género

Se refiere al comportamiento definido como masculino o femenino en diferentes épocas y en una cultura determinada. Estas conductas también se encuentran generalmente en concordancia con el sexo biológico y la identidad de género.[28]

2.1.3 Orientación sexual

La OPS señala que la orientación sexual 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. Puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos.[29]

Sea cual sea esta orientación, involucra diversos aspectos, desde las reacciones neurovegetativas en la atracción erótico-sexual, hasta la escala de valores y aspectos volitivos, en la vivencia de las emociones y los afectos en la elección de pareja.[30]

2.2 Etapas de formación de la identidad sexual

"*La organización de lo psicosexual por etapas es el intento de dar una explicación a que en el proceso de desarrollo el hombre tiene momentos de organización de su sexualidad que definen su personalidad, y en la cual tienen influencia los otros, los padres y los adultos en general".*[31]

Varios autores como Freud, Erickson y Klein, entre otros, han organizado el desarrollo sexual de las personas a través de etapas, las que se inician desde el nacimiento haciéndose más evidentes a partir de la infancia, alrededor de los 3 a 5 años, en donde se consolida la identidad sexual y se comienza a hacer más marcada la identificación y la pertenencia a un sexo. Debido a que es un proceso que va íntimamente ligado al desarrollo de los individuos se debe entender desde sus orígenes para finalmente poder realizar la investigación con mejores detalles de lo que acompaña al adolescente en la búsqueda del "yo", es decir, de su identidad y orientación sexual.

2.2.1 Periodo de lactancia

Es una etapa de total dependencia para la satisfacción de las necesidades básicas. Según el modelo de Erikson, en esta etapa el conflicto se debate entre la confianza versus la desconfianza, cuyo resultado dependerá de la satisfacción de sus necesidades y del afecto recibido. Si esto se cumple, el niño desarrollará un sentimiento de confianza en sí mismo, y una sensación afectiva de seguridad, aceptación, protección y cariño. De no cumplirse la satisfacción de necesidades y afecto el lactante desarrollará sentimientos de inseguridad, miedo, dolor y percibirá el mundo como un lugar hostil. La presencia de ambos padres es fundamental en esta etapa ya que influirá en la formación de un rol específico, ya sea femenino o masculino.

2.2.2 Periodo preescolar

Esta etapa comprende desde el año de vida hasta los cinco años. Ocurren grandes cambios a nivel biológico, como el comienzo de la marcha, el control de esfínteres y el desarrollo neurológico, que posibilitan la aparición de la función simbólica y el lenguaje. El niño que haya desarrollado un sentimiento de confianza y apego seguro será capaz de lograr autonomía e individuación. Es común en este proceso el oponerse a las órdenes de la autoridad como una forma de autoafirmarse frente a los demás. Mediante el juego se imitan el comportamiento de los adultos y se ensayan los futuros roles, como forma de definición de la identidad sexual futura. Aparece la curiosidad por lo sexual, y experimentan placer al comenzar a explorar sus cuerpos. Esta sensación puede ser acompañada de temor o inhibición, lo que dependerá de la reacción de los adultos, siendo primordial el diálogo y la orientación para reafirmar la autoestima del niño.

2.2.3 Periodo escolar

Este periodo abarca desde los 6 a los 11 años. En esta etapa los niños abandonan su egocentrismo, siendo capaces de ponerse en el lugar de otros, lo que los lleva a realizar juicios morales.

Para Freud en esta etapa hay una declinación de la sexualidad infantil, por lo que se detiene la evolución de la sexualidad. Se ven incrementados la aparición de sentimientos como el pudor.

2.2.4 Adolescencia

Esta etapa se ve marcada por un cambio en la totalidad de la forma corporal, especialmente el crecimiento y maduración de los órganos sexuales, sin embargo la emocionalidad y las capacidades intelectuales no alcanzan la madurez.

Se comienza a desarrollar el pensamiento abstracto, los adolescentes son capaces de considerar todos los aspectos de una situación[32].

Este periodo también está marcado por el logro de la verdadera moralidad. El adolescente es capaz de reconocer la posibilidad de que dos normas socialmente aceptadas puedan entrar en conflicto y él puede decidir entre alguna de ellas[33].

3.- Conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva

3.1 Concepto de autocuidado

Dorothea Orem define autocuidado como "prácticas de las actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener el funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal, el bienestar" [34].

El concepto autocuidado hace referencia a que la persona es consciente de la existencia de riesgos y beneficios de su actuar, y la responsabilidad ante si mismo y ante otros, desprendiéndose de esto que el autocuidado es inherente a la persona como una manera de preservar la vida, no se debe desconocer la influencia que tiene el entorno en cuanto al concepto que se posee de autocuidado el cual puede ir variando de persona en persona dependiendo de las características socioculturales del individuo.

3.2 Concepto de Salud Reproductiva

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), corresponde a un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia

de afecciones o enfermedades, en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor y con sus funciones y procesos. Según esto, la salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres a estar informados y a tener acceso a los métodos de planificación familiar de su elección que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y a otros métodos de su elección para la regulación de la fecundidad que no sean ilegales, así como el derecho a acceder a los servicios sanitarios adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo de forma segura y que proporcionen a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. [35]

3.3 Concepto de salud sexual:

Definida por la OMS como "*un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud*".[36]

Por otra parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "*un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas"* [37]

3.4 Concepto de autocuidado en salud sexual y reproductiva:

Hace referencia al conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción y, más específicamente, la reproducción humana, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, los estudios de género y otros aspectos de la sexualidad humana, con el objetivo de alcanzar una satisfactoria salud sexual y reproductiva. [38]

4.- Políticas públicas

Las políticas en cuanto a la salud sexual y reproductiva en Chile por mucho tiempo fueron descuidadas, pero a partir de los años noventa Chile comienza a globalizarse y a establecer acuerdos internacionales que lo obligan a comprometerse a distintos acuerdos, entre ellos se adscribe a la “Conferencia del Cairo de 1994”, “La IV conferencia de la mujer de Beijing 1995” donde se abordan temas de salud reproductiva, la planificación familiar, la salud sexual. Por lo que el estado ha ido elaborando políticas que tiendan al cumplimiento de los objetivos acordados.

4.1 Ley 20.418

Promulgada el 18 de Enero de 2010, durante el gobierno de la presidenta Michelle Bachelet, corresponde a una política pública que busca promover una paternidad y maternidad responsable, bajo un marco de respeto de las creencias y valores que posea cada individuo con el fin de disminuir los riesgo de la actividad sexual sin información ni control, citando al texto Historia de la ley 20.418, pág. 6, se extrae que “Sin perjuicio de las creencias personales y visiones valóricas propias de cada persona, el Estado, específicamente a través de los órganos de la

Administración del Estado con competencia en Salud, debe poner a disposición de las personas todas las alternativas legítimas para el ejercicio responsable y autónomo de su sexualidad". Es bajo este deber del estado en que se encuentra inserta la ley 20.418 que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad.[39]

Cuenta con cinco artículos, el primero relacionado con información y orientación en materias de salud sexual y reproductiva, estrechamente relacionado con los adolescentes, ya que, expresa la obligación de los establecimientos educacionales reconocidos por el estado de incluir dentro del ciclo de enseñanza media un programa de educación sexual de acuerdo a los proyectos y creencias de cada establecimiento; el segundo dirigido a la elección y acceso de métodos de regulación de la fertilidad como un derecho y una acción de libre elección; el tercero relacionado con el derecho a la confidencialidad y privacidad de todas las personas sobre sus opciones y conductas sexuales así como también de los métodos utilizados para la regulación de la fecundidad; el cuarto establece los deberes del Estado, decretando las acciones que los órganos de la administración del estado con competencias en la materia deben adoptar; y finalmente el quinto establece la obligación del facultativo, que prescriba un método anticonceptivo de emergencia sospechando un posible delito sexual, de poner a disposición del Ministerio Público los antecedentes del caso.

4.2 Programa de Salud Adolescente

Según el Programa de Salud Adolescente del MINSAL, la población chilena durante los últimos 30 años ha experimentado una mejoría en temáticas de salud y disposición de recursos económicos, pero al diferenciar estos datos por edad, sexo, ubicación geográfica, entre otros; aún se perciben desigualdades de distintos ámbitos y alcances de los problemas de salud, desventajas relacionadas con determinantes sociales estructurales o intermedios de la salud.

Tal como lo indica el programa, el grupo de adolescentes y jóvenes (personas entre 10-24 años de edad que corresponde al 25,03% del total de la población) es el que representa un mayor porcentaje de población en situación de pobreza (Casen, 2010) lo que limita el acceso a salud, sumando a esto los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (2009-2019) que arrojaron que las altas prevalencias de enfermedades crónicas no transmisibles se adquieren en el periodo de la adolescencia y juventud.

Bajo este contexto, en el 2011 el Ministerio de Salud convocó a diversos actores institucionales y de la sociedad civil para iniciar un proceso de construcción y formulación de la Estrategia Nacional de Salud, apoyándose en el marco conceptual de los determinantes sociales de salud de la población. De forma paralela y alineados con esta estrategia el equipo Ministerial de Adolescencia inicia el proceso de elaboración del "Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes" que se apoya en la estrategia regional OPS/OMS (2010-2018) para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes[40].

Dicho programa desarrollado en todo el país, en las seremis y en los tres niveles de atención del sistema público en salud tiene como propósito mejorar el acceso a la oferta de servicios diferenciados que respondan a las necesidades de salud de toda la población adolescente entre 10-19 años y jóvenes entre 20-24, con enfoque de género y pertinencia cultural, en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y a la comunidad. Integrando distintos enfoques, que permitan visualizarlos como sujetos de derechos y protagonistas de sus propias vidas. (Minsal, Programa de Salud Adolescente).

4.3 Reglamento sobre infecciones de transmisión sexual, decreto Nº 206 de 2005

Decreto publicado en el gobierno del presidente Ricardo Lagos Escobar, en el diario oficial el día 8 de mayo del año 2007, en vista de la necesidad de actualizar las disposiciones que regulan la protección de la salud en materia de

infecciones de transmisión sexual. Este reglamento consta 3 item que albergan 18 artículos en total. Para efectos del reglamento considera como enfermedad de transmisión sexual las siguientes enfermedades: sífilis en todas sus formas, infecciones por Neisseria gonorrhoeae, infecciones genitales por clamidias, infecciones genitales por micoplasmas, condilomas acuminados, herpes genital, linfogranuloma venéreo, chancroide e infección por VIH.

Establece que es responsabilidad del ministerio de salud hacer todo lo posible para que se cumplan las normativas destinadas al manejo y control de las infecciones de transmisión sexual en la población y de velar porque se presten las atenciones de salud necesarias a quienes se ven afectados por alguna de ésta.

Los establecimientos de salud que integran la red asistencial son los encargados de realizar las acciones sanitarias de educación y promoción y de brindar atención clínica integral para la prevención y tratamiento de las infecciones y enfermedades de transmisión sexual.

El profesional de la salud tiene la obligación de notificar a la autoridad sanitaria correspondiente sobre los casos de infección de transmisión sexual.

