



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE
CHIMBOTE**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES EN
ADOLESCENTES DEL QUINTO AÑO DE
SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
PÚBLICA DIVINO JESÚS- LOS MÉDANOS - CASTILLA
PIURA 2012.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

AUTORA:

KERYM AMALY IBAÑEZ AGURTO

ASESORA:

OBST. FLOR DE MARÍA VÁSQUEZ SALDARRIAGA

PIURA – PERÚ

2015

Hoja de Firma del Jurado Evaluador y Asesor

Mg. Obst. ANITA ELIZABETH PRECIADO MARCHAN
PRESIDENTA

Mg. Obst. AUREA LUCÍA PANTA BOGGIO
SECRETARIA

Mg. Obst. SILVIA TERESA CORONADO MORALES
MIEMBRO

Lic. Obst. FLOR DE MARÍA VÁZQUEZ SALDARRIAGA
ASESORA

Agradecimientos

A Dios porque con su poder celestial nunca dejo que me rindiera ante las adversidades que se me han presentado en la vida.

A mis padres, por darme la vida apoyarme y haber hecho de mí una persona de bien, por su perseverancia en todo momento y estar siempre conmigo en las buenas y malas.

A nuestra asesora

Flor de María Vásquez Saldarriaga, por su paciencia y brindarnos todos sus conocimientos para la culminación de forma satisfactoria de este investigación.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo general describir los conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública Divino Jesús- Los Médanos -Piura año 2012, la investigación fue de tipo descriptivo y nivel cuantitativo. Se planteó una muestra de 50 adolescentes de 14 a 19 años, a quienes se les aplicó un cuestionario de conocimientos sexuales, características sociodemográficas y un test de actitudes sexuales; aplicando la técnica de la encuesta obteniéndose los principales resultados: el (56%) de los adolescentes desconocen de manera global sobre sexualidad. Siendo las dimensiones menos conocidas: Prevención de ITS/VIH SIDA (60%) y anatomía y fisiología sexual y reproductiva (56%), la misma cifra porcentual se encontró en ciclo de respuesta sexual humana. Así mismo, el (54 %) presenta una actitud desfavorable hacia la sexualidad, siendo la dimensión que refiere el mayor porcentaje de actitudes desfavorables: respeto mutuo (56%). Con respecto a las características sociodemográficas se evidencia que el género predominante (54 %) masculino; estado civil, se determinó que el (98%) solteros; el (90 %) profesan la religión católica; el (50 %) si tienen enamorado(a); el (74%) no han tenido relaciones, de tal modo que la edad predominante de los adolescentes que han iniciado su vida sexual es de 15 años con un (35,71%). Por lo tanto se concluyó que la muestra en estudio desconoce aspectos sobre sexualidad en forma global y sus actitudes son desfavorables.

Palabras clave: Actitudes, adolescencia, conocimientos, sexualidad.

Abstract

The present study was aimed at describing the overall knowledge and sexual attitudes in adolescents the fifth year of secondary school advertises the Divine Jesus -Piura the Medanos 2012, research was descriptive and quantitative level. A sample of 50 adolescents aged 14 to 19 years, who I were a questionnaire of sexual knowledge, sociodemographic characteristics and sexual attitudes test was raised; using the survey technique yielding major results: (56%) of adolescents globally known about sexuality. Being less known dimensions: STI / HIV AIDS (60%) and sexual and reproductive anatomy and physiology (56%), the same percentage figure found in item: human sexual response cycle. Likewise, the (54%) has an unfavorable attitude toward sexuality, the dimension that relates the highest percentage of unfavorable attitudes: mutual respect (56%). Regarding the sociodemographic characteristics is evidence that gender mainstreaming (54%) male; marital status, it was determined that the (98%) single; the (90%) profess the Catholic religion; the (50%) if they love (a); the (74%) have not had sex, so that the predominant age of adolescents who have started their sexual life is 15 years with a (35.71%). Therefore it was concluded that the study sample unknown aspects of sexuality globally and Their attitudes are unfavorable.

Keywords: Attitudes, adolescence, knowledge, sexuality.

Contenido

1. Título de la Tesis (Carátula).....	i
2. Hoja de Firma del Jurado y Asesor.....	ii
3. Hoja de Agradecimiento.....	iii
4. Resumen y Abstract.....	iv
5. Contenido (Índice).....	vi
6. Índice de tablas, figuras y cuadros.....	vii
I. Introducción.....	1
II. Revisión de Literatura.....	7
2.1 Antecedentes.....	7
2.2 Bases Teóricas.....	16
2.3 Modelo Conceptual.....	30
III. Metodología.....	32
3.1 Tipo y Nivel de investigación.....	32
3.2 Diseño de la investigación.....	32
3.3 Universo, Población y Muestra.....	33
3.4 Definición operacional de las Variables en Estudio.....	35
3.5 Técnicas e Instrumentos.....	42
3.6 Plan de Análisis.....	44
3.7 Principios Éticos.....	47
IV. Resultados.....	48
4.1 Resultados.....	48
4.2 Análisis de resultados.....	68
V. Conclusiones.....	75
Aspectos Complementarios.....	77
Referencias Bibliográficas.....	110
Anexos.....	119

Índice de tablas

Tabla 1: Conocimiento sexual global.....	48
Tabla 2: Conocimiento sexual según dimensión.....	49
Tabla 3: Conocimiento anatomía y fisiología sexual y reproductiva por ítems.....	50
Tabla 4: Conocimiento respuesta sexual por ítems.....	52
Tabla 5: Conocimiento prevención de ITS/SIDA por ítems.....	54
Tabla 6: Conocimiento métodos anticonceptivos como prevención del embarazo por ítems	56
Tabla 7: Actitudes sexuales en general.....	58
Tabla 8: Actitudes sexuales según dimensión.....	59
Tabla 9: Características sociodemográficas y prácticas sexuales.....	60
Tabla 10: Datos estadísticos descriptivos de la edad y la edad de inicio de las relaciones coitales.....	66

Índice de figuras

Figura 1: Gráfico de torta del conocimiento sexual global.....	48
Figura 2: Gráfico de barras del conocimiento sexual según dimensión.....	49
Figura 3: Gráfico de barras del conocimiento anatomía y fisiología sexual y reproductiva por ítems.....	51
Figura 4: Gráfico de barras del conocimiento respuesta sexual por ítems.....	53
Figura 5: Gráfico de barras del conocimiento prevención de ITS - VIH/SIDA por ítems.....	55
Figura 6: Gráfico de barras del conocimiento métodos anticonceptivos como prevención del embarazo por ítems	57
Figura 7: Gráfico de torta de las actitudes sexuales en general.....	58
Figura 8: Gráfico de barras de las actitudes sexuales según dimensión.....	59
Figura 9: Gráfico de barras y tortas de las características sociodemográficas y prácticas sexuales:	60
Figura 9.1: Grafico de barras según edad.....	61
Figura 9.2: Grafico de tortas según sexo.....	62
Figura 9.3-.Grafico de barras según estado civil.....	62
Figura 9.4: Grafico de barras según religion.....	63
Figura 9.5: Grafico de barras según ocupación.....	63
Figura 9.6: Grafico de torta si tiene enamorado (a).....	64

Figura 9.7: Grafico de torta si ha tenido relaciones sexuales.....	64
Figura 9.8: Grafico de barra según edad de inicio de relaciones sexuales.....	65
Figura 9.9: Grafico de barra según orientación sexual.....	65

Índice de cuadros

Cuadro 1: Visión de la adolescencia en las perspectivas teóricas.....	17
Cuadro 2: Vivencia de una sexualidad responsable del Centro de Asesoría y Consultoría de Colombia.....	30
Cuadro 3: Matriz de Operacionalización de la variable conocimientos sexuales.....	38
Cuadro 4: Matriz de Operacionalización de la variable actitudes sexuales.....	39
Cuadro 5: Matriz de Operacionalización de la variable características sociodemográfico.....	40
Cuadro 6: Matriz de Operacionalización de la variable características de control..	44

I. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), define la adolescencia como la etapa que va entre los 10 y 19 años de edad, en donde se realiza la transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto.

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales si no una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social, de acuerdo a los conceptos convencionales aceptados por la OMS (2).

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el virus de la Inmunodeficiencia humana/síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) - Organización de las Naciones Unidas (ONUSIDA) (3), el 16% de los afectados son menores de 15 años de edad y cada año nacen en el país 450 niñas y niños con (VIH). El número de casos identificados de (VIH) en adolescentes alcanzó su pico en el año 2009 (66 casos) mientras que hasta setiembre del 2010 se tenían 50 casos registrados; los adolescentes constituyen alrededor del 30% de la población total, de los cuales cada año alrededor de 115 mil resultan embarazadas y 1 de cada 20 ha adquirido una Infección de Transmisión Sexual (ITS), lo que las convierte en un grupo de alto riesgo para contraer el VIH/Sida; mientras que más del 50% desconoce sobre el tema de ITS.

La población adolescente mundial es más de mil millones, y representa el 85% en los países en desarrollo, los adolescentes y las adolescentes peruanas suman cerca de seis millones y representan el 1% de la población (4).

Por otro lado, Piura, también es parte de esta situación problemática, ya que según los resultados del último Censo Nacional XI de Población y VI de Vivienda el 38,5% de la población total son adolescentes y las estadísticas en relación al problema de la salud sexual y reproductiva es preocupante (5).

Dichas cifras muestran que el 18% de los adolescentes han experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años de edad y el 75% de las mujeres junto al 86% de los varones son sexualmente activos y lo hacen sin método efectivos de contracepción (6).

En el ámbito local, la presente investigación se desarrolló en la Institución Pública *Divino Jesús*, cuenta con 300 alumnos que tienen entre 11 y 18 años de edad, de estos 125 son varones y 175 mujeres. En la currícula educativa de dicha Institución cuentan con un curso llamado Ciencia Tecnológica y Ambiente, donde se dan temas de sexualidad desde el punto de vista biológico; sin embargo, aún existen escasos conocimientos en aspectos de la sexualidad, además de la persistencia de la sexualidad como tabú por partes de los padres profesores agudiza ésta situación. Por lo antes expuesto, existe la necesidad de contar e iniciar el levantamiento de una línea de base que nos lleve a identificar la estructura de la sexualidad del adolescente de la Institución Educativa Pública “Divino Jesús” - Los Médanos-Castilla-Piura, teniendo en cuenta que Piura presenta un perfil y comportamiento epidemiológico de la salud reproductiva preocupante (7).

Por lo tanto frente a la situación problemática se plantea la siguiente interrogante: *¿Qué conocimientos y actitudes sexuales tienen los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública Divino Jesús- Los Médanos –Castilla Piura 2012?*

Para dar respuesta al problema, se ha planteado el siguiente objetivo general: describir los conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Divino Jesús”- Los Médanos-Castilla Piura 2012.

Para poder conseguir el objetivo general, se han planteado los siguientes objetivos específicos: (a) describir el conocimiento sexual global en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública Divino Jesús- Los Médanos-Piura año 2012, (b) describir el conocimiento sexual en las dimensiones de: anatomía , fisiología sexual y reproductiva, ciclo de respuesta sexual, prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, metodología anticonceptiva como prevención del embarazo, en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública Divino Jesús- Los Médanos -Castilla Piura 2012, (c) determinar los ítems menos conocidos por cada dimensión en adolescentes de quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública Divino Jesús- Los Médanos – Castilla Piura 2012 (d) identificar las actitudes hacia la sexualidad en forma general en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Divino Jesús”- Los Médanos - Castilla Piura 2012, (e) identificar las actitudes hacia la sexualidad en las dimensiones: responsabilidad y prevención del riesgo sexual, libertad para decidir y actuar, autonomía, respeto mutuo y reciprocidad, sexualidad y amor, sexualidad como algo positivo en

adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública Divino Jesús - Los Médanos - Castilla Piura 2012, (f) describir características sociodemográficas y prácticas sexuales en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública "Divino Jesús"- Los Médanos Piura año 2012.

La presente investigación se justifica porque cobra importancia debido a que la salud de los adolescentes es un elemento básico para el avance social, económico y político de un país. Los diferentes cambios que ocurren tanto biológicos, psicológicos y sociales hacen que sea la adolescencia una de las etapas más vulnerables del ciclo vital por lo que debe ser privilegiada y atendida de manera especial. Los programas de promoción de salud, dirigidos a los adolescentes requieren fortalecer un enfoque integral, orientado hacia el contexto socioeconómico, político, jurídico y cultural, al ambiente grupal, familiar y al propio desarrollo individual del adolescente.

Por otro lado, es importante señalar que dicha investigación es inédita, al realizar la revisión literaria no se han encontrado estudios previos que muestren la problemática abordada, por lo tanto servirá de base para el cambio de estrategias en la eficacia de un programa de información, comunicación, educación dirigidas a mejorar el nivel de conocimiento, el cambio de actitud y la práctica adecuada de conductas sexuales.

Hoy en día la mayoría de los adolescentes han tenido experiencias sexuales y muchos de ellos tienen una actividad sexual plena y habitual, pero son pocos los que están plenamente informados de los riesgos que corren y de cómo deben protegerse de las infecciones de transmisión sexual y de los embarazos no deseados.

Además y según señalan diferentes investigaciones, los jóvenes se sienten poco preocupados por su salud y presentan poco interés por las informaciones negativas y amenazantes, sintiéndose invulnerables a cualquier tipo de vivencia de riesgo, al que, por otro lado, valoran positivamente.

Diversos estudios descriptivos recientes sobre sexualidad intentan abarcar una muestra representativa de jóvenes de la población de Piura, las actitudes y conocimientos sobre sexualidad pueden variar de un sitio a otro. Dado que en la atención de las necesidades de los adolescentes deben confluír no solo en los que se dedican al cuidado de la salud sino también en los profesionales de la educación, por lo tanto sería interesante averiguar lo que saben y opinan los de nuestra zona, a fin de, a partir de ahí, establecer estrategias para intentar mejorar la información de que disponen y evitar la morbilidad en cuanto (ITS/VIH-SIDA) y embarazos no deseados.

Otra contribución será proveer de información clave sobre sexualidad a los establecimientos de salud de nuestra región, como insumo para intervenciones estratégicas de promoción y autocuidado de salud sexual y reproductiva del adolescente. En la Institución Educativa Pública “Divino Jesús”- Los Médanos en el marco de las comunidades de aprendizaje será nuestra línea de base para proponer intervenciones de abordaje al adolescente, incluyendo la temática a tratarse en los programas educativos, en el colegio inmerso en el ámbito de estudio, en una primera etapa, con el objetivo de contribuir en la disminución de los indicadores negativos en éste componente de la salud, y ayudar al desarrollo integral del adolescente (8).

En la investigación se utilizó un diseño no experimental de corte transversal y de tipo descriptivo, el muestreo fue no probabilístico por cuotas, se ejecutó en una

muestra de quinto año de secundaria a quienes se les aplicó un cuestionario para conocimientos y una escala tipo Likert para medir las actitudes previamente válidas.

Los resultados obtenidos demostraron que el 56% desconocen aspectos básicos de sexualidad y las dimensiones menos conocidas fueron con el 60% prevención de ITS Y VIH SIDA y 56% anatomía y fisiología sexual y reproductiva. Por otro lado el 54% tienen actitudes desfavorables frente a su sexualidad y según dimensiones el 56% no tiene respeto mutuo y el 54 % no tiene libertad para decidir.

Entre las principales características demográficas y sexuales tenemos la edad predominante fue la de 16 años con 48%, el estado civil el 98% son solteros, el 90% profesa la religión católica, 92% son estudiantes, el 50% tienen enamorado(a), así también el 74% no habían iniciado su actividad sexual, la edad de inicio de las relaciones sexuales es de 15 años de edad 35.71%, finalmente el 100% de adolescentes son heterosexuales.

II. Revisión de la Literatura

2.1 Antecedentes

Gonzales (9), realizó una investigación titulada *conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del sisben de un municipio del departamento de Cundinamarca Colombia 2004*, los resultados fueron: Que existió un alto riesgo de embarazo no deseado ya que solo el 44% de la población conoce que la menarquía indican que existe la capacidad fisiológica de la reproducción. El método anticonceptivo del que tienen más conocimiento es el condón (93.2%). Así mismo un 64.3%, está al tanto de que en la primera relación sexual se puede quedar en embarazo; de igual manera conocen los riesgos que se corre por tener relaciones sexuales sin protección. Las ITS más conocidas son el SIDA (51.8%), Herpes (12.2%), Sífilis (12.1%), y Gonorrea (9.6%), las cuales pueden adquirirse por tener relaciones sexuales sin condón según el 84.1% y la manera de prevenirlos es conociendo la historia sexual de su pareja o teniendo un compañero sexual estable, un 70.8%.

Pérez et al. en México en el 2006 realizaron una investigación titulada *conducta sexual protegida en adolescentes Mexicanos*, dentro de este estudio se encontró como el mejor predictor de la conducta sexual protegida con la pareja sexual regular, a la habilidad de comunicación asertiva con un 40%, por otro lado la conducta de uso regular de métodos anticonceptivos, para prevenir un embarazo no planeado; así como el uso correcto del condón era desconocido con un 30% (10).

Parra (11), en Venezuela en el 2007 realizó una investigación titulada *nivel de conocimiento sobre sexualidad en adolescentes embarazadas*. Hospital Universitario Dr. Antonio María Pineda, cuyos resultados fueron: Que un 72% de las entrevistadas

tuvieron un nivel de conocimiento deficiente sobre la anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino, así mismo el 73% un conocimiento deficiente sobre sexualidad, con respecto al nivel de conocimiento sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual (70%) y métodos anticonceptivos (77%) tuvo un nivel de conocimientos deficientes.

Vargas (12), en Lima 2012 realizó un estudio titulado *Conocimientos sobre Respuesta sexual y comportamientos sexuales*, con una muestra aleatoria de 90 adolescentes en donde obtuvo como resultados que el 88.18 % conocen acerca de la vivencia de una sexualidad responsable que implica tener conocimientos de ITS/VIH/SIDA; seguida de 66,6% sobre las fase de respuesta sexual humana y con el 55,9% de los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control sobre su sexualidad ; a diferencia del 46% de los adolescentes desconoce acerca de las manifestaciones de madurez sexual :menstruación, masturbación y acercamiento a jóvenes del sexo opuesto le sigue el desconocimiento de los adolescentes sobre las fase de respuesta sexual humana con un 39,33% .Por otro lado el 35 % no reconoce que la vivencia sexual responsable implica actitudes y valores y un 32,47% con respecto al comportamiento no coital abarca besos, abrazos, caricias y masturbación lo desconocen.

Sin embargo los resultados son preocupantes, ya que un porcentaje importante de adolescentes participantes (43%) no identificaron los días de peligro para embarazarse, desconocían la estructura genital interna femenina (41%) y la anatomía del pene (35%), aspectos importante en el conocimiento del autocuidado de la salud sexual y reproductiva.

Con respecto a ciclo de respuesta sexual existe una brecha de adolescentes (55%) que desconocían el comportamiento sexual no coital, así como las manifestaciones de madurez sexual, agudizándose aún más cuando el 65% desconocía cómo se da el proceso del ciclo de respuesta sexual, y el 70% no sabía que la abstinencia sexual permite mantener un mejor control sobre su sexualidad.

En relación al VIH-SIDA, el 97% de adolescentes lo considera como una enfermedad mortal y un 92% conoce sus medios de transmisión. Para el 81% de adolescentes las ITS se adquieren a través de la relación coital, sin embargo, un 30% no conoce las principales ITS. Por otro lado, el 53% de los encuestados desconoce que el uso correcto del preservativo puede prevenir la transmisión de las ITS/VIH/SIDA; el 69% considera que tener sexo con una sola mujer no supone un riesgo para la infección del VIH/SIDA y el 74% considera el preservativo no muy seguro en la prevención de las ITS.

En el tema de anticoncepción se encontró que el 91% de los adolescentes encuestados conoce de métodos anticonceptivos, sabiendo que la T de cobre (Tcu) necesita los servicios del médico u obstetra para su aplicación (85%), existen los llamados métodos naturales y artificiales (83%), y los métodos de barrera (55%).

Sin embargo, un 28% de adolescentes no conoce que existen métodos de planificación familiar para ellos. Se debe resaltar que el 62% de adolescentes considera que la mujer puede quedar embarazada en su primera relación coital y que el 35% no conoce el significado de abstinencia sexual.

Finalmente con respecto a Actitudes sexuales en global encontró que el 75% de los adolescentes encuestados, presentan actitudes sexuales desfavorables. En

Actitudes sexuales según dimensiones: Responsabilidad y prevención de riesgo, libertad para decidir, autonomía, respeto mutuo y reciprocidad, sexualidad y amor. En todas las dimensiones evaluadas encontró niveles desfavorables que superan el 70% de los encuestados.

Solís (13), en su estudio denominado *Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de la comunidad zonal Magdalena Nueva, Chimbote, 2010*, muestra como resultado en Conocimiento global sobre sexualidad que el 85% de adolescentes encuestados desconoce aspectos generales sobre su sexualidad. En lo referente a la anatomía genital externa se encontró: el 97% de adolescentes reconoce los genitales externos masculinos y el 84% los genitales externos femeninos.

Libretos et al. en Venezuela en el 2008 realizaron una investigación titulada *conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa*. Los resultados fueron: el 62,69% de los adolescentes evidenciaron un nivel de conocimientos sobre ITS regular, los estudiantes en menor grado académico presentaron actitudes más favorables; el sexo masculino reportó actitudes más favorables hacia el uso de los métodos anticonceptivos (28,36%) y la masturbación (17,91%) y más desfavorable hacia la homosexualidad (46,64%). El 10,8% del sexo femenino y el 24,6% del masculino refirió tener práctica sexual de los cuales el 70,5% la iniciaron en la adolescencia media y el 78,95% indicó usar métodos anticonceptivos; el 55,79% correspondió a los varones y el 23,16% a las mujeres; siendo el condón masculino el tipo de método más utilizado (74,67%). Del total de adolescentes con práctica sexual el 49,48% respondió haber tenido dos y más de dos parejas en el último año (14).

Godoy (15), en Venezuela en el 2009 realizó una investigación titulada *conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en jóvenes que asisten a Instituciones Educativas del norte y sur de Valencia, Edo. Carabobo, Venezuela para el año 2008-2009*, los resultados fueron en cuanto a la variable conocimiento, en la presente investigación se evidencia en la Unidad Europea (UE) privada un nivel regular con un 20.6% y deficiente con un 2.8% mientras que en la UE pública, un nivel regular con 70%, en cuanto a las actitudes sobre la prevención de Infecciones de transmisión sexual (ITS) en la UE privada y en la UE pública, en relación al embarazo en ambas instituciones, la actitud se mostró favorable con un 89.6% y un 80% en la UE privada y pública respectivamente, respecto a las prácticas sexuales analizadas, el 26.53% de la población total de estudiantes ya inició las relaciones sexuales, observándose valores más elevados en la UE pública con respecto a la UE privada y según los datos demográficos la edad promedio fue 14 años 51.7% de la U.E Privada en donde prevaleció el sexo femenino con un 58.6% mientras que el masculino con un 41.4%, y de la U. E Pública prevaleció la edad de 14 y 15 años con 45% respectivamente, de los cuales prevaleció el sexo femenino con un 65% mientras que el masculino con un 35%.

Sanabria et al. en el 2006 en Lima realizaron una investigación titulada *conocimientos y actitudes sobre la transmisión del VIH en estudiantes de una escuela de Medicina de Perú* En general el 91,6% de las respuestas sobre conocimientos fueron correctas. Sin embargo, un 46 % de los estudiantes afirmó que un donante de sangre puede contraer el VIH; un 10 % aceptó que se podía transmitir el VIH de una persona a otra por medio de mosquitos y un 2,5 % afirmó que sólo los hombres homosexuales podían contraer el VIH/SIDA. Ninguno de los encuestados

respondió de manera correcta todas las preguntas. En cuanto a actitudes, 77 % de las respuestas fueron correctas. Conviene destacar que un 22 % de los estudiantes se suicidaría si estuviesen infectados por el VIH, aspecto que resultó más frecuente en el sexo masculino (16).

Arteaga (17), en su estudio sobre *Conocimientos y Actitudes Sexuales de los Adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Vicente Chunga Aldana-Distrito de Sechura - Piura durante el periodo 2009*, quien determinó que con relación a la actitud sexual el 60% de sus actitudes son desfavorables. Al igual que en las dimensiones en donde el 60% de los adolescentes reportaron actitudes desfavorable referidas a su autonomía, respeto mutuo y reciprocidad con un 58,60%, seguido de sexualidad y amor con el 53,45 % muestra actitudes desfavorables; mientras que el 47,67% con sexualidad como algo positivo. Además de las dimensiones libertad para decidir y actuar, responsabilidad y prevención del riesgo sexual con un 46% y 45,45% respectivamente el 38.33% actitudes sexuales desfavorables, que los conlleva a comportamientos y situaciones de riesgo, solo un 31.67% de adolescentes, tuvieron una actitud hacia su sexualidad favorable, viven una sexualidad responsable y segura. El 63.33% habían iniciado su actividad sexual en ambos sexos.

Rodríguez et al. en Lima en el 2008 realizaron una investigación titulada *conocimientos sobre sexualidad en adolescentes de centros educativos de Lima* cuyos resultados fueron a los datos generales la mayoría de los estudiantes son de sexo masculino, tienen 16 años y se encuentran en quinto año de secundaria, el 60.2% de los adolescentes tenían un nivel medio de conocimientos, un 51.6% tenía

conocimientos sobre sexualidad en el aspecto biológico, y el 49 % conocía sobre sexualidad en el aspecto psicológico (18)

Avendaño (19), en Lima en el 2009 realizó una tesis titulada *actitudes, prejuicios y nivel de conocimientos hacia la masturbación de acuerdo a género en un grupo de adolescentes* logro determinar que los hombres presentar actitudes más positivas (74%) y un mayor conocimiento hacia la masturbación de las mujeres, 10 por otro lado se encontró que existen diferencias entre los conocimientos y actitudes dependiendo de si recibieron información sexual, es decir, los que tenían mayor conocimiento habían recibido información sexual.

Calderón (20), en Loreto en el 2009 realizó una tesis titulada *estereotipos sexuales en adolescentes de la Institución Educativa Juan Bautista Rodríguez*, Los resultados indicaron que el 35% de los adolescentes utiliza como principal fuente de información a sus amigos; un 47% reportan ser sexualmente activos; siendo la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales 15 años para los varones y 15.8 para las mujeres. De los adolescentes que reportan vida sexual activa, un 33% no utiliza ningún método anticonceptivo, un 67% reportan que si usan métodos anticonceptivos de los cuales 34% emplea coito interrumpido, un 28% usa el preservativo o condón y sólo un 5% usa píldoras anticonceptivas.

Rocha (21), realizó un estudio titulado: *Embarazo en adolescentes, problema de salud pública en México, 2010*. Teniendo como Resultado de ello, en el último censo de población del INEGI, se contabilizaron un total de 27 mil 670 nacimientos de madres menores de 19 años de edad. Puebla es el quinto estado con mayor población adolescente, sin embargo, en los últimos años se ha registrado un incremento de

niñas embarazadas y un menor uso de métodos anticonceptivos, lo que ha dado como resultado el aumento de 2.7% de casos en San Martín Texmelucan, Tehuacán, Cholula, Chignahuapan, El Seco y Pueblo; De acuerdo con el último censo de población que elaboró el INEGI, en 2010 se presentaron 27 mil 90 nacimientos en madres cuyas edades oscilan entre los 15 y 19 años de edad y 580 nacimientos más de menores de 15 años.

