



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE
CHIMBOTE**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES EN
ADOLESCENTES DE 14 - 19 EN EL ASENTAMIENTO
HUMANO CONSUELO DE VELASCO SECTOR 1-PIURA**

AÑO 2011.

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

AUTORA

NELLY MORALES LEÓN

ASESORA

OBST. FLOR DE MARÍA VÁSQUEZ SALDARRIAGA

PIURA – PERÚ

2015

Jurado Evaluador de tesis

Mgr. ANITA ELIZABETH PRECIADO MARCHAN
PRESIDENTA

Mgr. AUREA LUCÍA PANTA BOGGIO
SECRETARIA

Mgr. SILVIA TERESA CORONADO MORALES
MIEMBRO

Agradecimiento

Le agradezco a Dios. Que me dio la vida, por estar presente en todos los momentos difíciles que se han presentado a lo largo de mi vida y camino profesional, por haberme guiado y haberme dado la fuerza suficiente para vencer mis miedos, haber guiado mis manos y bendecirme para actuar con seguridad y confianza.

A mis padres. Que confiaron en mí siempre y me brindaron su apoyo incondicional a lo largo de mi formación profesional brindándome su apoyo, por ser el motor y motivo de mi vida y apoyarme siempre en mi anhelo de superación.

A mi Asesora. Que fue una pieza importante a lo largo de mi formación académica y por su gran apoyo en esta investigación.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo general describir los conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Consuelo de Velasco sector 1 del distrito de Piura año 2011, fue de tipo descriptivo, y nivel cuantitativo. Se planteó una muestra de 150 adolescentes de 14 a 19 años, de una población de 2429 adolescentes; 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 siguientes resultados: en forma global, el (53,33%) no conoce sobre sexualidad y con respecto al estudio de la variable actitudes sexuales, resultó desfavorable el (50,67%). Dentro de las características sociodemográficas se evidenció: que un (51,33%) de los adolescentes pertenecen al sexo femenino, el (98,67%) son solteros, el (93,33%) profesan la religión católica; solo el (36,67%) son estudiantes, el (60,67%) sí tienen enamorado (a), el (74%) sí ha tenido relaciones coitales, de tal modo, que la edad predominante del inicio de su vida sexual fue de 16 años, con un (46%). Por lo tanto se concluyó que de la muestra en estudio el (53,33%) desconocen sobre sexualidad en forma global, así como también el (50,67%) presentaron actitudes desfavorables.

Palabras clave: Actitudes, adolescencia, conocimientos, sexualidad.

Abstract

The present study was aimed at describing the overall knowledge and sexual attitudes in adolescents 14 to 19 years of the Town Human Settlement Consuelo of velasco sector 1 of the district of Piura, year 2011, was descriptive and quantitative level. A sample of 150 adolescents aged 14-19 years, from a population of 2429 adolescents was raised; who were administered a questionnaire sexual knowledge, sociodemographic characteristics and sexual attitudes test; applying the technique of the survey. He obtained the following results: Overall, the (53,33%) do not know about sexuality and about the study of sexual attitudes variable, was unfavorable (50.67%) .Within the sociodemographic characteristics are evident: a (51,33) % of adolescents were males, (98,67%) are single, the (93,33%) are Catholic; only (36,67%) are students, (60.67%) do have love (a), the (74%) it has had intercourse, so that the predominant age of onset of sexual life was 16 years, one (46%). Therefore it was concluded that the study sample the (53, 33%) know about sexuality globally, as well as the (50,67%) had unfavorable attitudes.

Keywords: Attitudes, adolescence, knowledge, sexuality.

Contenido

| | |
|---|-----|
| 1. Título de la tesis (Carátula)..... | i |
| 2. Hoja de firma del jurado evaluador..... | ii |
| 3. Hoja de agradecimiento | iii |
| 4. Resumen..... | iv |
| 5. Abstract..... | v |
| 6. Contenido (Índice)..... | vi |
| 7. Índice de tablas, figuras y cuadros | vii |
| I. Introducción..... | 1 |
| II. Revisión de la Literatura | 7 |
| 2.1 Antecedentes..... | 7 |
| 2.2 Bases Teóricas | 17 |
| 2.3 Modelo Conceptual..... | 30 |
| III. Metodología | 33 |
| 3.1 Tipo y nivel de investigación..... | 33 |
| 3.2 Diseño de la investigación | 33 |
| 3.3 Universo, población y muestra | 34 |
| 3.4 Definición operacional de las variables en estudio..... | 36 |
| 3.5 Técnica e Instrumentos de medición..... | 43 |
| 3.6. Plan de análisis..... | 46 |
| 3.7. Principios Éticos..... | 49 |
| IV. Resultados | 50 |
| 4.1. Resultados | 50 |
| 4.2. Análisis de resultados..... | 70 |
| V. Conclusiones..... | 80 |
| Aspectos complementarios | 82 |
| Referencias Bibliográficas | 116 |
| Anexos..... | 126 |

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Conocimiento sexual global | 50 |
| Tabla 2: Conocimiento sexual por dimensión | 51 |
| Tabla 3: Conocimiento anatomía fisiología sexual y reproductiva por ítems..... | 52 |
| Tabla 4: Conocimiento respuesta sexual por ítems..... | 54 |
| Tabla 5: Conocimiento prevención de ITS /VIH SIDA , por ítems..... | 56 |
| Tabla 6: Conocimiento métodos anticonceptivos como prevención del embarazo por ítems..... | 58 |
| Tabla 7: Actitudes sexuales en general..... | 60 |
| Tabla 8: Actitudes sexuales según dimensiones. | 61 |
| Tabla 9: Características socio-demográficas y prácticas sexuales..... | 63 |

Índice de figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1: Gráfico de torta del conocimiento sexual global..... | 50 |
| Figura 2: Gráfico de barras de conocimiento sexual según dimensión..... | 51 |
| Figura3:Gráfico de barras del conocimiento anatomía y fisiología sexual por ítems..... | 53 |
| Figura4: Gráfico de barras del conocimiento respuesta sexual por ítems..... | 55 |
| Figura 5: Gráfico de barras del conocimiento prevención de ITS - VIH/SIDA por ítems..... | 57 |
| Figura 6: Gráfico de barras del conocimiento metodología anticonceptiva como prevención del embarazo por ítems | 59 |
| Figura 7: Gráfico de torta de las actitudes sexuales en general..... | 60 |
| Figura 8: Gráfico de barras de las actitudes sexuales según dimensiones..... | 62 |
| Figura 9.1: Gráfico de columna del porcentaje de investigados según su edad..... | 64 |
| Figura 9.2: Gráfico de torta del porcentaje de investigados según su sexo..... | 65 |
| Figura 9.3-. Gráfico de columna del porcentaje de investigados según estado civil.. | 65 |
| Figura 9.4: Gráfico de columna del porcentaje de investigados según su religión..... | 66 |

| | |
|---|----|
| Figura 9.5: Gráfico de columna del porcentaje de investigados según su ocupación. | 66 |
| Figura 9.6: Gráfico torta del porcentaje de investigados según si tiene enamorado | 67 |
| Figura 9.7: Gráfico de torta del porcentaje de investigados según si tiene relaciones coitales. | 67 |
| Figura 9.8: Gráfico de columna del porcentaje de investigados según edad de inicio de relación coital. | 68 |
| Figura 9.9: Gráfico de columna del porcentaje de investigados según su opción Sexual. | 68 |

Índice de cuadros

| | |
|---|----|
| Cuadro 1: Teorías de la adolescencia..... | 18 |
| Cuadro 2: Vivencia de una sexualidad responsable..... | 31 |
| Cuadro 3: Matriz de Operacionalización de la variable conocimientos sexuales..... | 39 |
| Cuadro 4: Matriz de Operacionalización de la variable actitudes sexuales..... | 40 |
| Cuadro 5: Matriz de Operacionalización de la variable características sociodemográfico..... | 41 |
| Cuadro 6: Matriz de Operacionalización de las variables características de control..... | 42 |

I. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 11 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico, cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad.

Se le define también como continuo crecimiento de la existencia de los jóvenes, en donde se realiza la transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto. Esta transición de cuerpo y mente, proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios psicológicos que se producen en el individuo lo hagan llegar a la edad adulta. La adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social, por lo tanto sus límites no se asocian solamente a características físicas, se asocian también a su sexualidad (2).

La sexualidad se encuentra presente durante toda la existencia humana, pero en la adolescencia se vive y manifiesta de manera un poco diferente a como se expresa en otras etapas de la vida. En este período surgen sensaciones e impulsos de tipo sexual que se encuentran relacionados con los cambios biológicos que enfrentan todas y todos las adolescentes. Los cambios hormonales provocan que se tengan deseos y fantasías eróticas, que se quiera sentir placer físico a través del propio cuerpo y del cuerpo de otros, especialmente de quien te gusta. Estas sensaciones generalmente toman por sorpresa, por eso la angustia, el temor, la incertidumbre y la confusión revolotean en su cabeza, más aún si no se tiene la información necesaria para comprender mejor lo que te está pasando, o si no se cuenta con personas confiables que te orienten y te escuchen. Así pues los adolescentes que no reciben

una adecuada orientación y educación sexual, se verán inmersos en la toma de actitudes negativas relacionadas a su sexualidad como lo son: inicio precoz de relaciones coitales, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, deserción escolar entre otros problemas de salud y sociales (3).

Esta problemática sobre la salud sexual y reproductiva se ve reflejada en las siguientes estadísticas mundiales existen más de mil millones de adolescentes, más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años, existen 111 millones de casos nuevos de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) curables en menores de 25 años, (4).

En nuestro país los adolescentes representan el 10,32% de toda la población mundial, del total de la población peruana representan el 21%. El Perú no es ajeno a esta problemática ya que según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) (5), la primera relación sexual de las mujeres es a los 19 años, de otro lado existen estudios que señalan que el inicio de la vida sexual es a los 13 a 14 años en varones y a los 15 años en mujeres, el 98% conoce los Métodos Anticonceptivos (MAC), solo el 9% los usa, el 10,3% de los adolescentes está unido o casado, del total de embarazos el 23% corresponde a los embarazos en adolescente. De los 17,054 casos reportados del Virus Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), 826 corresponden a niños y adolescentes. En el Perú, el 75% de nuevos casos de SIDA se da entre jóvenes.