Todos los antecedentes y documentos relacionados con la notificación e investigación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, serán estrictamente confidenciales, de conformidad con las normas de la ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada en lo concerniente a datos de carácter personal, y con el debido resguardo por parte de los funcionarios que tengan acceso a ellos del secreto profesional y del secreto estadístico establecido en la ley N° 17.374, obligación que no cesa por haber terminado sus actividades en ese campo. Dichos antecedentes sólo serán entregados a requerimiento del interesado o de la autoridad judicial.[41]

5.- Tipo de crianza

La familia es el núcleo donde las personas se desarrollan, constituye la primera fuente de información para el niño acerca de su propia valía, normas, roles y de las expectativas que se proyectan en él. [42]

Esta primera fuente de información va a estar condicionada por un estilo de crianza, un conjunto de conductas ejercidas por los padres hacia los hijos que traspasaran conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos; en ámbitos biológicos, educativos, sociales, económicos y de apoyo psicológico. Según Vega 2006 existen dimensiones que caracterizan estas prácticas educativas de los padres las cuales son el control y exigencias; existencia o no de normas y disciplina; grado de exigencia a los hijos; afecto y la comunicación.

Vega expone que existirán cuatro estilos de crianza: el estilo democrático; el estilo indiferente; el estilo permisivo, y el estilo autoritario. Para esta investigación, se consideraron sólo tres:

-Estilo democrático: padres que permiten participación de sus hijos en la toma de decisiones, considerando la edad, características individuales y circunstancias partículas de sus hijos.

-Estilo permisivo: son los hijos los que tienen el control, padres poco exigentes que suelen doblegarse a los requerimientos y caprichos.

-Estilo autoritario: padres estrictos que imponen disciplina y exigencias independiente de la edad de los hijos, características individuales y diferentes circunstancias de la vida

6.- Tipo consumo:

Según el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), entidad del Gobierno de Chile responsable de

elaborar las políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por estas sustancias, existen distintos tipos de consumo definidos por frecuencia y dependencia del consumo de hábitos nocivos.

La clasificación corresponde a:

6.1.- Consumo experimental: corresponde a situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias que puede acompañarse de abandono de las mismas o de continuidad en el consumo. La adolescencia es la etapa en que con mayor frecuencia surge este tipo de consumo, si bien un alto porcentaje no reincide.
Las motivaciones pueden ser varias: curiosidad, presión del grupo, atracción de lo prohibido y del riesgo, búsqueda del placer y de lo desconocido y disponibilidad de drogas, entre otras. Indicadores de este tipo de consumo suelen ser el desconocimiento que el individuo tiene de los efectos de la sustancia y que su consumo se realiza, generalmente, en el marco de un grupo que le invita a probarla. No hay hábito y, generalmente, no se compra la sustancia, sino se comparte.

6.2.- Consumo ocasional: es el uso intermitente de la/s sustancia/s, sin periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia. Entre las motivaciones principales están facilitar la comunicación, la búsqueda de placer, relajación y transgredir las normas, entre otras. Algunas características del consumo ocasional:

El individuo continúa utilizando la sustancia en grupo, aunque es capaz de realizar las mismas actividades sin necesidad de drogas; conoce la acción de la/s droga/s en su organismo y por eso la/s consume. No hay hábito y, generalmente, no compra la sustancia; también la comparte.

6.3.- Consumo habitual: supone una utilización frecuente de la droga. Esta

práctica puede conducir a otras formas de consumo dependiendo de la sustancia, la frecuencia con que se emplee, las características de la persona, el entorno que le rodea, etc. Entre las motivaciones expresadas para mantener el uso de las drogas están intensificar las sensaciones de placer; pertenencia al grupo y necesidad de reconocimiento dentro de éste; mitigar la soledad, el aburrimiento, la ansiedad; reafirmar independencia o aversión hacia la sociedad y reducir el hambre, el frío, la debilidad o el cansancio.

Algunos indicadores que denotan consumo habitual: La persona amplía las situaciones en las que recurre a las drogas; usa drogas tanto en grupo como solo; el usuario conoce sus efectos y los busca; suele comprar la sustancia; como no ha perdido el control sobre su conducta, la persona manifiesta poder abandonar el hábito en caso de proponérselo.

6.4.- Consumo perjudicial: según el CIE 10(Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud), es cuando la forma de uso de una sustancia psicoactiva está causando daño a la salud. El daño puede ser físico (hepatitis debido a la administración de sustancias psicotrópicas atravesando una o más capas de la piel o de las membranas mucosas [vía parenteral]) o mental (trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol).

6.5.- Consumo dependencia: se refiere al uso recurrente de drogas que produce algún efecto perjudicial, para la persona que consume o su entorno, esto es problemas de salud (incluidos los signos y síntomas de dependencia), problemas en las relaciones interpersonales, incumplimiento de obligaciones, entre otros.

El consumo problemático es considerado un indicio de abuso de drogas, por lo cual se han identificado 4 áreas de problemas relacionados con el consumo de drogas: Incumplimiento de obligaciones (laborales, académicas, familiares), riesgos de salud o físicos, problemas legales y compromiso en conductas antisociales, problemas sociales o interpersonales.

En términos operacionales, en los estudios nacionales sobre consumo de drogas se considera consumo problemático a las personas que califican, de acuerdo a los criterios diagnósticos respectivos, como consumidores abusivos o dependientes.

El consumo dependiente-problemático de drogas tiende a estar relacionado con dificultades personales o familiares y con circunstancias sociales y económicas adversas. Estos factores son similares a los que a menudo se encuentran ligados también a otros problemas sociales como, por ejemplo, las enfermedades mentales y la delincuencia. En este sentido, también puede argüirse que cuanto más se generalice el consumo de drogas entre la población general, más fácil será que las personas con los problemas anteriormente señalados se conviertan en consumidores problemáticos de drogas. Incluye el abuso, el consumo perjudicial y la dependencia, de acuerdo a la clasificación DSM IV y CIE 10. Corresponde a un concepto sugerido por la ONUDD que da mayor funcionalidad para focalizar en la población el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción.[43]

7.- Educación en salud sexual y reproductiva:

"Es muy importante comprender que siendo la sexualidad una construcción social, se puede influir y modificar. El conversar, el encontrar un lenguaje para lo que no ha sido expresado, es una vía fundamental para que las personas modifiquen sus percepciones de sí mismas y para que lleguen a comprender la relación entre su comportamiento individual y el contexto social y cultural en que viven." [44]

La educación en salud sexual y reproductiva es la clave para el logro humano, al educar a los adolescente en esta temática se disminuye la desinformación en el correcto uso de métodos anticonceptivos, con ello eventualmente podrían bajar las tasas de embarazo adolescente, y se previene el

contagio de enfermedades de transmisión sexual que por lo general afectan mayormente a poblaciones más vulnerables, pero además erradica mitos y falsas creencias en sexualidad que podrían impedir un desarrollo físico, psíquico y emocional sano, es decir que no es la mera entrega de conocimientos prácticos, sino que debe integrar aspectos somáticos, emocionales, intelectuales, sociales y culturales del ser sexual, de manera de enriquecer positivamente y fortalecer la personalidad, la comunicación y el amor que es como define la OMS a la salud sexual y también entregar herramientas para que el ser humano pueda disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y la capacidad de decidir si tener hijos e hijas o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

"La experiencia internacional en educación sobre sexualidad y prevención del VIH con programas escolares es amplia, aunque también controvertida. Las revisiones de la literatura sobre el tema para los países en desarrollo sugieren que los programas a nivel escolar pueden tener un impacto positivo en las actitudes y el conocimiento del VIH/Sida así como de otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Se afirma que la eficacia y éxito de las intervenciones educativas dependen de varios factores, que incluyen el ambiente y el respaldo político-legislativo, el contexto sociocultural y familiar donde se desarrollan y, en la propia escuela, de los planes de estudio, contenidos, formatos de presentación, tiempo de exposición, frecuencia con que se repite la información y conocimiento del tema por parte de los docentes.

Los programas más eficaces utilizan una variedad de métodos, como por ejemplo la educación presencial, la dramatización y los medios audiovisuales." [45]

Según estudios realizados en América Latina y el Caribe se desprende que la educación en cuanto a la sexualidad efectivamente es un factor importante, más no se deben desconocer los factores externos como el ámbito político-cultural en el cual el individuo se ve rodeado, afectando la manera en que éste adquiere los conocimientos y los aplica en el diario vivir.

8.- Método Anticonceptivo

Los cambios ocurridos durante la etapa de la adolescencia provocan que los jóvenes estén más dispuestos a experimentar, lo que puede conducir a situaciones de riesgo y por ende involucrar el normal desarrollo de su sexualidad. Frente a estas experiencias riesgosas puede estar presente la exposición a infecciones de transmisión sexual (ITS) y la gestación adolescente.

Se consideran infecciones de transmisión sexual: la sífilis, gonorrea, infección genital por clamidia y micoplasmas, condilomas acuminados, herpes genital, linfogranuloma venéreo, chancroide e infección por VIH.

El inicio de la actividad sexual a edad temprana y el número de parejas sexuales, representan un mayor riesgo a contraer alguna ITS, por lo tanto para que se comprenda la importancia de retrasar el inicio de la actividad sexual y mantener pareja única se debe tener un correcto conocimiento sobre los riesgos de no utilizar un los método de prevención y como utilizar estos.

La política de planificación de fertilidad femenina, que ha estimulado la fecundidad hacia edades posteriores a la adolescencia, busca que el uso de tecnología preventiva sea masivo y equitativo para todos los segmentos de la sociedad (Palma, 2010). El conocimiento en las distintas tecnologías preventivas que tienen los jóvenes ha ido en aumento, gracias a estas políticas, siendo manifestado en la encuesta de la INJUV el año 2012 donde se señala que la población juvenil que declara utilizar métodos anticonceptivos en su última relación sexual asciende a 88% cifra que ha aumentado con relación al año 2006 donde se alcanzaba un 72%. De los jóvenes que utilizan algún método preventivo el de mayor elección es el condón o preservativo con una elección del 49% y la píldora anticonceptiva con un 38%.

La tecnología anticonceptiva trajo consigo un nivel de racionalidad mayor

sobre las relaciones sexuales, lo que a su vez ha impactado en una mayor autonomía de los individuos sobre los procesos reproductivos.(INJUV, 2012)

La población joven que declara no haber usado métodos de prevención en su última relación sexual refieren a motivos como “tengo pareja estable”, “no me gusta usar métodos”, siendo la desinformación o desconocimiento y las dificultades en el acceso una de las razones dadas con menor frecuencia.

9.- Situación Laboral

9.1.-Participación laboral femenina:

Un estudio realizado por CASEN 2000 demostró que entre los años 1990 y 2000, la participación de la mujer en el mundo laboral aumentó en un 4%, de un 31% hace 15 años a un 35% en el año 2000, con lo que Chile se ubica en el tercer puesto en América Latina.[46]

Según la primera encuesta nacional sobre mujer y trabajo en Chile, 60,6% de las mujeres entre 18 y 65 años del medio urbano nacional participaba del mercado laboral entre septiembre y noviembre de 2009.[47]

9.2.-Efectos del aumento laboral en la familia

Dada las características que ha venido asumiendo el trabajo en el mundo globalizado, el récord negativo ostentado por Chile de un altísimo número de horas de permanencia de los trabajadores en sus trabajos, las demandas inapropiadas en éstos hacia aquellos, la incorporación sostenida de las mujeres al mismo y, dentro de él, a puestos y responsabilidades altamente demandantes que anteriormente estaban reservados sólo a los hombres, las posibilidades de conflicto entre familia y trabajo se han visto incrementadas.