Fernández (22), en Tumbes en el 2008 realizó una investigación titulada *conocimientos sobre sexualidad y comportamiento sexual en adolescentes de Instituciones Educativas Estatales de Tumbes*, los resultados fueron determinó que del total de adolescentes, el 66% tienen conocimientos adecuados sobre sexualidad. El grupo mayoritario con conocimientos adecuados corresponde a los del sexo masculino en un 67%; mientras que para el sexo femenino es de 65%, por otro lado un (80%) no conocen sobre ciclo de respuesta sexual y con respecto al comportamiento sexual el 66% y el 16% de los adolescentes del sexo masculino y femenino respectivamente, tenían vida sexual activa sexual, la edad de inicio de la actividad coital para los varones es entre los 13 a 15 años (52%) y para las mujeres es entre 16 a 18 años (46%)

Neira (23), en su estudio titulado: *Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria "Ricardo Palma" del distrito de Marcavelica, Sullana, año 2010*, obtuvo como resultados que de 120 adolescentes encuestados el 60% poseen un nivel de conocimiento bajo en cuanto al método de abstinencia y de barrera, seguido del 65% los métodos hormonales, el DIU y métodos quirúrgicos. Finalmente concluyó que el 85% de los adolescentes tienen un nivel de conocimiento bajo respecto al conocimiento y uso correcto de los MAC.

Villarreyes (24), en Paita en el 2009 realizó una investigación titulada *conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de la Institución Educativa Luciano Castillo Colonna La Huaca - Paita, 2009*, los resultados obtenidos fueron que según el nivel de conocimiento Muestra que el 79,33% de los adolescentes perciben su sexualidad como una diversión, mientras que el 77,33% no decide libremente, al contrario se dejan manipular fácilmente, el 73,33% refiere actitudes desfavorables frente al derecho a elegir con quién y en dónde realizar su vida sexual, a expresar su opinión ante los demás, etc. En el tema de responsabilidad y la prevención del riesgo sexual, presenta un 67,33% de adolescentes con actitud desfavorable.

Castillo (25), en Piura en el 2009 realizó una investigación titulada *conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 17 años de la I. E. Bacilio Ramírez Peña- Piura durante el Periodo 2009*, los resultados fueron: los adolescentes tienen un bajo nivel de conocimiento (80%) en las cuatro dimensiones básicas para el desarrollo de su sexualidad (anatomía y fisiología sexual y reproductiva, respuesta sexual, prevención de infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA, metodología anticonceptiva como prevención de embarazo). Por otro lado los adolescentes muestran en su mayoría actitudes desfavorables

Fonseca (26), en Sullana en el 2009 realizó un estudio titulado *conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de 14 a 17 años de la Institución Educativa José María Raygada Gallo del Distrito de Querecotillo - Sullana*. Donde demostró que tienen un bajo nivel de conocimientos en las cuatro dimensiones básicas para el desarrollo de su sexualidad (anatomía y fisiología sexual y reproductiva, respuesta sexual, prevención de infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA, metodología

anticonceptiva como prevención del embarazo). Además las actitudes según dimensiones del adolescente aún siguen siendo desfavorables, no demuestran autonomía y libertad para decidir y actuar; demuestran tener dificultad para ser autónomos, con un fuerte componente de bajo autoestima, no se respetan entre parejas ni son recíprocos . El 90% ignora que la mujer queda embarazada en la mitad del ciclo sexual y dentro de las características sociodemográficas de los adolescentes de la I.E (SVP) un 67% tienen enamorado y la edad de inicio de su primera relación sexual se encuentra entre la edad de 15 años.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Visión de la adolescencia en las perspectivas teóricas.

Desde que el hombre tomó conciencia de las diferencias individuales ha insistido en estudiar el desarrollo de su vida a través de las experiencias que vive. Este estudio ha generado una gran diversidad de teorías del desarrollo que tratan de explicar de manera sencilla las etapas por las que pasa el ser humano a través de su vida. Varios teóricos se dieron a la tarea de clasificar el comportamiento humano en diferentes etapas del desarrollo desde diferentes perspectivas de la vida.

De este esfuerzo por categorizar el desarrollo se han establecido las teorías más conocidas hoy día, entre ellas se encuentran las siguientes perspectivas: *perspectiva psicoanalítica; perspectiva social; perspectiva cognoscitiva; perspectiva moral*. Se debe tomar en consideración que no son las únicas perspectivas del desarrollo humano existentes. Pero, son éstas las más conocidas a nivel mundial (27, 28, 29).

Cada teoría tiene una visión particular sobre la adolescencia y el comportamiento de las personas que pasan por esta etapa de la vida. Los teóricos han tomado su

tiempo en considerar a la adolescencia en sus estudios. Los mismos han dedicado sus esfuerzos en determinar cuáles son las características más predominantes en esta etapa del desarrollo y cada uno de ellos tiene sus propios estatutos al respecto. Tomando en cuenta las perspectivas antes mencionadas la siguiente tabla muestra de manera sencilla las relaciones que cada una de ellas expone y si utiliza o no etapas como método de medición para establecer patrones de conductas, se presentan el resumen en el cuadro:

CUADRO 1

Teorías de la adolescencia

Teoría / Exponente	Perspectiva de la adolescencia	Uso de las etapas
Teoría psicosexual de Freud	Cambios físicos que despiertan la sexualidad.	Sí (oral, anal, fálica, latente y genital)
Teoría psicosocial de Erickson	Búsqueda del yo	Sí (8 etapas de confianza vs desconfianza)
Teoría aprendizaje social de Bandura	Imitación moral y búsqueda del yo.	No (cree que el desarrollo depende del conocimiento mediante modelaje)
Teoría Cognoscitiva de Piaget	Conocimiento mediante operaciones formales.	Sí (sensorio motriz, pre operacional, operación concreta y operación formal)
Teoría desarrollo moral de Kohlberg	Imitación moral y búsqueda del yo.	Sí (pre convencional, convencional y pos convencional)
Teoría razonamiento moral de Hostos	Uso de la razón mediante la inducción.	Sí (infantil, adolescencia, juvenil y adultez)
Teoría motivacional o de jerarquía de necesidades de Maslow	Cambios físicos, búsqueda del yo, despertar de la sexualidad, pensamiento abstracto y razonamiento.	No (cree en el desarrollo de las potencialidades mediante el alcance de metas)

2.2.1.1 La adolescencia: aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

El desarrollo humano se entiende como una sucesión evolutiva de *momentos* por donde el individuo va transitando, inmerso en un proceso histórico dinámico y a menudo contradictorio. Todo desarrollo humano se realiza en la interdependencia de dos procesos, uno de maduración y otro de mutación o cambio. El primero lleva al segundo y el paso entre ambos corresponde a lo que comúnmente se denomina *crisis*.

Éstas, también denominadas estadios o etapas, son a la vez liberadoras y generadoras de conflicto y angustia. Una de estas etapas es la adolescencia período de transición entre la pubertad y el estadio adulto (24).

La palabra adolescencia deriva del latín *adolescere*, que nos remite al verbo *adolecer* y que en lengua castellana tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y crecer, sin embargo cabe mencionar que en nuestra cultura es considerada simplemente como una fase de notables cambios en cuanto al cuerpo, a los sentimientos y sensaciones o como una etapa original y capital de la metamorfosis de niño a adulto. Pero también es cierto que en los tiempos actuales asistimos a cambios acelerados de muchas de las tradiciones, que en el mundo occidental han sido una ayuda para esta transición. El progreso tecnológico, las comunicaciones, las multinacionales de la moda, la música y la imagen, los cambios de valores provocados por el contacto con otras culturas debidos a la migración, el turismo y los medios de comunicación, son algunos de los factores que influyen en los hábitos, costumbres y formas de vida de la adolescencia y juventud. Así pues, la adolescencia puede variar en las diferentes sociedades y épocas (25).

2.2.1.2 Proceso de la adolescencia: etapas evolutivas

La adolescencia ha de ser entendida, pues, como un proceso universal de cambio, de desprendimiento que se teñirá con connotaciones externas, peculiares de cada cultura, que la favorecerán o dificultarán según las circunstancias. El /la adolescente se encuentra en la búsqueda de su identidad adulta, y en su recorrido se ve obligado a renunciar a su identidad de niño/a. En este recorrido la sexualidad tiene un papel esencial. El ser humano nace sexuado biológicamente, pero su sexualidad se irá construyendo a lo largo de toda la vida y se mostrará de diferentes maneras en cada edad o momento de su evolución (27).

En todo este proceso el/la adolescente necesita de la familia y de la sociedad. Si la familia y la sociedad acogen y consideran sus cambios, el/la adolescente hace su recorrido con mayor tranquilidad, aceptación y seguridad. Caso contrario, el/la adolescente esconde su cuerpo, se encierra en sí mismo o bien *actúa* para llamar la atención, exponiéndose a riesgos innecesarios. El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define adolescencia como *la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo*. Así su comienzo tiene lugar con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando cesa el crecimiento somático (27).

Por otro lado La OMS la delimita cronológicamente entre los 10 y 19 años, aunque actualmente diferencia tres períodos, que la extienden hasta los 24 años: (1) pre-adolescencia o temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad, (2) adolescencia media o propiamente dicha, de 14 a 18 años, (3) adolescencia tardía de 19 a 24 años.

Existen otras descripciones cronológicas distintas, según sean establecidas por psicólogos, sociólogos, endocrinólogos o neurólogos.

Para los fines del presente estudio nos centraremos y profundizaremos en una de las etapas a fin con la investigación planteada, nos referimos a la etapa de la *adolescencia propiamente dicha*.

La adolescencia propiamente dicha

a. Desarrollo cognoscitivo: la adolescencia es la etapa donde madura el pensamiento lógico formal. Así su pensamiento es más objetivo y racional. El adolescente empieza a pensar abstrayendo de las circunstancias presentes, y a elaborar teorías de todas las cosas (28).

La adolescencia es también la edad de la fantasía, sueña con los ojos abiertos ya que el mundo real no ofrece bastante campo ni proporciona suficiente materia a las desmedidas apetencias de sentir y así se refugia en su mundo fantasmagórico donde se mueve a sus anchas.

Es también la edad de los ideales. Aunque estos hechos no afectan a todos los adolescentes depende de la formación recibida (29).

b. Desarrollo motivacional: según cita a Schneiders, quien refiere que, en el adolescente sobresalen los siguientes motivos: necesidad de seguridad, necesidad de independencia, necesidad de experiencia, necesidad de integración (de identidad), necesidad de afecto (29).

c. Desarrollo afectivo: es difícil establecer si la adolescencia es o no un periodo de mayor inestabilidad emotiva. Pero nada impide reconocer la riqueza emotiva de la

vida del adolescente y su originalidad. La sensibilidad avanza en intensidad, amplitud y profundidad, el adolescente es variado en su humor (28).

d. Desarrollo social: tanto el desarrollo cognoscitivo, como emotivo y afectivo agilizan el proceso de socialización. El adolescente tiene en su comportamiento social algunas tendencias que conviene reseñar (31).

A medida que crece, son mayores y más variadas sus experiencias sociales, este mayor contacto con la sociedad favorece un conocimiento más real de la sociedad tiene mayor conciencia de los demás, así como una progresiva conciencia de pertenencia a una clase social.

Otras tendencias importantes son la madurez de la adaptación heterosexual, la búsqueda de status en el grupo de compañeros de la misma edad y la emancipación de la familia.

En esta época aparecen rivalidades y luchas para obtener el poder y ejercerlo sobre los demás. Prueba sus fuerzas físicas y así se convierte en agresivo, lo que se manifiesta con ciertos actos exteriores (se golpean unos a otros), palabras agresivas (se insultan), manifestaciones reprimidas y ocultas, agresividad contra sí mismos, agresividad contra las cosas (29).

La situación del adolescente frente a la familia es ambivalente: por una parte está la emancipación progresiva de la familia, lo que implica un riesgo y por otra, el adolescente percibe que su familia es fuente de seguridad y ayuda, con miedo a perderla.

e. Desarrollo sexual: la sexualidad del adolescente no es sólo un fenómeno psico - fisiológico, sino también socio – cultural. Los valores, costumbres y controles sexuales de la sociedad en que vive el adolescente determinan en gran parte su actitud y comportamiento psicosexual. Todos los adolescentes en un momento dado se preocupan más o menos de su desarrollo sexual pero de ello no hablan espontáneamente sino en un clima de gran confianza (28, 29).

En la adolescencia comienzas las primeras atracciones heterosexuales, la chica es más corazón y el chico es más cuerpo. La chica es más exhibicionista que el chico (28,29).

f. Desarrollo moral: la moral para los adolescentes no es una exposición de principios, ni un conjunto de convenciones sociales; es, ante todo, un comprometer todo su ser a la búsqueda de la imagen ideal de sí mismo, donde pone a prueba la fuerza de la voluntad, la solidez de las posibilidades y cualidades personales (28).

g. Desarrollo religioso: en la adolescencia se pone en movimiento exigencias particulares como el encuadramiento del propio yo en un mundo que tiene un sentido absoluto; estas exigencias hallan respuesta sólo en una específica dimensión religiosa. En esta edad, lo trascendente es afirmado como tales. Sin duda que para esto influye la educación dada por los padres, la ecuación de la escuela y el medio ambiente. El grupo de compromiso en la fe ahonda la religiosidad del adolescente y lo abre a los demás (28, 29).

2.2.2 Bases teóricas de la sexualidad

La sexualidad es una función básica del ser humano, esta comienza a los tres o cuatro años de edad y se establece definitivamente durante la adolescencia. Los diferentes cambios físicos y psicológicos que ocurren en esta etapa pueden tener un gran impacto en el comienzo de la sexualidad y las vidas reproductivas de los adolescentes de ambos sexos. Es importante entender las respuestas de los y las adolescentes a estos cambios para poder identificar el comienzo de las necesidades de salud reproductiva y proporcionarles servicios satisfactorios. Aquí mencionamos las principales teorías de la sexualidad (31).

- a. **Teoría del aprendizaje:** según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás. Al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella. Esta teoría también sostiene que la determinación del género está condicionada por los modelos personales y las influencias socio ambientales a los que el niño se halla expuesto. En los primeros años de vida los modelos a observar e imitar son ante todo los padres (31, 32, 35, 36).
- b. **Teoría cognitivo-evolutiva:** según este punto de vista, el desarrollo del género corre paralelo al progreso intelectual del niño. Los niños de muy corta edad tienen una visión exageradamente simplificada del género, equivalente a una estimación no menos estereotipada del mundo en general ya que hasta antes de los 5 años ellos no comprenden que el género es una constante y sólo entonces están en condiciones de configurar una sólida identidad de género (35).

c. La interacción biosocial: muchos estudiosos contemplan el surgimiento de la incipiente identidad de género como una sucesión de influencias recíprocas entre los factores biológicos y los psicosociales. En otras palabras, la programación genética en la fase prenatal, los elementos psicológicos y las reglas sociales influyen a un tiempo en las pautas futuras que el recién nacido desarrolla durante la niñez y la adolescencia. Money y su equipo estiman que los factores que más influyen en la formación del género no son de origen biológico, sino fruto del aprendizaje cultural (35).

Además hay quienes definen la sexualidad como la combinación de: género, deseo sexual, sentimientos, experiencias sexuales, orientación sexual, influencia cultural, historia familiar, características físicas y espiritualidad. La mayoría de estas cosas influyen en la propia percepción sexual de una persona y como otros ven y actúan hacia él/ella como un ser sexual (31).

d) Enfoque psicobiológico: el concepto de *sexualidad* sería una *construcción cultural*. Correspondería a la amalgama subjetiva del comportamiento erótico y la problemática de reproducción. La característica neurobiológico que explicaría la aparición de este fenómeno cultural sería el extremo desarrollo en el ser humano de la neo corteza, estructura que es la sede de las funciones intelectuales superiores (36).

Como vemos existen diversidad de teorías que definen a la sexualidad, así tenemos ésta, que se refiere a las manifestaciones biológicas, psicológicas y sociales del ser hombre y del ser mujeres es decir abarca el conocimiento, creencias, actitudes, valores y comportamientos de los individuos a nivel sexual. Sus dimensiones incluyen la anatomía, psicología y bioquímica del sistema de respuesta

sexual; la identidad, orientación, funciones y personalidad; y los pensamientos, sentimientos y relaciones. Los valores éticos, espirituales, culturales y morales influyen en la expresión de la sexualidad (36).

Sabiendo que la sexualidad es parte fundamental de la salud sexual y reproductiva e involucra sensaciones, emociones, sentimientos y el mundo subjetivo desde las cuales se toman decisiones y condicionan los comportamientos; resulta necesario que las personas asuman su vida sexual y reproductiva de manera saludable y responsable, ya que es de suma relevancia para su desarrollo integral, siendo preponderante en la niñez y adolescencia, ya que son las etapas más importantes de la vida pues aquí es donde se interiorizan hábitos valores , prácticas y se consolida la personalidad.

2.2.3.1.Bases teóricas de la actitud

Aunque la sexualidad, adolescencia y actitud son términos y teorías muy ligadas, y se relacionan estrechamente, sin embargo para efectos metodológicos se presenta por separado:

- a. Teorías del aprendizaje:** según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás. Al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella.
- b. Teorías de la consistencia cognitiva:** según las teorías de la consistencia cognitiva, la incoherencia entre dos estados de conciencia hace que las personas se sientan incómodas. En consecuencia, cambian o bien sus pensamientos o bien sus acciones con tal de ser coherentes.

c. Teoría de la disonancia cognitiva: festinger sostiene que siempre que tenemos dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, estamos en un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo. Esto hace que nos sintamos incómodos psicológicamente y por eso hemos de hacer algo para disminuir esta disonancia.

Otras situaciones serian aquellas en las que hacemos algo contrario a nuestras creencias más firmes sobre lo que es correcto y apropiado (31).

2.2.3.1 Perspectiva de la actitud

Una actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente. También se define como las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí (32).

Las actitudes son aprendidas en consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas, tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Siempre estas son dirigidas hacia un objeto o idea particular (31,30).

Una vez formada, es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen. En efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después. Otras se aprenden de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa ante el robo y el homicidio; por último otras dependen directamente del individuo (31).

2.2.4. Teoría del conocimiento

Se entiende como teoría del conocimiento al intento intelectual de explicar la forma en la que adquirimos el conocimiento del mundo y los procedimientos por los que es generado ese conocimiento, de tal forma que pueda ser valorado ya como verdadero o como falso. Como su nombre lo indica, lo que pretende es crear una teoría (cuerpo sistematizado de ideas sobre una materia) a cerca del conocimiento (44).

a.El conocimiento humano: desde el enfoque epistemológico, el conocimiento es un acto que significa averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, es importante distinguir entonces que la naturaleza y los acontecimientos que en ella suceden, así como el conjunto de hechos y objetos y sus relaciones dadas en el mundo, tienen la posibilidad de ser averiguadas e identificadas por nuestro procesador principal de información: el cerebro. Pero nuestro almacén y procesador de información operan limitadamente y no desde un cálculo total (36).

b. Análisis y enfoques del conocimiento humano: cada vez que se estudia un tema tan complejo como es el del conocimiento, muchas veces hay que desmenuzar sus partes integrantes con el fin de comprenderlas, aun sabiendo que aquel funciona, vitalmente, como un todo.

Podemos analizar su funcionamiento o funcionalidad, sus productos (conductas mentales y sus consecuencias), alguna de sus partes en particular o también la finalidad del conocimiento y su continuismo adaptativo.

Estos niveles de análisis también pueden ofertarse como conocimientos cotidianos, conocimientos científicos, conocimientos experienciales, etc. Puede

ocurrir que los niveles analíticos se establezcan en orden a las estructuras a analizar: lingüísticas, fisiológicas, cognitivas, sociales, económicas, políticas, etc. Sugere nos parece el concepto de enfoque, que focaliza su sistema analítico y realiza operaciones e hipótesis de trabajo sobre esquemas mentales complejos de representación de la realidad. Obsoleto, nos queda el concepto de paradigma desde un punto de vista epistemológico, pues a fin de cuentas, se trata de una definición, más o menos extensa, de un sistema y su estructura funcional; es decir, una teoría o un esquema de la misma. Dentro del término *enfoque*, también encontramos diferentes niveles de como el enfoque estructural, el enfoque conexionista, enfoque integral, enfoque procedimental, enfoque procesal, enfoque relacional, enfoque asociacionista, enfoque dinámico, entre otros (37).

Sin embargo para el presente estudio del conocimiento sobre sexualidad del adolescente partimos del enfoque constructivista, la cual asegura que el individuo es un agente activo a la hora de codificar, elaborar o transferir información; luego reconstruye cognitivamente el mundo, haciendo sus propias teorías acerca del mismo, generando hipótesis y siguiendo cursos de acción particulares.

2.3 Modelo conceptual de la investigación

El modelo conceptual de la investigación considerado para la presente estudio y vista la sexualidad en la diversidad de enfoques tiene múltiples abordajes desde las diferentes perspectivas, una de ellas es la trabajada por el centro de consultoría y asesoría del adolescente de Colombia, la misma que nos servirá de modelo para realizar el estudio en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Divino Jesus” Los Medanos-Castilla -Piura Piura 2012, se presenta el resumen en el cuadro 2.

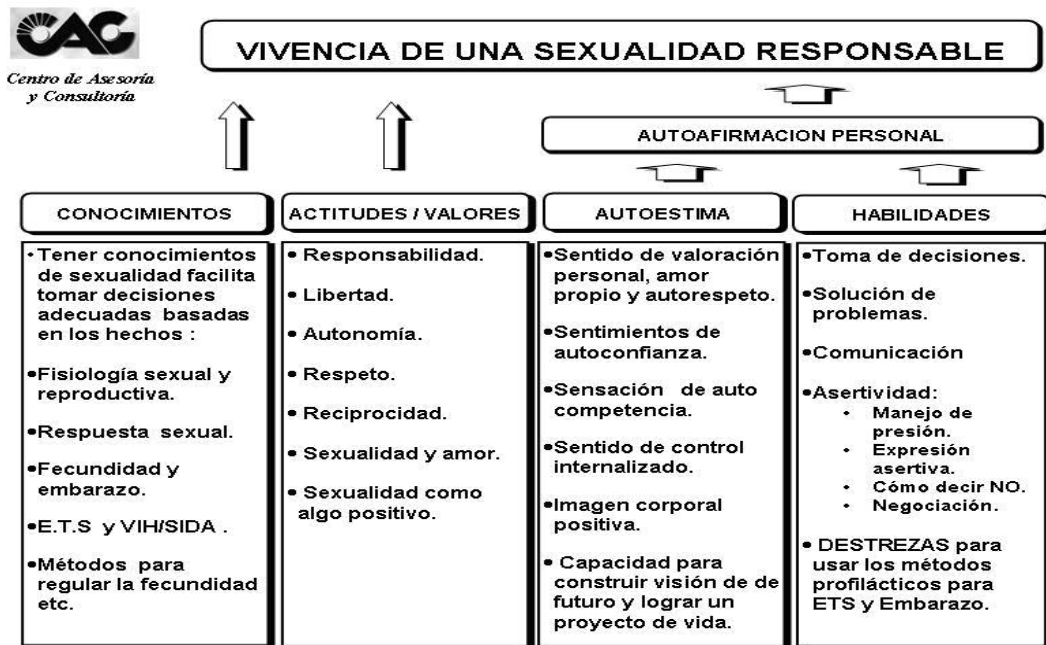
Desde la nueva educación sexual se propone enseñar que la sexualidad es algo maravilloso que merezca vivirse, no de cualquier forma, sino de manera responsable.

Los criterios que se proponen para vivir una sexualidad en forma responsable son:

- La persona se hace cargo de los propios actos y decisiones.
- Tiene en cuenta las consecuencias de los propios actos sobre sí mismo y los demás.
- Tiene en cuenta los propios sentimientos, valores y actitudes para tomar decisiones respecto a la vida sexual.
- Tiene la capacidad de aplazar el placer y la gratificación en situaciones que ocasionarían problemas y consecuencias negativas para sí mismo y otras personas.
- Decide libre, consciente y autónomamente.

Cuando la vivencia sexual está asociada a un sentido que le da significado a la experiencia sexual y amorosa. La responsabilidad será el producto de un largo y complejo proceso de formación que implicará la estructuración de conocimientos, valores, actitudes positivas, habilidades y el desarrollo de una adecuada autoestima.

CUADRO 2



Desde esta propuesta se ha tomado los tópicos referidos a las dimensiones relacionados con el área cognitiva y actitudinal del adolescente, las mismas que se convertirán en las variables principales que en adelante denominaremos variable conocimientos y variable actitudes (38).

Este modelo que plantea el centro de asesoría y consultoría del adolescente de Colombia, sustenta: mientras se siga evitando hacer una educación sexual abierta, basada en la verdad, centrada en la promoción de valores y actitudes para una sexualidad responsable, realizante y constructiva, no se podrá esperar que las futuras generaciones tengan una salud superior a la que han tenido las generaciones anteriores (45).

Este modelo que plantea el Centro de Asesoría y Consultoría del Adolescente de Colombia, sustenta: mientras se siga evitando hacer una educación sexual abierta, basada en la verdad, centrada en la promoción de valores y actitudes para una

sexualidad responsable, realizante y constructiva, no se podrá esperar que las futuras generaciones tengan una salud superior a la que han tenido las generaciones anteriores (51)

La investigación apunta a describir la variable principal conocimientos sexuales en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Divino Jesús” - Los Médanos - Castilla Piura 2012, en sus dimensiones:

- Conocimiento de anatomía y fisiología sexual y reproductiva: ciclo menstrual, fecundación y embarazo.
- Conocimientos del ciclo de respuesta sexual.
- Conocimiento de las Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA.
- Conocimiento de los métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.

Así mismo la variable principal actitudes sexuales en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Divino Jesús” Piura 2012, en sus dimensiones:

- Responsabilidad y prevención de riesgo sexual
- Libertad para decidir y actuar
- Autonomía
- Respeto mutuo
- Sexualidad y amor
- Sexualidad como algo positivo

III. Metodología

3.1 Tipo y nivel de Investigación

3.1.1 Tipo de Investigación

El presente estudio por sus componentes de medición de conceptos y definición de variables reúne las condiciones de una investigación de tipo descriptiva.

3.1.2 Nivel de Investigación

Por el grado de cuantificación se trata de un estudio cuantitativo.

3.2. Diseño de la investigación.

Diseño no experimental, transversal

ESQUEMA



Dónde:

M: es la muestra estudiada.

X: conocimiento y actitudes

O: lo que observamos.

3.3. Universo, población y muestra

3.3.1 Universo

Está constituida por el total de 300 adolescentes del nivel secundario. Se eligió la sección *A* y *B*, entre las edades de 14 a 19 años del quinto año de secundaria que estudiaron en la Institución Educativa Pública “Divino Jesús”- Los Médanos – Castilla Piura 2012. Información obtenida de los registros estadísticos de la Institución Educativa Pública “Divino Jesús”- Los Médanos - Castilla.

3.3.2 Población

La población estuvo conformada por 100 adolescentes del quinto año de secundaria entre las edades de 14 a 19 años de la Institución Educativa Pública “Divino Jesús”- Los Médanos - Castilla Piura año 2012.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión:

- Adolescentes hombres y mujeres del quinto año de secundaria, que estudian en la Institución Educativa Pública “Divino Jesús”- Los Médanos - Castilla Piura 2012
- Saber leer y escribir
- No interesa la condición civil.
- Puede o no tener hijos.
- Aceptación escrita de participar en el estudio, sin importar condición socioeconómica y nivel de escolaridad.

Exclusión:

- Adolescentes transeúntes.
- Adolescentes con capacidad disminuida para comunicarse.
- Adolescentes minusválidos.
- Adolescentes del 1ero al cuarto año de secundaria.
- Adolescentes que pertenecieran a algún programa educativo especializado para adolescentes.

3.3.3. Muestra

El estudio se realizó en una muestra de 50 adolescentes de ambos géneros del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Divino Jesús” - Los Médanos – Castilla Piura 2012. La muestra fue ejecutada en el mes de septiembre del 2012, se seleccionó teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión

Las unidades de análisis fueron a cada uno de los jóvenes adolescentes del quinto año de secundaria que estudian en la Institución Educativa Pública “Divino Jesús” - Los Médanos - Castilla Piura 2012. Para la selección de cada unidad de análisis se realizó primero la selección de secciones, y posteriormente se visitó cada una de las aulas donde estudia cada uno de los jóvenes.