Más de 5 millones de personas tienen necesidades específicas en materia de educación y salud, incluida la salud sexual y salud reproductiva. Además según las estadísticas el 13% de adolescentes entre 15 y 19 años, el 11% de ellos ya son madres y el 2% están gestando por primera vez.

Piura, es una de las provincias que presentan los mayores porcentajes de madres adolescentes con un 32,8% de todo el Perú, hay 9, 728 adolescentes embarazadas de entre 15 y 19 años. Aunque en menor cantidad, en la región también hay embarazos de niñas de entre 12 y 14 años (4). Según reportes de la Dirección Regional de Salud (5), Piura ocuparía el cuarto lugar entre los departamentos del país con mayor número de casos de VIH-SIDA acumulados desde los años 1983 hasta 2007 con un total de 1,438 casos. En la consolidación de la información regional se ha evidenciado que existen dificultades en el registro de los casos de SIDA, así como notables diferencias en los reportes respecto al nivel central (6).

El Asentamiento Humano Consuelo de Velasco Sector 1 cuenta con una población en general de 12,420 habitantes, de los cuales 2,429 son adolescentes quienes no son ajenos a esta realidad en donde los medios de comunicación actuales han despertado el interés precoz por vivir su sexualidad creando una problemática en estos por la falta de conocimientos e información acerca de su salud sexual y reproductiva lo que genera muchas veces consecuencias desfavorables. Esta población que convive con la delincuencia, alcoholismo y drogadicción, además de la falta de conocimientos en temas de sexualidad, que se demuestra en sus altos porcentajes de embarazos adolescentes, cese escolar y violencia familiar (7).

De lo mencionado anteriormente se plantea la siguiente pregunta: *¿Qué conocimientos y actitudes sexuales tienen los adolescentes de 14-19 años del Asentamiento Humano Consuelo de Velasco Sector 1 del distrito de Piura, año 2011?*

Para dar respuesta al problema, se ha planteado el siguiente objetivo general: describir los conocimientos sexuales en los adolescentes del Asentamiento Humano de Consuelo de Velasco Sector 1 del distrito de Piura, año 2011.

Para poder conseguir el objetivo general, se han planteado los siguientes objetivos específicos:(a) describir el conocimiento global sobre sexualidad de los adolescentes del ámbito de estudio, (b) describir el conocimiento sexual en las dimensiones: anatomía y fisiología sexual y reproductiva, ciclo de respuesta sexual, prevención de ITS y VIH/SIDA, metodología anticonceptiva como prevención del embarazo en los adolescentes del ámbito de estudio,(c) determinar los ítems menos conocidos por cada dimensión en los adolescentes del ámbito de estudio, (d) identificar las actitudes hacia la sexualidad en forma general en los adolescentes del ámbito de estudio, (e) identificar las actitudes hacia la sexualidad en las dimensiones: responsabilidad y prevención de riesgo sexual, libertad para decidir y actuar, autonomía, respeto mutuo y reciprocidad, sexualidad y amor, sexualidad como algo positivo en los adolescentes del ámbito de estudio, (f) describir las características sociodemográficas y sexuales de los adolescentes del ámbito de estudio.

Finalmente la presente investigación se justifica ya que el desconocimiento y la vivencia de una sexualidad irresponsable puede conllevar a relaciones sexuales de inicios en edades más tempranas, lo que significa relaciones sexuales por más tiempo y con múltiples parejas con un desconocimiento sobre sexualidad, que indudablemente origina embarazos no deseados, abortos provocados, ITS entre otros (8).

En consecuencia las ITS, el embarazo en los adolescentes, el aborto provocado, etc. tienen repercusiones sociales y personales convirtiéndose en un problema de salud pública, tanto a nivel nacional como local. Este panorama, ha hecho evidente la necesidad de determinar cuáles son los conocimientos y actitudes de los adolescentes sobre sexualidad (9).

Debido a que la salud de los adolescentes es un elemento básico para el avance social, económico y político de un país, este estudio cobra importancia ya que a través de los resultados obtenidos, se podrán identificar y describir los conocimientos y actitudes sexuales, también permitirá esclarecer los puntos más vulnerables del adolescente, relacionadas con su escasa o nula comunicación con sus padres o con las hermanas mayores, sobre todo, en lo que concierne al sexo y contacto con nuevas experiencias (10,11).

Con ello se podrán iniciar estrategias de intervención multidisciplinaria, con el único fin de contribuir a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, así como también implementar programas de salud efectivos, que permitan fortalecer un enfoque integral orientado hacia el contexto socio económico, político, jurídico y cultural, al ambiente grupal, familiar y al propio desarrollo individual del adolescente (12).

En la investigación se utilizó un diseño no experimental de corte transversal y de tipo descriptivo, nivel cuantitativo el muestreo fue no probabilístico por cuotas, se ejecutó en una muestra de 150 adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH Consuelo de Velasco Sector 1 del distrito de Piura, a quienes se les aplicó un cuestionario para conocimiento y una escala tipo Likert para medir las actitudes, previamente validados.

Los resultados obtenidos demostraron que el 53,33% de los adolescentes desconocen aspectos básicos de sexualidad, y las dimensiones menos conocidas ciclo de respuesta sexual con un 89,33% y con un 72,67 % anatomía y fisiología sexual y reproductiva. Por otro lado el 50,67% tiene actitudes desfavorables frente a su sexualidad y según dimensiones el 62% muestran actitudes desfavorables con respecto a la dimensión libertad para decidir y un 58% de respeto mutuo.

Entre las principales características sociodemográficas y sexuales tenemos: como edad predominante los 18 años de edad con un 28%, el sexo que sobresalió fue el femenino con un 51,33%, asimismo el 98,67% de los adolescentes son solteros, el 60,67% son estudiantes, la religión que más profesan fue la católica con un 93,33%. Se determinó que el 74% de la muestra en estudio tiene enamorado, de los cuales el 66,67% ya ha iniciado su relación coital, encontrándose como edad de inicio predominante los 16 años edad, con un 46% y un 100% de todos los adolescentes encuestados son heterosexuales.

II. Revisión de la literatura

2.1. Antecedentes

Pérez et al. realizaron un estudio descriptivo: *Conocimiento de información sexual de un grupo de adolescentes de una escuela de nivel medio superior, en la ciudad de la Habana, año 2012*, contó con una población de 500 adolescentes de uno y otro sexos en edades comprendidas entre 14 y 18 años que cursaron el décimo, once y doce grados. La muestra estuvo integrada por 250 adolescentes. Obtuvo los siguientes resultados: predominó el sexo masculino, estado civil soltero, y el décimo grado como nivel escolar. Todos los adolescentes habían recibido información sexual, cuya fuente fundamental fue la escuela, existía deficiente comunicación padres-hijos por la falta de confianza entre ellos. El nivel cognoscitivo sobre las ITS y su prevención es bueno, aunque uno de cada 9 adolescentes ha padecido una de dichas enfermedades. Predominó la precocidad en la edad de realización del primer coito (13).

Castillo (14), en su estudio: *Conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar en las adolescentes puérperas en el Hospital Alemán Nicaragüense, año 2007*, demostró que el 67% de las adolescentes eran procedentes del área urbana y el 33% del área rural. Además obtuvo que un 66,8% de las pacientes eran solteras y el 17,2% casadas, se observó que el 42% eran estudiantes, 22,4% ama de casa, el 22,8% obreras. Encontró como resultado que el 70,4% de las adolescentes conocían más de cuatro métodos de planificación familiar lo cual corresponde a un conocimiento bueno, hubo un porcentaje alto de conocimiento de los métodos de planificación familiar en estas pacientes adolescentes, un 33,3% desconocía

el uso correcto de ellos y el 52% nunca recibió información del uso de anticonceptivos de emergencia.

Determinó en los adolescentes el inicio de vida sexual activa temprana lo cual equivale a embarazos tempranos. El 76% de ellas tuvo su primer embarazo a los 16 años de estas, el 49,1% que inició tempranamente su vida sexual habían tenido más de una pareja.

Libreros et al. en su investigación: *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes de dos unidades educativas de Valencia, año 2007*, lograron determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes de la Unidad Educativa Monseñor Gregorio Adam, Municipio Naguanagua, Estado Carabobo, Venezuela, encontraron que el 62,69% de los adolescentes presentaron un nivel de conocimientos sobre ITS regular, los estudiantes en menor grado académico mostraron 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 refirieron 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%).

De los 95 adolescentes con práctica sexual el 49,48% respondió haber tenido dos y más de dos parejas en el último año. Evidenció en la población adolescente estudiada falta de información sobre sexualidad, diferencias en las actitudes y la

práctica sexual según el grado académico y el sexo; siendo los hombres los que reportaron actitudes más favorables (15).

Banda et al. en su estudio: *Conducta sexual de los adolescentes de 12 a 19 años Ciudad Victoria, Tamaulipas - México, año 2008*, encontraron que el 97% conocían los métodos anticonceptivos, más no su funcionamiento. El 22% tenían vida sexual activa iniciándose entre los 14-15 años y no utilizaban método anticonceptivo. Sólo un 36% utilizaban algún método anticonceptivo de manera esporádica y los pocos casos con más tiempo de uso de anticonceptivos estaban relacionados con la edad de la población estudiada; respecto a los motivos para no usar métodos anticonceptivos, la mayor parte de los encuestados respondió que la causa era porque no se planeaba la relación sexual y un 7% porque deseaba embarazarse; a pesar de que las opciones de respuesta son distintas para la primera y la última relación sexual, estos porcentajes resultaron similares, siendo la primera causa de no uso de método anticonceptivo el no planear la relación sexual.

Al analizar la última relación sexual y el número de parejas, la mitad de los casos tenían más de una pareja. La gran mayoría habían tenido actividad recientemente (76%) que es entre una semana y un mes en que se tuvo la última relación sexual, quienes tienen más de 4 parejas, presentaron actividad sexual más recientemente, de estos, los hombres, tenían en mayor porcentaje, más parejas. No hay diferencias en cuanto al momento de la última relación sexual entre hombres y mujeres, tampoco se identificó una asociación entre la edad y el número de parejas, ni entre la edad y la última vez en que se tuvo relación sexual (16).