En Chile se observa una disminución del tamaño medio de las familias, un aumento de la presencia femenina a cargo de éstas, un mayor crecimiento de

familias monoparentales, un incremento en la depresión el estrés y el suicidio, por todo lo cual, se hace necesario una revisión en la agenda pública y en las organizaciones para orientar políticas que fomenten el equilibrio trabajo-familia, en beneficio de la calidad de vida laboral y general de los trabajadores y sus familias manteniendo el logro de los objetivos de las organizaciones[48].

3.- Matriz de Operacionalización de Objetivos

Objetivos de la investigación

Objetivo General

Determinar la influencia de la identidad sexual en las conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de Concón en el año 2014.

Objetivos Específicos

1.- Caracterizar a la población según avance educacional de los adolescentes de la comuna de Concón.

2.-Conocer la identidad sexual de los adolescentes de la comuna de Concón.

3.-Identificar las conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la comuna de Concón.

4.-Relacionar características de la identidad sexual con conductas de autocuidado de los adolescentes de la comuna de Concón.

Variables del estudio

Objetivo específico 1:

Caracterizar a la población según avance educacional de los adolescentes de la comuna de Concón

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	SUBINDICADOR
a) Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.		-14 años -15 años -16 años -17 años -18 años -19 años	

b) Curso	Nivel académico que se encuentra cursando el adolescente .	Básica Media	-Séptimo -Octavo -Primero -Segundo -Tercero -Cuarto	

Objetivo específico 2:

Conocer la identidad sexual de los adolescentes de la comuna de Concón

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	SUBINDICADOR
a) Sexo biológico			Hombre Mujer	
b) Identidad de género	Pertenencia a un sexo u otro, es decir, sentirse hombre o mujer o la combinación de ambos		Hombre Mujer Ambos	

c) Rol de género	Comportamiento definido como masculino o femenino, relacionado o no con el sexo biológico e identidad de género.	Hogar Trabajo Relación de pareja	Afirmaciones con carga cultural	Rol femenino Rol masculino Rol de ambos
d) Orientación sexual	Deseo natural, tanto sexual como amoroso y erótico hacia otra persona.		Hombre Mujer Ambos	
e) Tipo de crianza	Acción de brindar y promover soporte en el desarrollo físico, emocional, social e intelectual de los niños desde la infancia hasta la edad adulta.		Autoritario: Padres estrictos que imponen reglas sin explicaciones de por medio. Permisivo: Son poco exigentes y no hay imposición por parte de los padres.	

			Democrático: Permite la participación de los hijos en la toma de decisiones.	
f) Creencia religiosa y prácticas asociadas a esta.	El adolescente cree en una idea que emana de una divinidad, la que considera verdadera y a la que le da completo crédito.		Católico Evangélico Mormón Testigo de Jehová Otra	
g) Influencia de la religión practicada en la vida sexual	Influye la religión profesada en la decisiones tomadas con respecto a la actividad sexual		Sí No No responde	

h) Aprendizaje sobre sexualidad.	Desde qué fuente y bajo que contexto el adolescente se informó acerca de temáticas relacionadas con su sexualidad.		Colegio Familia Otros medios	-Profesores -Amigos -Charlas educativas -Matrona -Otro profesional de la salud -Padres -Hermanos -Familiar significativo -Viendo películas -Viendo revistas -Leyendo en internet
i) Estructura Familiar	Cómo se encuentra compuesto el núcleo familiar.		Nuclear Monoparental Materna Monoparental Paterna Monoparental Materna extensa Monoparental Paterna extensa	-Padre, madre, hermanos -Mama, hermanos -Padre, hermanos -Madre, hermanos, abuelos, tios. -Padre, hermanos, tios

	.		Extensa Otros	-Padre o Madre, hermanos, abuelos, tíos -Familia que no aplique en las clasificaciones anteriores
J) Jefe de hogar	Persona que es económicamente activa, tiene responsabilidades familiares y es el principal sustento económico de la familia.		Padre Madre Abuelo/a Hermano Tío/a Otro	Si marcó otro indique quién.

k) Nivel educacional de los integrantes de la familia	Último curso aprobado por el padre y madre del adolescente		Básica Media Superior	Último año aprobado Padre Madre _____ ____ _____ _____ _____ _____

Objetivo específico 3:

Identificar las conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la comuna de Concón.

Indicadores	Definición	Dimensión	Indicador	Subindicador
a) Hábitos nocivos	Adolescente que declara haber consumido alguna vez una sustancia nociva para la salud.	Qué consume (declaración del consumo) Cuánto Consume (cuantificación del consumo)	Alcohol Cigarro Marihuana Pasta Base Consumo no problemático	Experimental (algunos fin de semana)

			Consumo problemático	Ocasional (solo si tengo ganas) Habitual (busco la ocasión para hacerlo) Consumo perjudicial (cada vez que lo hago me critican) Consumo dependencia (siento que lo necesito)
b) Inicio y edad de inicio de actividad sexual	Adolescente ha iniciado o no actividad sexual y que edad tenía cuando tuvo su primera relación sexual.		No ha iniciado actividad sexual Si ha iniciado actividad sexual	Edad inicio: <14 14-16 16-18

c) Método anticonceptivo utilizado por adolescentes que han iniciado actividad sexual.	Que método utilizan con su pareja los adolescentes que mantienen relaciones sexuales.		-Pastillas Anticonceptivas -Anticonceptivo Inyectable -Dispositivo T de cobre -Implante subdermico -Preservativo -Otro	
d) Número de parejas sexuales	Cantidad de personas con las que ha realizado prácticas sexuales.		1-3 3-6 >6	
e) Prácticas que previenen el contagio de infecciones de transmisión	Qué practicas considera el adolescente que previenen el contagio de infecciones de transmisión sexual.		-Pareja mutuamente exclusiva -Sexo oral -Abstinencia	

sexual	sexual		Masturbación -Uso de preservativo -Sexo anal -Sexo vaginal - Ninguna	
f) Prácticas sexuales asociado a método de prevención de contagio de ITS	Diferentes prácticas que realiza el adolescente durante su actividad sexual utilizando o no preservativo.		-Sexo vaginal - Sexo anal -Sexo oral -No lo uso -Siempre, en cada relación sexual	
g) Control preventivo	Asistencia a controles de salud preventivos a centros de salud.		Sí No	

h) Búsqueda de información	El adolescente resuelve las dudas que surgen sobre sexualidad consultando diferentes fuentes de información.		Siempre A veces Nunca	

4.- Método

4.1.-Instrumento de recolección de datos

“Encuesta sobre identidad sexual y prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva”

La siguiente encuesta es parte de un estudio realizado por estudiantes de la Universidad de Valparaíso, como parte de una investigación sobre adolescentes de la comuna de Concón. Esto no tiene relación con su establecimiento educacional por lo que no es una evaluación y toda la información recopilada será de carácter confidencial. Te pedimos que respondas con mucha honestidad, ya que el presente instrumento servirá para futuras modificaciones en el programa de salud adolescente y los procesos educativos que se realizarán a los jóvenes encuestados.

Edad: ____ Curso: _____ Sexo: Femenino ____ Masculino ____

Las siguientes preguntas están enfocadas en la identidad sexual.

1.a) La mayor parte del tiempo usted se considera.

a. hombre b. mujer c. no lo defino

1.b) ¿Cuál de las siguientes frases lo identifica más? Marque con una X todas las que lo identifiquen.

- Tareas del hogar y roles:

…..Tanto el hombre como la mujer pueden encargarse del cuidado de los hijos.

…..Las tareas del hogar (Por ejemplo: cocinar, lavar, limpiar y ordenar la casa) deben ser compartidas por todos los integrantes de la familia, sean hombres o mujeres.

…..El padre debe mantener económicamente el hogar.

…..La falta de obediencia de la mujer en el hogar debe ser castigada.

…..Las mujeres deben dedicarse a las tareas domésticas y al cuidado de los hijos.

…..La madre debe ser la líder de la familia.

…..El hombre tiene derechos de propiedad sobre la mujer y sus hijos.

…..La mujer debe seguir a su marido en las decisiones del hogar.

…..Los hombres deben cooperar en las tareas domésticas.

- Poder y Respeto en la pareja:

…..Los celos son el “condimento” del amor.

…..Un hombre no maltrata porque sí, algo debe haber hecho la mujer para provocarlo.

…..En una relación, cada individuo es dueño del otro.

…..¡Qué inteligente, hasta parece hombre!

…..La mujer es más débil, pasiva, receptiva y creada para la maternidad.

…..Cada miembro de la pareja es autónomo, sólo le debe al otro amor, respeto y comprensión, nunca obediencia.

…..La primera relación sexual en una pareja casi siempre es propuesta por el hombre.

- Poder y Respeto en la pareja:

…..En una relación de pareja homosexual, uno/a siempre debe adoptar el rol de hombre y el otro/a de mujer, independiente de su sexo biológico.

…..El hombre siempre debe estar dispuesto a tener relaciones sexuales.

…..La mujer siempre debe estar dispuesta a tener relaciones sexuales.

…..Es deber de la mujer atender a su pareja en todo lo que quiera.

…..Es deber del hombre complacer a su pareja en todo lo que ella desee, tanto en lo sexual como material.

- Poder en el trabajo:

…..La mujer puede llegar a cargos de jefatura en cualquier tipo de trabajo.

…..Es hombre y por eso tiene que ganar más.

…..Mujer y hombre deberían tener los mismos derechos y oportunidades laborales.

…..La mujer no debe trabajar, fue hecha para criar.

…..Un hombre no puede ejercer como enfermero o parvulario, esas profesiones corresponden a mujeres.

…..Las mujeres son inferiores a los hombres y no pueden hacer las mismas cosas que ellos.

…..El hombre puede hacer el trabajo de una mujer y una mujer puede hacer el trabajo de un hombre.

1.c) Generalmente te sientes más atraído por:

a. Hombres b. Mujeres c. Hombres y Mujeres

1.d) Usted considera que ha recibido de su familia una crianza:

a. Autoritaria, sus padres son estrictos e imponen reglas sin explicaciones de por medio.

b. Permisiva, son poco exigentes y no hay imposiciones por parte de sus padres.

c. Democrática, permiten su participación en la toma de decisiones.

1.e) ¿Usted practica alguna religión?

a. sí b. no

- En caso de que la respuesta anterior sea SI, indique ¿Cuál religión?

a. católico b. evangélico c. mormón d. testigo de jehová
e. otra _____

-¿Su religión ha influido de alguna forma en sus decisiones con respecto a su actividad sexual?

a. sí b. no

1.f) Los conocimientos que usted tiene respecto a sexualidad los ha adquirido a través de: (Marca todas las que te representen)

-Colegio:	-Familia:	-Otros medios:
a) profesores	a) padres	a) viendo películas
b) amigos	b) hermanos	b) viendo revistas
c) charlas educativas	c) familiar significativo	c) leyendo de internet
d) matrona		
e) otro profesional de la salud		

Las siguientes preguntas están enfocadas en su autocuidado en salud sexual y reproductiva.