3.4 Definición operacional de las variables en estudio

A. Variables principales

- **Conocimiento de sexualidad del adolescente**

Es el conocimiento que tiene el adolescente respecto a su sexualidad en las siguientes dimensiones:

1. Dimensión conocimiento de anatomía y fisiología sexual y reproductiva:

Referida a los conocimientos que tiene el adolescente sobre anatomía de los órganos reproductores internos y externos de ambos sexos, ciclo menstrual, fecundación y embarazo.

2. Dimensión ciclo de respuesta sexual humana: es la forma que tiene nuestro cuerpo de reaccionar a la estimulación erótica. La contemplación de ciertas imágenes, el susurro al oído de frases amorosas o el olor de la persona deseada pueden ser suficientes para despertar la libido.

3. Dimensión Infecciones de Transmisión Sexual y VIH / SIDA: referida al conocimiento que tiene el adolescente de los principales síntomas que se presentan en una ITS- VIH/SIDA, y como protegerse de éstas incidiendo en el uso de preservativos y postergación de las relaciones sexuales, así como evitar múltiples parejas sexuales

4. Dimensión métodos anticonceptivos (MAC): definida como el conocimiento que tiene el adolescente de cualquier dispositivo o medicamento, como por ejemplo preservativo, píldora, dispositivo intrauterino, etc. utilizado por la pareja para posibilitar el coito sin riesgo de concepción.

- **Actitud sexual del adolescente**

Es la forma de respuesta ante las siguientes dimensiones:

1. Dimensión: responsabilidad y prevención del riesgo sexual: entendida así a: La acción que tiene el adolescente producto de lo que cree, siente y realiza a partir de un conocimiento positivo de la sexualidad, es decir que el inicio de las relaciones sexuales precoz, las múltiples parejas sexuales, el no uso de MAC, y el no uso del preservativo están relacionados directamente con los riesgos de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, embarazos no deseados.

2. Dimensión libertad para decidir y actuar: entendida como el sentir del adolescente para saber responder a las circunstancias favorables o adversas relacionadas con su sexualidad y sin presión alguna, es decir, saber decir no ante la presión de grupo, debe decidir ella o el cuándo iniciar su actividad sexual, informarse y utilizar MAC, utilizar preservativos.

3. Dimensión autonomía: capacidad que tiene el adolescente para darse normas a el mismo, sin influencia de presiones internas ni externas.

4. Dimensión respeto mutuo y reciprocidad: es una variable que cobra importancia por los altos índices de violencia que se presenta hoy en día, por ello la definición está relacionada al respeto mutuo que se deben los adolescentes, respeto a no tener sexo forzado, a no ser agredidos físicamente por su pareja, a no ser tocado por ninguna persona.

5. Dimensión sexualidad y amor: entendida si las relaciones sexuales del adolescente han sido producto de una unión sentimental, que tipo de relación de pareja llevan.

6. Dimensión sexualidad como algo positivo: que hace agradable, nuestras vidas, oportunidad de placer y bienestar, es asumir que, nuestros deseos sexuales son digno motivo de alegría y no una manifestación de pecado o un motivo de castigo, deben llevarse dentro de un marco de valores y principios morales, respetando las normas de la sociedad. Un indicador a considerar para efectos del estudio estará relacionado con los sentimientos que tiene el adolescente después de una masturbación, después del acto sexual.

B. Variables secundarias

Características sociodemográficas:

- Estado civil: conjunto de cualidades que distingue al individuo de la sociedad y en la familia.
- Ocupación: actividad que realiza el encuestado en los últimos treinta días.
- Religión: tipo de religión que profesa.
- Edad de inicio de la primera relación sexual: edad que se inicia Sexualmente.

C. Variables de control

- Sexo: condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.
- Edad: tiempo vivido por el adolescente, expresada en 14 a 19 años cumplidos.

CUADRO 3

Matriz de Operacionalización de la Variable Conocimientos Sexuales

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Conocimiento sexuales de los adolescentes	Conjunto de ideas, conceptos, y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del adolescente, referida a su sexualidad.	Anatomía y fisiología sexual y reproductiva:	-Conoce los genitales internos y externos del Varón y la Mujer. -Conoce ciclo menstrual -Conoce la Fecundación -Conoce el proceso de Embarazo	Nominal	Si conoce No conoce
		Respuesta sexual,	-Conoce las fases del ciclo de respuesta sexual		Si conoce No conoce
		Prevención de Infecciones de Transmisión sexual VIH/SIDA	-Identifica las vías de transmisión delVIH/SIDA -Conoce los síntomas de la ITS/VIH/SIDA. -Medidas de protección y prevención		Si conoce No conoce
		Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.	-Conoce los diferentes métodos anticonceptivos -Utiliza los métodos -Se protege y previene el embarazo		Si conoce No conoce

CUADRO 4

Matriz de Operacionalización de la Variable Actitudes Sexuales

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Actitudes sexuales de los adolescentes	Forma de respuesta, a alguien o a algo, aprendida y relativamente permanente	Responsabilidad y prevención del riesgo sexual.	-Inicio de actividad sexual -Recibe información y utiliza MAC, utiliza preservativos	Ordinal	Favorable Desfavorable
		Libertad para decidir y actuar	-Tiene capacidad para tomar voluntariamente sus decisiones y actúa sin presión		Favorable Desfavorable
		Autonomía	-Realiza y decide solo por sus tareas -Toma decisiones independientemente.		Favorable Desfavorable
		Respeto mutuo y reciprocidad	-Respeta a su pareja -No ha sido agredido físicamente -Demuestra interés en los problemas de su pareja		Favorable Desfavorable
		Sexualidad y amor.	-Tiene relación estable con su pareja -Tiene solo una pareja, y tiene actividad sexual, producto de la relación de ambos -Que sentimiento tienes después de una relación coital. -Que sentimientos te aflora después de la masturbación		Favorable Desfavorable
		Sexualidad como algo positivo	-La sexualidad debe vivirse respetando los principios y valores -La relación sexual debe llevarse , respetando las normas sociales -Cuando tienes relaciones sexuales son producto del amor, la comunicación y respeto. -Te sienta bien después de realizar el acto sexual		Favorable Desfavorable

CUADRO 5

Matriz de Operacionalización de la Variable Características Socio-demográficas

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Características socio demográficas.	Son la Son las características socio demográficas, de edad y de género de los adolescentes.	Religión	- Religión	Cualitativa nominal	Católico Evangélico Otras No creyente
		Ocupación	- Ocupación	Cualitativa nominal	Estudiante Trabaja Trabaja/estudia
		Estado civil	- Estado civil	Cualitativa nominal	Soltero Casado conviviente
		Tiene enamorado(a)	- Tiene enamorado(a)	Cualitativa nominal	Si No
		Se ha iniciado sexualmente	- Se ha iniciado sexualmente	Cualitativa nominal	Si No
		Edad de inicio de sus relaciones sexuales	- Edad de inicio de sus relaciones sexuales	Cuantitativa de razón	años
		Opción sexual	- Opción sexual	Cualitativa nominal	Heterosexual Homosexual Bisexual

CUADRO 6

Matriz de Operacionalización de la Variable Características de Control

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
EDAD	Tiempo vivido por el adolescente, expresada en 15 a 18 años cumplidos.	Edad	-Edad	Cuantitativa de razón	años
SEXO	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Sexo	- Sexo	Cualitativa nominal	Masculino Femenino

3.5. Técnica e Instrumentos de medición.

3.5.1 Técnica

Se utilizó la técnica de la encuesta

3.5.2. Instrumentos

Los instrumentos fueron aplicados a los adolescentes en edades de 14 a 19 años que conforman la muestra.

- **Cuestionario de conocimientos de la sexualidad del adolescente de 14 a 19 años.**

Para la medición del conocimiento sobre sexualidad se utilizó el cuestionario previamente estructurado de preguntas cerradas diseñado y validado por la investigadora Mg. Nelly Solís Villanueva (Anexo 1-1), la escala consta de 35 ítems, con opciones de respuestas dicotómicas si conoce y no conoce, realizadas de manera agrupada según dimensiones, dicho cuestionario contiene 9 ítems que miden los conocimientos de Anatomía y fisiología sexual y reproductiva; 8 ítems sobre repuesta sexual ; 9 relacionadas a los conocimientos de prevención de las ITSS/VIH/SIDA, 9 destinados a metodología anticonceptiva como alternativa de prevención del embarazo. Un Si representa un valor de 1 y un No un valor 0. Sumando las respuestas de cada ítem se pueden tener un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 35. Cuyos rangos fueron establecidos de la siguiente manera.

- Si conoce: puntaje mayor al valor del percentil 50° de los datos de la muestra.
- No Conoce: puntaje menor o igual al valor del percentil 50° de los datos de la muestra.

El instrumento para medir los conocimientos en sexualidad ha sido validado en su contenido por jueces expertos y los ítems cumplen con los criterios establecidos para su validación (Anexo 2.1).

La prueba tiene un índice de confiabilidad Alpha Crombach igual a 0,765; siendo confiable (Anexo 2.3).

- **Test de actitudes sexuales del adolescente**

Para la medición de las actitudes Sexuales del adolescente, se utilizó el cuestionario diseñado y validado por la investigadora Mg Nelly Solís Villanueva en el año 2013; un instrumento que consta de 6 dimensiones: Responsabilidad y prevención del riesgo sexual con 10 ítems, Libertad para decidir y actuar con 6 ítems, Autonomía con 5 ítems, Respeto mutuo y reciprocidad con 9 ítems, Sexualidad y amor con 9 ítems, Sexualidad como algo positivo con 11 ítems; afirmaciones narradas, de la forma, que mejor refleje la opinión del adolescente, y comprende una escala de tipo Likert, considerando 5 alternativas (1.3)

1. Completamente en desacuerdo
2. Bastante en desacuerdo
3. Opinión intermedia
4. Bastante de acuerdo
5. Completamente de acuerdo,

Con un total de 50 preguntas, teniendo un puntaje mínimo de 50 puntos y un puntaje máximo de 250 puntos.

Se tendrá en cuenta los siguientes rangos:

- ✓ Favorable: Puntaje mayor al valor del percentil 50° de los datos de la muestra.
- ✓ Desfavorable: Puntaje menor o igual al valor del percentil 50° de los datos de la muestra.

El instrumento para medir las actitudes hacia la sexualidad ha sido validado en su contenido por jueces expertos y los ítems cumplen con los criterios establecidos para su validación (Anexo 2.2).

La Prueba tiene un índice de confiabilidad Alpha Cronbach igual a 0,964; siendo su confiabilidad alta (Anexo 2.3).

- **Cuestionario de características sociodemográficas y principales prácticas sexuales**

Para la recogida de los datos socio demográfico, se empleó un cuestionario donde se identifica las variables estado civil, religión, ocupación y lugar de residencia, asimismo si tiene enamorado o enamorada, si ha tenido relaciones sexuales, la edad de inicio de actividad sexual y la opción sexual. También se incluye la edad y el sexo del adolescente (Anexo1.2).

3.6. Plan de análisis

Los datos obtenidos fueron codificados y luego fueron ingresados en una de cálculo del programa Open Office Calc. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versión 21 con el cual se obtuvo la frecuencia de cada una de las variables en estudio con sus respectivas figura.

Baremación del Test

La puntuación directa de una persona en un test no es directamente interpretable si no la referimos a los contenidos incluidos en el test o al rendimiento de las restantes personas que comparten el grupo normativo. Nosotros centramos en este segundo sentido el tema de la interpretación de una puntuación directa en un cuestionario, para lo cual es necesario tratar el tema de la obtención de baremos para

comparar esta puntuación con las que obtienen las personas que han formado el grupo normativo. De una u otra forma, los baremos consisten en asignar a cada posible puntuación directa un valor numérico (en una determinada escala) que informa sobre la posición que ocupa la puntuación directa (y por tanto la persona que la obtiene) en relación con los que obtienen las personas que integran el grupo normativo donde se bareman las pruebas. Entre las múltiples formas de baremar un test, destacamos las siguientes:

- Baremos cronológicos: edad mental y cociente intelectual.
- Centiles o percentiles.
- Puntuaciones típicas: estándares y normalizadas.

Lo más usual en las pruebas es realizar baremos en escala de Centiles o percentiles. En el presente trabajo de investigación por estudios anteriores (según taller de titulación I), los puntajes para medir el nivel de conocimientos y actitud sexual en cada una de sus dimensiones se realizaron a través de la Baremación estadística; siendo los siguientes:

Conocimiento general:

Si conoce : más de 11
No conoce : 11 o menos

Conocimiento por dimensiones:

Anatomía y fisiología, sexual y reproductiva del adolescente.

Si conoce : más de 2
No conoce : 2 o menos

Ciclo de Respuesta Sexual.

Si conoce : más de 0
No conoce : 0 o menos

Prevención de enfermedades de transmisión sexual – VIH/SIDA.

Si conoce : más de 5

No conoce : 5 o menos

Métodos Anticonceptivos como Alternativa de Prevención del Embarazo.

Si conoce : más de 3

No conoce : 3 o menos

Actitud general:

Favorable : más de 115

Desfavorable : 115 o menos

Actitud según dimensiones:

Responsabilidad y prevención del riesgo sexual.

Favorable : más de 24

Desfavorable : 24 o menos

Libertad para decidir y actuar.

Favorable : más de 16

Desfavorable : 16 o menos

Autonomía.

Favorable : más de 14

Desfavorable : 14 o menos

Respeto mutuo y reciprocidad.

Favorable : más de 21

Desfavorable : 21 o menos

Sexualidad y amor.

Favorable : más de 22

Desfavorable : 22 o menos

Sexualidad como algo positivo.

Favorable : más de 25

Desfavorable : 25 o menos

3.7 Principios Éticos:

Se contó con la previa autorización de las autoridades de la institución. Previo a la entrevista, se les explicó a los adolescentes los objetivos de la investigación; asegurándoles que se manejó de manera anónima la información obtenida de los mismos.

Para seguridad de los entrevistados se le hizo firmar un Consentimiento informado, de manera que, si rehúsa firmarlo, se los excluía del estudio sin ningún perjuicio para ello.

IV. Resultados

4.1 Resultados

TABLA 1

Conocimiento sexual global.

Conocimiento	n	%
No conoce	28	56,00
Conoce	22	44,00
Total	50	100,00

Fuente: encuesta aplicada en el periodo setiembre-diciembre 2012.

En la tabla 1 se logró determinar que los adolescentes encuestados en un 56% no conocen de manera global los conceptos de la sexualidad explorados y solo un 44% conoce los mismos.

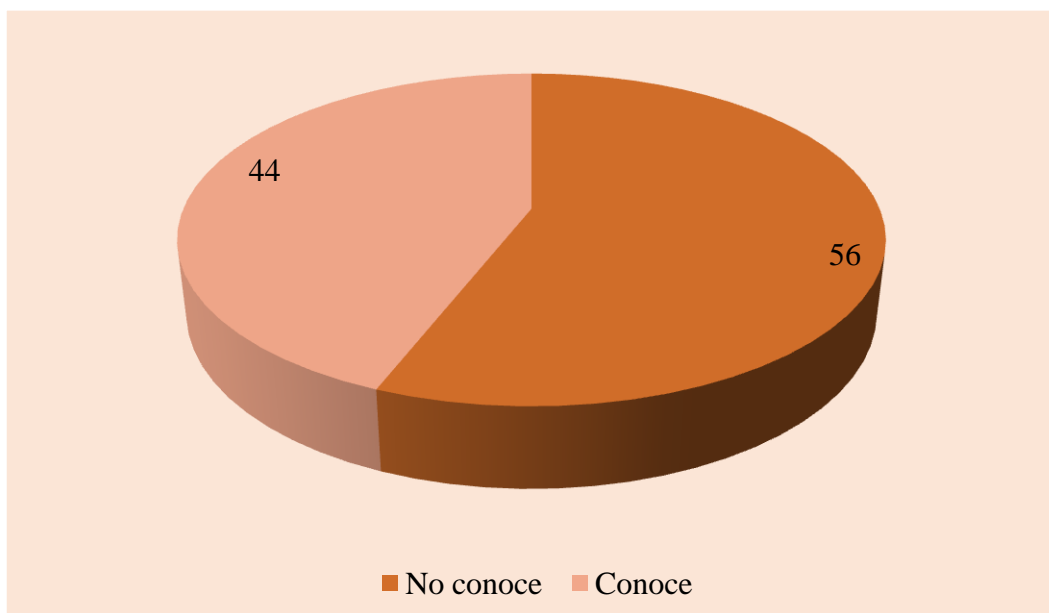


Figura 1: Gráfico de torta del conocimiento sexual global.

TABLA 2

Conocimiento sexual según dimensión.

	No conoce		Conoce	
	n	%	n	%
Anatomía y fisiología	28	56,00	22	44,00
Respuesta sexual	28	56,00	22	44,00
Prevención de enfermedades	30	60,00	20	40,00
Métodos anticonceptivos	27	54,00	23	46,00

Fuente: encuesta aplicada en el periodo setiembre-diciembre 2012.

De los encuestados con respecto a las dimensiones sobre sexualidad, son desconocidas por los adolescentes, siendo las que representan los mayores porcentajes: prevención de ITS VIH SIDA (60%), seguido de un (56%) en respuesta sexual y anatomía y fisiología. sexual y reproductiva respectivamente

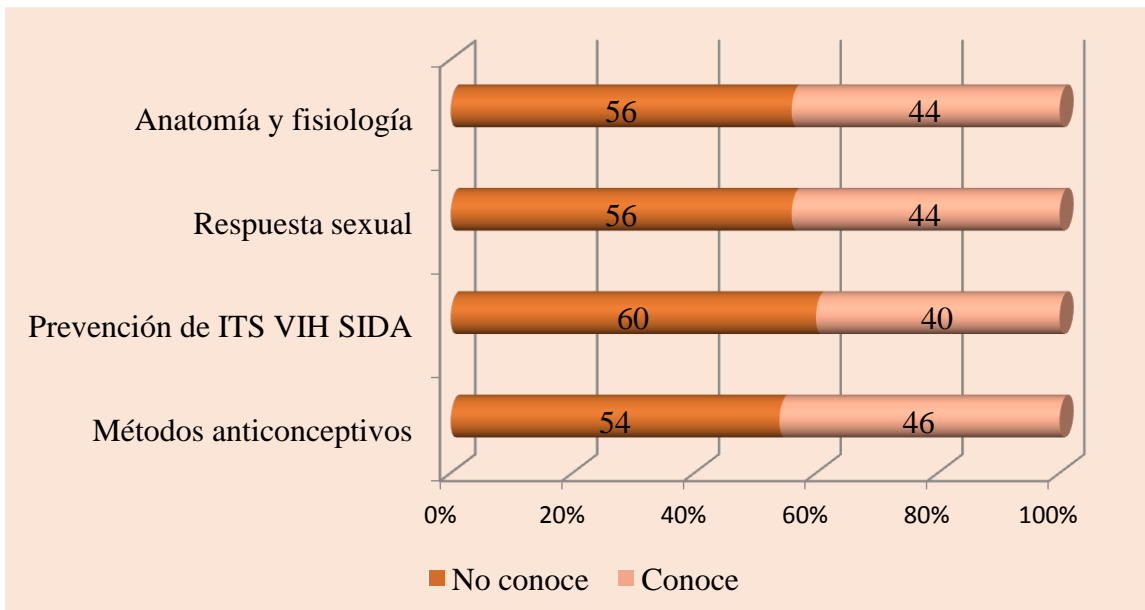


Figura 2: Gráfico de barras del conocimiento sexual según dimensión.

TABLA 3

Conocimiento anatomía y fisiología sexual y reproductiva por ítems.

	No conoce		Conoce	
	n	%	n	%
Conoce los genitales externos de mujer.	30	60,00	20	40,00
La fecundación es el ingreso del espermatozoide al ovulo.	33	66,00	17	34,00
El embarazo comienza con la fecundación.	34	68,00	16	32,00
En el embarazo se dan las modificaciones anatómicas y fisiológicas.	30	60,00	20	40,00
Conoce los genitales externos del varón.	29	58,00	21	42,00
Conoce la denominación del extremo final del pene.	48	96,00	2	4,00
Las trompas de Falopio transportan el óvulo hacia el útero.	44	88,00	6	12,00
La mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual.	44	88,00	6	12,00
El sexo es natural y necesita ser aprendido.	41	82,00	9	18,00

Fuente: encuesta aplicada en el periodo setiembre - diciembre 2012.

Se muestra el conocimiento con respecto a la dimensión anatomía y fisiología sexual y reproductiva por ítems, reportándose desconocimiento en la denominación del extremo final del pene (96%), por otro lado ignoran que una mujer puede quedar embarazada en la mitad del ciclo menstrual, y que las trompas de Falopio transportan el ovulo hacia el útero ambas con el 88% respectivamente y el 82 %desconoce que el sexo es natural y necesita ser aprendido.

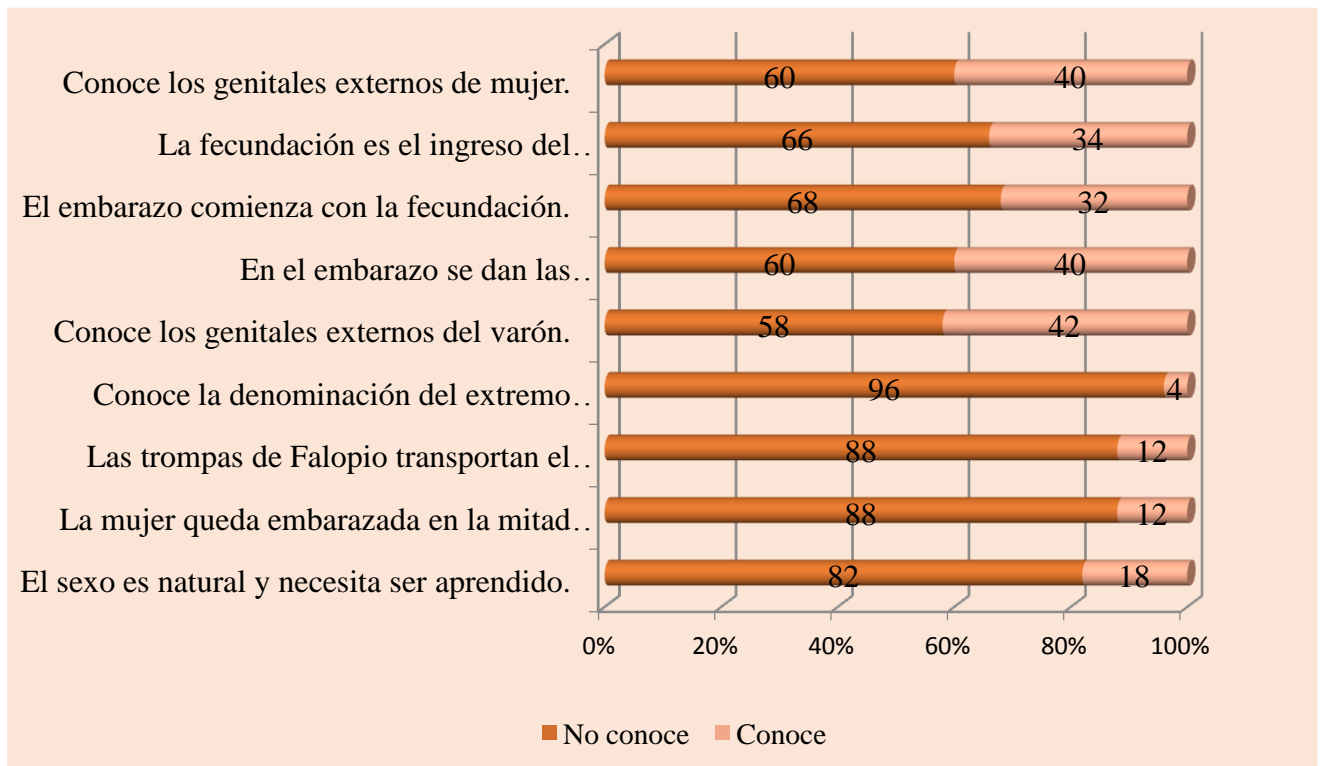


Figura 3: Gráfico de barras del conocimiento anatomía y fisiología sexual y reproductiva por ítems.

TABLA 4

Conocimiento sobre respuesta sexual por ítems.

	No conoce		Conoce	
	n	%	n	%
Conoce las fases de la respuesta sexual humana.	50	100,00	0	,00
La VSR tiene como elemento, la autoafirmación personal.	46	92,00	4	8,00
La VSR implica tener conocimientos de ITS/VIH/SIDA.	41	82,00	9	18,00
La VSR implica actitudes y valores.	47	94,00	3	6,00
Manifestaciones de Madurez sexual: menstruación, masturbación y acercamiento a jóvenes del sexo opuesto.	40	80,00	10	20,00
Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad.	48	96,00	2	4,00
Comportamiento no coital abarca besos, abrazos, caricias y masturbación.	48	96,00	2	4,00
La persona es quien controla su comportamiento sexual.	44	88,00	6	12,00

Fuente: encuesta aplicada en el periodo setiembre-diciembre 2012.

Se muestra que los adolescentes encuestados en relación a la dimensión ciclo de respuesta sexual por ítems, el 100% no conoce las fases de la respuesta sexual humana seguido del 96% del grupo etario desconocen que el comportamiento no coital abarca besos, abrazos, caricias y masturbación, seguido 94% que ignoran que la vivencia de una sexualidad responsable (VSR) implica actitudes y valores, así mismo niegan que la VSR tenga como elemento la autoafirmación personal 92%.

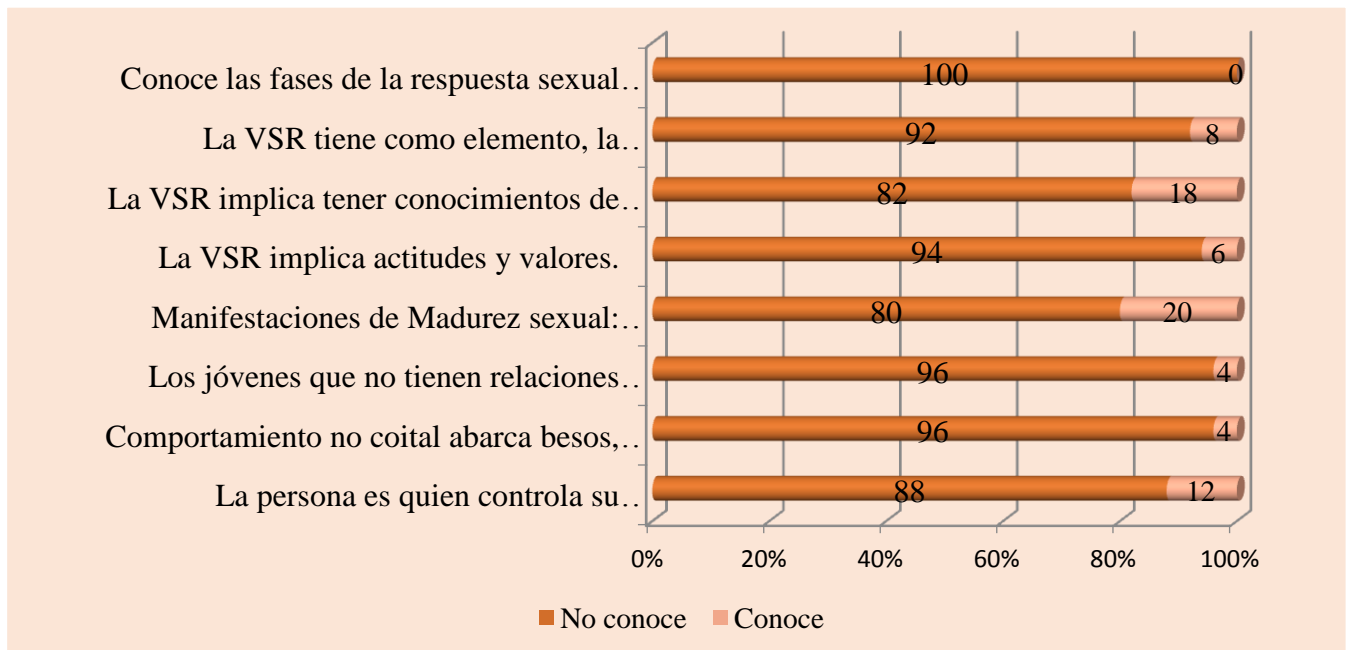


Figura 4: Gráfico de barras del conocimiento respuesta sexual por ítems.