Pérez (17), en su estudio: *Conocimiento, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en adolescentes de Enseñanza Politécnica. Municipio Jaguajay-Cuba, año 2009*, encontró que el total de los estudiantes opinaron tener conocimientos sobre el VIH, más del 80% identificó adecuadamente las ITS y las vías de transmisión más frecuente, los medios de comunicación masiva constituyeron la vía por las que le llega mayor información (85,9%), el 74,4% consideró oportuna realizar la prueba de VIH SIDA, aunque en tiempos diferentes. El componente conductual en relación al VIH/SIDA de los estudiantes se caracterizó por un comienzo de su vida sexual activa entre los 14 y 16 años (53,1%), cambio frecuente de parejas (42,1%), usar el condón siempre el 39%, similares cifras opinó que antes de la penetración, siendo la mujer en el 49,8% la que más lo propone y la no utilización en el 62,5% por pareja estable, existiendo baja percepción de riesgo en el 69,5% y más de la tercera parte de los encuestado confesó no haber cambiado en nada sus prácticas sexuales ante la existencia del virus.

Concluyó que los problemas relacionados con los conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA evidenciados en el proceso de descripción, emergen situaciones problemáticas que hacen a esta población altamente vulnerable a adquirir la enfermedad sobre los cuales puede intervenir.

Fuentes (18), en su estudio: *Conocimiento sobre anatomía y fisiología sexual, Lima año 2009*, reportó que el 38,18% de los adolescentes, tuvieron un nivel de conocimiento regular sobre diferencia de órganos sexuales del varón, sin embargo sobre diferencia de órganos sexuales de la mujer el 35,45% fue deficiente. Respecto al nivel de conocimiento sobre cambios anatómicos y

fisiológicos del varón en el 41,36% de los adolescentes fue deficiente y sobre los cambios anatómicos y fisiológicos de la mujer en el 39,09% de adolescentes es regular. En cuanto al nivel sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes se obtuvo que el 4,10% de los Centros de Educación Nocturna Independencia, Comercial (45%) y Villa del Lago tuvieron un nivel de conocimiento regular, un 55,10% en las mujeres el conocimiento fue deficiente y solo el 2,73% de los adolescentes tanto varones como mujeres tuvieron un conocimiento bueno.

Rodríguez (19), en su investigación: *Conocimientos sobre la sexualidad en adolescentes en centros educativos de Lima, año 2006*, determinó en 533 adolescentes, que el 60,2% presentaron conocimientos medio, el 20,7% conocimientos bajos y 19,1% conocimientos altos. Para la variable conocimientos sobre sexualidad en el aspecto psicológico el 49% presentaron conocimientos altos, 38,6 % medio y 12,4% bajo. Los aspectos relacionados a conocimiento medio y bajo estuvo dado por la necesidad de ser independiente.

Salazar et al. en su estudio: *Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito del Agustino-Lima año 2007*, encontraron, que en diez Instituciones Educativas Nacionales del distrito de El Agustino, indagando acerca de conocimientos de planificación familiar, métodos anticonceptivos y usos, ITS, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar con los padres acerca de sexualidad. Determinaron conocimientos sobre sexualidad calificados como malo en un 50% (n=632) y muy malo 15,5% (n=172). El inicio de la vida sexual activa fue 17,9% (n=199), con una edad promedio de 14,5 años, de los cuales el 83% (n=165) han tenido relaciones sexuales de riesgo (sin protección de preservativo).

La comunicación familiar global entre progenitores y adolescentes fue 19,4% (n=215) mala y 76% (n=843) muy mala.

La comunicación familiar global entre progenitores y adolescentes con los conocimientos sobre sexualidad, demostró que adolescentes con regular y mala comunicación familiar (95,4%; n=1058), tienen conocimiento malo y muy malo (70,1%; n=778); la comunicación familiar global entre progenitores y adolescentes con relaciones sexuales de riesgo, evidenció que adolescentes con regular y mala comunicación familiar (95,9%; n=1064), tienen mayor frecuencia de inicio de relaciones sexuales (16,5%; n=182), además más frecuencia de relaciones sexuales sin protección (13,9%; n=154). El grado de conocimientos sobre sexualidad versus relaciones sexuales de riesgo reveló que adolescentes con grado de conocimiento malo y muy malo (72,5%; n=804), tienen mayor frecuencia en el inicio de relaciones sexuales (9,1%; n=100) y sin protección (7,8%; n=86). Obtuvo los siguientes resultados: el conocimiento sobre sexualidad de los adolescentes de Instituciones Educativas Nacionales del Distrito de El Agustino fue deficiente al igual que la comunicación familiar acerca de sexualidad entre adolescentes y progenitores (20).

Fernández (21), en su estudio: *Conocimientos sobre sexualidad y comportamiento sexual en adolescentes de instituciones educativas estatales de Tumbes, año 2009*, determinó que del total de adolescentes, el 66% tienen conocimientos adecuados sobre sexualidad. El grupo mayoritario con conocimientos adecuados correspondió a los del sexo masculino en un 67%; mientras que para el sexo femenino fue de 65%. El aspecto más conocido sobre sexualidad fue el referido a los métodos anticonceptivos en una proporción de

44% para el sexo masculino y en un 36% para el sexo femenino, siendo el rubro menos conocido el que respecta a las infecciones de transmisión sexual.

Con respecto al comportamiento sexual el 66% y el 16% de los adolescentes del sexo masculino y femenino respectivamente, tenían vida sexual activa, la edad de inicio de la actividad coital para los varones fue entre los 13 a 15 años (52%) y para las mujeres entre 16 a 18 años (46%). Los adolescentes con vida sexual activa señalaron como primera pareja sexual a la amiga (34%), en tanto que las adolescentes refirieron al enamorado (79%). No obstante un porcentaje considerable de varones manifestó haberse iniciado sexualmente con una prostituta (25%) y las prácticas homosexuales se dan sólo en los adolescentes del sexo masculino, y un gran porcentaje de varones (81%) se protegen de las ITS en comparación con las adolescentes.

Asimismo la forma más frecuente de protección la constituye el uso del preservativo (62%). El 44% de adolescentes varones tienen comportamiento sexual de alto riesgo contrario al de las adolescentes mujeres, que en la mayoría predomina el comportamiento sexual sin riesgo 84%.

Jerónimo et al. realizaron un estudio sobre: *Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria Lima, año 2009*, encontraron que el 67,9% de los estudiantes manifestaron que sus padres eran casados, 14,9% manifestó que estaban separados, 14,1% señaló que eran convivientes, mientras que 3,1% indicó que su estado marital era otro. El grado de instrucción de la madre fue: 53,6% superior, 38,4% secundaria y 8,0% primaria. El grado de instrucción en el padre fue: 61,6% superior, 34,8%

secundaria y 3,7% primaria. Características del conocimiento, actitud y práctica sobre métodos anticonceptivos el 90,0% percibe que conoce los métodos anticonceptivos, 93,5% está predispuesto a usarlos en una relación sexual, siendo el condón el método que más se usaría (62,4%), seguido de las pastillas con 16,4%. También manifestó que usaría la abstinencia (11,1%), otros 3,6% y ninguno 6,5% (22).

Navarro (23), realizó una investigación: *Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes del Asentamiento Humano Pilar Nores de García del distrito de Chulucanas-Piura en el año 2009*. Los resultados que obtuvo reflejaron que los adolescentes de dicho Asentamiento Humano tuvieron un nivel de conocimientos bajo (98%) sobre sexualidad. En cuanto a los conocimientos de sexualidad en sus dimensiones reportaron nivel de conocimientos bajos con relación a la anatomía y fisiología sexual y reproductiva y ciclo de respuesta sexual (96%), prevención de ITS y VIH (88%), metodología anticonceptiva (96%) actitud sexual obtuvo que el (60%) de sus actitudes fueron desfavorables. Al igual que en las dimensiones para decidir y actuar (42%), autonomía (80%), respeto mutuo y reciprocidad (76%), sexualidad y amor (58%), sexualidad como algo positivo (56%); con relación a las características socio demográficas el (88%) de los adolescentes tiene enamorado y el (26%) ya han iniciado su actividad sexual a los 15 años.

López (24), realizó una investigación: *Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de 15 a 19 años del Asentamiento Humano 9 de octubre del distrito de Sullana – Piura durante el periodo 2009*. Los resultados que obtuvo reflejaron que los adolescentes del “9 de octubre” tuvieron un nivel de

conocimientos bajo (92%) sobre sexualidad. En cuanto a los conocimientos de sexualidad en sus cuatro dimensiones: metodología anticonceptiva como prevención del embarazo (98%), seguida de anatomía y fisiología sexual y reproductiva (88%), ciclo de respuesta sexual (82%), y finalmente prevención de ITS VIH/ SIDA con el 72%. Así mismo en relación a las actitudes se reportó que el 98% son desfavorables y según el registro por dimensión se reportó con actitudes desfavorables la dimensión: sexualidad y amor (98%), seguida de autonomía y sexualidad como algo positivo con el 94% respectivamente, respeto mutuo y reciprocidad 92%, con el 90% la dimensión responsabilidad y prevención del riesgo sexual y finalmente libertad para decidir y actuar con 78%.

En cuanto a las características socio demográficas obtuvo que el 64% de los adolescentes en estudio tuvieron enamorado, de los cuales el 32% fueron de sexo masculino y femenino. Se demostró que del total de individuos estudiados, las edades que más predominaron fueron 17 y 19 años con el 24% respectivamente. Con relación al estado civil el mayor porcentaje de adolescentes fueron solteros equivalente a un 92%. Un grupo significativo de adolescentes 100%, manifestaron como opción sexual la heterosexualidad y finalmente en relación al inicio de actividad sexual solo el 34% ya han iniciado su actividad sexual, y en relación a la edad de inicio el 68% no respondieron, seguido del 14% que reportó como inicio de su actividad sexual 17 años.

Mogollón (25), realizó un estudio: *Conocimiento y actitudes sexuales de los adolescentes de la Comunidad Juvenil Católica Bodas de Caná de las parroquias Nuestra Señora del Rosario y Santísimo Sacramento de Piura, año 2009*, encontró que el nivel de conocimientos en general de estos adolescentes es bajo, el mismo que se evidencia en un 100%. Así también, presentaron actitudes sexuales desfavorables en un 65%. Los adolescentes mencionados demostraron categóricamente que tienen un conocimiento bajo en anatomía y fisiología sexual y reproductiva, ciclo de respuesta sexual, prevención de ITS y VIH/SIDA y metodología anticonceptiva como prevención del embarazo.