2.a) Usted ha consumido (marque todas las opciones que correspondan a su caso):

a. alcohol b. marihuana c. pasta base

d. cigarrillos e. otros f.ninguno
(saltar a la pregunta 2.b)

-Respecto al consumo de alcohol y drogas (marihuana, pasta base, cocaína, otros), ¿qué frase le identifica más? :

a. He probado una determinada sustancia (alcohol y/o droga) una o algunas

veces. Por curiosidad junto a amistades.

b. No lo consumo frecuentemente, generalmente en ocasiones especiales (vacaciones, cumpleaños o cuando se presenta la oportunidad). Conozco el efecto placentero de la sustancia y por eso la consumo.

c. Lo consumo regularmente, sin afectar mis actividades diarias. Existe una pauta de consumo. Conozco su valor y se donde conseguirlo. Consumo solo o acompañado.

d. Lo consumo regularmente y a veces afecta mis actividades diarias. Consumo solo y acompañado.

e. Lo consumo regular y frecuentemente, afecta mis actividades diarias y si no lo consumo me siento mal. Organizo mis actividades en torno al consumo de drogas.

-Respecto al consumo de cigarrillos: ¿Cuántos consume al día? _____

2.b) ¿Usted ha iniciado su actividad sexual?

a. Sí b. No (saltar a pregunta 2.e)

-Si su respuesta es SI: ¿A qué edad la inició? _____

2.c) Usted con su pareja habitualmente se cuidan con:

a. Pastillas Anticonceptivas b. Anticonceptivo Inyectable
c. Dispositivo “T de Cobre” d. Implante Subdérmico
e. Preservativo f. Otro ¿Cuál?

2.d) Desde que inició su actividad sexual hasta ahora, usted ha tenido:

a. Entre 1 y 3 parejas sexuales b. Entre 3 y 6 parejas sexuales
c. Más de 6 parejas sexuales

2.e) Cuál de estas prácticas crees que previenen el contagio de infecciones de transmisión sexual (marque todas las que considere correctas):

a. Pareja mutuamente exclusiva. b. Sexo oral
c. Abstinencia d. Ninguna
e. Uso de preservativo f. Sexo anal
g. Sexo vaginal h. Masturbación

-Con respecto al uso del preservativo para prevenir "ITS" usted lo utiliza en: (Puede marcar más de una alternativa)

a. Sexo vaginal
b. Sexo anal
c. Sexo oral
d. Siempre “en cada relación sexual
e. No lo uso

2.f) Actualmente usted ha asistido al consultorio con fines preventivos (ej, Prevenir gestación, tener controles al día)

a. Sí b. No, solo voy cuando estoy enfermo.

2.g) Cuando tiene dudas sobre sexualidad, ¿usted las resuelve?

a. Siempre b. A veces c. Nunca
¿Por qué?_____

Las siguientes preguntas están enfocadas en el ámbito socioeconómico.

3.a) De las siguientes personas marca todas aquellas que vivan contigo:

a. Papá

b. Mamá

c. Pareja

d. Hermanos ¿cuántos? _____

e. Tíos ¿cuántos? _____

f. Abuelos ¿cuántos? _____

g. Otros ¿cuántos? _____

3.b)¿Quién es el principal sustento económico de tu hogar?

a. Padre

b. Madre

c. Abuelo/a

d. Hermano/a

e. Tío/a

f. Otro ¿Quién? _____

3.c) Nivel educacional familiar

-¿Cuál es el nivel educacional de tu madre?

a. Básico

b. Medio

c. Superior

- ¿Cuál es el nivel educacional de tu padre?

a. Básico

b. Medio

c. Superior

Si vives con otro familiar, ¿cuál es el nivel educacional?

a. Básico

b. Medio

c. Superior

3.d) ¿Cuánto es el ingreso económico en tu hogar? (en miles de pesos)

4.2. Detalles adicionales de validación de datos y análisis.

I. Documentos presentado en Colegios

1.- Resumen tesis

Palabras claves: adolescencia, identidad sexual, conductas de autocuidado, salud sexual y reproductiva, hábitos nocivos.

Esta investigación tiene como objetivo general “Determinar de qué manera influye la identidad sexual en las conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de Concón”, además de querer identificar las variables que incidirán en la presencia o ausencia de hábitos nocivos o saludables en salud sexual y reproductiva en dicho grupo etario, así como la significancia de los diferentes modelos de aprendizaje familiares y personales presentes en el desarrollo. Con el fin de que las intervenciones educativas que se realizan en colegios no solo busquen entregar conocimientos sino que se fundamenten en la causa de las diferentes falencias que puedan existir en la población estudiada.

En cuanto a la metodología, se realizará un diseño descriptivo, que permita conocer las actitudes, situaciones y costumbres que sean predominantes en los adolescentes del estudio a través de una descripción de estos.

La población a investigar serán jóvenes entre 14 y 19 años matriculados en 4 establecimientos municipales de la comuna de Concón.

El instrumento a utilizar para recopilar datos será una encuesta que permitirá la obtención de información concreta y valores fidedignos, que ayudarán a cumplir los objetivos de la investigación

4.3.- Carta a Escuela Irma Salas

ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Valparaíso, 18 de marzo de 2014

Sr. Gustavo Gallardo
Director Escuela Irma Salas
Presente

Estimado Señor Director:

La Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso contempla en su plan curricular la realización de una investigación tendiente a la obtención del grado de licenciado/a en Obstetricia y Puericultura, con este propósito las estudiantes realizan una investigación guiadas por un docente en el ámbito de la disciplina o bien en temáticas afines.

El grupo guiado por la matrona docente Loreto Pomodoro Cirano, se encuentra realizando la investigación titulada "Influencia de la identidad sexual en las conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la comuna de Concón en el año 2014", es en este contexto que solicito a usted las autorizaciones necesarias para que las estudiantes de Cuarto año de la Carrera puedan aplicar un cuestionario a los estudiantes entre las edades de 14 y 20 años que asistan al establecimiento educacional el cual Ud. dirige con el objetivo de:

- Determinar de qué manera influye la identidad sexual en las conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de Concón.

Posteriormente, las tesistas compartirán con Ud. los resultados para poder entregar insumos que permitan trabajar las líneas educativas transversales de los jóvenes del establecimiento educacional.

Estudiantes:

Nathaly Jeria	**15.283.875-1**
Isis Madrid	**17.793.090-3**
Anita Molina	**18.061.769-8**
Francisca Muñoz	**17.753.944-9**
Karla Núñez	**17.643.353-1**
Nadia Salazar	**16.971.918-7**

Docente Guía: Loreto Pomodoro Cirano 10.689.592-9

Sin otro particular, le saluda y agradece la gestión

Prof. Mariana Arancibia Heger
Directora
Escuela de Obstetricia y Puericultura

4.4.- Carta a Escuela Oro Negro

ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Valparaíso, 18 de marzo de 2014

Sra. Olga Balladares
Directora Escuela Oro Negro
Presente

Estimado Señor Director:

La Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso contempla en su plan curricular la realización de una investigación tendiente a la obtención del grado de licenciado/a en Obstetricia y Puericultura, con este propósito las estudiantes realizan una investigación guiadas por un docente en el ámbito de la disciplina o bien en temáticas afines.

El grupo guiado por la matrona docente Loreto Pomodoro Cirano, se encuentra realizando la investigación titulada "Influencia de la identidad sexual en las conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la comuna de Concón en el año 2014", es en este contexto que solicito a usted las autorizaciones necesarias para que las estudiantes de Cuarto año de la Carrera puedan aplicar un cuestionario a los estudiantes entre las edades de 14 y 20 años que asistan al establecimiento educacional el cual Ud. dirige con el objetivo de:

- Determinar de qué manera influye la identidad sexual en las conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de Concón.

Posteriormente, las tesistas compartirán con Ud. los resultados para poder entregar insumos que permitan trabajar las líneas educativas transversales de los jóvenes del establecimiento educacional.

Estudiantes:

Nathaly Jeria	**15.283.875-1**
Isis Madrid	**17.793.090-3**
Anita Molina	**18.061.769-8**
Francisca Muñoz	**17.753.944-9**
Karla Núñez	**17.643.353-1**
Nadia Salazar	**16.971.918-7**

Docente Guía: Loreto Pomodoro Cirano **10.689.592-9**

Sin otro particular, le saluda y agradece la gestión

Prof. Mariana Arancibia Heger
Directora
Escuela de Obstetricia y Puericultura

4.5.- Carta a Liceo Politécnico

ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Valparaíso, 18 de marzo de 2014

Sr. Gastón Crisóstomo
Director Liceo Politécnico de Concón
Presente

Estimado Señor Director:

La Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso contempla en su plan curricular la realización de una investigación tendiente a la obtención del grado de licenciado/a en Obstetricia y Puericultura, con este propósito las estudiantes realizan una investigación guiadas por un docente en el ámbito de la disciplina o bien en temáticas afines.

El grupo guiado por la matrona docente Loreto Pomodoro Cirano, se encuentra realizando la investigación titulada "Influencia de la identidad sexual en las conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la comuna de Concón en el año 2014", es en este contexto que solicito a usted las autorizaciones necesarias para que las estudiantes de Cuarto año de la Carrera puedan aplicar un cuestionario a los estudiantes entre las edades de 14 y 20 años que asistan al establecimiento educacional el cual Ud. dirige con el objetivo de:

- Determinar de qué manera influye la identidad sexual en las conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de Concón.

Posteriormente, las tesistas compartirán con Ud. los resultados para poder entregar insumos que permitan trabajar las líneas educativas transversales de los jóvenes del establecimiento educacional.

Estudiantes:

Nathaly Jeria	**15.283.875-1**
Isis Madrid	**17.793.090-3**
Anita Molina	**18.061.769-8**
Francisca Muñoz	**17.753.944-9**
Karla Nuñez	**17.643.353-1**
Nadia Salazar	**16.971.918-7**

Docente Guía: Loreto Pomodoro Cirano **10.689.592-9**

Sin otro particular, le saluda y agradece la gestión

Prof. Mariana Arancibia Heger
Directora
Escuela de Obstetricia y Puericultura

4.6.- Carta a Escuela Puente Colmo

ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Valparaíso, 18 de marzo de 2014

Sr. Manuel Chacón
Director Escuela Puente Colmo
Presente

Estimado Señor Director:

La Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso contempla en su plan curricular la realización de una investigación tendiente a la obtención del grado de licenciado/a en Obstetricia y Puericultura, con este propósito las estudiantes realizan una investigación guiadas por un docente en el ámbito de la disciplina o bien en temáticas afines.

El grupo guiado por la matrona docente Loreto Pomodoro Cirano, se encuentra realizando la investigación titulada "Influencia de la identidad sexual en las conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la comuna de Concón en el año 2014", es en este contexto que solicito a usted las autorizaciones necesarias para que las estudiantes de Cuarto año de la Carrera puedan aplicar un cuestionario a los estudiantes entre las edades de 14 y 20 años que asistan al establecimiento educacional el cual Ud. dirige con el objetivo de:

- Determinar de qué manera influye la identidad sexual en las conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de Concón.