TABLA 5

Conocimiento prevención de ITS-VIH/SIDA por ítems.

	No conoce		Conoce	
	n	%	n	%
El SIDA es una enfermedad que amenaza la vida.	6	12,00	44	88,00
Conoce las 3 vías de contagio del VIH/SIDA.	21	42,00	29	58,00
Un hombre puede infectarse con VIH si tiene coito con una sola mujer.	17	34,00	33	66,00
El usar preservativos convenientemente en una relación previene el SIDA.	19	38,00	31	62,00
El SIDA se contagia por abrazos, besos y contacto con persona infectada.	16	32,00	34	68,00
Las ITS se transmiten a través de la relación coital.	24	48,00	26	52,00
Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas de ITS.	35	70,00	15	30,00
Conoce y nombra las enfermedades de transmisión sexual.	35	70,00	15	30,00
El uso del preservativo es 100% seguro en la prevención de ITS.	30	60,00	20	40,00

Fuente: encuesta aplicada en el periodo setiembre-diciembre 2012.

En la dimensión prevención de ITS-VIH SIDA, se observa que el 70% de adolescentes presenta un desconocimiento acerca de las ITS, seguid del mismo porcentaje que no sabe que las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas de las ITS. Por otra parte el 60%, niegan que el uso del preservativo es 100% seguro y que además protege de una ITS. Sin embargo un 88% conoce que el SIDA es una enfermedad que amenaza la vida.

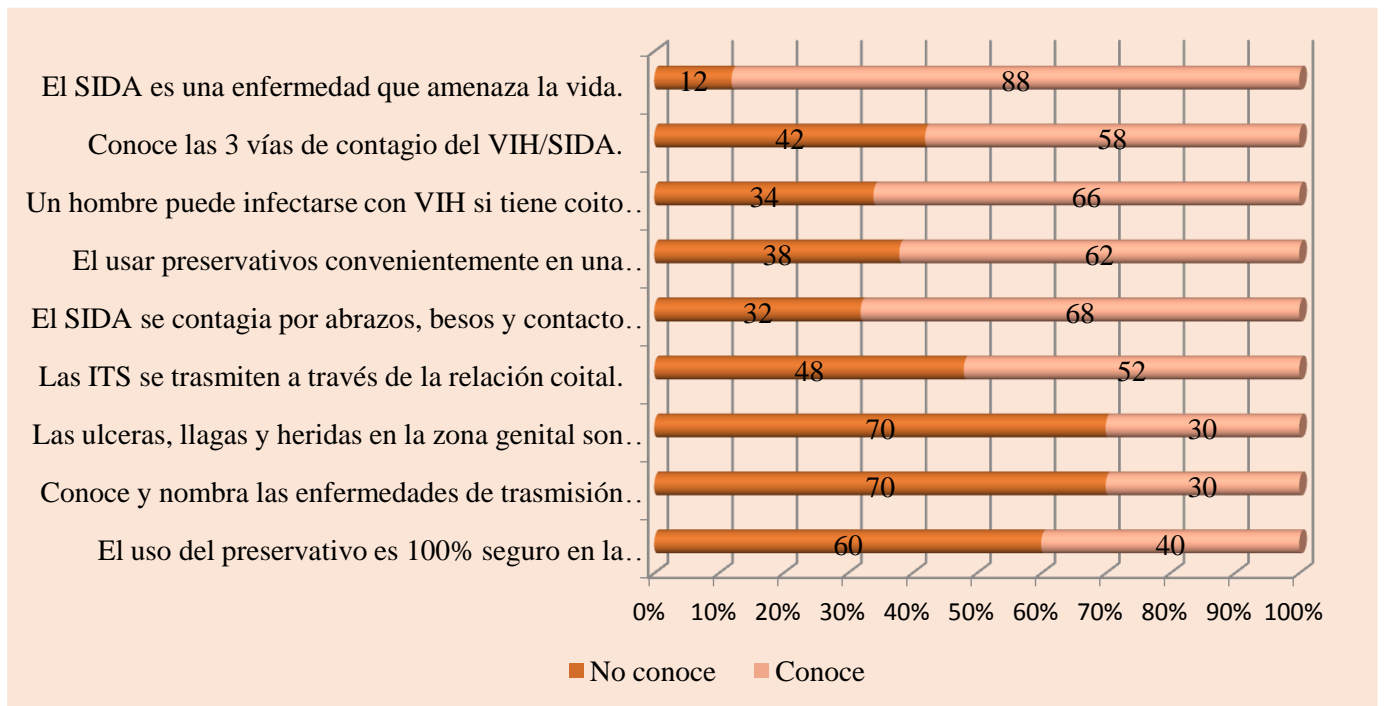


Figura 5: Gráfico de barras del conocimiento prevención de ITS-VIH/SIDA por ítems.

TABLA 6

Conocimiento métodos anticonceptivos como prevención del embarazo por ítems.

	No conoce		Conoce	
	n	%	N	%
Una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual.	32	64,00	18	36,00
Los MAC pueden ser naturales y artificiales.	32	64,00	18	36,00
Sabe que píldoras, inyectables, DIU, son métodos anticonceptivos.	21	42,00	29	58,00
Para aplicarse la T de Cu la joven debe ir al médico u obstetriz.	27	54,00	23	46,00
La abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.	28	56,00	22	44,00
Utilizar el preservativo es un método de Planificación Familiar.	26	52,00	24	48,00
Los MAC de barrera son: los preservativos, el diafragma y espermicidas.	37	74,00	13	26,00
Los métodos hormonales son: la píldora, inyectable, norplant.	43	86,00	7	14,00
Los MAC para los adolescentes son: el preservativo, diafragma, píldoras, inyectables, DIU.	35	70,00	15	30,00

Fuente: encuesta aplicada en el periodo setiembre-diciembre2012.

Se muestra con respecto a la dimensión métodos anticonceptivos como alternativa de prevención del embarazo por ítems, encontrándose un desconocimiento del 86% sobre métodos hormonales (píldora, inyectable y Norplant), seguido que no conocen los métodos de barrera (74%,) y finalmente no conocen los MAC que pueden utilizar los adolescentes son: el preservativo, diafragma, píldoras, inyectables, DIU con el 70%.

Por otro lado 58% tienen conocimiento que las píldoras, inyectables y DIU, son métodos anticonceptivos.

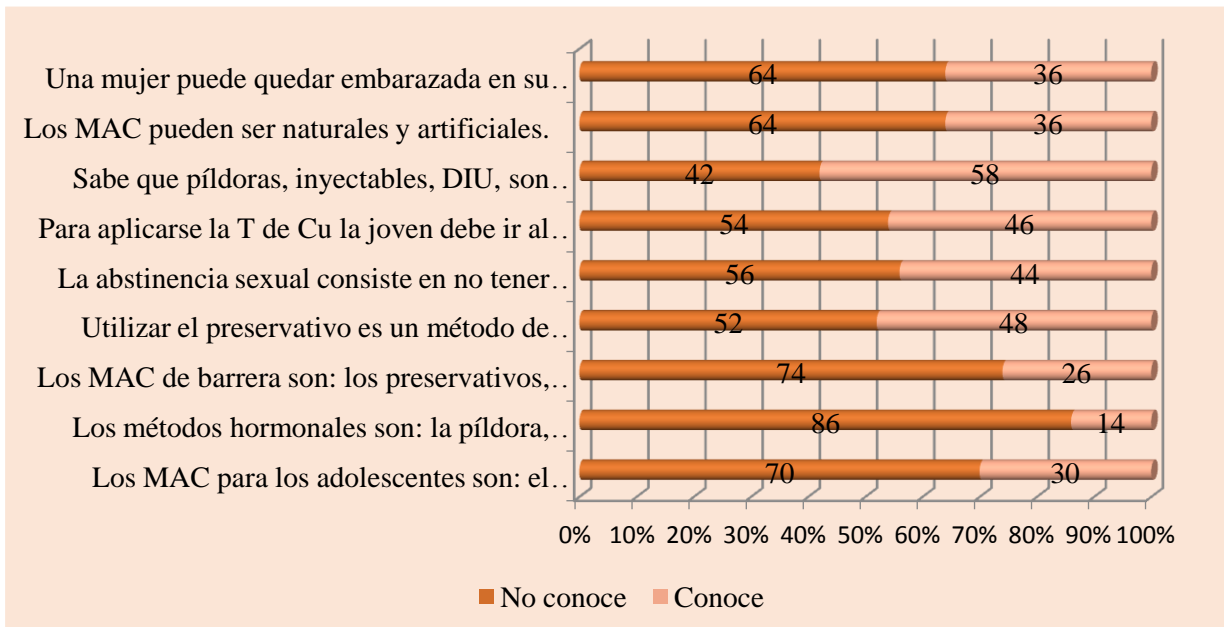


Figura 6: Gráfico de barras del conocimiento métodos anticonceptivos como prevención del embarazo por ítems.

TABLA 7

Actitudes sexuales en general.

Actitudes	n	%
Desfavorable	27	54,00
Favorable	23	46,00
Total	50	100,00

Fuente: encuesta aplicada en el periodo setiembre-diciembre 2012.

Se logró determinar que más de la mitad de los adolescentes encuestados 54% tienen actitudes sexuales desfavorables, lo que obstaculiza a la vivencia de su sexualidad responsable.

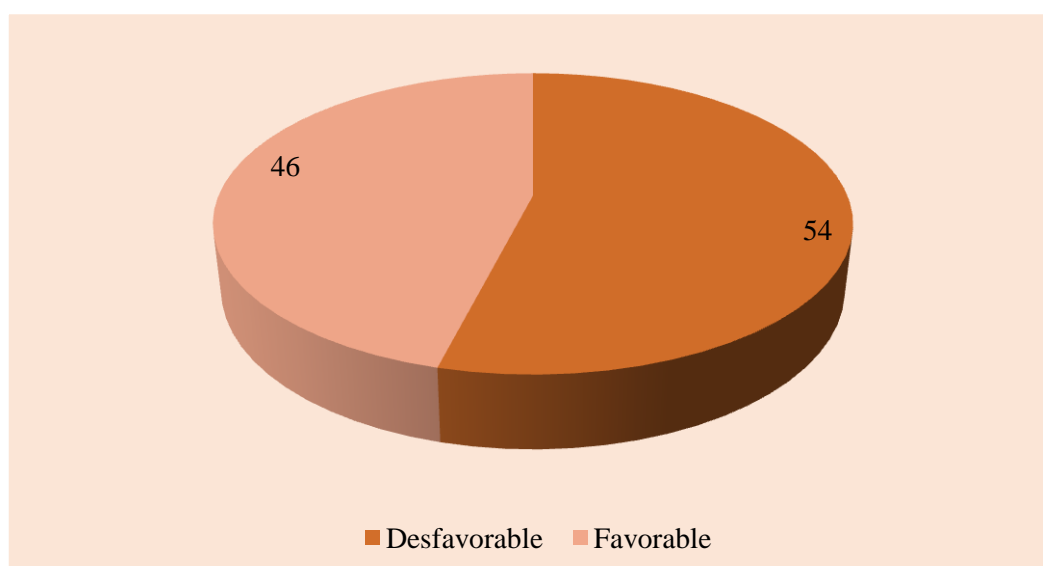


Figura 7: Gráfico de torta de las actitudes sexuales en general.

TABLA 8

Actitudes sexuales según dimensión.

	Desfavorable		Favorable	
	n	%	n	%
Responsabilidad y prevención	26	52,00	24	48,00
Libertad para decidir	27	54,00	23	46,00
Autonomía	27	54,00	23	46,00
Respeto mutuo	28	56,00	22	44,00
Sexualidad y amor	27	54,00	23	46,00
Sexualidad algo positivo	27	54,00	23	46,00

Fuente: encuesta aplicada en el periodo setiembre-diciembre 2012.

Se muestra que las actitudes sexuales según todas las dimensiones demostraron ser desfavorables siendo las de mayores porcentajes respeto mutuo 56%, seguido del 54% en libertad para decidir y actuar, autonomía, sexualidad y amor y sexualidad como algo positivo respectivamente.

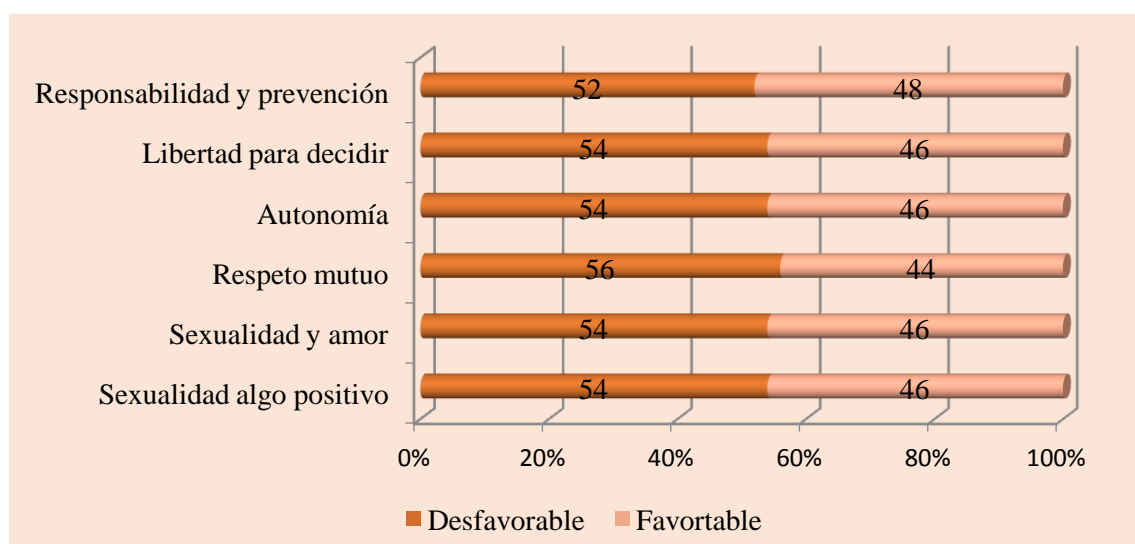


Figura 8: Gráfico de barras de las actitudes sexuales según dimensión.

TABLA 9

Características socio-demográficas y sexuales.

Variable		n	%
	14	0	,00
	15	3	6,00
Edad	16	24	48,00
Media=	17	20	40,00
	18	3	6,00
	19	0	,00
Genero	Masculino	27	54,00
	Femenino	23	46,00
Estado civil	Soltera(o)	49	98,00
	Casada(o)	0	,00
	Conviviente	1	2,00
Religión	Católica(o)	45	90,00
	Otro	5	10,00
	No creyente	0	,00
Ocupación	Estudiante	46	92,00
	Trabajador	0	,00
	Estudiante/trabajador	4	8,00
	No estudia/ no trabaja	0	,00
	Ama de casa	0	,00
Enamorada	Si tiene enamorada(o)	25	50,00
	No tiene enamorada(o)	25	50,00
Relaciones coitales	Si	13	26,00
	No	37	74,00
	12	0	,00
	13	1	7,14
n=	14	2	14,29
Media=	15	5	35,71
Edad de Inicio	16	4	28,57
de relación coital	17	2	14,29
	18	0	,00
	19	0	,00
Orientación sexual	Heterosexual	50	100,00
	Homosexual	0	,00
	Bisexual	0	,00

Fuente: encuesta aplicada en el periodo setiembre-diciembre 2012.

Respecto a las características socio demográficas, las edad que más predominó entre los adolescentes encuestados fue de 16 años 48%, el sexo predominante fue el masculino 54%, en relación al estado civil el 98% son solteros, 90% profesa la religión católica, sin embargo ocupación 92% manifestaron ser estudiantes, así también 50% tienen enamorado(a), por otro lado reportaron no haber iniciado su actividad sexual 74%, en donde la edad de inicio fue 15 años 35,71%, finalmente en opción sexual 100% son heterosexuales.

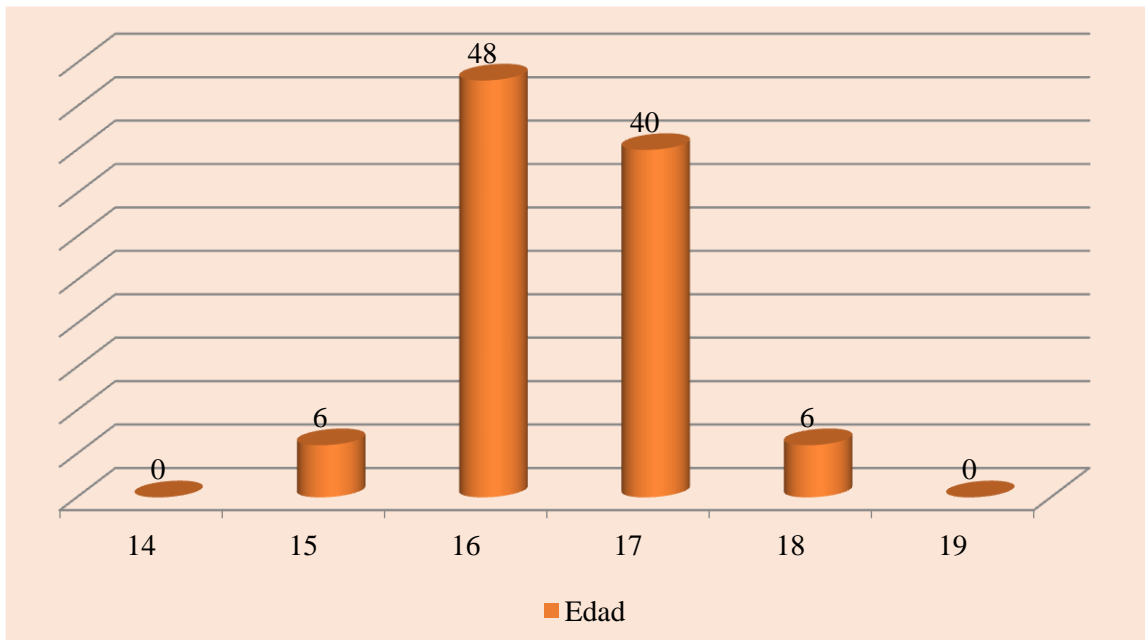


Figura 9.1: Gráfico de barras del porcentaje de investigados según edad.

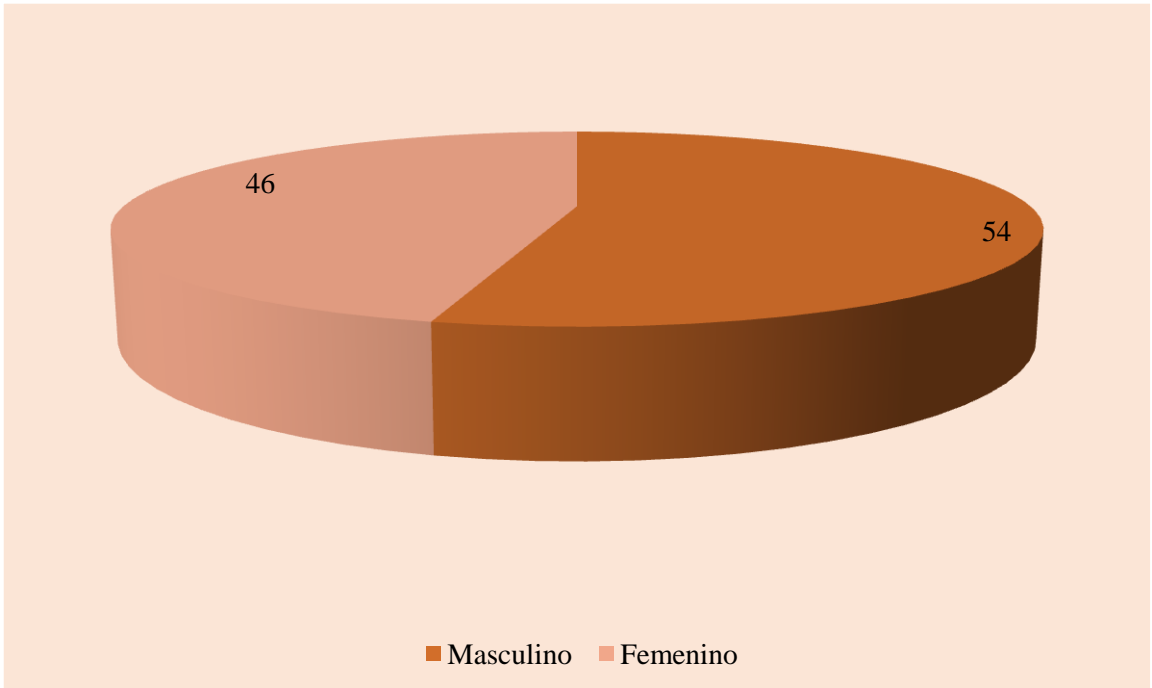


Figura 9.2: Gráfico de torta del porcentaje de investigadores según sexo.

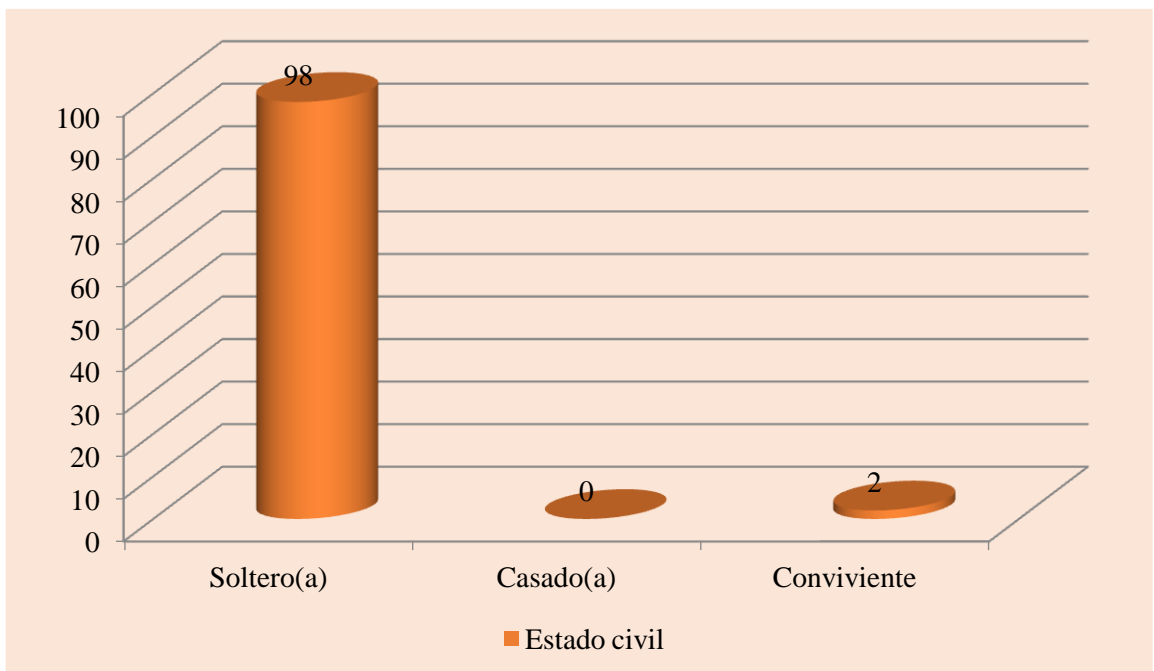


Figura 9.3: Gráfico de barras del porcentaje de investigadores según estado civil.

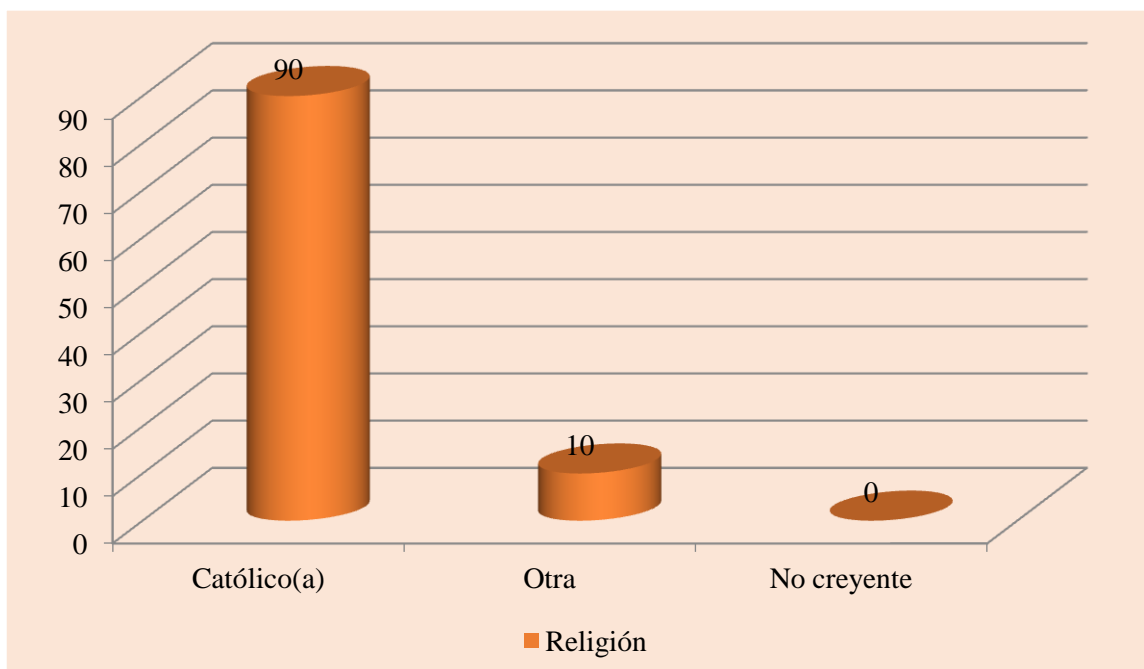


Figura 9.4: Gráfico de barras del porcentaje de investigadores según religión.

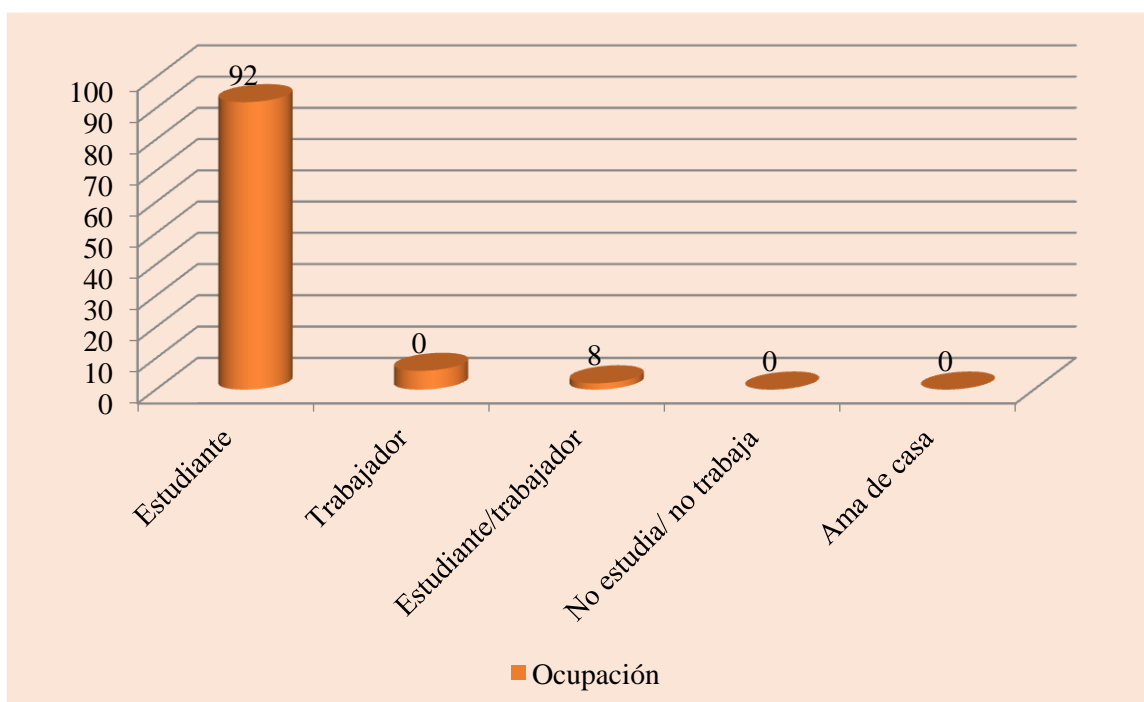


Figura 9.5: Gráfico de barras del porcentaje de investigadores según ocupación.