Los adolescentes en estudio manifestaron actitudes desfavorables hacia la sexualidad en lo que respecta a autonomía, sexualidad y amor, sexualidad como algo positivo, respeto mutuo y reciprocidad y la responsabilidad y prevención del riesgo sexual, así como también presentan divergencias para manifestar su libertad para decidir y actuar en simultáneo con su autonomía. En general los adolescentes entrevistados declararon ser heterosexuales. Tanto en género y edad estuvieron en número, representadas por grupos semejantes. De otro lado, la edad de inicio de relaciones sexuales en los adolescentes de ambos géneros fue entre los 15 y 16 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 (26, 27,28).

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 presenta el resumen en el cuadro 1.

CUADRO 1

Teorías de la adolescencia

| Teoría / Exponente | Perspectiva de la adolescencia | Uso de las etapas |
|--|---|--|
| 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 (preconvencional, convencional y posconvencional) |
| 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) |
| 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 razonamiento moral de Hostos | Uso de la razón mediante la inducción. | Sí (infantil, adolescencia, juvenil y adultez) |

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 estadíos 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 (29).

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 (30,31).

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 (32).

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 (32).

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, (a) pre-adolescencia o temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad, (b) adolescencia media o propiamente dicha, de 14 a 18 años, (c) 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 (33).

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 un mundo fantasmagórico donde se mueve a sus anchas. Es también la edad de los ideales. Aunque estos hechos no afecta a todos los adolescentes depende de la formación recibida (34,35).

b. Desarrollo motivacional: según Schneiders (36,37), 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.

c. Desarrollo afectivo: es difícil establecer si la adolescencia es o no un período 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 (33).

d. Desarrollo social: tanto el desarrollo cognoscitivo, como el motivacional y afectivo agilizan el proceso de socialización. El adolescente tiene en su comportamiento social algunas tendencias que conviene reseñar (37).

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 (34).

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 (33-34).

En la adolescencia comienzan las primeras atracciones heterosexuales, la chica es más corazón y el chico es más cuerpo. La chica es más exhibicionista que el chico (33,34).

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 (33).

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 tal. Sin duda que para esto influye la educación dada por los padres, la educación 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 (32,33).

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 (36).

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 (36, 37, 40, 41).

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 (40).

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 (40) 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.

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 (36).

Desde el 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 (41).

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 (41).

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. 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 (36), 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.

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 (37).

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 (36,35).

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 (36).

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) acerca del conocimiento.

La conciencia es la expresión más completa y sintética de lo real, expresa el verdadero ser del sujeto, ya que es la interiorización subjetiva de la abstracción del mundo en la personalidad de dicho sujeto. El conocimiento que va adquiriendo el adolescente sobre la sexualidad se forma a lo largo de su recorrido histórico, lo que lo lleva a definir un comportamiento ante la vida y la sociedad en la que el individuo se desenvuelve, es decir, la conciencia social se condensa en conciencias individuales por medio de referentes que provienen de los modos de apropiación de lo real (49).

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 (41).

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. O puede ocurrir que los niveles analíticos se establezcan en orden a las estructuras a analizar: lingüísticas, fisiológicas, cognitivas, sociales, económicas, políticas, etc. Sugiriente 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. Dentro del término “enfoque”, también encontramos diferentes niveles de enfoques (41), como el enfoque estructural, el enfoque conexionista, enfoque integral, enfoque procedimental, enfoque procesal, enfoque relacional, enfoque asociacionista, enfoque dinámico, entre otros (42).

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.

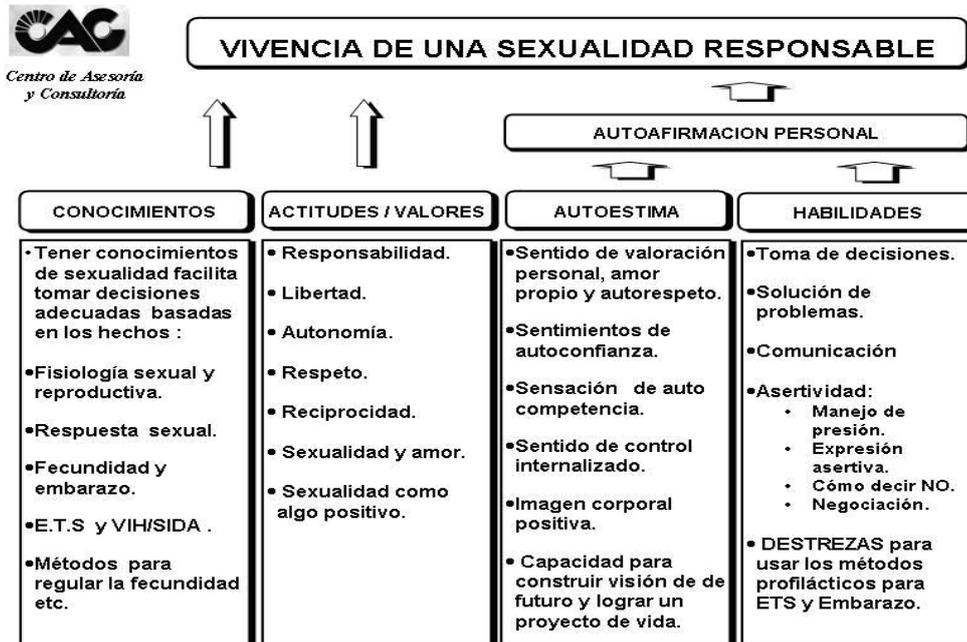
El modelo conceptual considerado para el presente estudio y vista la sexualidad en la diversidad de enfoques tiene múltiples abordajes desde las diferentes perspectivas, una de ellas es la trabajada por el Centro de Consultoría y Asesoría del Adolescente de Colombia, la misma que nos servirá de modelo para realizar el estudio en los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Consuelo de Velasco Sector I del Distrito de Piura. (Ver cuadro 2). Desde la nueva educación sexual se propone enseñar que "la sexualidad es algo maravilloso que merece 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 (44).

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, realizan té y constructiva, no se podrá esperar que las futuras generaciones tengan una salud superior a la que han tenido las generaciones anteriores (50).

La investigación apunta a describir la variable principal conocimientos sexuales del adolescente de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Consuelo de Velasco Sector 1 del distrito de Piura, en sus dimensiones:

- Conocimiento de anatomía y fisiología sexual y reproductiva: ciclo

menstrual, fecundación y embarazo.

- Conocimiento del ciclo de respuesta sexual.
- Conocimiento de las infecciones de la transmisión sexual VIH/SIDA.
- Conocimiento de los métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.

Así mismo la variable principal actitudes sexuales del adolescente de 14 – 19 años del Asentamiento Humano Consuelo de Velasco Sector 1 del distrito de Piura, en sus dimensiones:

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

III. Metodología.

3.1. Tipo y nivel de la 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.

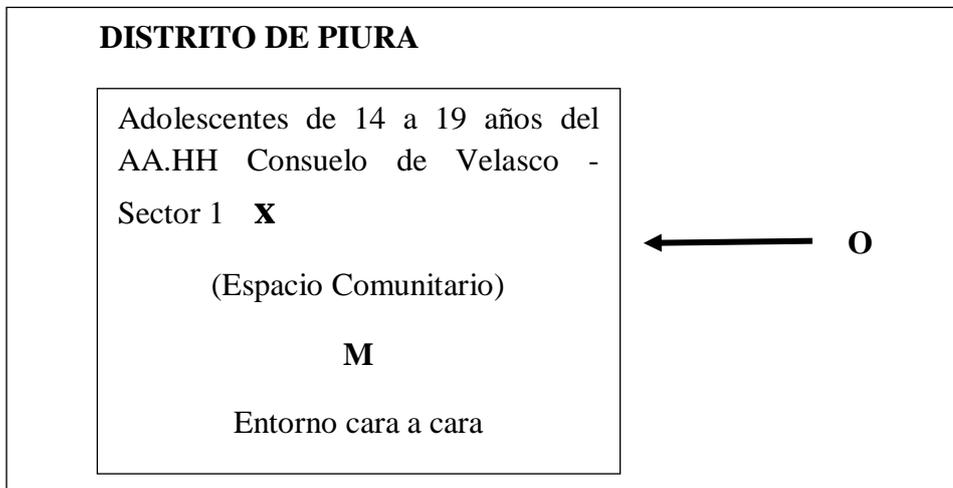
3.1.2. Nivel de investigación.

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: conocimientos y actitudes.

O: representa lo que observamos.

3.3. Universo población y muestra

3.3.1 Universo

La etapa inicial estuvo constituida por 2429 adolescentes que radican en el Asentamiento Humano Consuelo de Velasco Sector 1 del distrito de Piura, Información obtenida de los registros estadísticos del Establecimiento de Salud I-4 de Consuelo de Velasco.

3.3.2. Población.

La población estuvo constituida por 150 adolescentes de 14 a 19 años que radican en el Asentamiento Humanos Consuelo de Velasco Sector 1 del distrito Piura, que reúnen los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión:

- Adolescentes hombres y mujeres de 14 a 19 años cumplidos, que viven o residen con permanencia por lo menos un año en el AA.HH. Consuelo de Velasco Sector 1 del distrito de Piura
- 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 discapacitados
- Edad menor a 14 años y mayor de 19 años
- Adolescentes que pertenecieran a algún programa educativo especializado para adolescentes.

3.3.3. Muestra

El estudio se realizó en una muestra de 150 adolescentes del Asentamiento Humano Consuelo de Velasco Sector 1 del distrito de Piura. La muestra fue ejecutada en el periodo marzo-julio 2011, se seleccionó teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó el muestreo no probabilístico, por cuotas, porque se requirió de una cuidadosa y controlada elección de los sujetos con las características especificadas en el planteamiento del problema. Las unidades de análisis fueron cada uno de los jóvenes adolescentes de 14 a 19 años que radican en el Asentamiento Humano Consuelo de Velasco Sector 1 del distrito de Piura. Para la selección de cada unidad de análisis se realizó primero la selección de manzanas, y posteriormente se visitó cada uno de los hogares donde reside este grupo etario.