Posteriormente, las tesistas compartirán con Ud. los resultados para poder entregar insumos que permitan trabajar las líneas educativas transversales de los jóvenes del establecimiento educacional.

Estudiantes:

Nathaly Jeria	**15.283.875-1**
Isis Madrid	**17.793.090-3**
Anita Molina	**18.061.769-8**
Francisca Muñoz	**17.753.944-9**
Karla Nuñez	**17.643.353-1**
Nadia Salazar	**16.971.918-7**

Docente Guía: Loreto Pomodoro Cirano **10.689.592-9**

Sin otro particular, le saluda y agradece la gestión

Prof. Mariana Arancibia Heger
Directora
Escuela de Obstetricia y Puericultura

4.7.- Instrumento de consentimiento informado.

Consentimiento informado

Estimado tutor

Somos tesistas de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso. Como parte de los requisitos de la carrera se llevará a cabo el proyecto de investigación titulado “Influencia de la identidad sexual en las conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la comuna de Concón en el año 2014”, la cual nos permitirá obtener el grado de Licenciada en obstetricia y Puericultura. Para nuestra investigación, es necesario realizar una encuesta, con el objetivo de identificar la percepción de los estudiantes respecto a esta temática.

El presente estudio no tiene relación con su establecimiento educacional por lo que no es una evaluación y toda la información recopilada será de carácter confidencial. Las preguntas realizadas son de carácter general y anónimo.

Usted podrá acceder al consentimiento para la participación en cualquier momento. Los consentimientos no forman parte del documento final, tampoco su identidad, ni la del adolescente bajo su tutela.

Esta investigación servirá para futuras modificaciones en el programa de salud adolescente y los procesos educativos que se realizarán a los adolescentes de la comuna de Concón.

Si usted presenta duda sobre la investigación o su participación en ella, favor dirigirse a las tesistas.

Yo _____ tutor de _____ declaro haber leído el consentimiento descrito anteriormente. Las investigadoras me han explicado el estudio y han respondido a mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para que el adolescente bajo mi tutela participe en el estudio: “Influencia de la identidad sexual en las conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la comuna de Concón en el año 2014”.

_____ **Firma tutor**

_____ **Fecha**

4.8.-Instrumento de asentimiento informado.

Asentimiento

Estimado Sr. o Srta.

Se le invita a participar de manera voluntaria en proyecto de investigación realizado por tesistas de la carrera de Obstetricia y Puericultura titulado “Influencia de la identidad sexual en las conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la comuna de Concón en el año 2014”, el cual nos permitirá obtener el grado de Licenciada en Obstetricia y Puericultura.

Para nuestra investigación, es necesario realizar una encuesta, con el objetivo de identificar su percepción respecto a esta temática.

El presente estudio no tiene relación con su establecimiento educacional por lo que no es una evaluación y toda la información recopilada será de carácter confidencial. Las preguntas realizadas son de carácter general y anónimo.

Usted podrá acceder al asentimiento para la participación en cualquier momento. Los asentimientos no forman parte del documento final, tampoco su identidad.

Esta investigación servirá para futuras modificaciones en el programa de salud adolescente y los procesos educativos que se realizarán a los adolescentes de la comuna de Concón.

Si usted presenta duda sobre la investigación o su participación en ella, favor dirigirse a las tesistas.

Yo _____
declaro haber leído el asentimiento descrito anteriormente. Las investigadoras me han explicado el estudio y han respondido a mis preguntas. Voluntaria y libremente decido participar en el estudio: “Influencia de la identidad sexual en las conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la comuna de Concón en el año 2014”.

_____ _____

Firma participante **Fecha**

4.9 Pilotaje

“Encuesta sobre identidad sexual y prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva”

La siguiente encuesta es parte de un estudio realizado por estudiantes de la Universidad de Valparaíso, como parte de una investigación sobre adolescentes de la comuna de Concón. Esto no tiene relación con su establecimiento educacional por lo que no es una evaluación y toda la información recopilada será de carácter confidencial. Te pedimos que respondas con mucha honestidad, ya que el presente instrumento servirá para futuras modificaciones en el programa de salud adolescente y los procesos educativos que se realizarán a los jóvenes encuestados.

Edad: Curso: Sexo : Femenino Masculino

Las siguientes preguntas están enfocadas en la identidad sexual.

1.a) La mayor parte del tiempo usted se considera. a. hombre b. mujer
c. no lo defino

1.b) ¿Cuál de las siguientes frases lo identifica más? Marque con una X.

- Tareas del hogar y roles:

…..El hombre tiene derechos de propiedad sobre la mujer y sus hijos.

…..La privacidad y los problemas familiares deben quedarse dentro del hogar.

…..La mujer debe seguir a su marido.

…..El padre debe mantener el hogar.

…..La falta de obediencia debe ser castigada.

…..La mujer debe dedicarse a las tareas domésticas y al cuidado de los hijos.

- Poder y Respeto en la pareja:

…..Los celos son el “condimento” del amor.

…..Un hombre no maltrata porque sí, algo debe haber hecho la mujer para provocarlo.

…..¡Qué inteligente, hasta parece hombre!.

…..La mujer es más débil, pasiva, receptiva y creada para la maternidad.

…..La mujer debe tener relaciones sexuales cuando el hombre quiera.

…..Es deber de la mujer atender a su pareja en todo lo que quiera.

- Poder en el trabajo:

…..Las mujeres son inferiores a los hombres y no pueden hacer las mismas cosas que ellos.

…..Es hombre y por eso tiene que ganar más.

…..La mujer no debe trabajar, fue creada para criar.

…..Un hombre hace mejor las cosas que una mujer.

1.c) Generalmente te sientes más atraído por:

a. Hombres b. Mujeres c. Hombres y Mujeres

1.d) Usted considera que ha recibido de su familia una crianza:

a. Autoritaria, sus padres son estrictos e imponen reglas sin explicaciones de por medio.

b. Permisiva, son poco exigentes y no hay imposiciones por parte de sus padres.

c. Democrática, permiten su participación en la toma de decisiones.

1.e) ¿Usted practica alguna religión?

a. sí b. no

- En caso de que la respuesta anterior sea SÍ, indique ¿Cuál religión?

a. católico b. evangélico c. ateo d. otra

-¿Su religión ha influido de alguna forma en sus decisiones con respecto a su actividad sexual?

a. sí b.no

1.f) Los conocimientos que usted tiene respecto a sexualidad los ha adquirido a través de:

-colegio:

a) profesores

b) amigos

c) charlas educativas

d) matrona

e) otro profesional de la salud

-familia:

a) padres

b) hermanos

c) familiar significativo

-otros medios:

a) viendo películas

b) viendo revistas

c) leyendo de internet

Las siguientes preguntas están enfocadas en su autocuidado en salud sexual y reproductiva.

2.a) Usted ha consumido (marque todas las opciones que correspondan a su caso):

a. alcohol b. cigarrillos c. marihuana d. pasta base e. otros f. ninguno (saltar a la pregunta 2b)

-¿Cuándo los consume?

a. Solo los he probado.

b. Algunos fin de semana, cuando me ofrecen.

c. Busco la ocasión para hacerlo.

-Respecto a su consumo, ¿qué frase le identifica más? :

a. Cada vez que lo hago me critican

b. siento que lo necesito

c. ninguna

2.b) Habitualmente usted usa:

a. Pastillas anticonceptivas b.Anticonceptivo inyectable c.Dispositivo "T de cobre" d.Implante subdérmico e.Preservativo f.Otro ¿cuál?

2.c) ¿Usted ha iniciado su actividad sexual?

a.Si b.No

-Si su respuesta es SÍ, ¿A qué edad la inició?

a.Menor de 14 años

b.Entre 14 y 16 años

c.Entre 16 y 18 años

2.d) Desde que inició su actividad sexual hasta ahora, usted ha tenido:

a.Entre 1 y 3 parejas sexuales

b.Entre 3 y 6 parejas sexuales

c.Más de 6 parejas sexuales

2.e) Para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual "ITS" usted:

a.Practica sexo vaginal

b.Practica sexo anal

c.Practica sexo oral

d.Practica la masturbación

-Con respecto al uso del preservativo para prevenir "ITS" usted lo utiliza en,

a.Sexo vaginal

b.Sexo anal

c.Sexo oral

d.Siempre

e.No lo uso

2.f) Actualmente usted ha asistido al consultorio con fines preventivos (ej, prevenir gestación, tener controles al día)

a.Sí

b.No, solo voy cuando estoy enfermo.

2.g) Cuando tiene dudas sobre sexualidad, ¿usted las resuelve?

a.Siempre

b.A veces

c.Nunca ¿Por qué?

Las siguientes preguntas están enfocadas en el ámbito socioeconómico.

3.a) De las siguientes personas marca todas aquellas que vivan contigo:

a.Papá

b.Mamá

c.Pareja

d. Hermanos ¿cuántos?

e. Tíos ¿cuántos?

f. Abuelos ¿cuántos?

g. Otros ¿cuántos?

3.b)¿Quién es el principal sustento económico de tu hogar?

a.Padre

b.Madre

c.Abuelo/a

d.Hermano/a

e.Tío/a

f.Otro ¿Quién?

3.c) Nivel educacional familiar

-¿Cuál es el nivel educacional de tu madre?

a.Básico

b.Medio

c.Superior

- ¿Cuál es el nivel educacional de tu padre?

a.Básico

b.Medio

c.Superior

Si vives con otro familiar, ¿cuál es el nivel educacional?

a.Básico

b.Medio

c.Superior

3.d)¿Cuánto es el ingreso económico en tu hogar? (en miles de pesos) _____

5.- Resultados

Tablas Objetivo 1

Tabla 37: Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	14	23	12.1	12.1	12.1
	15	33	17.4	17.4	29.5
	16	60	31.6	31.6	61.1
	17	40	21.1	21.1	82.1
	18	23	12.1	12.1	94.2
	19	11	5.8	5.8	100.0
	Total	190	100.0	100.0	

Tabla 38: Curso

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1º MEDIO	56	29,5	29,5	29,5
	2º MEDIO	50	26,3	26,3	55,8
	3º MEDIO	35	18,4	18,4	74,2
	4º MEDIO	20	10,5	10,5	84,7
	7º BASICO	9	4,7	4,7	89,5
	8º BASICO	20	10,5	10,5	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

Tablas Objetivo 2

2.- Conocer identidad sexual de los adolescentes de la comuna de Concón

Tabla 39: Sexo biológico versus Identidad Sexual

			HOMBRE	MUJER	NO LO DEFINO	NO RESPONDE	Total
SEXO	FEMENINO	Recuento	1	64	3	0	68
		%	1.5%	94.1%	4.4%	0.0%	100.0%
	MASCULINO	Recuento	94	0	2	1	97
		%	96.9%	0.0%	2.1%	1.0%	100.0%
Total		Recuento	95	64	5	1	165*
		%	57.6%	38.8%	3.0%	0.6%	100.0%

* Variable sexo ponderada.

ROL DE GÉNERO EN EL HOGAR POR SEXO

Tabla 40.1: Igualdad de roles en el cuidado de los hijos

			SEXO FEMENINO	MASCULINO	Total
Tanto el hombre como la mujer pueden encargarse del cuidado de los hijos	SÍ	Recuento	53	86	139
		%	77,9%	88,7%	84,2%
	NO	Recuento	15	11	26
		%	22,1%	11,3%	15,8%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

Tabla 40.2: Igualdad de roles en las tareas del hogar.