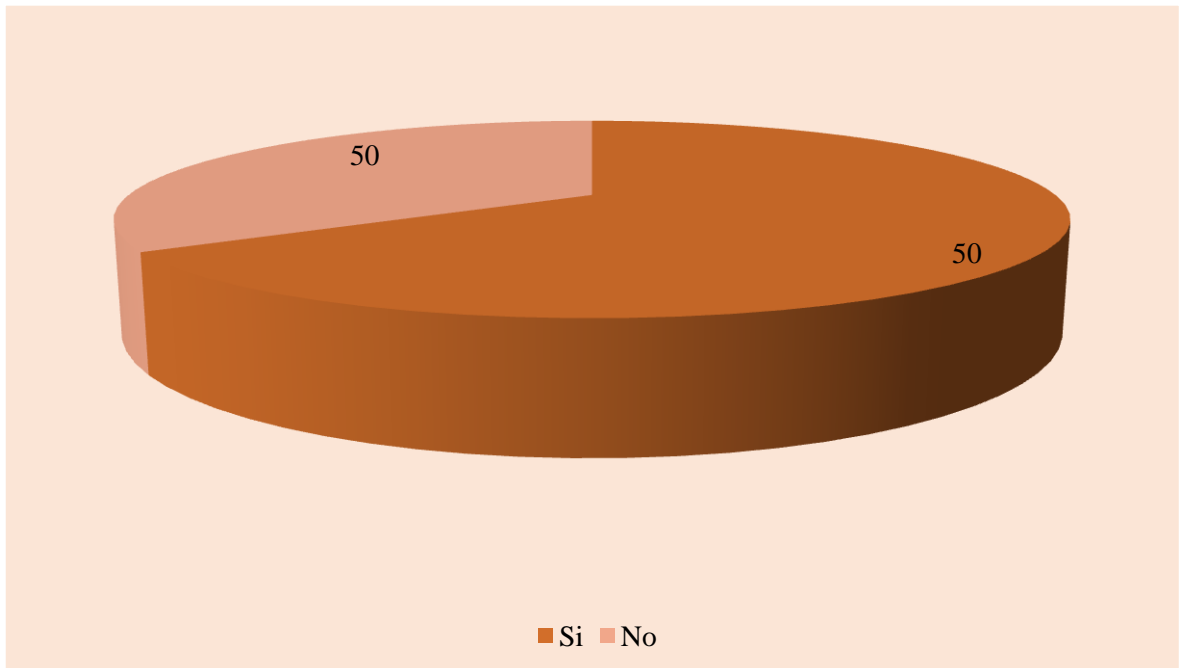


Figura 9.6: Gráfico de torta del porcentaje de investigadores según si tiene enamorado.

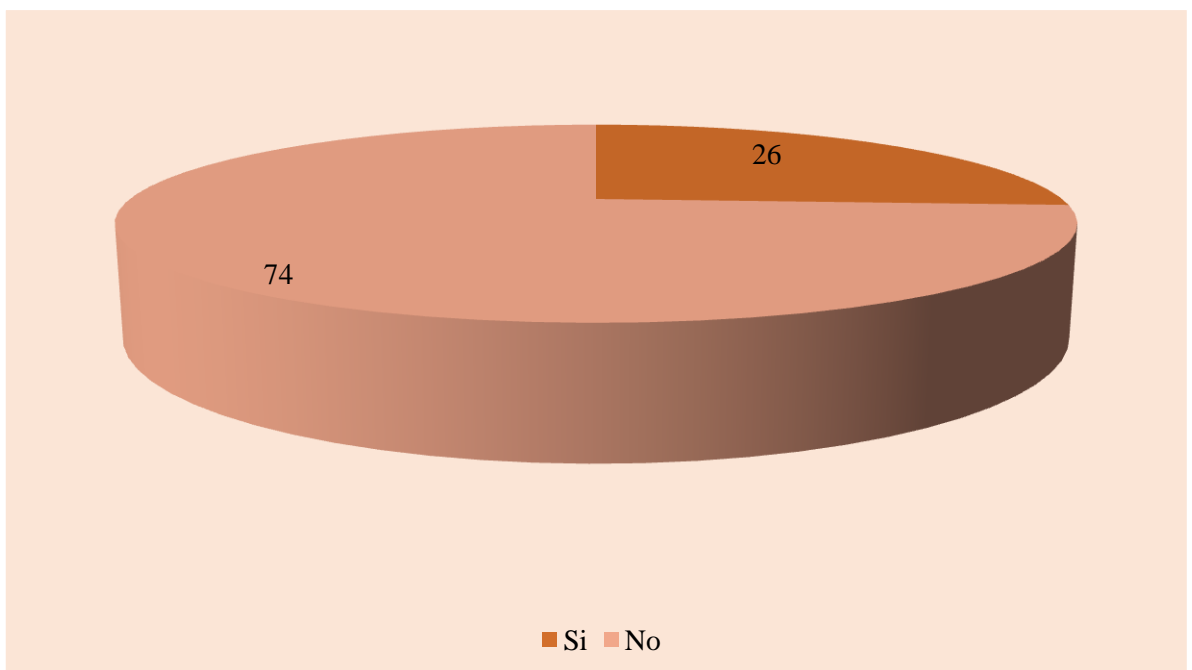


Figura 9.7: Gráfico de torta del porcentaje de investigadores según si tiene relaciones coitales.

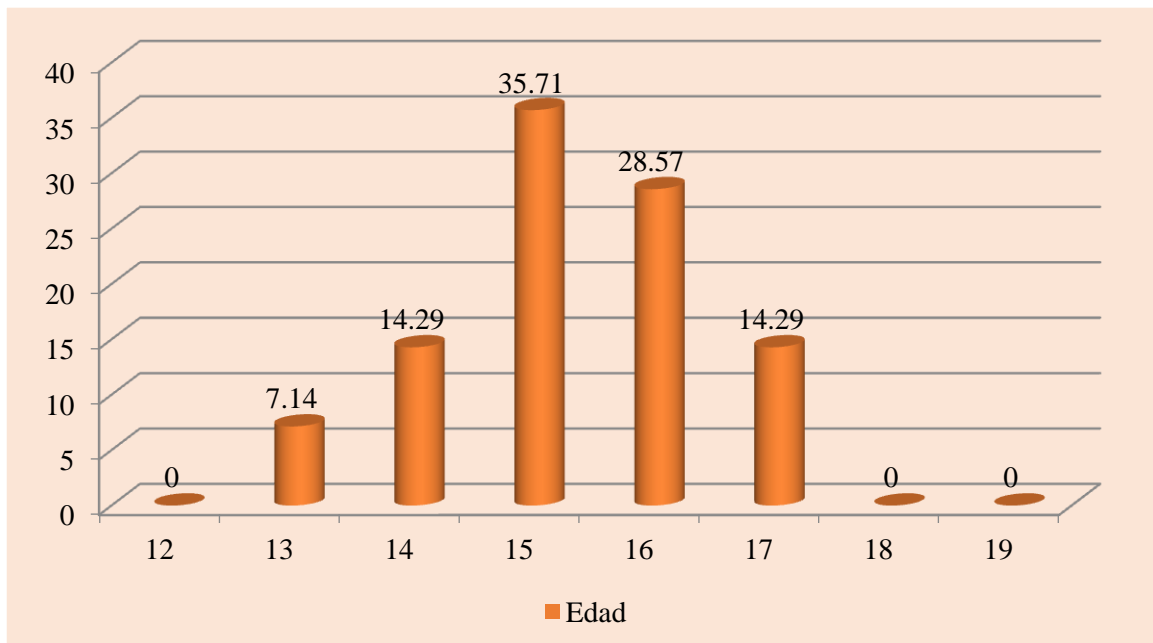


Figura 9.8: Gráfico de barras del porcentaje de investigados según edad de inicio de relación coital.

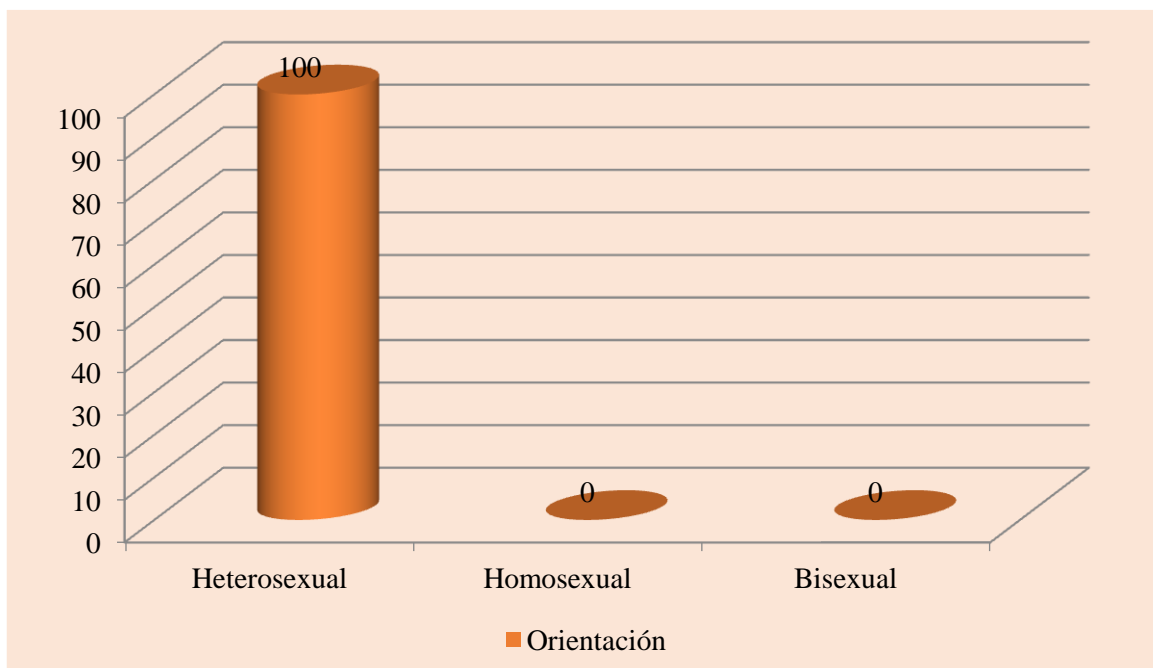


Figura 9.9: Gráfico de barras del porcentaje de investigados según opción sexual.

TABLA 10

Datos estadísticos descriptivos de la edad y la edad de inicio de las relaciones coitales.

	n	Mín.	Máx	M	D.E.
Edad	50	15	18	16,46	,706
Edad de Inicio de relación coital	14	13	17	15,29	1,139

Fuente: encuesta aplicada en el periodo setiembre-diciembre 2012.

Del total de la muestra de investigación, la edad media de los adolescentes encuestados fue de 16,46 siendo la edad mínima 15 años y la máxima 18 años, la edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 15.29 años.

4.2-Análisis de resultados.

La adolescencia es el período en el que una persona se prepara para ser un adulto productivo, con familia y con deberes ciudadanos; se caracteriza por realizar actividades riesgosas, como manejar irresponsablemente, tener sexo sin protección, experimentar con alcohol, hábitos dietarios poco aconsejables y el sedentarismo; en nuestro país ser adolescente de por sí ya es complicado ya que nos encontramos en una sociedad con tradiciones y diversidad cultural, educación sexual insuficiente y poco acceso a los servicios de salud; todos estos son ciertos obstáculos que tienen los adolescentes para una vivencia adecuada de su sexualidad.

Al profundizar los resultados de la presente investigación en los adolescentes de quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública divino Jesús- los médanos –castilla Piura año 2012, podemos observar de manera preocupante según **la tabla y gráfico 1**; se logró determinar que los adolescentes encuestados en un 56% no conocen de manera global los conceptos de la sexualidad explorados y solo un 44% conoce los mismos.

Dichos resultados, tiene similitud con el estudio realizado por Castillo (25), en su estudio de conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 17 años de la Institución Educativa *Bacilio Ramírez Peña* – Piura, 2009; donde el 80% de los adolescentes tienen un bajo nivel de conocimientos global sobre sexualidad.

La similitud de los resultados, se pueden presumir que la temática en el programa escolar no genera impacto en los adolescentes, ya sea por la metodología empleada por los maestros, un personal no capacitado en el manejo de temas y técnicas de enseñanza que no reconoce las diversas realidades culturales de los y las adolescentes, dando una información muy técnica, que crea desconfianza,

vergüenza y burla frente a los demás, por otro lado probablemente no priorizan horarios y tiempos adecuados para la enseñanza de la sexualidad de forma persistente y adecuada a los adolescentes, a causa del poco o ausente compromiso de padres y educadores, debido a los tabúes que se mantienen muy enraizados con respecto a la sexualidad, y por ello lo poco que estos adolescentes puedan conocer esta totalmente distorsionada y crea conocimientos equívocos referidos a la sexualidad que deben vivir y que creen es la correcta y sin ningún riesgo.

En la Tabla y gráfico 2, de los encuestados con respecto a las dimensiones sobre sexualidad, son desconocidas por los adolescentes, siendo las que representan los mayores porcentajes: prevención de ITS VIH SIDA (60%), seguido de un (56%) en respuesta sexual y anatomía y fisiología sexual y reproductiva respectivamente

Situación similar a la investigación de Parra (11), en su estudio de *conocimientos sobre sexualidad en Adolescentes embarazadas del Hospital Universitario Dr. Antonio María Pineda*, Venezuela, donde el 73% muestran conocimiento deficiente sobre prevención de ITS y conocimientos sobre métodos anticonceptivos (77%).

Probablemente los resultados obtenidos en ambos estudios sean similares porque los adolescentes encuestados no tienen cursos de sexualidad en sus centros educativos y si los tienen son en un tiempo insuficiente en donde no se abarca ampliamente la prevención de infecciones de transmisión sexual, posiblemente por pensar en que es una manera de inducir a los adolescentes a la práctica sexual y agregado a esto en su gran mayoría los encuestados pertenecen a un nivel cultural y económico bajo, lo que dificulta una educación integral.

En relación a la dimensión anatomía y fisiología sexual y reproductiva del adolescente por ítems: en la **tabla y gráfico 3**, se muestra el conocimiento con respecto a la dimensión anatomía y fisiología sexual y reproductiva por ítems,,

reportándose desconocimiento en la denominación del extremo final del pene (96%), por otro lado ignoran que una mujer puede quedar embarazada en la mitad del ciclo menstrual, y que las trompas de Falopio transportan el ovulo hacia el útero ambas con el 88% respectivamente. Resultados que se asemejan a Fonseca (26), con su estudio en la Institución Educativa. *José María Raygada Gallo* del Distrito de Querecotillo – Sullana, en donde se encontró un desconocimiento sobre anatomía y fisiología sexual y reproductiva en donde el 90% ignora que la mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual, seguido del 77% que desconocen la denominación del extremo final del pene.

Probablemente la semejanza de los resultados, sea producto de la falta de instrucción familiar hacia el adolescente desde la etapa pre-escolar, ya que se piensa erróneamente que los temas relacionados en anatomía y sexualidad se brindan solo en los centros educativos, dejando de lado así la complicidad y comunicación que debe de prevalecer entre padre e hijo.

Con respecto a dimensión respuesta sexual por ítems en adolescentes en **la tabla y gráfico 4**, se muestra que los adolescentes encuestados en relación a la dimensión ciclo de respuesta sexual por ítems , el 96% del grupo etario desconocen que el comportamiento no coital abarca besos, abrazos, caricias y masturbación, seguido 94% que ignoran que la vivencia de una sexualidad responsable (VSR) implica actitudes y valores, así mismo niegan que la VSR tenga como elemento la autoafirmación personal 92%.

Esto a su vez coincide con un resultado realizado por Fernández (22), con su estudio en la Instituciones Educativas Estatales de Tumbes, donde de halló un 80% de desconocimiento en el ciclo de respuesta sexual.

En ambos resultados se puede inferir, que tanto los adolescentes de Piura y Tumbes presentan desconocimiento debido a la falta de capacitación e interés que existen en las Instituciones Educativas, las cuales solo brindan algunos conocimientos de manera general, es decir, no profundizan más sobre temas relacionados a la sexualidad, probablemente por pensar erróneamente que si se brinda dicha información podrían despertar curiosidad y por ende la experimentación, por otro lado si bien es cierto existen medios como el internet que facilitan la información, éstos no son buena influencia si no están bajo la supervisión de un mayor de edad.

Los adolescentes de la Institución Educativa Publica Divino Jesús- los Médanos -*Castilla*. Carecen de autoafirmación personal probablemente porque sus padres no los alientan o simplemente ignoran las preguntas por los tabúes que aún siguen arraigados a la sociedad.

En la Tabla y gráfico 5, en relación a la dimensión Prevención de ITS - VIH SIDA por ítems, se logró determinar que los adolescentes desconocen los síntomas y no nombran ni clasifican las ITS. Por otro lado el 60% niegan que el uso de preservativo es 100% seguro y que además protege de una ITS. Si en embargo un 88% demuestra saber que el SIDA es una enfermedad que amenaza la vida.

Sin embargo un 88% demuestra saber que el SIDA es una enfermedad que amenaza la vida.

Resultados contrarios se encontraron en Colombia, en un estudio realizado por Gonzales (9), con su estudio de estratos 1 y 2 del sisben de un municipio del departamento de Cundimarca, Colombia; el 64.3% está al tanto que en la primera relación sexual se puede quedar embarazada; de igual manera conocen los riesgos

que se corre por tener relaciones sexuales sin protección. Probablemente la contradicción de resultados sea por los escasos programas de prevención en los Colegios Nacionales de nuestro país, a diferencia de Colombia que abarcan temas sobre prevención de ITS y VIH/SIDA, por otro lado estos resultados ponen en evidencia nuestras deficiencias y muestra de eso, es que estamos en el último lugar del porcentaje de gasto público en educación a nivel mundial; en el Perú a la prevención en las escuelas no se le da la importancia debida y un posible reflejo de dicha realidad son los resultados de nuestra investigación.

En lo referido a la anticoncepción, debe tenerse en cuenta que es un tema que involucra tanto al hombre como a la mujer por lo cual las decisiones se toman en pareja para así llevar una vida sexual y reproductiva plena, sin obstáculos. Al respecto el estudio evaluó los métodos anticonceptivos como prevención del embarazo, encontrándose según **tabla y gráfico 6**, Se muestra con respecto a la dimensión métodos anticonceptivos como alternativa de prevención del embarazo por ítems, encontrándose un desconocimiento del 86% sobre métodos hormonales (píldora, inyectable y Norplant), seguido que no conocen los métodos de barrera (74%,) y finalmente no conocen los MAC que pueden utilizar los adolescentes son: el preservativo, diafragma, píldoras, inyectables, DIU con el 70%.

Por otro lado 58% tienen conocimiento que las píldoras, inyectables y DIU, son métodos anticonceptivos.

Nuestros resultados concuerdan con un estudio realizado en México por Pérez (10), sobre conducta sexual protegida en adolescentes en el 2006, en donde se encontró que la conducta de uso regular de métodos anticonceptivos, para prevenir un embarazo no planeado; así como el uso del condón era desconocido con un 30%.

Aunque los estudios hayan sido realizados en distintos países, se presume que la semejanza de dichos resultados se encuentra en el lugar de estudio, ya que ambos se realizaron en Centros Educativos de realidades similares, en donde no se abarcan temas sobre metodología anticonceptiva por pensar erróneamente que al brindar la información despiertan la curiosidad del adolescente y lo incitan a la experimentación en el ámbito sexual y esto obstaculiza el brindar al adolescente conocimientos claros y sencillos.

En la Tabla y gráfico 7, se logró determinar que más de la mitad de los adolescentes encuestados 54% tienen actitudes sexuales desfavorables, lo que obstaculiza a la vivencia de su sexualidad responsable, mientras que solo el 46% tienen actitudes sexuales favorables.

Datos opuestos obtuvo Avedaño (19), que realizó un estudio dirigido a los adolescentes de una academia preuniversitaria de Lima donde se logró descubrir que los hombres presentan actitudes más positivas (74%) y un mayor conocimiento hacia la masturbación de las mujeres, por otro lado se encontró que existen diferencias entre los conocimientos y actitudes dependiendo de si recibieron información sexual, es decir, los que tenían mayor conocimiento habrían recibido educación sexual.

Probablemente estos resultados se contradicen porque en las Instituciones Educativas la temática de sexualidad no es dada por un lado vivencial basada en valores, principios, habilidades psicosexuales y agregado a esto está el poco interés en los establecimientos de salud en aportar un trabajo significativo en el área sexual de dicha institución educativa.

En la Tabla y gráfico 8, se muestra que las actitudes sexuales según todas las dimensiones demostraron ser desfavorables siendo las de mayores porcentajes

respeto mutuo 56%, seguido del 54% en libertad para decidir y actuar, autonomía, sexualidad y amor y sexualidad como algo positivo.

Datos similares encontró Villareyes (24), quien realizó un estudio en Paita, en la Institución Educativa Nacional *Luciano Castillo Colonna*, cuyos resultados arrojaron que el 77.33% de los adolescentes encuestados no deciden libremente y el 73.33% refieren actitudes desfavorables frente al derecho de elegir con quien y en donde realizar su vida sexual, a expresar su opinión ante los demás y en el tema de responsabilidad y la prevención del riesgo sexual, presenta un 67.33% de actitudes desfavorables.

La semejanza de los estudios probablemente se deba a que fueron enfocados en una Institución Educativa Nacional localizadas en zonas urbano marginales en donde la mayoría de los jóvenes están alrededor de problemas sociales como la delincuencia, alcoholismo, drogadicción, etc. , lo que los hace seguir patrones erróneos y modelos equívocos.

La tabla y gráfico 9, respecto a las características socio demográficas, las edad que más predominó entre los adolescentes encuestados fue de 16 años 48%, el sexo predominante fue el masculino 54%, en relación al estado civil el 98% son solteros, 90% profesa la religión católica, sin embargo ocupación 92% manifestaron ser estudiantes, así también 50% tienen enamorado(a), por otro lado reportaron no haber iniciado su actividad sexual 74%, en donde la edad de inicio fue 15 años 35,71%, finalmente en opción sexual 100% son heterosexuales.

Datos similares a los encontrados en Lima por Rodríguez en el 2008 (18) en una investigación titulada *conocimientos sobre sexualidad en adolescentes de centros educativos de Lima* cuyos resultados fueron a los datos generales la mayoría de los

estudiantes son de sexo masculino, tienen 16 años y se encuentran en quinto año de secundaria, el 60.2% de los adolescentes tenían un nivel medio de conocimientos.

En la tabla y gráfico 10, se muestra del total de la muestra de investigación, la edad media de los adolescentes encuestados fue de 16.46 siendo la edad mínima 15 años y la máxima 18 años, la edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 15.29 años.

Dicho resultado, tiene similitud con el estudio realizado por Calderón (20), en Loreto en el 2009 realizó una tesis titulada *estereotipos sexuales en adolescentes de la Institución Educativa Juan Bautista Rodríguez*, Los resultados indicaron que el 35% de los adolescentes utiliza como principal fuente de información a sus amigos; un 47% reportan ser sexualmente activos; siendo la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales 15 años para los varones y 15.8 para las mujeres.

Al analizar los resultados se observa que la edad de inicio de relaciones sexuales es cada vez más temprana, donde influencia la educación recibida en la familia, en las escuelas y en el entorno social, reflejada en las diferentes actitudes que los individuos aprenden de sus padres, si estos siguen callando y evitando hablar de sexualidad con los adolescentes encontrarán información errónea y la mayoría de veces negativa. Lo que traería como consecuencia que los adolescentes no vivan una sexualidad responsable y segura, llevándolos a tomar conductas de riesgo. Para disminuir estos porcentajes se debe implementar programas preventivos en los centros educativos y en la comunidad donde viven debería ser prioritaria dar información sanitaria a los adolescentes en temas referidos a la sexualidad, para disminuir el inicio temprano en las relaciones sexuales.

V. Conclusiones

Luego de haber culminado el análisis de los resultados obtenidos de la muestra en estudio sobre conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Divino Jesús”- los Médanos -Castilla Piura año 2012; se concluyó lo siguiente:

- Se reportó un (56%) de desconocimiento global sobre sexualidad.
- Según los resultados se demostró que las dimensiones en estudio reportaron desconocimiento, siendo las menos conocidas: prevención de ITS-VIH/SIDA (60%), seguido de un (56%) respuesta sexual y anatomía y fisiología sexual y reproductiva respectivamente.
- Al evaluar las dimensiones al interior se observó, en el ítems Anatomía y Fisiología sexual y reproductiva el (96%) desconocen la denominación del extremo final del pene; el (100%) ignoran las fases de la respuesta sexual humana ; por otro lado en la dimensión de Prevención de ITS y VIH/SIDA el (70%) desconocen los síntomas de las ITS y no conocen, ni nombran las infecciones de transmisión sexual , finalmente en métodos anticonceptivos como prevención del embarazo no conocen los métodos hormonales (86%).
- Un (54) % de adolescentes refleja actitud desfavorable frente a la sexualidad.
- En relación a las actitudes sexuales todas las dimensiones demostraron ser desfavorables siendo las de mayores porcentajes: respeto mutuo (56%).
- Respecto a las características sociodemográficas y prácticas sexuales, la edad predominante fue la de 16 años con (48%), el estado civil el (98)% son solteros, el (90%) profesa la religión católica, respecto a educación el (92%) es estudiante, el (50%) tienen enamorado(a), así también el (74%) no habían

iniciado su actividad sexual, la edad de inicio de las relaciones sexuales en mayor proporción es de 15 años de edad (35.71%), finalmente el (100%) de adolescentes son heterosexuales.

Aspectos Complementarios

Anatomía y fisiología sexual y reproductiva

Anatomía de los órganos sexuales masculinos y femeninos

1. Los órganos sexuales femeninos se suelen clasificar en externos e internos, incluyen:

1.1. Los genitales externos:

También llamados vulva, tienen las siguientes estructuras: monte de venus, labios mayores, labios menores, clítoris, meato uretral, orificio vaginal e himen (37).

- **Monte de venus:** tiene forma triangular, con la base en la parte superior. Está constituida en su interior por un abundante tejido graso y exteriormente por una piel que se cubre de vello a partir de la pubertad.
- **Labios mayores:** son pliegues carnosos cubiertos de vello, localizados a cada lado de la abertura vaginal.
- **Los labios menores** localizados por dentro de los anteriores, son dos pliegues sin vello, ubicados al borde de la entrada de la vagina, los labios mayores y menores en conjunto conforman la vulva. Poseen abundante terminaciones nerviosas, las que los hacen muy sensibles.
- **Clítoris:** ubicado en la parte superior de la vulva, por debajo de los labios mayores y entre los repliegues de los labios menores. Es órgano eréctil del tamaño de un guisante, con una estructura muy parecida a la del pene, pues está formado por un tejido esponjoso y abundantes terminaciones nerviosas.

Asimismo, tiene un glande cubierto por un prepucio. Tiene como función la de ser un órgano altamente sensitivo al estímulo físico y que sirve para enviar al cerebro las sensaciones de placer.

- **Meato uretral:** pequeño agujero donde termina la uretra y por el que sale la orina. Se localiza entre el clítoris y el orificio vaginal (37).