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 ITS 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.
- Lugar de residencia: sitio donde está situado el domicilio del encuestado.
- Grado de instrucción: nivel de estudios alcanzados.
- Religión: tipo de religión que profesa.
- Edad de inicio de la primera relación coital: 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: | <ul style="list-style-type: none"> • Conoce los genitales internos y externos del varón y la mujer. • Conoce el ciclo menstrual • Conoce la fecundación • Conoce el proceso de embarazo | Nominal | Si conoce |
| | | Respuesta sexual, | <ul style="list-style-type: none"> • Conoce las fases del ciclo de respuesta sexual | | Si conoce |
| | | Prevención de infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA | <ul style="list-style-type: none"> • Identifica las vías de transmisión del VIH/SIDA • Conoce los síntomas de la ITS/VIH/SIDA. • Medidas de protección y prevención | | No conoce |
| | | Metodología anticonceptiva como prevención del embarazo. | <ul style="list-style-type: none"> • 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 | Respeto 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 Sentimiento después de una relación coital. Sentimientos 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 sientes 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 las características socio demográficas, de edad y de sexo de los adolescentes | Religión | <input type="checkbox"/> Religión | Cualitativa nominal | Católico Evangélico Otras No creyente |
| | | Ocupación | <input type="checkbox"/> Ocupación | Cualitativa nominal | Estudia Trabaja Trabaja/estudia |
| | | Estado civil | <input type="checkbox"/> Estado civil | Cualitativa nominal | Soltero Casado conviviente |
| | | Tiene enamorado(a) | <input type="checkbox"/> Tiene enamorado(a) | Cualitativa nominal | Si No |
| | | Se ha iniciado sexualmente | <input type="checkbox"/> Se ha iniciado sexualmente | Cualitativa nominal | Si No |
| | | Edad de inicio de sus relaciones coitales | <input type="checkbox"/> Edad de inicio de sus relaciones sexuales | Cuantitativa de razón | Años |
| | | Opción sexual | <input type="checkbox"/> Opción sexual | Cualitativa nominal | Heterosexual Homosexual Bisexual |

CUADRO 6

Matriz de Operacionalización de las variables características de control

| VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIONES | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | DEFINICIÓN OPERACIONAL |
|-----------|---|-------------|----------------|-----------------------|------------------------|
| EDAD | Son el tiempo vivido por el adolescente, expresada en 14 a 19 años cumplidos. | Edad | a. Edad | Cuantitativa de razón | Años |
| SEXO | Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer. | Sexo | b. 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 ITS, VIH/SIDA, 9 destinados a metodología anticonceptiva como alternativa de prevención del embarazo. Un Sí 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 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 2011; 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. 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 tuvo 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 Crombach igual a 0.870, siendo confiable (Anexo 2.3).

- **Características sociodemográficas y sexuales**

Para la recogida de los datos sociodemográficos, 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 (Anexo 1.2).

3.6. Plan de análisis

Los datos obtenidos fueron codificados y luego procesados en una hoja 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 figuras.

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 los conocimientos y actitudes sexuales en cada una de sus dimensiones son los siguientes:

Conocimiento general:

Si conoce : más de 14

No conoce : 14 o menos

Conocimiento por dimensiones:

Anatomía y fisiología, sexual y reproductiva del adolescente.

Si conoce : más de 4

No conoce : 4 o menor

Ciclo de respuesta sexual.

Si conoce : más de 4

No conoce : 4 o menor

Prevención de infecciones de transmisión sexual – VIH/SIDA.

Si conoce : más de 5

No conoce : 5 o menos

Metodología anticonceptiva como alternativa de prevención del embarazo.

Si conoce : más de 3

No conoce : 3 o menos

Actitud general:

Favorable : más de 173

Desfavorable : 173 o menos

Actitud según dimensiones:

Responsabilidad y prevención del riesgo sexual.

Favorable : más de 33

Desfavorable : 33 o menos

Libertad para decidir y actuar.

Favorable : más de 20

Desfavorable : 20 o menos

Autonomía.

Favorable : más de 18

Desfavorable : 18 o menos

Respeto mutuo y reciprocidad.

Favorable : más de 30

Desfavorable : 30 o menos

Sexualidad y amor.

Favorable : más de 32

Desfavorable : 32 o menos

Sexualidad como algo positivo.

Favorable : más de 41

Desfavorable : 41 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 las mismas.

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 ellos.

IV. Resultados

4.1 Resultados

TABLA 1

Conocimiento sexual global.

| Conocimiento | n | % |
|--------------|-----|--------|
| No conoce | 80 | 53,33 |
| Conoce | 70 | 46,67 |
| Total | 150 | 100,00 |

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo Marzo a Julio 2011.

Con respecto al conocimiento sexual global, el 53,33% muestra desconocimiento sobre sexualidad, mientras que el 46,67% reportaron conocimientos adecuados sobre el tema.

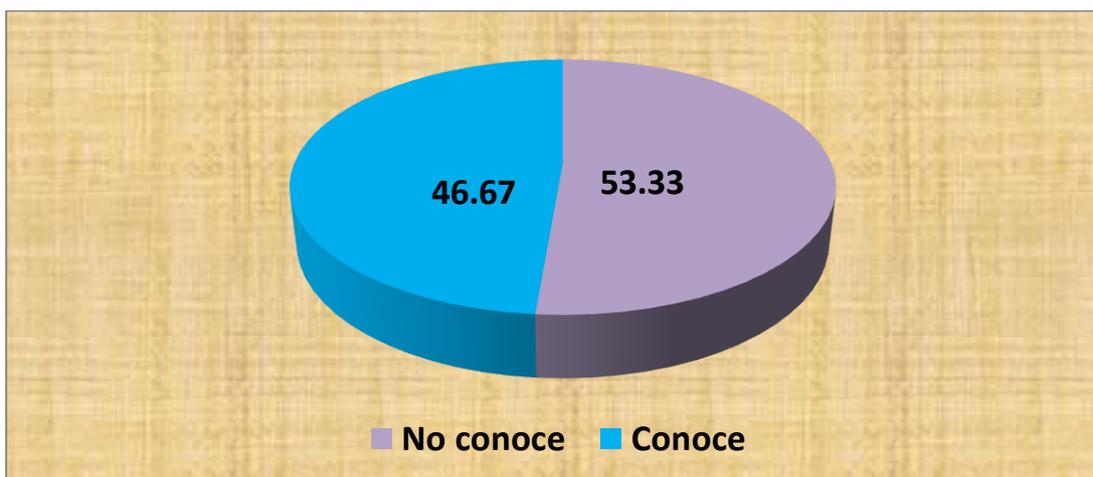


Figura 1. Gráfico de torta del conocimiento sexual global.

TABLA 2

Conocimiento sexual por dimensión.

| | No conoce | | Conoce | |
|----------------------------|-----------|-------|--------|-------|
| | n | % | n | % |
| Anatomía y fisiología | 109 | 72,67 | 41 | 27,33 |
| Respuesta sexual | 107 | 71,33 | 43 | 28,67 |
| Prevención de enfermedades | 99 | 66,00 | 51 | 34,00 |
| Métodos anticonceptivos | 113 | 75,33 | 37 | 24,67 |

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo Marzo a Julio 2011.

Con respecto al conocimiento sexual según dimensiones, se encontró desconocimiento en la totalidad de sus dimensiones, siendo las menos conocidas métodos anticonceptivos como prevención de embarazos con un 75,33%, seguido de anatomía y fisiología con un 72,67%.

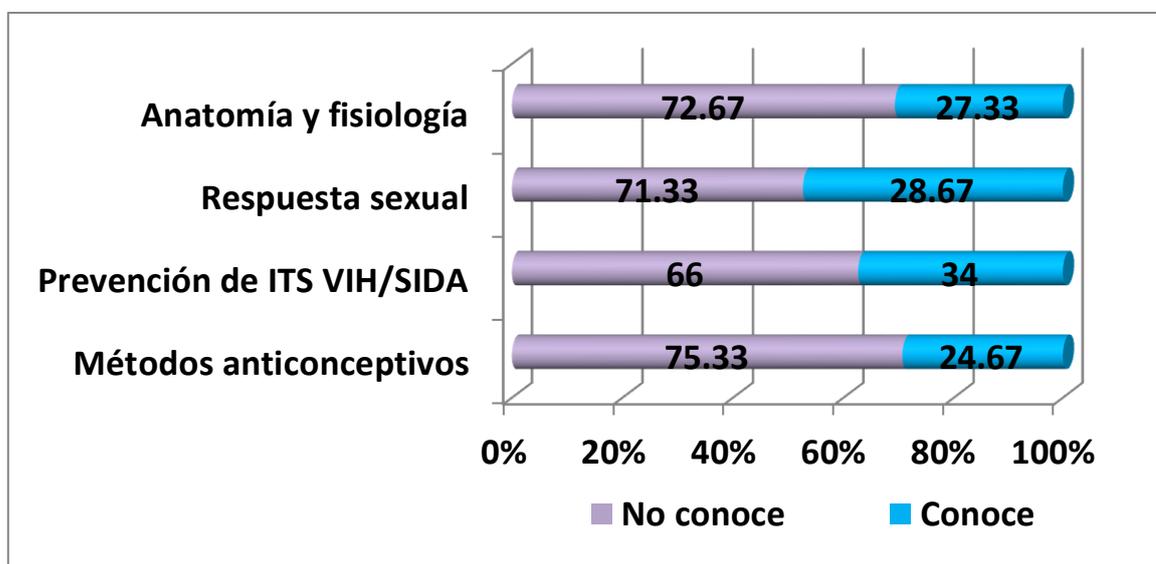


Figura 2. Gráfico de barras de conocimientos sexual según dimensión.

TABLA 3

Conocimiento anatomía y fisiología sexual por ítems.

| | No conoce | | Conoce | |
|---|-----------|-------|--------|-------|
| | n | % | n | % |
| Conoce los genitales externos de mujer. | 135 | 90,00 | 15 | 10,00 |
| La fecundación es el ingreso del espermatozoide al ovulo. | 88 | 58,67 | 62 | 41,33 |
| El embarazo comienza con la fecundación. | 77 | 51,33 | 73 | 48,67 |
| En el embarazo se dan las modificaciones anatómicas y fisiológicas. | 60 | 40,00 | 90 | 60,00 |
| Conoce los genitales externos del varón. | 58 | 38,67 | 92 | 61,33 |
| Conoce la denominación del extremo final del pene. | 78 | 52,00 | 72 | 48,00 |
| Las trompas de Falopio transportan el óvulo hacia el útero. | 124 | 82,67 | 26 | 17,33 |
| La mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual. | 128 | 85,33 | 22 | 14,67 |
| El sexo es natural y necesita ser aprendido. | 64 | 42,67 | 86 | 57,33 |

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo Marzo a Julio 2011.