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
Las tareas del hogar deben ser compartidas por todos los integrantes de la familia, sean hombres o mujeres.	SÍ	Recuento	62	79	141
		%	91,2%	81,4%	85,5%
	NO	Recuento	6	18	24
		%	8,8%	18,6%	14,5%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

Tabla 40.3: Rol del padre como sustentador económico

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
El padre debe mantener económicamente el hogar.	SÍ	Recuento	13	48	61
		%	19,1%	49,5%	37,0%
	NO	Recuento	55	49	104
		%	80,9%	50,5%	63,0%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

Tabla 40.4: Rol de la mujer obediente y sumisa al hombre

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
La mujer debe seguir a su marido en las decisiones del hogar.	SÍ	Recuento	5	28	33
		%	7,4%	28,9%	20,0%
	NO	Recuento	63	69	132
		%	92,6%	71,1%	80,0%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

Tabla 40.5: Participación del hombre en tareas domésticas.

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
Los hombres deben cooperar en las tareas domésticas.	SÍ	Recuento	50	75	125
		%	73,5%	77,3%	75,8%
	NO	Recuento	18	22	40
		%	26,5%	22,7%	24,2%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

ROL DE GÉNERO EN LA PAREJA POR SEXO

Tabla 41.1: Refuerzo positivo de los celos en la relación de pareja

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
Los celos son el condimento del amor	SÍ	Recuento	19	33	52
		%	27,9%	34,0%	31,5%
	NO	Recuento	49	64	113
		%	72,1%	66,0%	68,5%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

Tabla 41.2: Maltrato justificado por conducta de la mujer

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
Un hombre no maltrata porque sí, algo debe haber hecho la mujer para provocarlo.	SÍ	Recuento	2	18	20
		%	2,9%	18,6%	12,1%
	NO	Recuento	66	79	145
		%	97,1%	81,4%	87,9%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

Tabla 41.3: Sentido de propiedad en la pareja

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
En una relación, cada individuo es dueño del otro.	SÍ	Recuento	11	15	26
		%	16,2%	15,5%	15,8%
	NO	Recuento	57	82	139
		%	83,8%	84,5%	84,2%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

Tabla 41.4: Autonomía en relación de pareja

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
Cada miembro de la pareja es autónomo, sólo le debe al otro amor, respeto y comprensión, nunca obediencia.	SÍ	Recuento	51	57	108
		%	75,0%	58,8%	65,5%
	NO	Recuento	17	40	57
		%	25,0%	41,2%	34,5%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

Tabla 41.5: Rol de la mujer servicial a su pareja

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
Es deber de la mujer atender a su pareja en todo lo que quiera.	SÍ	Recuento	6	22	28
		%	8,8%	22,7%	17,0%
	NO	Recuento	62	75	137
		%	91,2%	77,3%	83,0%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

Tabla 41.6: Rol del hombre complaciente a la pareja en lo sexual y material.

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
Es deber del hombre complacer a su pareja en todo lo que ella desee, tanto en lo sexual como material.	SÍ	Recuento	21	41	62
		%	30,9%	42,3%	37,6%
	NO	Recuento	47	56	103
		%	69,1%	57,7%	62,4%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

ROL DE GÉNERO EN EL TRABAJO POR SEXO

Tabla 42.1: Mayor remuneración al sexo masculino

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
Es hombre y por eso tiene que ganar más.	SÍ	Recuento	3	11	14
		%	4,4%	11,3%	8,5%
	NO	Recuento	65	86	151
		%	95,6%	88,7%	91,5%
Total		Recuento	68	97	165
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

Tabla 42.2: Igualdad de derechos y oportunidades laborales

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
Mujer y hombre deberían tener los mismos derechos y oportunidades laborales.	SÍ	Recuento	62	83	145
		%	91,2%	85,6%	87,9%
	NO	Recuento	6	14	20
		%	8,8%	14,4%	12,1%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

Tabla 42.3: Rol de la mujer como madre, excluida del ámbito laboral.

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
La mujer no debe trabajar, fue hecha para criar.	SÍ	Recuento	5	10	15
		%	7,4%	10,3%	9,1%
	NO	Recuento	63	87	150
		%	92,6%	89,7%	90,9%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

Tabla 42.4: Inferioridad de la mujer en cuanto a capacidades

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
Las mujeres son inferiores a los hombres y no pueden hacer las mismas cosas que ellos.	SÍ	Recuento	12	14	26
		%	17,6%	14,4%	15,8%
	NO	Recuento	56	83	139
		%	82,4%	85,6%	84,2%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

Tabla 42.5: Igualdad de capacidades de hombres y mujeres.

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
El hombre puede hacer el trabajo de una mujer y una mujer puede hacer el trabajo de un hombre.	SÍ	Recuento	50	65	115
		%	73,5%	67,0%	69,7%
	NO	Recuento	18	32	50
		%	26,5%	33,0%	30,3%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

Tabla 43: Orientación sexual por sexo

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
Generalmente te sientes más atraído por:	hombres	Recuento	58	1	59
		%	85,3%	1,0%	35,8%
	mujeres	Recuento	2	94	96
		%	2,9%	96,9%	58,2%
	hombres y mujeres	Recuento	7	1	8
		%	10,3%	1,0%	4,8%
	NO RESPONDE	Recuento	1	1	2
		%	1,5%	1,0%	1,2%
Total		Recuento	68	97	165*
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Variable sexo ponderada.

Tabla 44: Tipo de crianza

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	AUTORITARIA	56	29,5	29,5	29,5
	PERMISIVA	38	20,0	20,0	49,5
	DEMOCRÁTICA	83	43,7	43,7	93,2
	NO RESPONDE	13	6,8	6,8	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

Tabla 45: Religión

		Creencia religiosa						
¿Usted practica algúna religión?		CATÓLICO	EVANGÉLICO	MORMÓN	TESTIGO DE JEHOVÁ	OTRA	NO PRACTICA	Total
	SI	46	11	3	2	7	0	69
	%	66.7	15.9	4.3	2.9	10.1	0.0	100.0
	NO	0	0	0	0	0	121	121
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Total		46	11	3	2	7	121	190
	%	24.2	5.8	1.6	1.1	3.7	63.7	100.0

Tabla 46: Percepción de la influencia de la religión en la vida sexual

¿Su religión ha influido de alguna forma en sus decisiones con respecto a su actividad sexual?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SÍ	13	6,8	6,8	6,8
	NO	56	29,5	29,5	36,3
	NO PRACTICA	121	63,7	63,7	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

Tabla 47: Aprendizaje sobre sexualidad

		Sí	%	No	%	Total
Colegio	Profesores	85	44,7	105	55,3	190
	Amigos	106	55,8	84	44,2	190
	Charlas educativas	121	63,7	69	36,3	190
	Matrona	56	29,5	134	70,5	190
	Otro profesional de la salud	32	16,8	158	83,2	190
Familia	Padres	123	64,7	67	35,3	190
	Hermanos	56	29,5	134	70,5	190
	Familiar significativo	53	27,9	137	72,1	190
Otros	Viendo películas Viendo	49	25,8	141	74,2	190
	revistas Leyendo en	21	11,1	169	88,9	190
	internet	73	38,4	117	61,6	190

Tabla 48: Estructura familiar

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nuclear	80	42,1
	Monoparental materna	44	23,2
	Monoparental paterna	9	4,7
	Monoparental materna extensa	11	5,8
	Monoparental paterna extensa	6	3,2
	Extensa	26	13,7
	Otros	11	5,8
	No responde	3	1,6
	Total	190	100,0

Nivel educacional de la madre y el padre

Tabla 49.1: ¿Cuál es el nivel educacional de tu madre?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BÁSICO	51	26,8
	MEDIO	105	55,3
	SUPERIOR	27	14,2
	NO RESPONDE	7	3,7
	Total	190	100,0

Tabla 49.2: ¿Cuál es el nivel educacional de tu padre?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BÁSICO	58	30,5
	MEDIO	89	46,8
	SUPERIOR	29	15,3
	NO RESPONDE	14	7,4
	Total	190	100,0

Tablas Objetivo 3

Tabla 50: Hábitos nocivos

Usted ha consumido:

	SÍ	%	NO	%	TOTAL
ALCOHOL	102	53,7	88	46,3	190
MARIHUANA	79	41,6	111	58,4	190
PASTA BASE	4	2,1	186	97,9	190
CIGARRILLOS	89	46,8	101	53,2	190
OTROS	9	4,7	181	95,3	190
NINGUNO	62	32,6	128	67,4	190

Tabla 51: Tipo de consumo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Experimental	40	21,1	21,1	21,1
	Ocasional	52	27,4	27,4	48,4
	Habitual	21	11,1	11,1	59,5
	Consumo perjudicial	4	2,1	2,1	61,6
	Consumo dependencia	2	1,1	1,1	62,6
	No consumo	62	32,6	32,6	95,3
	NO RESPONDE	9	4,7	4,7	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

Tabla 52: Inicio de actividad sexual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	108	56.8	56.8	56.8
	NO	74	38.9	38.9	95.8
	NO RESPONDE	8	4.2	4.2	100.0
	Total	190	100.0	100.0	

Tabla 53: Edad de inicio de actividad sexual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SIN INICIO ACT. SEXUAL	74	38.9	38.9	38.9
	11.00	2	1.1	1.1	40.0
	12.00	3	1.6	1.6	41.6
	13.00	12	6.3	6.3	47.9
	14.00	29	15.3	15.3	63.2
	15.00	29	15.3	15.3	78.4
	16.00	16	8.4	8.4	86.8
	17.00	11	5.8	5.8	92.6
	NO RESPONDE	14	7.4	7.4	100.0
	Total	190	100.0	100.0	

Tabla 54: MAC utilizado

Usted con su pareja habitualmente se cuidan con:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SIN INICIO ACT. SEXUAL	74	38,9	38,9	38,9
	PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS	40	21,1	21,1	60,0
	ANTICONCEPTIVO INYECTABLE	19	10,0	10,0	70,0
	IMPLANTE SUBDERMICO	1	,5	,5	70,5
	PRESERVATIVO	39	20,5	20,5	91,1
	NO RESPONDE	17	8,9	8,9	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

Tabla 55: Número de parejas sexuales

Desde que inició su actividad sexual hasta ahora, usted ha tenido:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SIN PAREJAS SEXUALES	74	38,9	38,9	38,9
	ENTRE 1 Y 3 PAREJAS SEXUALES	78	41,1	41,1	80,0
	ENTRE 3 Y 6 PAREJAS SEXUALES	14	7,4	7,4	87,4
	MÁS DE 6 PAREJAS SEXUALES	7	3,7	3,7	91,1
	NO RESPONDE	17	8,9	8,9	100,0
	Total	190	100,0	100,0	

Tabla 56: Prácticas sexuales como método de prevención de ITS ¿Cuál de estas prácticas crees que previene el contagio de ITS?