1.2. Órganos internos femeninos

- **La vagina:** órgano tubular por el cual penetra el pene durante el coito, así mismo es la vía de paso del bebé durante el parto, por lo que sus paredes son muy elásticas, por la parte externa comienza con el orificio o entrada vaginal, y por la parte interna termina en el cuello del útero. En estado de reposo sus paredes están plegadas una contra la otra, pero durante la excitación se expanden dando espacio al pene. Tienen terminaciones nerviosas sobre todo en su tercio externo, que es sensible a la estimulación erótica. Es también el órgano por el cual sale al exterior el flujo menstrual (37).
- **El útero o matriz:** tiene el tamaño de una pera invertida. Tiene un orificio inferior que se llama cuello uterino (cérvix) y comunica con la vagina. El útero aloja y nutre al feto en desarrollo. La capa de tejido que cubre al útero se llama endometrio, y tiene muchos vasos sanguíneos. El endometrio se desprende durante la menstruación y produce la mayor parte del flujo menstrual.
- **Trompas de Falopio:** son canales que conectan los ovarios con el útero. Luego que el ovulo sale de uno de los ovarios, demora 24 horas en recorrer el tercio exterior de la trompa correspondiente. Es ahí donde usualmente es fecundado por un espermatozoide si ha habido una relación sexual. Si la fecundación se

produce, el óvulo fecundado descenderá el resto de camino hacia el útero; si no se produce, el ovulo será eliminado con el flujo menstrual.

- **Ovarios:** tienen forma de almendra y son las glándulas sexuales femeninas encargadas de producir óvulos y hormonas (estrógenos y progesterona), A partir de la pubertad y hasta la menopausia, se dedicarán a liberar un óvulo maduro la ovulación se presenta cada treinta días aproximadamente. El óvulo es el elemento germinal femenino capaz de ser fecundado por el espermatozoide, se diferencia de éste en que es mucho más grande y lento. Las hormonas femeninas son las responsables del aspecto físico particular de la mujer, mantener el ciclo menstrual, y proveer a las necesidades hormonales durante un embarazo (37).

2. Órganos sexuales masculinos

2.1. Genitales externos. Según Sobrevilla

- **Pene:** tiene importantes funciones en la reproducción y eliminación de la orina. Tiene forma de tubo, y termina en el glande. La abertura en la punta es el orificio urinario, por el que discurre la orina durante la micción y el semen durante la eyaculación. El borde del glande se llama corona, aunque todo el pene es sensible, el glande y la corona son mucho más. El prepucio es la capucha de piel que cubre el glande. En la corona del glande existen glándulas que producen blanquecina llamada esmegma, que tiende acumularse, y que por ello requiere aseo permanente, lo que es posible desplazando el prepucio en condiciones normales (37).
- **Los testículos y escroto:** el escroto es una bolsa de piel y músculos que contiene los testículos. Los testículos son las gónadas o glándulas reproductoras del varón, tal como los ovarios lo son en la mujer. En tal medida tienen dos

funciones principales: producir las células reproductoras masculinas (espermatozoide) y elaborar la hormona sexual masculina o testosterona.

2.2. Órganos internos masculinos

- **Conductos deferentes:** conducto cilindroide, en número par, sigue a la cola del epidídimo y se extiende hasta la vesícula seminal, en la que su diámetro aumenta formando la ampolla del conducto deferente, la cual se une con el conducto de la vesícula seminal para formar el conducto eyaculador.
- **Vesículas seminales:** glándulas que producen líquidos que van a formar parte del semen.
- **La próstata:** se encuentra debajo de la vejiga y rodea a la porción interna de la uretra originada en ésta. Tiene forma de castaña. Está constituida por músculo y tejido glandular, crece durante la pubertad y se encoge en la vejez, puede endurecerse e interferir con la micción en el hombre mayor, en cuyo caso requiere de cirugía.
- **Glándula de Cowper:** son dos pequeñas formaciones del tamaño de una arveja que se encuentran situadas a los lados de la uretra por debajo de la próstata que también contribuyen con el líquido seminal. Cuando el orgasmo es inminente, estas glándulas se contraen y vierten un líquido alcalino claro, que sale al exterior inmediatamente antes de la salida de la eyaculación y en algunos casos puede llevar espermatozoides (37).

Fisiología sexual y reproductiva

Para efectos de la medición de la dimensión fisiología sexual y reproductiva nos centraremos a definir el marco conceptual de los principales indicadores como son el

ciclo menstrual, fecundación y embarazo. El conocimiento de los órganos sexuales y reproductivos, implica que los adolescentes de ambos sexos conozcan la fisiología del ciclo menstrual, la fecundación y embarazo. El conocer el periodo menstrual o también llamado *la menstruación o regla*. Es una señal que la adolescente está creciendo. Quiere decir que su cuerpo está saludable y normal. Esto sucede cuando el cuerpo de la adolescente está convirtiéndose en un cuerpo de mujer.

a. Ciclo ovárico

Los ovarios están constituidos por un estroma y una gran cantidad de folículos (200.000 por ovario). Los folículos están formados por una pared de células estromales conocida como teca, que rodea a una capa de células foliculares conocida como granulosa, que segrega estrógenos. La porción central del folículo está ocupada por un ovocito, que por división meiótica durante la maduración del mismo, dará lugar a un óvulo. A partir de la pubertad, comienzan a madurar varios folículos cada mes, pero habitualmente sólo uno completa el proceso de maduración. Los folículos maduros se llaman folículos de Graaf. El interior del folículo está ocupado por el líquido folicular (38).

Aproximadamente, a los 14 días del inicio de la menstruación, el folículo maduro se rompe y expulsa el óvulo a la trompa de Falopio, lo que se conoce como ovulación. El óvulo viaja por la trompa hasta el útero, a menos que no haya ocurrido fecundación. Tras la ovulación el folículo se llena de grasa y se transforma en el cuerpo lúteo o cuerpo amarillo, que segrega estrógenos y progesterona. Si no ha habido fecundación, el cuerpo lúteo degenera poco antes de la siguiente menstruación y da lugar al cuerpo albicans (39).

b. Ciclo uterino o menstrual

Mientras que para Sobrevilla, el ciclo menstrual es un ciclo biológico que involucra a los órganos reproductivos de la mujer y que depende de los niveles de hormonas femeninas (estrógenos y progesterona). El ciclo menstrual se cuenta en días, y se ha decidido llamar día 1 de este ciclo al primer día de la menstruación, ya que es más fácil de identificar (37).

Chirino R. profundiza y refiere que en esta fase del final de la menstruación, sólo se conservan las capas más profundas del endometrio, que es la mucosa que recubre el interior del útero. Los estrógenos del folículo en desarrollo hacen que el endometrio crezca y aumente de espesor. Tras la ovulación, el cuerpo lúteo segrega estrógenos y progesterona; esta última hace que las glándulas endometriales comiencen a segregar, de tal forma que el endometrio se vuelve edematoso, ideal para la implantación del embrión. Si no hay embarazo el cuerpo lúteo degenera; dejan de producirse estrógenos y progesterona, y sobreviene la menstruación: las arterias uterinas se abren y el flujo de sangre hacia el exterior arrastra consigo los restos de este endometrio neo formado (39).

c. La Fecundación

También llamada concepción, es el hecho fisiológico en el cual el espermatozoide alcanza al ovulo, y perdiendo su cuello y su cola entra en él, que es de tamaño bastante mayor, permitiendo así la reunión del material genético de ambas células, para formar el huevo o cigoto del futuro ser humano con 46 cromosomas (37).

d. El embarazo

Es el proceso de concepción y desarrollo del nuevo ser en el aparato reproductor femenino que culmina en el parto, es el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, su duración aproximada es de 280 días, (de 36 a 40 semanas, 10 meses lunares o casi 9 meses de calendario solar). Durante éste tiempo la gestante experimentará modificaciones anatómicas y fisiológicas y la mayoría de las cuales se revertirán durante las etapas del puerperio y la lactancia (40,41).

Entre los cambios físicos más relevantes podemos encontrar: el útero aumenta de 500 a 1.000 veces su capacidad y pasa de pesar unos 60 grs. a 1.000 grs. al final del embarazo. En el cuello uterino se forma el llamado tapón mucoso que va a sellar el conducto endocervical, evitando de esta forma el paso de bacterias u otras sustancias hacia el interior del útero, este tampón mucoso se expulsa cuando se inicia la dilatación cervical antes del parto. La vagina aumenta su elasticidad la secreción de flujo. Las mamas aumentan de tamaño para la preparación de la lactancia, los pezones se vuelven más eréctiles y aumenta la pigmentación de las areolas (41).

e. Menarquía

Es la primera vez que tiene su periodo la niña. Normalmente el periodo dura de tres a siete días, el flujo empieza leve. Puede volverse más fuerte por dos o tres días y de allí más leve hasta que se termina. La mayoría de veces empieza de color café, pero se vuelve más rojo. De allí se vuelve más café hasta que se termina. Un ciclo menstrual normal puede ser tan corto como de 21 días o tan largo como de 35 días.

Es normal que haya cambios que sucedan de mes a mes. Algunos meses no tendrá un periodo, especialmente durante el primero o segundo año. La salud también puede estar influenciada. La mayoría de las niñas y mujeres no sienten cuando sucede la ovulación. No están realmente seguras cuando ocurre. Es posible que sientan dolor en la parte baja del abdomen. La ovulación sucede aproximadamente en medio del ciclo menstrual. Muchas niñas marcan el calendario con una X los días que sangran. Para la mayoría de las mujeres, el periodo viene cada 25–30 días (39).

Ciclo de respuesta sexual humana

La respuesta sexual humana es una sucesión de acontecimientos fisiológicos cuyo fin es el adecuado desempeño de la actividad sexual. Para que ésta sea posible, los órganos genitales han de experimentar cambios importantes en su forma y su función a través de un proceso de excitación, de tal modo que el coito es imposible si el pene permanece flácido o la vagina está seca y no se ha dilatado. Conviene destacar que el coito vaginal no es el fin del proceso de respuesta sexual. Aunque así suceda en buena parte de los encuentros sexuales heterosexuales, los procesos fisiológicos denominados respuesta sexual acontecen igualmente en cualquier otra forma de actividad sexual placentera, con independencia de si ésta alcanza alguna o algunas descargas orgásmicas (42).

Hasta hace pocos años se tenía la idea de que en la respuesta sexual humana se producía una única fase que abarcaba todo, sin límites entre el deseo y el orgasmo.

Como consecuencia de ello, todos los trastornos sexuales se consideraban una única entidad clínica, sin diferenciar entre eyaculación precoz o disfunción eréctil y anorgasmia. El hombre incapaz de desempeñar la actividad sexual, con

independencia del origen del problema, era incluido dentro del grupo de hombres con problemas de impotencia. Lo mismo ocurría con las mujeres, cuyos problemas sexuales se englobaban dentro del grupo que padecía frigidez, denominados respuesta sexual (42).

Máster y Jonson, investigadores en Saint Louis, Missouri, considerados por muchos como los padres de la sexología moderna, rompieron con los prejuicios emocionales que impedían el estudio científico de la fisiología sexual y analizaron, de manera muy detallada, las interacciones sexuales de 382 mujeres y 312 hombres de 18 a 89 años, en más de diez mil episodios de actividad sexual. En 1966 publicaron en el *libro respuesta sexual humana* las conclusiones de sus investigaciones. Algunas de ellas fueron:

- La importancia del clítoris en la excitación y el orgasmo de la mujer.
- La descripción de la posibilidad de orgasmos múltiples en la mujer.
- La identificación, en el hombre, del *punto de inevitabilidad eyaculatoria*, momento en el que proceso eyaculatorio se activa desde el interior y ya no puede detenerse.
- La descripción del *periodo refractario* tras la eyaculación en el hombre, periodo de tiempo que varía de unos a otros, durante el que, aunque haya estimulación, no hay respuesta sexual ni es posible la emisión de esperma.
- La capacidad sexual de los adultos de mayor edad.
- La similitud esencial de la respuesta sexual del hombre y la mujer.

El descubrimiento de que la mujer no experimenta periodo refractario y el de su capacidad multiorgásmica impactaron fuertemente en la sociedad de la época y sirvieron para desinflar el mito de la superioridad sexual masculina. Máster y Jonson incluso después de casarse). Diferenciaron 4 fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución (32 ,42).

Sin embargo también refiere la literatura que para que se de estas 4 fases, se presenta una fase antes que éstas, llamada fase de deseo así define el autor siguiente: la respuesta sexual es la forma de responder ante los estímulos que provocan el deseo, tanto desde un punto de vista físico, como desde un punto de vista más íntimo y personal. La respuesta sexual consta de varias fases. No son fases *automáticas*; es decir, sólo porque te *pongas en marcha* no tienes por qué llegar al último paso necesariamente. Se requiere un flujo constante de excitación y estimulación para ir pasando de una fase a otra.

1. Fase de deseo

Es una fase *mental*. Para excitarse sexualmente hay que estar interesado en el sexo: pensar en ello, sentir curiosidad y, en general, desearlo

2. Fase de excitación

La excitación es la primera fase, se puede provocar por muchos estímulos diferentes: la visión de un cuerpo desnudo, una caricia, una mirada... la lista puede ser infinita. Aún no se ha podido clasificar de manera diferenciada si hay algo que excite a hombres y mujeres por separado, aunque las creencias populares son que el hombre se excita más por la visión y las mujeres más por el tacto, la mirada,

una palabra o un gesto. Durante la excitación, en los hombres el pene se agranda y endurece, se pone erecto. En las mujeres la vagina se lubrica, la vulva se hincha.

El cerebro envía mensajes que producen ciertos cambios en el cuerpo, que son involuntarios y nos indican el comienzo de la excitación. Los más importantes son (40, 41).

En la mujer, comienza la lubricación vaginal, es decir, la vagina se humedece. La parte interna de la vagina se expande. Los labios mayores se abren y crecen. Afluencia de sangre a los genitales, que hace que el clítoris se hinche y se acerque al hueso púbico. Cuando está excitado, el clítoris es mucho más sensible al tacto. Los pezones también pueden hincharse y quedar erectos. La respiración se acelera, aumenta el ritmo cardíaco y se produce tensión muscular.

En el hombre, la afluencia de sangre al pene, provocando su erección. Aumento de tamaño de los testículos, que se elevan, quedando pegados al abdomen. Los genitales se oscurecen por la afluencia de sangre. Erección de los pezones, aceleración de la respiración y del ritmo cardíaco y tensión muscular, igual que en la mujer.

3. Fase de meseta

Los cambios de la fase anterior alcanzan un máximo y se mantienen así durante un tiempo, para luego dar paso a algunos cambios: en la mujer el clítoris se esconde y apenas se palpa, en el hombre las glándulas de Cowper segregan un líquido que puede contener espermatozoides, llamado líquido preseminal.

4. Fase de orgasmo

Es la fase en que se liberan todas las tensiones sexuales acumuladas. Es difícil de describir, porque hay muchos tipos diferentes. Cada persona es diferente y vive el placer de una forma distinta. Aunque es más intenso, el orgasmo no dura tanto como las otras fases de la excitación, que pueden ir de unos minutos a unas horas. Un orgasmo, por lo general, dura entre 2 y 10 segundos. Sucede cuando la tensión muscular y la sensación de plenitud alcanzan su punto máximo y se liberan. ¿Cómo?

En la mujer, a menudo se producen unas contracciones involuntarias que irradian desde los genitales, el útero y el ano. Se acompañan de una gran sensación de placer, que cada mujer puede vivir y describir de formas distintas: como un calambre, como una acumulación de tensión y rigidez seguida de una explosión, como un alivio, como una corriente de sensaciones cálidas. En el hombre, se expulsa el semen, gracias a las contracciones de los genitales internos, acompañadas también de una intensa sensación de placer. El orgasmo suele coincidir con la eyaculación (39).

5. Fase de resolución

Hay una sensación de relajación en todo el cuerpo, que indica la vuelta al estado normal. La sangre abandona el área genital, los genitales vuelven a su tamaño y posición originales, la respiración se calma y la tensión arterial vuelve a su nivel normal.

En el hombre, tras el orgasmo, pasa un tiempo (periodo refractario) durante el cual no es capaz de tener otro orgasmo.

La mujer, en cambio, sí puede alcanzar otro orgasmo si vuelve a ser estimulada (50,51).

Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA.

Las infecciones de transmisión sexual guardan estrecha relación con la salud reproductiva en el hombre. Entre esas infecciones se encuentran las ocasionadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la gonorrea, la sífilis y la hepatitis B, entre otras.

El VIH, epidemia de la actualidad, es un grave problema de salud en todo el mundo. Tiene, además, grandes efectos sobre la salud reproductiva en general, las infecciones de transmisión sexual o ITS, antes denominadas venéreas, son infecciones transmisibles con contacto sexual sin casi excepción. Estas infecciones poseen una valoración social especial (34).

Aquí nombramos las infecciones de transmisión sexual más, castigados por la sociedad: sífilis, chancro, chancroide, uretritis no gonocócica, tricomoniasis, candidiasis y el herpes genital. Se trata de explicar las más comunes para saber los grandes riesgos que se corren al tener relaciones sexuales sin protección.

- **Sífilis:** es causada por una bacteria llamada *treponema pallidum*, generalmente se transmite por las mucosas. La vagina y el glande son las puertas de entrada más frecuentes, aunque se han visto casos en los que entra por heridas. En la sífilis temprana sintomática (ya que también existe sífilis tardía) se presenta el famoso chancro. Es considerada como una infección bacteriana se encuentra dentro de las primeras enfermedades de transmisión sexual descritas. Su tratamiento con antimicrobianos es eficiente pero su efectividad depende de una detección

temprana. La sífilis causa graves consecuencias para la función reproductiva del hombre. Al infectar a la mujer puede provocar severos daños congénitos en el bebé en órganos vitales como el cerebro y el corazón. El control higiénico sanitario, evitar la promiscuidad, adicciones y hábitos negativos en el vestir, una correcta alimentación, entre otras medidas son fundamentales para lograr una correcta salud reproductiva (38).

- **Chancro:** consta de una ulcera con bordes duros que no es dolorosa.
- **Gonorrea:** conocida también como blenorragia. Es causado por *neisseria gonorrhoeae*. Es la inflamación de las estructuras en las que penetra. Puede ser la uretra o la vagina y cuello uterino. Pero también, se han visto casos en el recto o en la cavidad oral. Se combate oportunamente con antibióticos, pero no tratada provoca infertilidad. Se expande a través del sistema reproductor masculino por medio de la uretra y provoca alteraciones en la próstata, vesículas seminales y el epidídimo (27).
- **Tricomoniasis:** es causada por un parásito llamado *trichomonas vaginales* o *tricomonas* y se transmite por el contacto sexual, aunque ocasionalmente es transmitido por medio del contacto de toallas altamente contaminadas. Esta enfermedad también se presenta en los niños a causa de las violaciones.
- **Candidiasis:** es producida por hongos generalmente el *cándida albicans*. La mayoría de veces se transmite por contacto sexual, pero no se considera exactamente como una ITS.

- **Herpes genital:** se produce por un virus llamado como su nombre. Casi en un 95% de veces, es transmitido por contacto sexual. Sus síntomas son: la aparición de granitos o vejigas muy juntas.
- **Uretritis no gonocócica:** es la inflamación de la uretra, conocida también como uretritis inespecífica. Se transmite por contacto sexual y sus síntomas son como los de la gonorrea pero más leves.
- **Chancroide:** es producida por una bacteria llamada *haemophilus ducreyi*. Se presenta una lesión en el pene o en la vagina semejante a una ampolla.
- **SIDA:** enfermedad incurable y fatal que se transmite por contacto de algún líquido corporal infectado con otro (intercambio de sangre, semen o flujo vaginal). Los primeros síntomas son: fiebre y sudoración nocturna, nódulos linfáticos inflamados el menos en tres lugares del cuerpo: pérdida de peso; diarrea crónica, disminución del número de glóbulos blancos.

Como prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual

Actualmente se observa con preocupación el incremento del inicio precoz de la actividad sexual, lo que es un fenómeno complejo de analizar por su multicausalidad, sin embargo no podemos dejar pasar el tiempo dada la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). La incidencia más alta de infecciones de transmisión sexual se encuentra en el grupo de 20 a 24 años de edad, seguida de los grupos de 15 a 19 y, después, aquellos entre 25 y 29 años de edad. Al menos la mitad de los infectados por el VIH tienen 24 años (43).

El control de las infecciones de transmisión sexual se complica por factores de conducta instintiva e individual y por la gran diversidad de estas, en comparación con otras infecciones transmisibles. Son las únicas infecciones cuya propagación es

diseminada directamente por la necesidad humana básica de compartir la intimidad sexual y reproducirse. La exposición a cualquiera de las infecciones de transmisión sexual es consecuencia directa de la sexualidad de una persona. Aunque en general las personas entienden que el tener un mayor número de compañeros sexuales aumenta el riesgo de contraer cualquiera de las infecciones de transmisión sexual (43).

Los anticonceptivos y la conducta del individuo modifican los riesgos de adquirir una infección de transmisión sexual. Algunas mujeres tienden a tener más contactos sexuales mientras dispongan de anticoncepción eficaz. El uso de condones o diafragmas protege contra la transmisión de infecciones, solo cuando se usan junto con espumas o jaleas espermicidas. El uso adecuado de condones disminuye considerablemente el riesgo de gonorrea en hombres y mujeres. Por otro lado el uso de dispositivos intrauterinos (T de cobre, espiral, etc.) aumenta el riesgo de sufrir enfermedad inflamatoria de la pelvis, sobre todo en mujeres jóvenes y que no han tenido hijos.

El conjunto de estas infecciones constituye una amenaza importante y en gran parte previsible para las mujeres y sus hijos nacidos y no nacidos. Lo que se necesita básicamente es que la población en general, sobre todo las mujeres apliquen esta información para prevenir las infecciones de transmisión sexual y sus consecuencias. Su frecuencia y variedad incluyen esterilidad, infecciones peri natales, cáncer genital femenino y tal vez la muerte, deben ser conocidas tanto por las mujeres como por sus parejas sexuales. Los cambios simples como la restricción de contactos sexuales y el uso adecuado de condones, pueden disminuir espectacularmente el riesgo de contagio personal de estas infecciones (43).

Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo

Otro problema que aqueja a la adolescente es el embarazo no deseado, aborto provocado, se estima que en América Latina cuatro de cada diez embarazos terminan en aborto, con una proporción que se incrementa a seis de cada diez embarazos en Chile, y baja a dos de cada diez en México. Cuando los embarazos de la adolescente son resultado de violencia sexual o abuso, es probable que haya efectos psicológicos y físicos a largo plazo, con consecuencias en la demanda de servicios de salud (43).

Está bien documentado que el conocimiento sobre fertilidad es muy bajo entre los y las jóvenes adolescentes. Por ejemplo, encuestas en ciudad de México y Paraguay encontraron que el método anticonceptivo más usado en el primer coito era el ritmo, un método que también es comúnmente usado en Brasil. Sin embargo, solo un cuarto de los adolescentes varones y mujeres pudieron identificar el período más fértil en el ciclo menstrual de una mujer (44).

Basado en estos resultados, Morris concluyó que la combinación de un inicio sexual temprano y la falta de conocimientos sobre fertilidad apuntan a la necesidad de programas efectivos de educación sexual en los colegios de enseñanza básica (45).

Las adolescentes descubren que están embarazadas, sin haberlo planeado, sin haber tenido la oportunidad de experimentar las diferentes facetas de la vida en pareja en mejores condiciones; una cuarta parte son madres solteras, muchas viven en unión sólo debido a este fortuito embarazo. El lapso entre la primera relación sexual y el inicio del embarazo es muy breve como para permitir a una adolescente conocer, reflexionar y tomar una decisión en lo que concierne al uso de algún método anticonceptivo. La decisión implica reconocer la existencia de una vida sexual activa, lo cual también tiene un alto costo social para la adolescente (45).

Cuando hablamos de anticoncepción, debemos entender que es un icono que involucra tanto al hombre como a la mujer, por eso la elección del método debería ser una decisión de pareja ya que es parte de la organización necesaria para poder mantener una vida sexual plena y sin obstáculos. Existen diversos tipos de anticonceptivos así como múltiples clasificaciones. Para su mejor organización los presentamos como: anticonceptivos naturales y anticonceptivos artificiales.

Según la bibliografía revisada se puede concluir que no hay ningún método que sea 100 % seguro (excepto las ligaduras de trompas, la vasectomía, y la abstinencia, hay métodos más eficaces o menos eficaces según cada caso particular, por ej. Un método que es bueno para una mujer, puede no serlo para otra. Puede influir la edad, escala de valores, religión, estado de salud, situación económica etc. (45).

Clasificación De Los Métodos Anticonceptivos:

a. Métodos Naturales:

- **Método del ritmo o calendario:** consiste en registrar el intervalo de los ciclos menstruales durante 6 meses, para identificar cuáles son los días fértiles de la mujer. Se requiere de una operación matemática y que la mujer sea de ciclos regulares (entre 27 y 30 días), así la pareja debe abstenerse de mantener relaciones sexuales entre el noveno y décimo noveno día del ciclo menstrual. Tiene una tasa de falla de 9 (teórica) a 20 (real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (33).
- **Método de Billings o del moco cervical:** consiste en reconocer la fase fértil del ciclo menstrual por la presencia del moco cervical o sensación de humedad mediante la observación diaria de sus genitales. La fase fértil comprende desde el

día del inicio de la sensación de humedad hasta tres días después de haber identificado el día fértil (día de máxima humedad), momento en el cual el moco vuelve a ser pegajoso o hay sensación de sequedad. Tiene una tasa de falla de 2 (teórica) a 20 (real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (33).

- **Método de los días fijos o del collar:** método de abstinencia periódica que señala los días 8-19 del ciclo menstrual como fértiles. Se apoya en el collar del ciclo menstrual de la mujer que está formado por 32 perlas de colores (marrón, rojo y blanco) y por un anillo movable para marcar en que día del ciclo está la mujer, así la perla roja representa el primer día de la menstruación, las perlas marrones son los días no fértiles y las perlas blancas son los días fértiles. Tiene una tasa de falla de 5 (teórica) a 20 (real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (33).
- **Método de la lactancia materna o MELA:** método natural, basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la lactancia, ya que suprime la ovulación producto del amamantamiento. Se debe tener en cuenta 3 condiciones importantes como la lactancia exclusiva, la amenorrea de la usuaria y solo hasta los 6 meses postparto. Tiene una tasa de falla de 5 (teórica) a 20 (real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (33).

b.- Métodos de Barrera:

- **Condón:** es una funda delgada de látex lubricada cuya acción consiste en impedir que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino. El condón se debe colocar sobre el pene desde el momento de la erección, hasta el final de la relación sexual. Para que sea efectivo, se debe usar uno por cada relación sexual.

Debe ser usado durante prácticas de sexo vaginal, oral y anal. Es el único método que protege de las infecciones de transmisión sexual y del VIH, por eso se recomienda usarlo siempre. Tiene una tasa de falla de 3 (teórica) a 12 (real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (33).

c. Métodos Hormonales:

- **(AOC Anticonceptivos Orales Combinados):** son hormonas femeninas (estrógenos y progesterona) que inhiben o impiden la ovulación y alteran el moco del cuello del útero para que no pasen los espermatozoides. La eficacia de estos métodos es de 98% para prevención del embarazo, sin embargo no protegen contra el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Pueden ser de 21 píldoras o de 28 (21 con hormonas y 7 con sulfato ferroso) .Se debe iniciar tomando la primera píldora en el primer día del ciclo (o entre el primero y el quinto día) y continuar de forma ininterrumpida hasta que acabe el blíster y continuar con un siguiente blíster. Tiene una tasa de falla de 0,1 (teórica) a 3 (real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (33).