Se observó en la dimensión anatomía y fisiología sexual y reproductiva, el ítem menos conocido fue genitales externos de la mujer con un 90%, asimismo un 85,33% muestra un desconocimiento con respecto a que la mujer puede quedar embarazada en la mitad del ciclo menstrual, seguido de un 82,67% que no conoce que las trompas de Falopio transportan el óvulo hacia el útero, de igual forma un 58,67% desconoce que la fecundación se da cuando el espermatozoide se une con el óvulo.

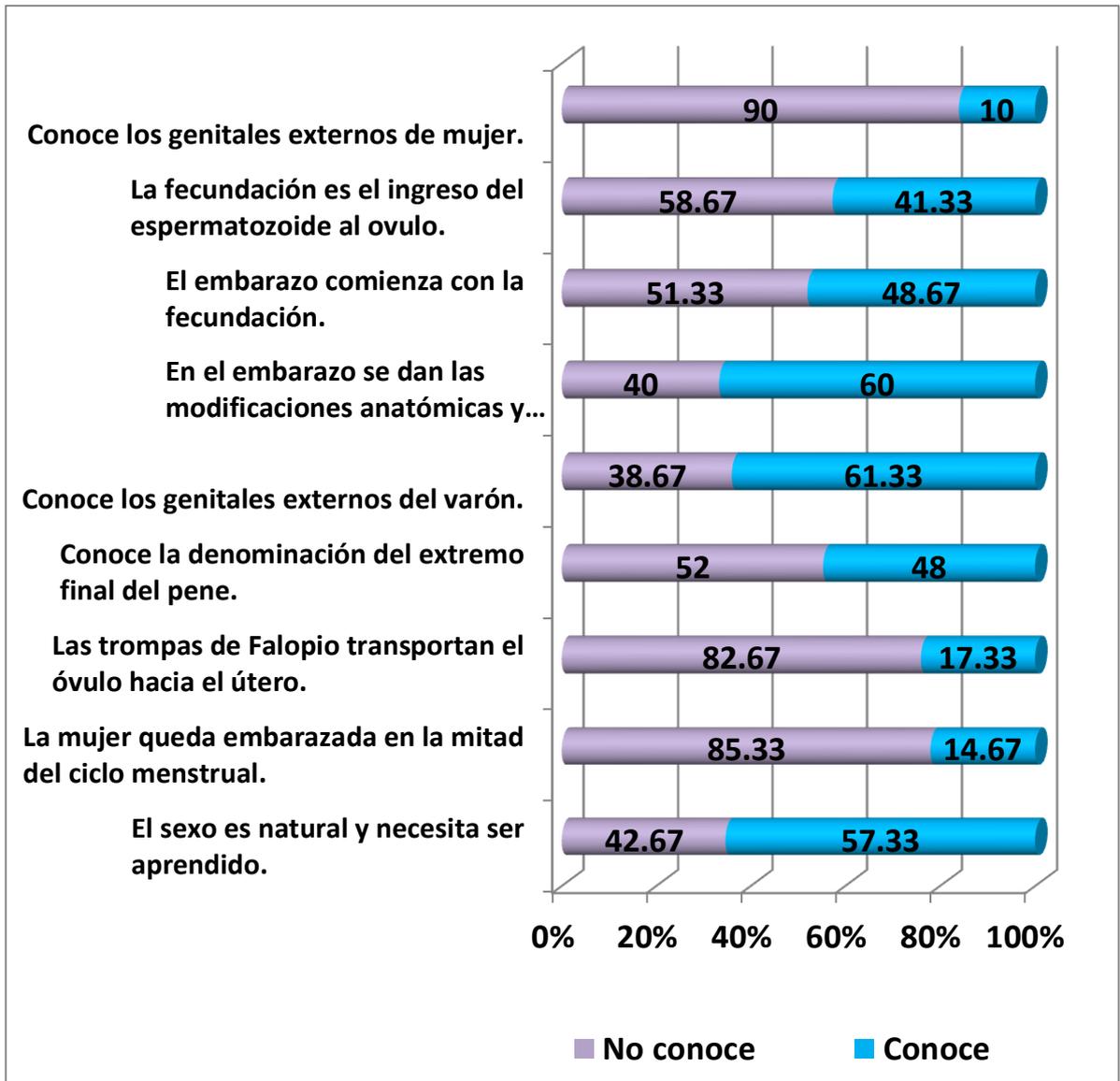


Figura 3. Gráfico de barras del conocimiento anatomía y fisiología sexual por ítems.

TABLA 4

Conocimiento respuesta sexual por ítems.

| | No conoce | | Conoce | |
|--|-----------|-------|--------|-------|
| | n | % | n | % |
| Conoce las fases de la respuesta sexual humana. | 134 | 89,33 | 16 | 10,67 |
| La VSR tiene como elemento, la autoafirmación personal. | 45 | 30,00 | 105 | 70,00 |
| La VSR implica tener conocimientos de ITS/ VIH/SIDA. | 61 | 40,67 | 89 | 59,33 |
| La VSR implica actitudes y valores. | 32 | 21,33 | 118 | 78,67 |
| Manifestaciones de Madurez sexual: menstruación, masturbación y acercamiento a jóvenes del sexo opuesto. | 121 | 80,67 | 29 | 19,33 |
| Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad. | 88 | 58,67 | 62 | 41,33 |
| Comportamiento no coital abarca besos, abrazos, caricias y masturbación. | 122 | 81,33 | 28 | 18,67 |
| La persona es quien controla su comportamiento sexual. | 18 | 12,00 | 132 | 88,00 |

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo Marzo a Julio 2011.

Con respecto a la dimensión respuesta sexual humana, se pudo determinar en la muestra de estudio, que el 89,33% presenta un desconocimiento acerca de las fases de la respuesta sexual humana, además se encontró un 80,67% que no conoce las manifestaciones de madurez sexual, asimismo 81,33% desconoce las manifestaciones del comportamiento no coital.

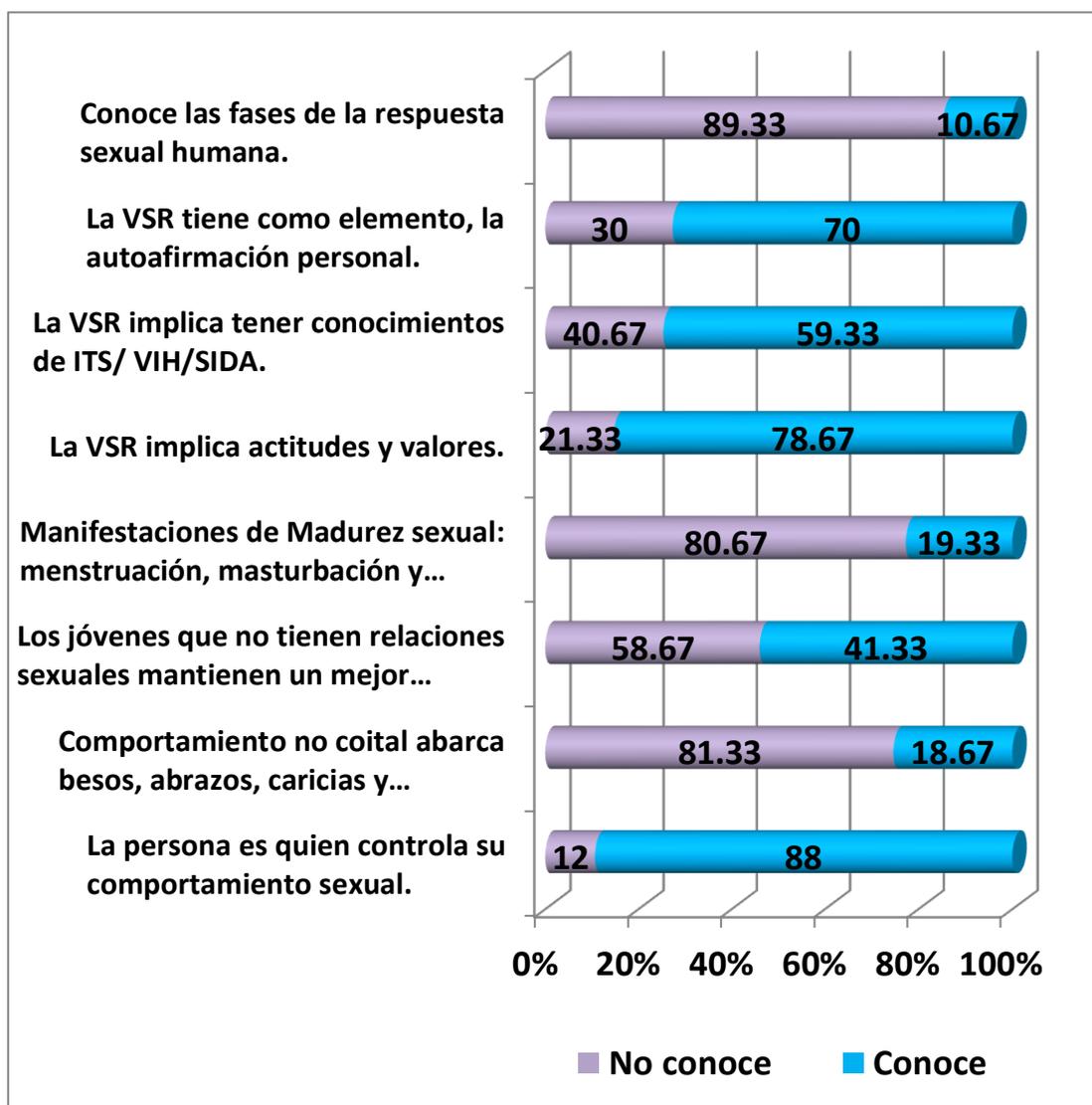


Figura 4. Gráfico de barras del conocimiento respuesta sexual por ítems.