	Sí	%	No	%	Total
Pareja mutuamente exclusiva	69	36,3	121	63,7	190
Sexo oral	20	10,5	170	89,5	190
Abstinencia	32	16,8	158	83,2	190
Uso de preservativo	124	65,3	66	34,7	190
Sexo anal	28	14,7	162	85,3	190
Sexo vaginal	27	14,2	163	85,8	190
Masturbación	12	6,3	178	93,7	190
Ninguna	15	7,9	175	92,1	190

Tabla 57: Uso de preservativo como método de prevención de ITS

Con respecto al uso del preservativo para prevenir ITS, usted cree que se debe utilizar en:

	Si	%	No	%	Total
Sexo vaginal	48	25,3	142	74,7	190
Sexo anal	15	7,9	175	92,1	190
Sexo oral	6	3,2	184	96,8	190
Siempre, en cada relación	81	42,6	109	57,4	190
No lo uso	39	20,5	151	79,5	190

Tabla 58: Consulta preventiva

¿Actualmente usted ha asistido al consultorio con fines preventivos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	34	17.9	17.9	17.9
	NO, SOLO VOY CUANDO ME ENFERMO	145	76.3	76.3	94.2
	NO RESPONDE	11	5.8	5.8	100.0
	Total	190	100.0	100.0	

Tabla 59: Aclarar dudas sobre sexualidad

¿Cuándo tiene dudas sobre sexualidad, usted las resuelve?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SIEMPRE	66	34.7	34.7	34.7
	A VECES	83	43.7	43.7	78.4
	NUNCA	30	15.8	15.8	94.2
	NO RESPONDE	11	5.8	5.8	100.0
	Total	190	100.0	100.0	

4.-Tablas objetivo 4

Tabla 60: Sexo-hábitos nocivos

		SEXO					
		FEMENINO	%	MASCULINO	%	Total	%
ALCOHOL	SI	37	41.6	52	58.4	89	100
	NO	31	40.8	45	59.2	76	100
Total		68	41.2	97	58.8	165	100
MARIHUANA	SI	28	43.8	36	56.3	64	100
	NO	40	39.6	61	60.4	101	100
Total		68	41.2	97	58.8	165	100
CIGARRILLOS	SI	41	53.2	36	46.8	77	100
	NO	27	30.7	61	69.3	88	100
Total		68	41.2	97	58.8	165	100
NINGUNO	SI	16	28.6	40	71.4	56	100
	NO	52	47.7	57	52.3	109	100
Total		68	41.2	97	58.8	165	100

* Variable sexo ponderada.

Tabla 61: Sexo-edad inicio de actividad Sexual

A qué edad inició su actividad sexual?

		SIN INICIO ACT. SEXUAL	11	12	13	14	15	16	17	NO RESPONDE	Total
FEMENINO	Recuento	26	1	0	3	11	7	9	6	5	68
	%	38.2%	1.5%	0.0%	4.4%	16.2%	10.3%	13.2%	8.8%	7.4%	100.0%
MASCULINO	Recuento	37	0	1	7	14	18	7	5	8	97
	%	38.%	0%	1%	7.2%	14.4%	18.6%	7.2%	5.2%	8.2%	100.0%
Total	Recuento	63	1	1	10	25	25	16	11	13	165
	%	38.2%	0.6%	0.6%	6.1%	15.2%	15.2%	9.7%	6.7%	7.9%	100.0%

* Variable sexo ponderada.

Tabla 62: Sexo-control preventivo

			SEXO		
			FEMENINO	MASCULINO	Total
Actualmente usted ha asistido al consultorio con fines preventivos?	SI	Recuento	21	9	30
		%	70.0%	30.0%	100.0%
	NO, SOLO VOY CUANDO ME ENFERMO	Recuento	44	81	125
		%	35.2%	64.8%	100.0%
	NO RESPONDE	Recuento	3	7	10
		%	30.0%	70.0%	100.0%
Total		Recuento	68	97	165
		%	41.2%	58.8%	100.0%

* Variable sexo ponderada.

Tabla 63: Edad - número de parejas sexuales

			EDAD						
			14	15	16	17	18	19	Total
Desde que inició su actividad sexual hasta ahora, usted ha tenido:	SIN INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL	Recuento	13	16	27	11	6	1	74
		%	17,6%	21,6%	36,5%	14,9%	8,1%	1,4%	100,0%
	ENTRE 1 Y 3 PAREJAS	Recuento	5	11	26	15	15	6	78
		%	6,4%	14,1%	33,3%	19,2%	19,2%	7,7%	100,0%
	ENTRE 3 Y 6 PAREJAS	Recuento	2	1	4	5	0	2	14
		%	14,3%	7,1%	28,6%	35,7%	0,0%	14,3%	100,0%
	MÁS DE 6 PAREJAS	Recuento	0	1	2	4	0	0	7
		%	0,0%	14,3%	28,6%	57,1%	0,0%	0,0%	100,0%
	NO RESPONDE	Recuento	3	4	1	5	2	2	17
		%	17,6%	23,5%	5,9%	29,4%	11,8%	11,8%	100,0%
Total		Recuento	23	33	60	40	23	11	190
		%	12,1%	17,4%	31,6%	21,1%	12,1%	5,8%	100,0%

Tabla 64: Identidad de género - número de parejas sexuales

			La mayor parte del tiempo usted se considera:				
			HOMBRE	MUJER	NO LO DEFINO	NO RESPONDE	Total
Desde que inició su actividad sexual hasta ahora, usted ha tenido:	ENTRE 1 Y 3 PAREJAS	Recuento	39	31	0	0	70
		%	55.7%	44.3%	0.0%	0.0%	100.0%
	ENTRE 3 Y 6 PAREJAS	Recuento	10	2	0	0	12
		%	83.3%	16.7%	0.0%	0.0%	100.0%
	MÁS DE 6 PAREJAS	Recuento	3	2	0	0	5
		%	60.0%	40.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	NO RESPONDE	Recuento	43	29	5	1	78
		%	55.1%	37.2%	6.4%	1.3%	100.0%
Total		Recuento	95	64	5	1	165*
		%	57.6%	38.8%	3.0%	0.6%	100.0%

* Variable sexo ponderada.

Rol género pareja - uso MAC

Tabla 65.1: Mujer sexo débil, uso de Mac

		La mujer es más débil, pasiva, receptiva y creada para la maternidad.		
		SÍ	NO	Total
Usted con su pareja habitualmente se cuidan con:	SIN INICIO ACT. SEXUAL	25	49	74
		41.7%	37.7%	38.9%
	PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS	10	30	40
		16.7%	23.1%	21.1%
	ANTICONCEPTIVO INYECTABLE	5	14	19
		8.3%	10.8%	10.0%
	IMPLANTE SUBDERMICO	0	1	1
		0.0%	0.8%	0.5%
	PRESERVATIVO	14	25	39
		23.3%	19.2%	20.5%
	NO RESPONDE	6	11	17
		10.0%	8.5%	8.9%
Total		60	130	190
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 65.2: Valoración del respeto en la pareja

		Cada miembro de la pareja es autónomo, sólo le debe al otro amor, respeto y comprensión, nunca obediencia.		
		SÍ	NO	Total
Usted con su pareja habitualmente se cuidan con:	SIN INICIO ACT. SEXUAL	46	28	74
		37.7%	41.2%	38.9%
	PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS	24	16	40
		19.7%	23.5%	21.1%
	ANTICONCEPTIVO INYECTABLE	15	4	19
		12.3%	5.9%	10.0%
	IMPLANTE SUBDERMICO	1	0	1
		0.8%	0.0%	0.5%
	PRESERVATIVO	27	12	39
		22.1%	17.6%	20.5%
	NO RESPONDE	9	8	17
		7.4%	11.8%	8.9%
Total		122	68	190
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 65.3: La iniciativa en la vida sexual es un rol masculino

		La primera relación sexual en una pareja casi siempre es propuesta por el hombre.		
		SÍ	NO	Total
Usted con su pareja habitualmente se cuidan con:	SIN INICIO ACT. SEXUAL	29	45	74
		36.3%	40.9%	38.9%
	PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS	19	21	40
		23.8%	19.1%	21.1%
	ANTICONCEPTIVO INYECTABLE	9	10	19
		11.3%	9.1%	10.0%
	IMPLANTE SUBDERMICO	0	1	1
		0.0%	.9%	.5%
	PRESERVATIVO	19	20	39
		23.8%	18.2%	20.5%
	NO RESPONDE	4	13	17
		5.0%	11.8%	8.9%
Total		80	110	190
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 65.4: Mujer, obediente y servicial con su pareja

		Es deber de la mujer atender a su pareja en todo lo que quiera.		
		SÍ	NO	Total
Usted con su pareja habitualmente se cuidan con:	SIN INICIO ACT. SEXUAL	13	61	74
		37.1%	39.4%	38.9%
	PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS	8	32	40
		22.9%	20.6%	21.1%
	ANTICONCEPTIVO INYECTABLE	4	15	19
		11.4%	9.7%	10.0%
	IMPLANTE SUBDERMICO	0	1	1
		0.0%	.6%	.5%
	PRESERVATIVO	6	33	39
		17.1%	21.3%	20.5%
	NO RESPONDE	4	13	17
		11.4%	8.4%	8.9%
Total		35	155	190
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 65.5: Hombre, obediente y servicial con su pareja

		Es deber del hombre complacer a su pareja en todo lo que ella desee, tanto en lo sexual como material.		
		SÍ	NO	Total
Usted con su pareja habitualmente se cuidan con:	SIN INICIO ACT. SEXUAL	32 41.6%	42 37.2%	74 38.9%
	PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS	15 19.5%	25 22.1%	40 21.1%
	ANTICONCEPTIVO INYECTABLE	7 9.1%	12 10.6%	19 10.0%
	IMPLANTE SUBDERMICO	0 0.0%	1 .9%	1 .5%
	PRESERVATIVO	16 20.8%	23 20.4%	39 20.5%
	NO RESPONDE	7 9.1%	10 8.8%	17 8.9%
Total		77 100.0%	113 100.0%	190 100.0%

Tabla 66: Tipo de crianza - inicio actividad sexual

Usted ha iniciado su actividad sexual?	Usted considera que ha recibido de su familia una crianza:									
	AUTORITARiA	%	PERMISIVA	%	DEMOCRÁTICA	%	NO RESPONDE	%	Total	%
	36	33.3	22	20.4	45	41.7	5	4.6	108	100
SÍ	21	28.4	15	20.3	32	43.2	6	8.1	74	100
NO										
NO RESPONDE	0	0	0	0	6	75	2	25	8	100
Total	57	30	37	19.5	83	43.7	13	6.8	190	100

Tabla 67: Tipo de crianza - hábitos nocivos

Usted considera que ha recibido de su familia una crianza:

		AUTORITARIA	%	PERMISIVA	%	DEMOCRÁTICA	%	NO RESPONDE	%	Total	%
ALCOHOL	SI	25	24.3	20	19.4	48	46.6	10	9.7	103	100
	NO	32	36.8	17	19.5	35	40.2	3	3.4	87	100
Total		57	30	37	19.5	83	43.7	13	6.8	190	100
MARIHUANA	SI	19	24.1	18	22.8	37	46.8	5	6.3	79	100
	NO	38	34.2	19	17.1	46	41.4	8	7.2	111	100
Total		57	30	37	19.5	83	43.7	13	6.8	190	100
CIGARRILLOS	SI	23	25.8	18	20.2	39	43.8	9	10.1	89	100
	NO	34	33.7	19	18.8	44	43.6	4	4	101	100
Total		57	30	37	19.5	83	43.7	13	6.8	190	100
NINGUNO	SI	22	35.5	10	16.1	28	45.2	2	3.2	62	100
	NO	35	27.3	27	21.2	55	43	11	8.6	128	100
Total		57	30	37	19.5	83	43.7	13	6.8	190	100