- **Inyectable de solo progestágeno:** son inyecciones intramusculares que contienen hormonas que inhiben la ovulación y aumentan el espesor del moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides. Pueden ser usadas por mujeres de cualquier edad, incluidas las adolescentes y las mujeres lactantes, a partir de seis meses después del parto. La primera inyección se debe poner entre el día primero y quinto de la menstruación. Se aplica cada noventa días (3 meses). Tiene una

tasa de falla de 0,3 (teórica) a 0,4 (real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (33).

d. Métodos Mecánicos:

- **Dispositivos intrauterinos (DIU):** es un objeto de plástico recubierto de cobre que se coloca dentro del útero. Éste induce una respuesta dentro del útero, que hace que se inactiven los espermatozoides y así no puedan llegar al óvulo para que no haya fecundación. Se puede aplicar durante la menstruación, después de un parto o de un aborto. No se recomienda en mujeres que tengan más de un compañero sexual, antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, problemas anatómicos de la cavidad uterina que impidan colocar el DIU y mujeres embarazadas. Tiene una eficacia del 98% y puede permanecer allí hasta doce años. Tiene una tasa de falla de 0,6 (teórica) a 0,8 (real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (33).

e. Métodos Quirúrgicos o Definitivos:

- **Bloqueo tubárico bilateral:** es un método anticonceptivo quirúrgico permanente cuyo objetivo es ocluir y seccionar las trompas de Falopio, de ésta manera impide la unión del espermatozoide con el óvulo a nivel de la trompa, con el fin de evitar la fertilización. Este procedimiento debe ser realizado por un profesional de salud y la paciente debe haber sido capacitada y orientada al menos 3 veces además de haber cumplido algunos requisitos indispensables como superar la edad de 25 años y haber cumplido sus expectativas reproductivas (número de hijos). Tiene

una tasa de falla de 0.2 (teórica) a 0.5 (real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

- **Vasectomía:** es un método anticonceptivo quirúrgico permanente para el varón cuyo objetivo es ocluir y seccionar los conductos deferentes. La oclusión de los conductos deferentes impide la salida de los espermatozoides en el semen, evitando la unión con el óvulo. Este procedimiento debe ser realizado por un profesional además de haber cumplido algunos requisitos indispensables como superar la edad de 25 años y haber cumplido sus expectativas reproductivas (número de hijos). Tiene una tasa de falla de 0.1 (teórica) a 0.15 (real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (33).

Responsabilidad y Prevención de Riesgo Sexual

La responsabilidad, ligada con la libertad, es inseparable debido a que solo una persona con una libertad absoluta puede responder a sus actos, ya sean buenos o malos. La libertad es el poder que tiene el hombre de obrar o de no obrar según su voluntad, además nosotros los seres humanos somos los únicos poseedores de la misma. A partir del desarrollo de la razón, la persona comienza a tener libertad excepto que la misma sea obstruida, y este desarrollo se hace responsable de sus acciones. En cada una de esas acciones que se hacen libremente, la elección entre el bien y el mal está implicada, y según la elección la responsabilidad del acto será mayor o menor.

Por ej. Si un niño no hizo su tarea por que quiso salir a jugar, ese niño no está siendo suficientemente responsable y debe aceptar las consecuencias, que podría ser una mala nota. En este caso el niño eligió salir a jugar y no hacer la tarea, eligió el

mal sobre el bien y eso se llamaría una falta de responsabilidad. Una persona es responsable cuando: hace las cosas sin que nadie se las diga dos veces, cumple con sus obligaciones, es obediente, llega a clase puntualmente, ayuda en las tareas de casa.

Sin embargo la responsabilidad no es solo el hecho de elegir, lo más importante, es elegir el bien ante el mal, pero si elegimos la segunda, hacer el mal, habrá una falta de responsabilidad sobre nuestra elección, y esto lo debemos pagar con un precio que puede ser elevado o pequeño según la maldad de nuestro acto. Todo acto que hagamos trae sus consecuencias, las cuales pueden ser buenas o malas dependiendo de la responsabilidad que le entreguemos al acto. Pero si actuamos con responsabilidad, seguramente las consecuencias del acto serán buenas (46).

Por otra parte no es de extrañar que los chicos busquen desde muy jóvenes incluir la actividad sexual como parte de sus relaciones de pareja; pero ojo, esto no quiere decir que estén listos para un noviazgo serio y comprometido. Cuando un galán con el que sale una chica le pide sexo, puede muy bien ser que eso sea lo único que está buscando: pasar un buen rato en la cama, antes que buscar una comunicación más profunda o estrechar los vínculos amorosos entre los dos (46).

Así mismo hay hombres capaces de decir cualquier cosa para lograr lo que quieren, mientras hay otros que realmente aman y para quienes llevar la relación a la intimidad implica hacerla más fuerte y significativa. Esto muestra una irresponsabilidad por parte de los jóvenes adolescentes respecto a la vivencia de su sexualidad. Para otros autores la responsabilidad está dada por el conocimiento que

tienen los adolescentes para entender lo que necesitan: necesitan aptitudes y confianza en sí mismos para abstenerse o reducir riesgos (47).

Libertad para decidir y autonomía

Como se mencionó en la dimensión anterior; la libertad es el poder que tiene el hombre de obrar o de no obrar según su voluntad, además nosotros los seres humanos somos los únicos poseedores de la misma. A partir del desarrollo de la razón, la persona comienza a tener libertad excepto que la misma sea obstruida, y este desarrollo se hace responsable de sus acciones. En cada una de esas acciones que se hacen libremente, la elección entre el bien y el mal está implicada, y según la elección la responsabilidad del acto será mayor o menor (48).

Está muy ligada también a la autonomía, que dicho sea de paso, es un concepto de la filosofía y la psicología evolutiva que expresa la capacidad para darse normas a uno mismo sin influencia de presiones externas o internas. También se usa como sinónimo de autogobierno de núcleos o sectores sociales.

Según Coulbalut C. Divide a la autonomía en tres áreas, que la componen: la autonomía personal ante necesidades materiales, autonomía en desplazamientos y en relaciones amicales y autonomía ideológica y de decisión. En este sentido realiza un estudio para la fiabilidad de la escala. Así los resultados muestran una acentuada subordinación del adolescente al núcleo familiar, que en función del sexo aparece aún más marcada en unas u otras áreas. Las chicas son más autónomas en aquellas actividades que implican más obligaciones y mayor responsabilidad en el hogar, en tanto que los chicos disponen de mayor independencia y libertad para realizar actividades fuera del hogar sin la compañía de los padres (48).

En sexualidad es muy importante la autoestima por la sencilla razón de que es un aspecto muy íntimo de nosotros mismos, sentirnos seguros y aceptados hace que nos abramos más a la experiencia. Por un lado, si me gusta mi cuerpo no tengo reparos a la hora de acariciarlo y disfrutar con él, por otro, no me sentiré incómodo cuando esté con una pareja sexual y tenga que mostrarme desnudo. Si me envuelvo en complejos y me escondo, no podré dejarme llevar; una pena cuando, en ocasiones, todo está en nuestra cabeza y nuestra pareja nos ve maravillosos (49).

Es cierto que podemos tener cosas que nos gusten más o menos, pero también lo es que nos obsesionamos con aquello que nos gusta menos y pensamos que por ello nos pueden rechazar, construyendo un muro impenetrable a través del cual no dejamos pasar a nadie. Romper este muro significa libertad, experiencias y sensaciones únicas, porque todos tenemos derecho a disfrutarlas. Nuestra autoestima en muchos casos se ve menguada cuando tenemos alguna dificultad sexual, ya que es un campo en el que nos exigimos mucho, nos proponemos objetivos muy altos y cuando no los alcanzamos nos sentimos frustrados (48).

Respeto mutuo y reciprocidad

En tiempos pasados, la reciprocidad en la relación conyugal era rara, ya que las mujeres, en general, eran consideradas como propiedades o incluso como animales.

Un hombre era libre de utilizar su burro con gentileza, o de tratarlo con brutalidad hasta que al animal se le agotaban las fuerzas y moría.

Actualmente, en el mundo industrializado, el hombre tiene la misma elección respecto a su coche: puede tener en cuenta lo que necesita y conocer su mecánica, o conducirlo por terrenos agrestes sin prestar la menor atención a su mantenimiento, cambio de aceite o recambios. Una mujer puede limpiar y cuidar de su máquina de

coser o de su computadora, o puede maltratarla hasta que se atasque y quede inservible. Incluso una cuchara o un cuchillo puede mantenerse limpio y en su sitio, o dejar que se oxide o quede manchado (49).

En una era en que se tiende a tratar a los seres humanos como si fueran máquinas, no es fácil alcanzar una verdadera comprensión de la naturaleza humana y de las leyes que gobiernan las relaciones personales, aunque nuestro objetivo sea la felicidad, la armonía y el crecimiento del individuo, de sus relaciones y de la sociedad.

En esta época en que las mujeres, por primera vez, están aprendiendo que la dignidad humana también es aplicable a ellas, es absolutamente importante que los hombres conozcan las leyes de la reciprocidad y no esperen que una mujer les sirva sin recibir nada a cambio, ni pretendan imponer a una mujer lo que ella no quiere.

Hoy es importante tanto para los hombres como para las mujeres comenzar a preguntar a su cónyuge qué es lo que le gusta y lo que le disgusta, para poder llegar a conocerle como un ser humano con sus características individuales. Esto es aplicable a la relación conyugal respecto al espíritu, a la mente, a los sentimientos y, por supuesto, al vínculo físico. Es necesario llegar a conocer las creencias individuales, los gustos e idiosincrasias, sin lanzarse necesariamente a la conquista de la otra persona o emprender una cruzada para cambiar sus criterios.

Sin embargo, la sexualidad es un verdadero barómetro de la reciprocidad! es una expresión corporal de numerosos principios espirituales, entre los que se cuenta la reciprocidad. La ley de la reciprocidad es similar a la equidad y la justicia: si es correcto que tú recibas, entonces también lo es que yo reciba. Si quieres expresar lo que sientes, ¿no sería justo que yo también pudiese expresar lo que siento? si tú

tienes derecho a satisfacer tus ansias y deseos, ¿no es también apropiado que yo dé respuesta a los míos? si un día yo no tengo el deseo ni la necesidad, ¿no sería adecuado que lo aceptaras, ya que parece dar por sentado que a veces tú también estás atareado, preocupado, cansado o distraído? si, en unas, tu amor se expresa con serenidad, y en otras con ternura, o de forma más enérgica y apasionada, ¿no puedes imaginar que yo también atravesase esas diversas modulaciones de necesidades y estados de ánimo sin querer por ello ofenderte ni rechazarte? ¿Acaso no es esto reciprocidad? (50).

Cuando se suprime la ley de la reciprocidad de manera sistemática y uno o ambos miembros de la pareja no la respetan, la sexualidad, como un canal de agua, se estanca; puede que gotee un poco de uno al otro, ¡pero no en la dirección contraria! entonces, la gente se preocupa, se enfada o queda perpleja, y recurre a la explicación más habitual: mi pareja está, bueno, deprimida...debemos administrarle algún tratamiento. ¡Cuando ella haya recibido tratamiento para su depresión, las cosas volverán a la normalidad! ¡Cariño! ¡Estás maravillosa! ¿Quién no quiere escuchar estas palabras de su pareja? sin embargo, lo trágico es que para muchas mujeres esto puede significar que su pareja sólo desea ver el lado bueno, saludable de su mujer, que está *siempre dispuesta*. Entonces, la esposa siente que debe reprimir su cansancio, su tristeza, sus decepciones o su falta de entusiasmo, y que siempre tiene que intentar parecer *maravillosa*.

En la sexología moderna, cuando la relación sexual de una pareja se ha interrumpido a causa de algún síntoma que exprese sufrimiento (impotencia del hombre o frigidez de la mujer, o la ausencia de la necesidad normal de actividad sexual), el tratamiento comienza enseñándoles a descubrir las necesidades corporales

del otro mediante las caricias. El hombre y la mujer tienen que descubrirlo y ayudar a su pareja a tomar conciencia de sus necesidades. Ésta es una buena manera de medir la capacidad de la pareja de aprender la ley de la reciprocidad, además de aprender lo que es la ternura en un sentido físico (50).

Sexualidad y amor

El desenvolvimiento de la relación a partir de esta etapa inicial, nos la explica Mercedes Arzú de Wilson: el amor entre dos personas emerge de la atracción física en un principio. Del plano físico va transitando al psicológico y de éste, al espiritual. El anzuelo del principio suele ser casi siempre físico. Las relaciones entre amor y sexualidad no es que sean estrechas, sino que la una entronca directamente con la otra. Y a su vez, en su seno vibran con fuerza toda y cada uno de los ingredientes que nutren lo mejor del ser humano: lo físico, lo psicológico, lo espiritual y lo cultural.

Aquí, en el encuentro sexual lo que se destaca y toma el mando es la emoción placentera del goce del acto sexual, quedando algo relegadas las otras tres dimensiones, pero envolviéndolo todo. Por eso hay que volver a subrayar que la relación sexual es un acto íntimo de persona a persona, nunca de cuerpo a cuerpo. ¿Qué quiere decir esto? sencillamente que cuando al otro se le trata sólo como ser físico, portador de un cuerpo, se ha escamoteado la grandeza del amor y su profundidad. Esto es lo que pasa hoy en algunas ocasiones (49).

Y continúa diciendo: el cuerpo es algo personal, particular, propio. Este debe ser integrado en el conjunto de la personalidad. Amor personal comprometido, estable, que vincula a lo corporal, a lo psicológico y a lo espiritual. Dicho en términos más rotundos: el acto sexual auténtico, verdadero, es simultáneamente físico, psicológico y espiritual. Los tres participan simultáneamente en esta sinfonía íntima, misteriosa,

delicada y que culmina con la pasión de los seres que se funden en un abrazo. La sexualidad no es algo puramente humano, un placer ligado al cuerpo, sino que mira a lo más íntimo de la persona (52).

La sexualidad es una pieza integradora de los planos físico, espiritual, psicológico y cultural. Visión del hombre completo. Si la vocación principal del hombre es el amor, toda la vida sexual debe vertebrarse en torno a él. Por eso, ese amor que se esfuerza por mejorarse a sí mismo, perfecciona y conduce a superarse a sí mismo dando salida a valores típicamente humanos: generosidad, donación, confianza, capacidad para hacer la vida agradable al otro evitando el egoísmo y el pensar demasiado en uno mismo.

Así, podemos concluir que amor y sexualidad han de formar un binomio inseparable que requiere nutrirse y complementarse mutuamente. La sexualidad de la persona, no debe de reducirse a una simple genitalidad. Cuando una persona se entrega físicamente al ser amado, no pone en juego únicamente su cuerpo, es más bien una donación que involucra la totalidad de lo que es, independientemente del cuerpo que tenga, el cual, es a su vez el medio óptimo para exteriorizar y poder comunicar todo aquello que llevamos dentro a través de las palabras que encarnan nuestros pensamientos y del lenguaje corporal no verbal que muchas veces logra decir más que mil palabras (49, 52).

De esta forma, la fusión de dos cuerpos unidos por motivos de amor y compromiso en el matrimonio, se convierte en dialogo de intimidades que en exclusiva se dan a conocer mutuamente en una entrega de personalidades, corazones e inteligencias que por un momento se funden en *una sola carne* sin por ello llegar a confundirse uno con el otro ya que cada uno sigue conservando la propia

originalidad, solo que ahora enriquecida por la donación que cada uno ha hecho de sí y de la aceptación mutua del otro como un regalo (49).

Las personas somos lo que pensamos, lo que sentimos y lo que hacemos, así todos tenemos nuestra idea de lo que es el amor, el afecto, la sexualidad, la sensualidad aunque aquí las hemos puesto separadamente para verlo gráficamente, las tres dimensiones las integramos a gran velocidad, e incluso a veces no nos damos cuenta de alguna. Así, decimos: *es que hay que pensar las cosas antes de hacerlas*, y lo cierto es que lo hemos pensado; muchas veces sólo nos damos cuenta de lo que hacemos, pero para hacer hay que pensar y sentir. Amor, afecto, sexualidad, sensualidad: son todas las cosas de la vida cotidiana con las que nos sentimos a gusto y responsables: nuestros pensamientos, nuestras emociones, creencias, sentimientos, nuestra conducta y contactos (amorosos, afectivos, sensuales y sexuales).

La persona que realiza un cambio en tu vida eres tú. La capacidad de amar la aprendemos desde la infancia. Aprender a confiar en nosotros y en los demás, sentir seguridad en nosotros y en otras personas, respetar el criterio de otras personas y asumir una responsabilidad positiva son características que usamos en la vida cotidiana y en el amor afectivo-erótico. Generalmente, es cuando comprendemos y nos damos cuenta que nuestra sexualidad va mejorando (51).

Cuando las personas aprendemos cómo somos y cómo vamos cambiando, podemos tener más confianza y más seguridad en lo que creemos y vivimos. En relación con la sexualidad, convertirnos en buenos amantes (amarnos a nosotros mismos) requiere algo más que conocer la anatomía y la respuesta sexual. Puede implicar la capacidad de sentirnos cómodos con nosotros mismos y con otra persona, y también abrirnos a otras ideas y creencias. Los primeros 4 minutos entre dos

personas son importantísimos. Es este breve tiempo procesamos el aspecto, el cuerpo, la edad y, por supuesto, el atractivo de otra persona. La postura y su expresión facial dan una indicación de su humor y personalidad. Y así nos formamos una imagen de esa persona (en el amor, sobre un nuevo amigo, un compañero de trabajo, el cajero del supermercado, sobre una profesora, etc.).

El amor es una de esas palabras cargadas de los más variados sentidos a cometerla con un cierto rigor no es tarea fácil. De ella existe un auténtico abuso. En ella se dan cita un conjunto de significados que es preciso matizar. Hay razones de peso para abandonar la tarea, sobre todo si echamos una mirada a nuestro alrededor y vemos cómo es tratada en los grandes medios de comunicación social. El uso, abuso, falsificación, manipulación, adulteración y cosificación del término amor, ha ido conduciendo a una cierta ceremonia de desconcierto (51).

Sexualidad como algo positivo

La sexualidad es algo positivo, que hace agradables nuestras vidas. Por lo tanto, lo primero para ejercer nuestra sexualidad como una oportunidad de placer y bienestar, es asumir que nuestro cuerpo y nuestros deseos sexuales son digno motivo de alegría y no una manifestación de pecado o un motivo de castigo. Nuestra sexualidad tiene componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. En especial los elementos sociales van construyendo nuestra sexualidad de acuerdo a las normas que en nuestra sociedad aprueban determinados comportamientos y rechazan otros. Frecuentemente encontramos que las normas sociales no se ajustan a las necesidades de las personas concretas, son por tanto reglas que no tienen sentido (53).

La sexualidad debe ser vista con naturalidad y espontaneidad, si los mayores brindan información y dan ejemplo de una relación de pareja basada en el amor, el respeto y la comprensión, sus hijos verán la sexualidad como algo normal, natural y positivo durante todo su desarrollo (54).

Luís Jorge González en su libro *terapia para una sexualidad creativa*, hace un análisis y una interesante propuesta sobre una verdadera liberación sexual que no centre al hombre exclusivamente en su sexualidad, sino que lo lance a una realización plena de su afectividad. Plantea de forma práctica, poner la sexualidad al servicio del cambio y del crecimiento de las personas y de la sociedad, y ver al sexo como una realidad llena de bondad en sí misma y que juega un papel decisivo en la vida social, no sólo porque logra la complementariedad del hombre y la mujer, sino porque los orienta hacia una relación más responsable de ternura y amor. *Es hora*, comenta González, *de pasar de una sexualidad concentrada en lo genital, a una sexualidad difundida por todo el cuerpo y abarcando la totalidad de la persona y sobre todo orientada hacia el otro, promoviendo así los derechos humanos en una relación de amor que se compromete con uno mismo y con el otro.*

El poder hablar sobre sexualidad es el primer paso para una salud sexual integral, pues además de poder transmitir mejor la información y aclarar dudas y opiniones, permite a los jóvenes tomar conciencia de su propia postura y tener un mejor cuidado y respeto en el manejo de su sexualidad (54).

Es importante tomar en cuenta que hablar con los hijos no es decirles qué y cómo pensar o hacer, es un diálogo liberador para que tomen decisiones bien

informados, es acompañarlos para que puedan pensar, analizar y tomar una postura conscientes de todos los aspectos que están presentes: el respeto hacia uno mismo y hacia el otro, la aceptación de su propio cuerpo, la autoestima, la responsabilidad y las consecuencias que van junto a cualquier conducta, promoviendo la autenticidad y la libertad y estableciendo límites y espacios para la expresión sexual.

El siguiente paso es promover en los jóvenes el respeto, la congruencia, y la responsabilidad para vivir conscientemente y con libertad su propia sexualidad. El ser congruente con lo que se piensa, se siente y se hace o dice es un ejercicio que capacita a la persona para comprender y evaluar con responsabilidad lo que la motiva a actuar de una u otra manera, y a entender las propias reacciones y los cambios fisiológicos y hormonales. Toma conciencia de algunos aspectos importantes de su personalidad, como son: sus creencias y pensamientos, sus sentimientos, sensaciones y emociones, y la conducta como consecuencia (53).

La responsabilidad es una actitud de suma importancia en este aspecto, pues al mismo tiempo tenemos el poder para elegir y el compromiso de nuestra respuesta ante uno mismo y ante los demás, y esto nos compromete en el ejercicio de la libertad. La autoestima va unida a un desarrollo de una sexualidad integradora. La autoestima es la valoración positiva que la persona tiene de sí misma, sin juicio destructivo alguno. El tema de la autoestima ha sido muy comentado; sin embargo, lo tenemos claro en conceptos y a veces no lo ponemos en práctica, pues la sociedad nos invita a no pensar en nosotros mismos y a preocuparnos primero por los demás, a identificar los aspectos negativos para poder mejorar, antes de valorar los factores positivos y aceptarlos (54).

Referencias bibliográficas

1. Parra L. Nivel de Conocimiento sobre Sexualidad en Adolescentes embarazadas. Hospital Universitario Dr. Antonio María Pineda año 2007. [Tesis para optar al Grado de Especialista en Obstetricia y Ginecología]. Barquisimeto: Universidad Centroccidental *Lisandro Alvarado*; 2007.
2. Leyva N, Sosa M, Guerra D, Mojena D, Gómez N. Modificación sobre conocimientos sobre salud reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional. MEDISAN [serie en internet]. 2011 [citada 11 Junio 2011]; 15(3): [Alrededor de 8 pantallas]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttex&pid=s1029-30192011000300008
3. Pérez M, Sosa M, Amaran J, Pinto M, Arias D. Algunos aspectos relacionados con el conocimiento sobre sexualidad en adolescentes de un área de salud. Manual de médicos de la adolescencia [Artículo en línea]. Nov 2008 [Citado 12 Dic 2008]: 13(3).Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_3_09/san18309.htm
4. Valdivia M. Conocimientos, Actitudes y Prácticas acerca del VIH/SIDA en adolescentes de enseñanza politécnica [Tesis para optar por el título de Master en Enfermedades Infecciosas]. Yaguajay: Institución Sede Salud Yaguajay; 2009. Disponible en:
<http://www.eumed.net/libros-gratis/2012a/1172/1172.pdf>
5. Gala A y Col. La Adolescencia: Consideraciones biológicas, psicológicas y sociales, Tomo I
6. Chávez S, Guerrero R, Espinoza J, Ayzanoa G. Concepciones y Percepciones sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos en la Adolescencia. [Monografía en internet]. Lima: Observatorio del Derecho a la Salud; 2007 [Citado 23 Set 2011]. [Alrededor de 153 pantallas]. Disponible en:
<http://http://www.consortio.org/Observatorio/publicaciones/diag29.pdf>

7. Jiménez Y, Pintado Y, Monzón A, Valdés O. La sexualidad temprana en la adolescencia un problema actual. *Revista de Psiquiatría y de Psicología del niño y del adolescente* [serie en internet]. 2009 [citada 8 Julio 2011]; 8(2): [Alrededor de 13 pantallas]. Disponible en:
http://www.psiquiatria.com/articulos/transtornos_infantiles/epidemiologia790/41421.
9. Gonzales F. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del sisben de un municipio del departamento de Cundinamarca. [Tesis para optar título de Licenciada en Psicología]. Colombia: Universidad Católica de Colombia; Cundinamarca.
10. Pérez C, Pick S. Conducta Sexual protegida en Adolescentes Mexicanos. *Sexualidad* [Revista en Línea]. 2006 Feb. [Citado 14 Ene 2013]; 40 (3): 333 – 340. Disponible en:
<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP04035.pdf>
11. Parra L. Nivel de Conocimiento sobre Sexualidad en Adolescentes embarazadas. Hospital Universitario Dr. Antonio María Pineda año 2007. [Tesis para optar al Grado de Especialista en Obstetricia y Ginecología]. Barquisimeto: Universidad Centroccidental *Lisandro Alvarado*; 2007.
12. Vargas C. Conocimientos sobre Respuesta Sexual y Comportamientos Sexuales en el Asentamiento Humano “Micaela Bastidas” del distrito de Chulucanas [Tesis para obtener el título profesional de obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2010.
13. Solís N. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de la comunidad zonal Magdalena Nueva, Chimbote”. *Página de internet*. Chimbote. 2010 citado 10 de octubre del 2011 □. □alrededor de 14 pantallas □.Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/conocimientosyactitudesdeadolacente/archivos/estadisticas.pdf>
14. Libretos L, Fuentes L, Pérez A. Conocimientos, Actitudes y prácticas sobre sexualidad de Adolescentes en una Unidad Educativa. *Sexualidad*. [Revista en línea].

2008 Dic. [Citado 15 Ene 2013]; 9 (4): 4 – 7. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2008/spn084i.pdf>

15. Godoy M, Gonzales M, Gonzales A, Guardia D, Libreros L, Gonzales J. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en jóvenes que asisten a instituciones educativas del norte y sur de Valencia, Edo. Carabobo, Venezuela para el año 2008-2009. [Tesis para optar título de Licenciada en Enfermería]. Carobo. Universidad de Carobo; 2009.

16. Sanabria H, Sarmiento N, Mesones L. Conocimientos y Actitudes Sobre la Transmisión del VIH en Estudiantes de una Escuela de Medicina de Perú. [Tesis para optar título de Licenciado en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.

17. Arteaga D. Conocimientos y Actitudes Sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano .Vicente Chunga Aldana del Distrito de Sechura - Piura (trabajo para optar el título de licenciatura en obstetricia) Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2009.

18. Rodríguez R, Elma A. Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes de centros educativos de Lima. [Tesis para obtener licenciatura en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos: 2008.

19. Avendaño A. Actitudes, Prejuicios y Nivel de Conocimientos hacia la masturbación de acuerdo a género en un grupo de adolescentes. [Tesis para optar título de Licenciada en Psicología Clínica]. Lima: Universidad Pontificia Católica del Perú; 2009.