TABLA 5

Conocimiento prevención de ITS-VIH/SIDA por ítems.

| | No conoce | | Conoce | |
|--|-----------|-------|--------|-------|
| | n | % | n | % |
| El SIDA es una enfermedad que amenaza la vida. | 21 | 14,00 | 129 | 86,00 |
| Conoce las 3 vías de contagio del VIH/SIDA. | 69 | 46,00 | 81 | 54,00 |
| Un hombre puede infectarse con VIH si tiene coito con una sola mujer. | 98 | 65,33 | 52 | 34,67 |
| El usar preservativos convenientemente en una relación previene el SIDA. | 36 | 24,00 | 114 | 76,00 |
| El SIDA se contagia por abrazos, besos y contacto con persona infectada. | 70 | 46,67 | 80 | 53,33 |
| Las ITS se transmiten a través de la relación coital. | 91 | 60,67 | 59 | 39,33 |
| Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas de ITS. | 103 | 68,67 | 47 | 31,33 |
| Conoce y nombra las enfermedades de transmisión sexual. | 124 | 82,67 | 26 | 17,33 |
| El uso del preservativo es 100% seguro en la prevención de ITS. | 52 | 34,67 | 98 | 65,33 |

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo Marzo a Julio 2011.

En la dimensión prevención de ITS-VIH SIDA, se observa que el 82,67% de adolescentes desconoce acerca de las ITS, seguido de un 68,67% que no sabe que las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas de las ITS. Por otra parte el 86,00%, conoce que el SIDA es una enfermedad que amenaza la vida.

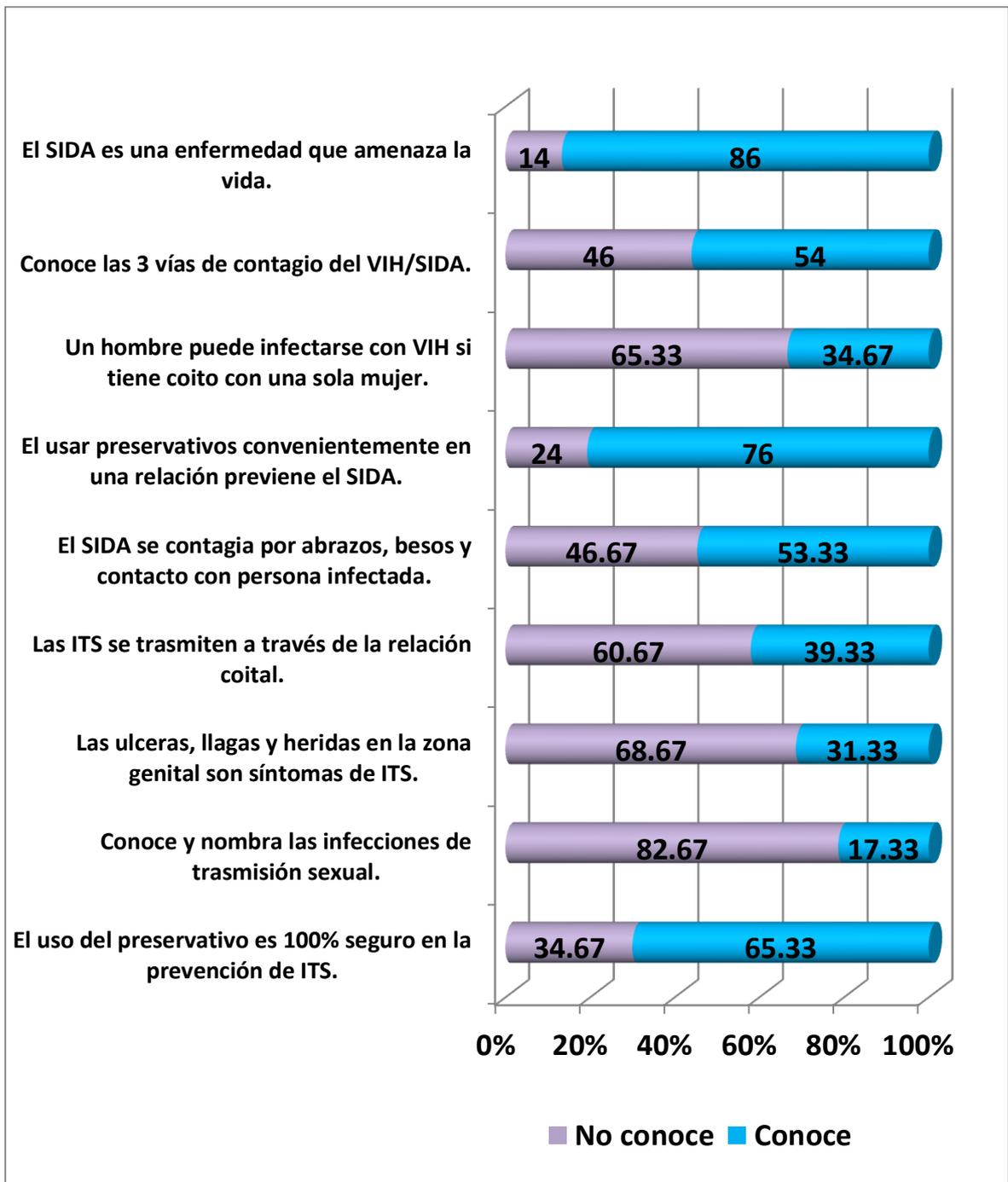


Figura 5. Gráfico de barras del conocimiento prevención de ITS-VIH/SIDA por ítems.

TABLA 6

Conocimiento métodos anticonceptivos como prevención del embarazo por ítem.

| | No conoce | | Conoce | |
|---|-----------|-------|--------|-------|
| | n | % | n | % |
| Una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual. | 58 | 38,67 | 92 | 61,33 |
| Los MAC pueden ser naturales y artificiales. | 115 | 76,67 | 35 | 23,33 |
| Sabe que píldoras, inyectables, DIU, son métodos anticonceptivos. | 57 | 38,00 | 93 | 62,00 |
| Para aplicarse la T de Cu la joven debe ir al médico u obstetriz. | 91 | 60,67 | 59 | 39,33 |
| La abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer. | 114 | 76,00 | 36 | 24,00 |
| Utilizar el preservativo es un método de Planificación Familiar. | 85 | 56,67 | 65 | 43,33 |
| Los MAC de barrera son: los preservativos, el diafragma y espermicidas. | 136 | 90,67 | 14 | 9,33 |
| Los métodos hormonales son: la píldora, inyectable, norplant. | 140 | 93,33 | 10 | 6,67 |
| Los MAC para los adolescentes son: el preservativo, diafragma, píldoras, inyectables, DIU. | 135 | 90,00 | 15 | 10,00 |

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo Marzo a Julio 2011.

Un 93,33% desconoce los métodos hormonales, seguido de un 90,67% desconoce los MAC de barrera, además se observó que el 90% desconoce acerca de los MAC para los adolescentes que abarcan al preservativo, diafragma, píldoras e inyectables.

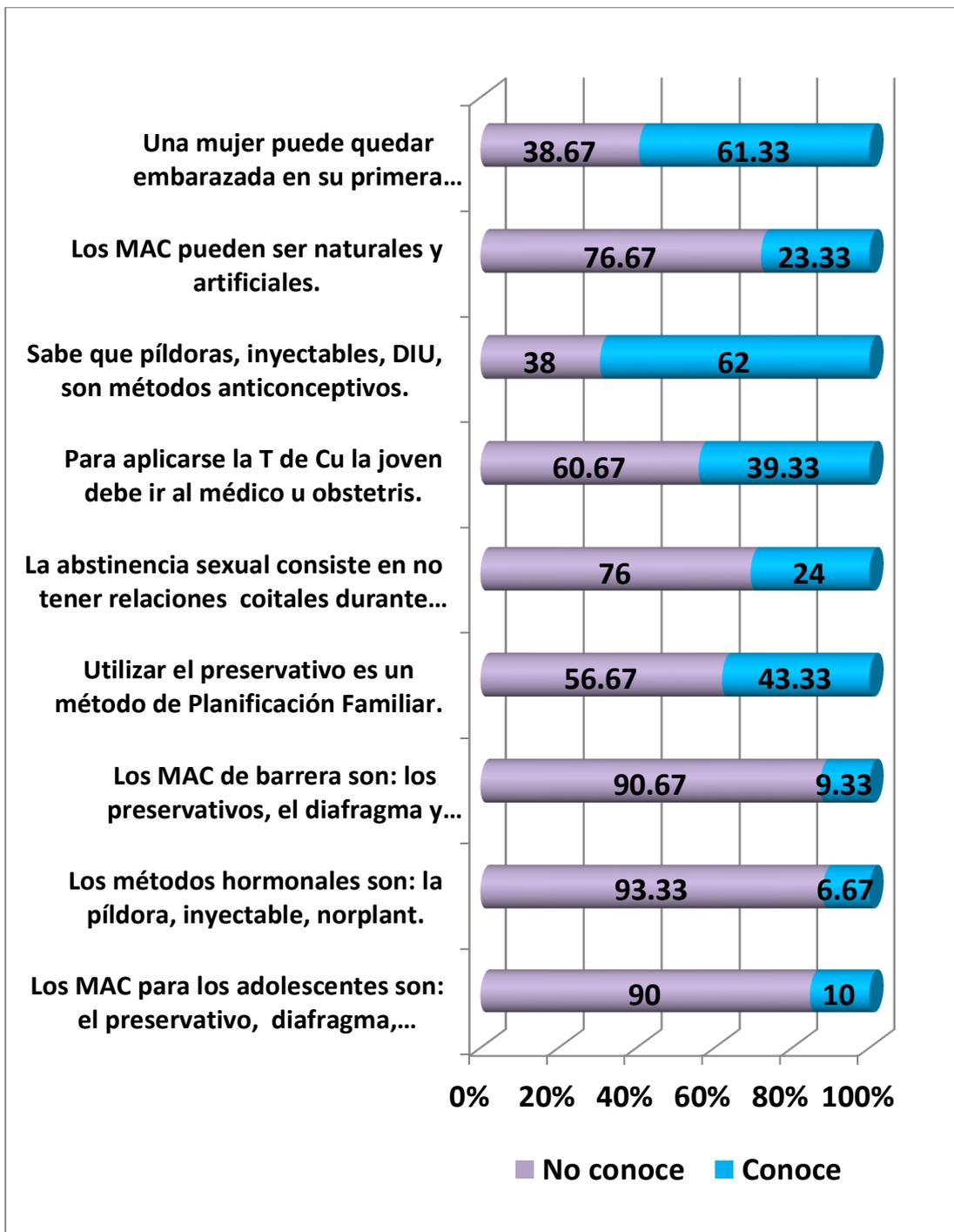


Figura 6. Gráfico de barras del conocimiento metodológica anticonceptiva como prevención del embarazo por ítems.