Tabla 68: Tipo de crianza - n° de parejas

			Usted considera que ha recibido de su familia una crianza:				
			AUTORITARIA	PERMISIVA	DEMOCRÁTICA	NO RESPONDE	Total
Desde que inició su actividad sexual hasta ahora, usted ha tenido:	SIN PAREJAS	Recuento	21	15	32	6	74
		%	36,8%	40,5%	38,6%	46,2%	38,9%
	ENTRE 1 Y 3 PAREJAS	Recuento	27	17	31	3	78
		%	47,4%	45,9%	37,3%	23,1%	41,1%
	ENTRE 3 Y 6 PAREJAS	Recuento	4	2	7	1	14
		%	7,0%	5,4%	8,4%	7,7%	7,4%
	MÁS DE 6 PAREJAS	Recuento	3	0	4	0	7
		%	5,3%	0,0%	4,8%	0,0%	3,7%
	NO RESPONDE	Recuento	2	3	9	3	17
		%	3,5%	8,1%	10,8%	23,1%	8,9%
Total		Recuento	57	37	83	13	190
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 69: Tipo de crianza - resolver dudas

			Usted considera que ha recibido de su familia una crianza:				
			AUTORITARIA	PERMISIVA	DEMOCRÁTICA	NO RESPONDE	Total
Cuando tiene dudas sobre sexualidad, usted las resuelve?	SIEMPRE	Recuento	15	11	36	4	66
		%	22,7%	16,7%	54,5%	6,1%	100,0%
	A VECES	Recuento	28	16	32	7	83
		%	33,7%	19,3%	38,6%	8,4%	100,0%
	NUNCA	Recuento	10	9	11	0	30
		%	33,3%	30,0%	36,7%	0,0%	100,0%
	NO RESPONDE	Recuento	4	1	4	2	11
		%	36,4%	9,1%	36,4%	18,2%	100,0%
Total		Recuento	57	37	83	13	190
		%	30,0%	19,5%	43,7%	6,8%	100,0%

Tabla 70: Creencia religiosa y práctica-tipo de consumo

			Usted practica alguna religión?		
			SI	NO	Total
Tipo de consumo con respecto a alcohol y drogas	Consumo experimental		9	31	40
		%	13,0%	25,6%	21,1%
	Consumo ocasional		19	33	52
		%	27,5%	27,3%	27,4%
	Consumo habitual		10	11	21
		%	14,5%	9,1%	11,1%
	Consumo perjudicial		3	1	4
		%	4,3%	0,8%	2,1%
	Consumo dependencia		1	1	2
		%	1,4%	0,8%	1,1%
	No consumo		24	38	62
		%	34,8%	31,4%	32,6%
	NO RESPONDE		3	6	9
		%	4,3%	5,0%	4,7%
Total			69	121	190
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 71.1: Creencia religiosa y práctica - inicio de actividad Sexual

			Usted practica alguna Religión?		
			SI	NO	Total
Usted ha iniciado su actividad sexual?	SI	Recuento	38	70	108
		%	35,2%	64,8%	100,0%
	NO	Recuento	27	47	74
		%	36,5%	63,5%	100,0%
	NO RESPONDE	Recuento	4	4	8
		%	50,0%	50,0%	100,0%
Total		Recuento	69	121	190
		%	36,3%	63,7%	100,0%

Tabla 71.2: Práctica religiosa - inicio de actividad sexual

			Cuál religión practicas?						
			CATOLICO	EVANGELICO	MORMÓN	TESTIGO DE JEHOVÁ	OTRA	NO PRACTICA	Total
Usted ha iniciado su actividad sexual?	SI	Recuento	24	6	1	1	6	70	108
		%	52,2%	54,5%	33,3%	50,0%	85,7%	57,9%	56,8%
	NO	Recuento	19	4	2	1	1	47	74
		%	41,3%	36,4%	66,7%	50,0%	14,3%	38,8%	38,9%
	NO RESPONDE	Recuento	3	1	0	0	0	4	8
		%	6,5%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	4,2%
Total		Recuento	46	11	3	2	7	121	190
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Aprendizaje sobre sexualidad-prevención ITS

Tabla 72.1: "Método de prevención ITS vs Aprendizaje sobre sexualidad en amigos"

		AMIGOS					
		SÍ	%	NO	%	TOTAL	%
PAREJA MUTUAMENTE EXLCUSIVA	Sí	39	36,8	30	35,7	69	36,3
	No	67	63,2	54	64,3	121	63,7
Total		106	100	84	100	190	100
ABSTINENCIA	Sí	21	19,8	11	13,1	32	16,8
	No	85	80,2	73	86,9	158	83,2
Total		106	100	84	100	190	100
USO DE PRESERVATIVO	Sí	73	68,9	51	60,7	124	65,3
	No	33	31,1	33	39,3	66	34,7
Total		106	100	84	100	190	100

Tabla 72.2: "Método de prevención ITS vs Aprendizaje sobre sexualidad en charlas educativas"

		CHARLAS EDUCATIVAS					
		SÍ	%	NO	%	TOTAL	%
PAREJA MUTUAMENTE EXLCUSIVA	Sí	49	40,5	20	29	69	36,3
	No	72	59,5	49	71	121	63,7
Total		121	100	69	100	190	100
ABSTINENCIA	Sí	19	15,7	13	18,8	32	16,8
	No	102	84,3	56	81,2	158	83,2
Total		121	100	69	100	190	100
USO DE PRESERVATIVO	Sí	85	70,2	39	56,5	124	65,3
	No	36	29,8	30	43,5	66	34,7
Total		121	100	69	100	190	100

Tabla 72.3: "Método de prevención ITS vs Aprendizaje sobre sexualidad con padres"

		PADRES SÍ	%	NO	%	TOTAL	%
PAREJA MUTUAMENTE EXLCUSIVA	Sí	51	41,5	18	26,9	69	36,3
	No	72	58,5	49	73,1	121	63,7
Total		123	100	67	100	190	100
ABSTINENCIA	Sí	20	16,3	12	17,9	32	16,8
	No	103	83,7	55	82,1	158	83,2
Total		123	100	67	100	190	100
USO DE PRESERVATIVO	Sí	77	62,6	47	70,1	124	65,3
	No	46	37,4	20	29,9	66	34,7
Total		123	100	67	100	190	100

Aprendizaje sobre sexualidad-uso de preservativo

Tabla 73.1: Uso preservativo para prevenir una ITS vs aprendizaje sobre sexualidad con amigos

		AMIGOS SÍ	%	NO	%	TOTAL	%
SEXO VAGINAL	Sí	34	32,1	14	16,7	48	25,3
	No	72	67,9	70	83,3	142	74,7
Total		106	100	84	100	190	100
SIEMPRE, EN CADA RELACIÓN	Sí	48	45,3	33	39,3	81	42,6
	No	58	54,7	51	60,7	109	57,4
Total		106	100	84	100	190	100
NO LO USO	Sí	21	19,8	18	21,4	39	20,5
	No	85	80,2	66	78,6	151	79,5
Total		106	100	84	100	190	100

Tabla 73.2: Uso preservativo para prevenir una ITS vs aprendizaje sobre sexualidad en charlas

		CHARLAS EDUCATIVAS					
		SÍ	%	NO	%	TOTAL	%
SEXO VAGINAL	Sí	33	27,3	15	21,7	48	25,3
	No	88	72,7	54	78,3	142	74,7
Total		121	100	69	100	190	100
SIEMPRE, EN CADA RELACIÓN	Sí	51	42,1	30	43,5	81	42,6
	No	70	57,9	39	56,5	109	57,4
Total		121	100	69	100	190	100
NO LO USO	Sí	30	24,8	9	13	39	20,5
	No	91	75,2	60	87	151	79,5
Total		121	100	69	100	190	100

Tabla 73.3: Uso preservativo para prevenir una ITS vs aprendizaje sobre sexualidad con padres

		PADRES					
		SÍ	%	NO	%	TOTAL	%
SEXO VAGINAL	Sí	40	32,5	8	11,9	48	25,3
	No	83	67,5	59	88,1	142	74,7
Total		123	100	67	100	190	100
SIEMPRE, EN CADA RELACIÓN	Sí	56	45,5	25	37,3	81	42,6
	No	67	54,5	42	62,7	109	57,4
Total		123	100	67	100	190	100
NO LO USO	Sí	22	17,9	17	25,4	39	20,5
	No	101	82,1	50	74,6	151	79,5
Total		123	100	67	100	190	100

Tabla 74: Tipo de familia-edad de inicio actividad sexual

Usted ha iniciado su actividad sexual?		¿Cómo se encuentra compuesto el núcleo familiar? Nuclear	Monoparental materno	Monoparental paterno	Monoparental materna extensa	Monoparental paterna extensa	Extensa	Otros	No responde	Total
SI	Recuento	40	25	8	7	1	19	7	1	108
	%	37,0%	23,1%	7,4%	6,5%	0,9%	17,6%	6,5%	0,9%	100,0%
NO	Recuento	36	16	1	4	5	7	3	2	74
	%	48,6%	21,6%	1,4%	5,4%	6,8%	9,5%	4,1%	2,7%	100,0%
NO RESPONDE	Recuento	4	3	0	0	0	0	1	0	8
	%	50,0%	37,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	80	44	9	11	6	26	11	3	190
	%	42,1%	23,2%	4,7%	5,8%	3,2%	13,7%	5,8%	1,6%	100,0%

Nivel educacional de padres-control preventivo

Tablas 75.1: "Asistencia a consultorio con fines preventivos vs Nivel educacional madre"

			¿Cuál es el nivel educacional de tu madre?				
			BÁSICO	MEDIO	SUPERIOR	NO RESPONDE	Total
Actualmente usted ha asistido al consultorio con fines preventivos?	SI		8	20	5	1	34
		%	15,7%	19,0%	18,5%	14,3%	17,9%
	NO, SOLO VOY CUANDO ME ENFERMO		42	78	22	3	145
		%	82,4%	74,3%	81,5%	42,9%	76,3%
	NO RESPONDE		1	7	0	3	11
		%	2,0%	6,7%	0,0%	42,9%	5,8%
Total			51	105	27	7	190
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 75.2: "Asistencia a consultorio con fines preventivos vs Nivel educacional padre"

			¿Cuál es el nivel educacional de tu padre?				
			BÁSICO	MEDIO	SUPERIOR	NO RESPONDE	Total
Actualmente usted ha asistido al consultorio con fines preventivos?	SI		13	14	4	3	34
		%	22,4%	15,7%	13,8%	21,4%	17,9%
	NO, SOLO VOY CUANDO ME ENFERMO		44	70	23	8	145
		%	75,9%	78,7%	79,3%	57,1%	76,3%
	NO RESPONDE		1	5	2	3	11
		%	1,7%	5,6%	6,9%	21,4%	5,8%
Total			58	89	29	14	190
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%