20. Calderón J. Estereotipos sexuales en Adolescentes de la Institución Educativa Juan Bautista Rodríguez. [Revista on-line]. 2009 May [Acceso 18 Ene 2013]; 2 (2): 4-6. Disponible en:

<http://www.inppares.org/revistass/Revista%20VI%202009/6.%20Estereotipos.htm.pdf>

21. Rocha F. Embarazo en adolescentes, problema de salud pública. Milenio. 16 Abril 2010; Sect. A: 2 (col. 1).
22. Fernández Y. Conocimientos sobre sexualidad y comportamiento sexual en adolescentes de Instituciones Educativas Estatales de Tumbes. [Tesis para optar especialización en Salud Comunitaria]. Tumbes: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2000.
23. Neira J. Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria “Ricardo Palma” del distrito de Marcavelica, Sullana. Acta Med Per. 2010; 26(3): 175-179.
24. Villareyes I. Conocimientos y Actitudes Sexuales de los Adolescentes de la Institución Educativa Luciano Castillo Colonna La Huaca - Paita, 2009. [Tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2009.
25. Castillo Y. Conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 17 años de la Institución Educativa Bacilio Ramírez Peña- Piura durante el Periodo 2009. [Tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los ángeles de Chimbote; 2009. 24. López P, Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes 15-19 años del AA.HH. 9 de Octubre del Distrito de Sullana - Piura durante el año 2009 [tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2010.
26. Fonseca R. Conocimientos y Actitudes Sexuales de los Adolescentes de 14 a 17 del distrito de Querecotillo – Sullana. [Trabajo para optar el título de licenciatura en obstetricia].Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2009.
27. Arana M. Promoción y Cuidado de la Salud del Adolescente y Jóvenes haciendo realidad el Derecho a la Salud. SPAJ-OPS-GTZ. [Revista on-line]. 1996 Jun .2da edición .pp. 334. disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/archivos/dgsp/98_POLIT.ADOLES.pdf

28. Ardivin B y Jarpa. La jerarquía de necesidades según Maslow. [Serie en Internet]. 1998; [Citado. 10 May 2012]; [Alrededor de 5 pantallas]. Disponible en: http://www.geocities.com/linds_castillo/20101.htl.
29. Gutiérrez R. Pensamientos filosóficos y literarios de Hostos. UPR. PR [Serie en Internet]. 2004 [Citado 11 May 2012.]. Disponible en: <http://www.redbetances.com>.
30. Iacunacuri M, Jiménez G. Comunicación sexual en los adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. Rev Redalyc. [Serie en internet]. 2010 [citado 21 May 2012]; 15(1): [Alrededor de 24 pantallas]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/292/29213133008.pdf>.
31. Morales J. El comportamiento en las etapas del desarrollo humano. [Monografía en Internet]. 2003. [alrededor de 5 pantalla]. [citada 21 Julio 2011] Lugar de publicación: <http://www.monografias.com/trabajos16/comportamientohumano/comportamiento-humano.shtml>
32. Carrasco L. Conocimientos y Actitudes Sexuales en Adolescentes de 14-19 años en el AA.HH Manuel Escorza del Distrito de Piura, durante el periodo 2011 [tesis para obtener el título profesional de obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2011.
33. Norman J, La visión de la adolescencia en las corrientes teóricas y su fundamentación en la salud Escolar en Puerto Rico, [serie en internet]. 2005. [citado 21 Julio 2011]. Disponible en: <http://www.psicovision.com/lic%20deibem.htm>
34. Norman J, La visión de la adolescencia en las corrientes teóricas y su fundamentación en la salud Escolar en Puerto Rico, [serie en internet]. 2005.
35. Jiménez G. Comportamiento sexual de los adolescentes en la ciudad de Córdova. atenc primaria 2003. [Revista en línea]. 2003 Jun [Citado el 24 Sep. 2011] .32 (6): alrededor de 6 hojas. Disponible en: http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo= revista=27&v

32n06Sevier.es&lan=es

36. Wikipedia. Respuesta sexual humana, [serie en Internet]. 2006. [citado 22 Julio 2011]. Disponible en:

[http://es.wikipedia.org/wiki/Respuesta_sexual_humana.](http://es.wikipedia.org/wiki/Respuesta_sexual_humana)

37. Huapaya C. Actitudes Sexuales de Riesgo de los Adolescentes del 3er año A de secundaria del Colegio Manuel Gonzales Prada de Huaycán. Revista de Ciencias de la Salud. [Revista en internet] Lima 2007. [Citado el 25 Sep. 2011]; 2 (2): 90-95
Disponible en:

<http://posgrado.upeu.edu.pe/csalud/revista/filev3/90-95.pdf> 78

38. Araujo V, Luna D, Echazu C, Salazar A, Santa María A, Solano I, et al. Conocimientos de sexualidad, Inicio de Relaciones Sexuales y Comunicación Familiar, en Adolescentes de Instituciones Educativas Nacionales del Distrito del Agustino. Lima-Perú. Rev. Horizonte. Médico. [Revista en internet]. Lima .2008. [Citado el 25 Sep. 2011]; 7(2): 79. Disponible desde:

www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2007-

39. Arieu P. Teoría del conocimiento /epistemología [monografía en Internet]. España: pauloarieu en Filosofía Comments. [Citado 12 May 2011]. [Alrededor de 17 pantallas]. Disponible en

<http://mujercristianaylatina.wordpress.com/2009/03/22/teoriadelconocimiento->

40. Covarrubias F. Manual de Técnicas y Procedimientos de Investigación Social desde la Epistemología Dialéctica Crítica. Oaxaca, México: Ed. Lasser Plus Artes Gráficas; 1998.

41. Romero L. Sexualidad y educación sexual irresponsable. Monografía en Internet]. Colombia: Centro de Asesoría y Consultoría; 2006 [citado 22 Julio]. [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en:

<http://www.monografias.com/trabajos13/sexyeduc/sexyeduc.shtml>

42. Quintana A, Hidalgo C. La Salud de los adolescentes en la región andina. Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes: Servicios de salud amigables en Bolivia, Ecuador y Perú. Lima: IES y Washington D.C: Advocates For Youth; 2003. 17-27. 42
43. Berra M, Dueñas R. Educación para la salud: conductas de riesgo en los adolescentes y jóvenes. Revista científica electrónica de Psicología [serie en internet]. 2006 [citada 8 Junio 2011]; 1(5): [Alrededor de 15 pantallas]. Disponible en: [http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/7 - No. 5.pdf](http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/7_-_No._5.pdf).
44. Chirino R, Fernández L, Torres S, Navarro D. Fisiología Reproductiva Femenina: Hormonas Sexuales y sus ciclos. RVFO [Serie en Internet]. 2004 [Citado 12 May 2012]; 1(2): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: http://www.biocancer.com/?q=system/files/Fisiologia_reproductivaFemenina
45. Loundgren R. Protocolos de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes varones en América Latina. OPS/FNUAP/Kellogg/ASDI; 2000. [Monografía en Internet] [Citado 12 May 2012] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/protocol.pdf> 43
46. Totor J, Grabowski S. Principios de Anatomía y Fisiología, 9º edición, 2006.40
47. La Rosa De Luque C. Mejorando la Calidad en Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú, Litigraf E.I.R.L., diciembre del 2007. (1) (1): 108pag. [Citado 5 mayo 2012] Disponible en: http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/Libro_UNFPA.pdf
48. Movel G. Moderación Portal SIDA [serie de internet] Perú, Cada Vez Menos Adolescentes Buscan Atención En Salud Sexual Y Reproductiva, 2008 [Citado 11 mayo 2012] .Disponible en: <http://www.araleditores.pe.tripod.com/Sullana.htm>

49. Loundgren R. Protocolos de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes varones en América Latina. OPS/FNUAP/Kellogg/ASDI; 2000. [Monografía en Internet] [Citado 12 May 2012] Disponible en:

<http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/protocol.pdf> 43

50. Morris L. Sexual Behavior and Reproductive Health of Latin American Adolescents. Presented at the UNFPA Regional Conference on Reproductive Health in Latin America and the Caribbean. [Conferencia] México; 1995. 44

51. Flavio N, La Responsabilidad. [Monografía en Internet]. 2005. [citado 13 May 2012].Lugar de publicación:

www.monografias.com/trabajos14/laresponsabilidad/

51. Flavio N, La Responsabilidad. [Monografía en Internet]. 2005. [citado 13 May 2012].Lugar de publicación:

www.monografias.com/trabajos14/laresponsabilidad/

52. Cuauhtémoc C. Juventud en Éxtasis. [Monografía en internet]. Argentina: Ediciones Selectas. 2007, [Citado 10 May. 2012]. [Alrededor de 4 pantallas].Disponible en:

www.saludfemenina.com.ar46

53. Aldara P. El valor de la autoestima. [Monografía en internet].España, 2006 [Citado 13 May 2012]. [Alrededor de 4 pantallas]. Disponible en:

<http://www.discasex.com/Article17.html> 47.

54. Orzú WM. Amor y familia. Guía práctica de educación y sexualidad. Madrid-España: Ed. Palabra; 1998. pp. 32-36. 48.

55. Orientación matrimonial: Reciprocidad [Monografía en Internet]. España, 2007[Monografía en Internet] [Citado 12 May 2012] [Alrededor de 3 pantallas]

Disponible. En:

<http://orientacionmatrimonial.wordpress.com/2007/02/07/reciprocidad>.

56. Marco conceptual para el desarrollo y la salud sexual de adolescentes y jóvenes. [Monografía en internet]. Disponible en:

www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-marconceptual.pdf.

57. Noviazgo y matrimonio, Lugar de Publicación:

http://www.encuentra.com/documento.phpf_doc=1611&f_tipo_doc=95

58. Martínez L. Hacia una sexualidad integral. Blog de aplicaciones, [Monografía en Internet], [Cita15.May.2012].Disponible en:

http://familiatec.itesm.mx/publicaciones/docs/boletin8/familia_presente.pdf

59. Méndez C. Sexualidad con naturalidad sabor y salud. [Monografía en Internet]. [Citado 2011 oct.18]. Disponible en:

<http://www.saborysalud.com/vidasana21.htm>

Anexos

Anexo 1: Instrumento de recolección de la información

Encuesta para adolescentes



Código: _____ Fecha ____/____/____ Hora: _____

Autora: Mg. Nelly Solís Villanueva

Estimada y estimado adolescente:

Nos encontramos desarrollando un proyecto de investigación en el área de la salud sexual y la salud reproductiva, con el objetivo de conocer cuál es el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la sexualidad en la población adolescente, la misma que nos ayudará a identificar necesidades específicas de información, educación y comunicación e incidir y promocionar un cambio en las políticas y estrategias de intervención en favor de la salud del adolescente, Para tal efecto, estamos solicitando tu participación en esta investigación a través de la respuesta al cuestionario. Toda la información que nos brindes será absolutamente confidencial y anónima. Los datos serán usados únicamente para fines de la investigación.

Instrucciones:

1. No escriba el nombre del encuestado en ninguna parte del cuestionario.
2. Marque con una X el casillero que refleje más la forma de pensar o de sentir del encuestado.
3. Por favor, no deje ninguna pregunta sin contestar.

Anexo 1.1 Conocimientos

Iniciaremos con una serie de enunciados sobre diversos temas de sexualidad. Por favor marque “Si” o “No” según su propia apreciación.

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA, SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE	SI	NO
1. Los genitales externos de la mujer está conformado por: Marque con una X solo la respuesta correcta Los labios mayores y menores (), el clítoris (), orificio de la uretra () y la abertura de la vagina ().		
2. ¿La fecundación se da cuando el espermatozoide ingresa al óvulo?		
3. El embarazo comienza con la fecundación.		
4. Durante el embarazo la mujer experimenta modificaciones anatómicas y fisiológicas.		
5. Los genitales externos del hombre está conformado por: el pene, los testículos y las bolsas escrotales.		
6. ¿El glande es el extremo final (la punta) del pene?		
7. ¿Las trompas de Falopio trasportan el óvulo hacia el útero?		
8. Una mujer puede quedar embarazada en la mitad del ciclo menstrual + - 3 días.		
9. El sexo es una conducta natural y por tanto las personas necesitan aprender cómo hacerlo		
CICLO DE RESPUESTA SEXUAL HUMANA		
1. Las fases en la respuesta sexual son: deseo (), excitación (), meseta (), orgasmo (), resolución ().		
2. La vivencia de una sexualidad responsable tiene como elemento principal La autoafirmación personal (ejercer control sobre la vida sexual).		
3. Vivir una sexualidad responsable es tener conocimientos de ITS y VIH/SIDA, y métodos de planificación familiar.		
4. Las actitudes y valores de los jóvenes son importantes en la vivencia de la sexualidad.		
5. Son manifestaciones de madurez sexual: menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto, masturbación.		
6. Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad.		
a. Marca con una X las respuesta que creas correcta;		
7. El comportamiento sexual no coital es cuando se practica los: besos abrazos (), caricias (), masturbación ().		
8. La persona es quien controla su propio comportamiento sexual.		

PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL – VIH/SIDA		
1. ¿Sabes que el sida es una enfermedad que amenaza la vida?		
2. Las vías de contagio de la infección por el virus del VIH/SIDA está dada por vía sanguínea, (trasfusiones sanguíneas), relación coital, trasmisión de madre a hijo.		
3. Un hombre puede infectarse con el virus del VIH si tiene coito con una sola mujer.		
4. El usar preservativos convenientemente en una relación te previene del contagio del SIDA		
5. El SIDA se contagia por los abrazos, los besos y el contacto con una personas infectadas (-).		
6. Las ITS son infecciones que se trasmiten a través de las relaciones coitales.		
7. Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas que corresponden a una infección de transmisión sexual.		
8. la sífilis, la gonorrea, el chancroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal. Son infecciones de transmisión sexual.		
9. El uso de preservativo es 100% seguro para la prevención de las ITS.		
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS COMO ALTERNATIVA DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO		
1. En su primera relación coital una mujer puede quedar embarazada.		
2. Los métodos de planificación familiar están divididos en: métodos naturales y artificiales.		
3. La píldora, los inyectables y el DIU, son métodos anticonceptivos.		
4. Para usar la T de cobre la chica debe ir al médico u obstetra.		
5. El método de abstinencia sexual consiste en no tener las relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.		
6. El preservativo es un método de planificación familiar.		
7. Conoces los métodos de barrera, menciónalos: los preservativos masculinos y femeninos, los diafragmas, los espermicidas.		
8. ¿Conoces los métodos hormonales? menciónalos: la píldora (), los inyectables () y el norplant ().		
9. Conoces los anticonceptivos para regular la fecundidad del adolescente menciónalos Marca con una X el que menciona: el preservativo (), el diafragma (), las píldoras (), los inyectables (), el DIU ().		

Anexo 1.2: Cuestionario de características sociodemográficas de los adolescentes

Ahora te proponemos algunas preguntas sobre información general, deberás responder la alternativa que mejor se acerque a tu condición actual.

1. Edad: Años	2. Sexo: 1. Masculino () 2. Femenino ()	3. Estado civil: 1. Soltero () 2. Casado () 3. conviviente ()
4. Religión: 1. Católico () 2. Otras () 3. No creyentes ()	5. Tiene enamorado (a): 1. Si () 2. No ()	
6. Ocupación: 1. Estudiante () 2. Trabaja () 3. Trabaja/estudia () 4. No trabaja / no estudia () 5. Ama de casa ()		
7. Has tenido relaciones sexuales coitales alguna vez: 1. Si () Pase a la pregunta 8; 2. No (), pase a la pregunta 9		
8. A qué edad tuviste por primera vez: a losaños		
9.Cuál es tu preferencia u opción sexual: 1. Heterosexual - de tu sexo opuesto () 2. Homosexual - de tu mismo sexo () 3. Bisexual - de ambos sexos ()		

Anexo 1.3: Test de actitudes sexuales del adolescente

Ahora, te presentamos una serie de frases o afirmaciones sobre las cuales quisiera saber tu opinión. Para lo cual me responderá:

- 1. Completamente en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo**
3. Opinion intermedia 4. Bastante de acuerdo
5. Completamente de acuerdo.

ACTITUDES Y VALORES SEXUALES DEL ADOLESCENTE	1	2	3	4	5
	RESPONSABILIDAD Y PREVENCIÓN DEL RIESGO SEXUAL				
1. Cumples con tus obligaciones.					
2. Te consideras obediente.					
3. Llegas a tus clases puntualmente.					
4. Ayudas en las tareas de la casa.					
5. Cuando tienes relaciones sexuales (coitales) lo haces conciente de que te expones a problemas de salud como: embarazo precoz, ITS /VIH/SIDA.					
6. Prevé y te preparas para enfrentar las consecuencias de tus actos: salir embarazada, adquirir ITS /VIH/SIDA.					
7. La conducta sexual de una persona es cosa suya y nadie debe hacer juicios de valor sobre ella.					
8. Una persona que va a tener una conducta coital, debe buscar información y consejos sobre anticoncepción.					
9. Crees que las relaciones sexuales entre personas jóvenes es aceptable, si hay afecto entre ellos y si ambos están de acuerdo.					
10. Crees que hoy en día todos deben usar los preservativos para protegerse de ITS/VIH/SIDA.					
LIBERTAD PARA DECIDIR					
1. Cuando vas a tomar una decisión, lo haces por tu propia voluntad.					
2. Siempre que vas a decidir por algo, necesitas la intervención de otras personas.					
3. Cuando una pareja desea tener relaciones coitales, debe ser porque ambos lo deseen y lo acepten.					
4. Si has iniciado tu actividad sexual, utilizas un método de planificación familiar.					
5. Cuando tienes relaciones sexuales lo haces por tu propia voluntad.					
6. Cuando iniciaste tu actividad sexual lo hiciste por la presión de tus amigos.					
AUTONOMIA					
1. Tú tienes derecho a elegir con quien y en donde realizar tu vida sexual.					
2. Crees que es necesario recibir información sobre sexualidad cuando tú lo solicites.					
3. Es fácil expresar tu opinión ante los demás.					
4. sientes y crees que nuestro cuerpo nos pertenece, por ello solo tú eres la/el única (o) responsable de tu integridad corporal.					
5. Tú decides por el control de tu cuerpo, por ello realizas deportes, buscas espacios de distracción etc.					

RESPECTO MUTUO Y RECIPROCIDAD					
1. Tú y tu pareja se consideran iguales.					
2. Crees que el sexo debe ser compartido únicamente con alguien que conozcas mucho.					
3. Cuando estas frente a un problema de salud sexual tu pareja responde conjuntamente contigo en la solución del problema.					
4. Tu pareja respeta la decisión de no tener el acto sexual, cuando tú no lo deseas.					
5. Tu pareja respeta tus espacios con tus amigos.					
6. Tú pareja entiende que estás en tus días de peligro y que no es posible una relación sexual (coital).					
7. Tú pareja conversa contigo acerca de las consecuencias que trae la conducta sexual irresponsable.					
8. Conversas con tu pareja sobre el desarrollo personal de ambos.					
9. Acuerdan situaciones para ejercer su sexualidad sin riesgos.					
SEXUALIDAD Y AMOR					
1. Crees que en una relación sexual debe haber amor de por medio.					
2. Las relaciones coitales se dan casualmente.					
3. La pérdida de la virginidad de la mujer antes del matrimonio no deber ser mal vista por la sociedad.					
4. La relación sentimental que inicia una pareja debe ser relativamente estable.					
5. La relación con tu pareja es estable.					
6. El amor que sientes por tu pareja es correspondido de la misma manera que tú lo haces.					
7. Ser mutuamente fieles es actuar con responsabilidad y respeto mutuo.					
8. Las fantasías sexuales son muy normales entre personas jóvenes.					
9. Crees que Las/los jóvenes que se masturban llevan a cabo una conducta normalmente saludable.					
SEXUALIDAD COMO ALGO POSITIVO					
1. Sientes y crees que tener relaciones sexuales es una decisión individual y voluntaria de la persona.					
2. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista deseo sexual.					
3. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista amor.					
4. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista respeto.					
5. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista comunicación.					
6. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista responsabilidad y cuidado.					
7. Cuando decidimos tener relaciones sexuales debemos aceptar a nuestros sentimientos sin culpa ni vergüenza.					
8. La sexualidad es compartida por esa razón debe ser cuidada por ambos protegiéndose y utilizando anticonceptivos.					
9. Antes de tener relaciones sexuales debemos pensar, si nos sentimos bien al hacerlo.					
10. Las mujeres vemos a la sexualidad como algo malo porque nuestros padres nos transmitieron ese concepto.					
11. Las mujeres que sienten temor a la sexualidad es por la mala información que recibió en su infancia, ya sea de sus padres, adultos, y por experiencias negativas que fueron víctimas.					

Anexo 2: Validez y Confiabilidad del Instrumento

Anexo 2.1 Reporte de validación y del cuestionario de conocimientos sexuales

Año	2007
Autora	Mg. Nelly Solís Villanueva
Procedencia	Chimbote-Perú
Administración	Adolescentes de 14 a 19 años
Significancia	Evalúa el conjunto de ideas, conceptos, y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del adolescente, referida a su sexualidad.
Duración	No tiene límite, como promedio 20 minutos
Confiabilidad	La confiabilidad con el Método de Alfa Cronbachs es de 0.65 (Moderada confiabilidad).
Validez	La Escala ha sido sometida a criterio de Jueces expertos para calificar su validez de contenido teniendo resultados favorables.

Anexo 2.2. Reporte de validación del test de actitudes sexuales.

Año	2007
Autora	Mg. Nelly Solís Villanueva
Procedencia	Chimbote-Perú
Administración	Adolescentes de 14 a 19 años
Significancia	Evalúa la forma de respuesta, a alguien o algo, aprendida y relativamente permanente.
Duración	No tiene límite, como promedio 20 minutos
Confiabilidad	La confiabilidad con el Método de Alfa Cronbachs es de 0.88 (Alta confiabilidad).
Validez	La Escala ha sido sometida a criterio de Jueces expertos para calificar su validez de contenido teniendo resultados favorables.

Anexo 2.3. Reporte de confiabilidad de la prueba de conocimientos y actitudes sexuales.

CONOCIMIENTO

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,765	35

ACTITUDES

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,964	50

Estadísticos de los elementos

Media	Desviación típica		N
a1	2,97	,957	1650
a2	2,92	,967	1650
a3	3,06	1,002	1650
a4	2,98	,992	1650
a5	3,03	1,050	1650
a6	3,00	1,104	1650
a7	3,13	1,075	1650
a8	3,17	1,098	1650
a9	3,14	1,069	1650
a10	3,37	1,132	1650
a11	3,24	1,066	1650
a12	2,73	1,057	1650
a13	3,24	1,152	1650
a14	2,97	1,084	1650
a15	3,29	1,100	1650
a16	2,23	1,125	1650
a17	3,90	1,084	1650
a18	3,58	1,148	1650
a19	3,31	1,051	1650
a20	3,76	1,023	1650
a21	3,58	1,067	1650
a22	3,05	1,155	1650
a23	3,15	1,179	1650
a24	3,12	1,170	1650
a25	3,30	1,117	1650
a26	3,21	1,216	1650
a27	3,29	1,167	1650
a28	3,08	1,215	1650
a29	3,22	1,197	1650
a30	3,23	1,224	1650
a31	3,60	1,306	1650
a32	2,49	1,306	1650
a33	3,32	1,404	1650
a34	3,60	1,306	1650
a35	3,76	1,104	1650
a36	3,64	1,142	1650
a37	3,74	1,082	1650
a38	3,08	1,060	1650

Baremaciones

Nivel		
Conocimiento	No conoce Conoce	11 o menos Más de
Anatomía y fisiología	No conoce Conoce	2 o menos Más de
Respuesta sexual	No conoce Conoce	0 o menos Más de
Prevención de enfermedades	No conoce Conoce	5 o menos Más de
Métodos anticonceptivos	No conoce Conoce	3 o menos Más de

Nivel		
Actitudes	Desfavorable Favorable	115 o menos Más de
Responsabilidad y prevención	Desfavorable Favorable	24 o menos Más de
Libertad para decidir	Desfavorable Favorable	16 o menos Más de
Autonomía	Desfavorable Favorable	14 o menos Más de
Respeto mutuo	Desfavorable Favorable	21 o menos Más de
Sexualidad y amor	Desfavorable Favorable	22 o menos Más de
Sexualidad algo positivo	Desfavorable Favorable	25 o menos Más de

Anexo 3: Matriz de Consistencia

Título: Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 a 19 años del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública Divino Jesús – Los Médanos – Castilla - Piura 2012.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES
<p>¿Qué conocimiento y actitudes tienen los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa “Divino Jesús” - Los Médanos – Castilla - Piura 2012?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Describir los conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Divino Jesús” – Los Médanos - Castilla - Piura 2012.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: (a) describir el conocimiento global sobre sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Divino Jesús” Piura 2012. (b) describir el conocimiento sexual en las dimensiones: anatomía y fisiología sexual reproductiva, ciclo de respuesta sexual, prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, metodología anticonceptiva como prevención del embarazo, en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Divino Jesús” Piura 2012. (c) determinar los ítems menos conocidos por cada dimensión en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Divino Jesús” Piura 2012. (d) identificar las actitudes hacia la sexualidad en forma general en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Divino Jesús” Piura 2012. (e) identificar las actitudes hacia la sexualidad en las dimensiones: responsabilidad y prevención del riesgo sexual, libertad para decidir y actuar, autonomía, respeto mutuo y reciprocidad, sexualidad y amor, sexualidad como algo positivo en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Divino Jesús” Piura 2012. (f) describir características socio demográfico y prácticas sexuales en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Divino Jesús” Piura 2012.</p>	<p>VARIABLES PRINCIPALES: 1. Conocimientos sexuales: es el conocimiento que tiene el adolescente respecto a su sexualidad 2. Actitudes sexuales: es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente.</p> <p>VARIABLES SECUNDARIAS 1. características sociodemográficas: a) Estado civil: conjunto de cualidades que distingue al individuo de la sociedad y en la familia. b) Ocupación: actividad que realiza el encuestado en los últimos treinta días. c) Religión: tipo de religión que profesa. d) Edad de inicio de la primera relación sexual: edad que se inicia sexualmente.</p> <p>VARIABLES DE CONTROL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad: tiempo vivido por el adolescente, expresada en 14 a 19 años cumplidos. ✓ Sexo: condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos, los animales y las plantas.

METODOLOGÍA			
TIPO, NIVEL Y DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS
<p>Tipo de Investigación: Descriptivo.</p> <p>Nivel de Investigación: Por el grado de cuantificación se trata de un estudio cuantitativo.</p> <p>Diseño de la investigación: Diseño no experimental, transversal</p>	<p>Población: La población la conforman 100 adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Divino Jesús” Los Médanos- Castilla-Piura 2012</p> <p>Muestra: El estudio se realizó en una muestra de 50 adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Divino Jesús” Los Médanos-Castilla-Piura 2012</p>	<p>Técnica: La encuesta.</p> <p>Instrumentos: *Cuestionario de conocimientos de la sexualidad del adolescente de 14 a 19 años. - Conoce - No conoce</p> <p>*Cuestionario de características socio demográficas. *Test de actitudes sexuales del adolescente. _ Completamente en desacuerdo _ Bastante en desacuerdo _ Opinión intermedia _ Bastante de acuerdo _ Completamente de acuerdo</p>	<p>Para el plan de análisis se hará uso de la estadística descriptiva, utilizando figuras y tablas.</p>

Anexo 4: Consentimiento informado
Información para el Consentimiento Informado

Sr. Padre de Familia:

La presente investigación científica de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Departamento Académico de Metodología de la Investigación Científica (DEMI), Escuela Profesional de Obstetricia, titulada: conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Divino Jesús” - Los Médanos -Castilla , Piura 2012; tiene como finalidad describir los conocimientos y las actitudes sexuales que tienen los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Pública “Divino Jesús” - Los Médanos-Castilla; Para lo cual se aplicará un cuestionario a su menor hijo adolescente. Dicho cuestionario será anónimo para proteger la identidad del participante informante y se desarrollará dentro de un ambiente de respeto mutuo, confidencialidad y responsabilidad, con el compromiso de no utilizar esta información para otros fines que puedan perjudicar a los sujetos de estudio.

Cordialmente

Obst. Flor de María Vásquez S.

Docente Tutor

Kerym Amaly Ibañez Agurto

Tesista

Cualquier consulta, queja o comentario, sírvase llamar a los siguientes números:

Docente Tutor:

Celular: 999699148

Oficina del Dpto. Investigación: 327933

Tesista

Celular: 969555782

Anexo 5: Ficha de Consentimiento Informado del Participante

Yo, como sujeto de investigación, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, **EXPONGO:** Que he sido debidamente **INFORMADO/A** por los responsables de realizar la presente investigación científica titulada Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Publica “Divino Jesús” - Los Médanos – Castilla – Piura, año 2012; siendo importante mi participación en una encuesta para contribuir a dicho trabajo de investigación.

Que he recibido explicaciones, tanto verbales como escritas, sobre la naturaleza y propósitos de la investigación y también he tenido ocasión de aclarar las dudas que me han surgido.

MANIFIESTO:

Que habiendo comprendido y estando satisfecho/a de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el mencionado trabajo de investigación, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que me sea realizada la encuesta. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento.

Y, para que así conste, firmo el presente documento.

Firma del Participante

Fecha