TABLA 7

Actitudes sexuales en general.

| Actitudes | n | % |
|--------------|-----|--------|
| Desfavorable | 76 | 50,67 |
| Favorable | 74 | 49,33 |
| Total | 150 | 100,00 |

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo Marzo a Julio 2011.

De todos los adolescentes encuestados se pudo observar, con relación a la dimensión actitudes sexuales en general, que prevalecieron las actitudes desfavorables con un 50,67%, mientras que un 49,33% tuvo actitudes sexuales favorables.

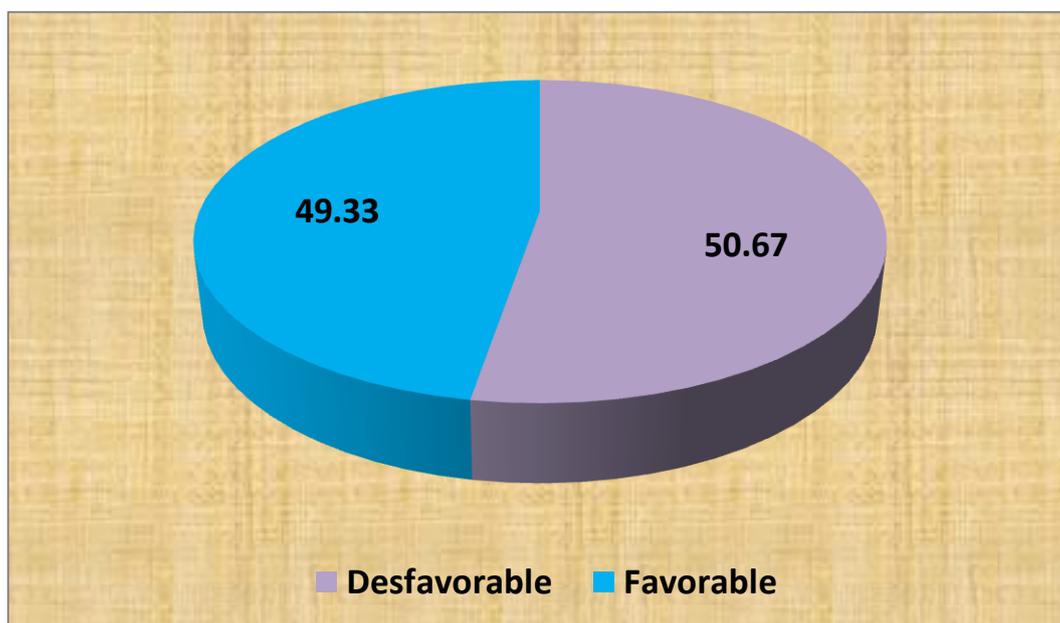


Figura 7. Gráfico de torta de las actitudes sexuales en general.

TABLA 8

Actitudes sexuales según dimensiones.

| | Desfavorable | | Favorable | |
|------------------------------|--------------|-------|-----------|-------|
| | n | % | n | % |
| Responsabilidad y prevención | 82 | 54,67 | 68 | 45,33 |
| Libertad para decidir | 93 | 62,00 | 57 | 38,00 |
| Autonomía | 76 | 50,67 | 74 | 49,33 |
| Respeto mutuo | 87 | 58,00 | 63 | 42,00 |
| Sexualidad y amor | 93 | 62,00 | 57 | 38,00 |
| Sexualidad algo positivo | 86 | 57,33 | 64 | 42,67 |

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo Marzo a Julio 2011.

Con respecto a las actitudes sexuales según dimensiones, todas mostraron ser desfavorables, siendo las de mayores porcentajes: 62% que no tienen libertad para decidir, y así mismo con un 58% en sexualidad y amor, seguido del 57.33% que no perciben la sexualidad como algo positivo.

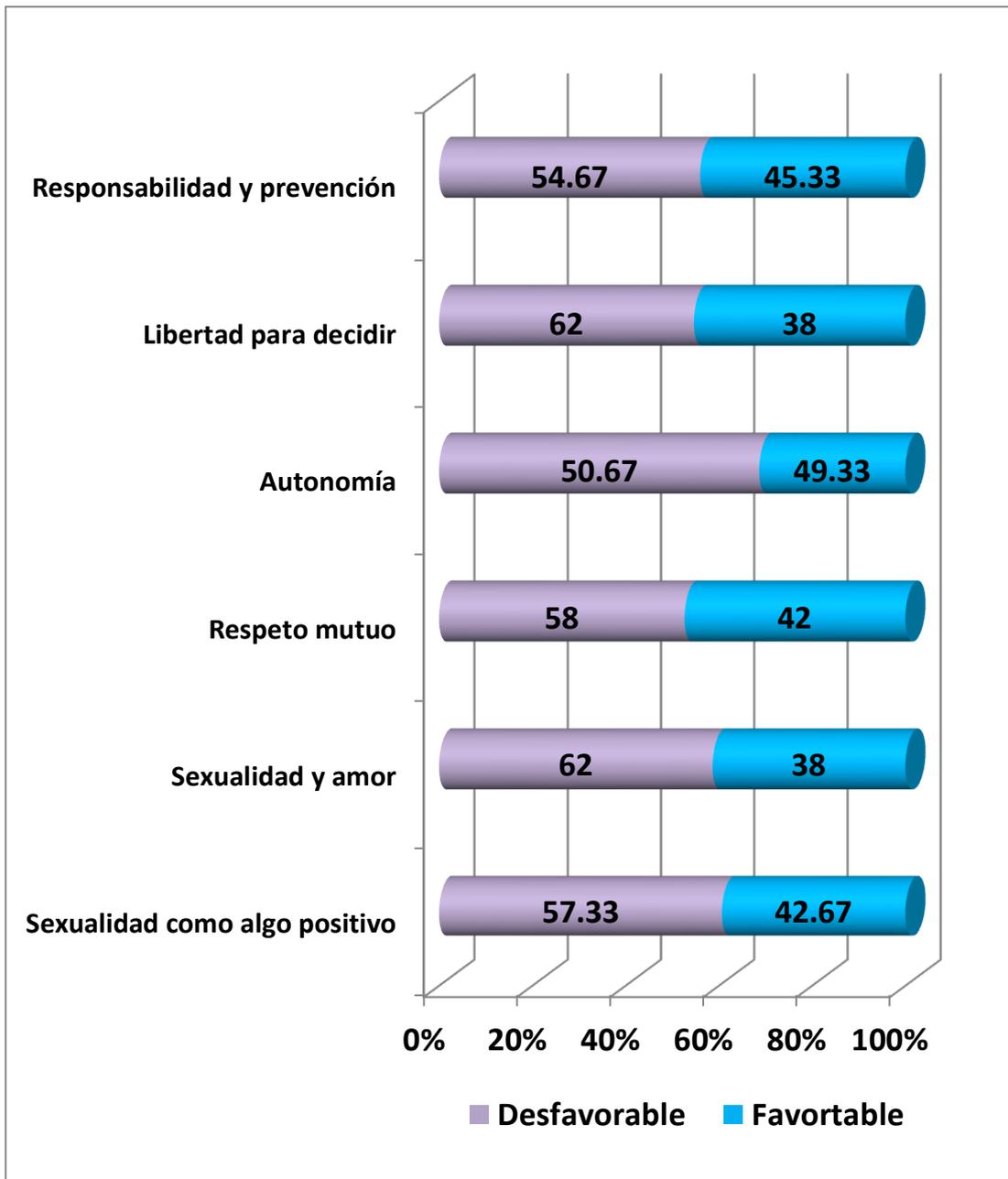


Figura 8. Gráfico de barras de las actitudes sexuales según dimensiones.

TABLA 9

Características socio-demográficas y prácticas sexuales

| Variable | | n | % |
|--|------------------------|-----|--------|
| Edad Media= | 14 | 13 | 8,67 |
| | 15 | 13 | 8,67 |
| | 16 | 22 | 14,67 |
| | 17 | 30 | 20,00 |
| | 18 | 42 | 28,00 |
| | 19 | 30 | 20,00 |
| Genero | Masculino | 73 | 48,67 |
| | Femenino | 77 | 51,33 |
| Estado civil | Soltera(o) | 148 | 98,67 |
| | Casada(o) | 0 | ,00 |
| | Conviviente | 2 | 1,33 |
| Religión | Católica(o) | 140 | 93,33 |
| | Otro | 4 | 2,67 |
| | No creyente | 6 | 4,00 |
| Ocupación | Estudiante | 91 | 60,67 |
| | Trabajador | 32 | 21,33 |
| | Estudiante/trabajador | 5 | 3,33 |
| | No estudia/ no trabaja | 21 | 14,00 |
| | Ama de casa | 1 | ,67 |
| Enamorada | Si tiene enamorada(o) | 111 | 74,00 |
| | No tiene enamorada(o) | 39 | 26,00 |
| Relaciones coitales | Si | 100 | 66,67 |
| | No | 50 | 33,33 |
| n= Media= Edad de Inicio de relación coital | 12 | 0 | ,00 |
| | 13 | 0 | ,00 |
| | 14 | 7 | 7,00 |
| | 15 | 26 | 26,00 |
| | 16 | 46 | 46,00 |
| | 17 | 13 | 13,00 |
| Orientación sexual | 18 | 8 | 8,00 |
| | 19 | 0 | ,00 |
| | Heterosexual | 150 | 100,00 |
| | Homosexual | 0 | ,00 |
| | Bisexual | 0 | ,00 |

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo Marzo a Julio 2011.

Se ha podido determinar que del total de estudiantes el 28% tiene una edad predominante de 18 años, el sexo que sobresalió fue el femenino con un 51.33%, asimismo el 98.67% de los adolescentes son solteros, el 60.67% son estudiantes, la religión que más profesan fue la católica con un 93,33%. Se determinó que el 74% de la población en estudio si tiene enamorado, de los cuales el 66.67% ya ha iniciado su relación coital, encontrándose como edad de inicio predominante los 16 años edad, con un 46%. Cabe mencionar que todos los adolescentes encuestados son heterosexuales el 100%.

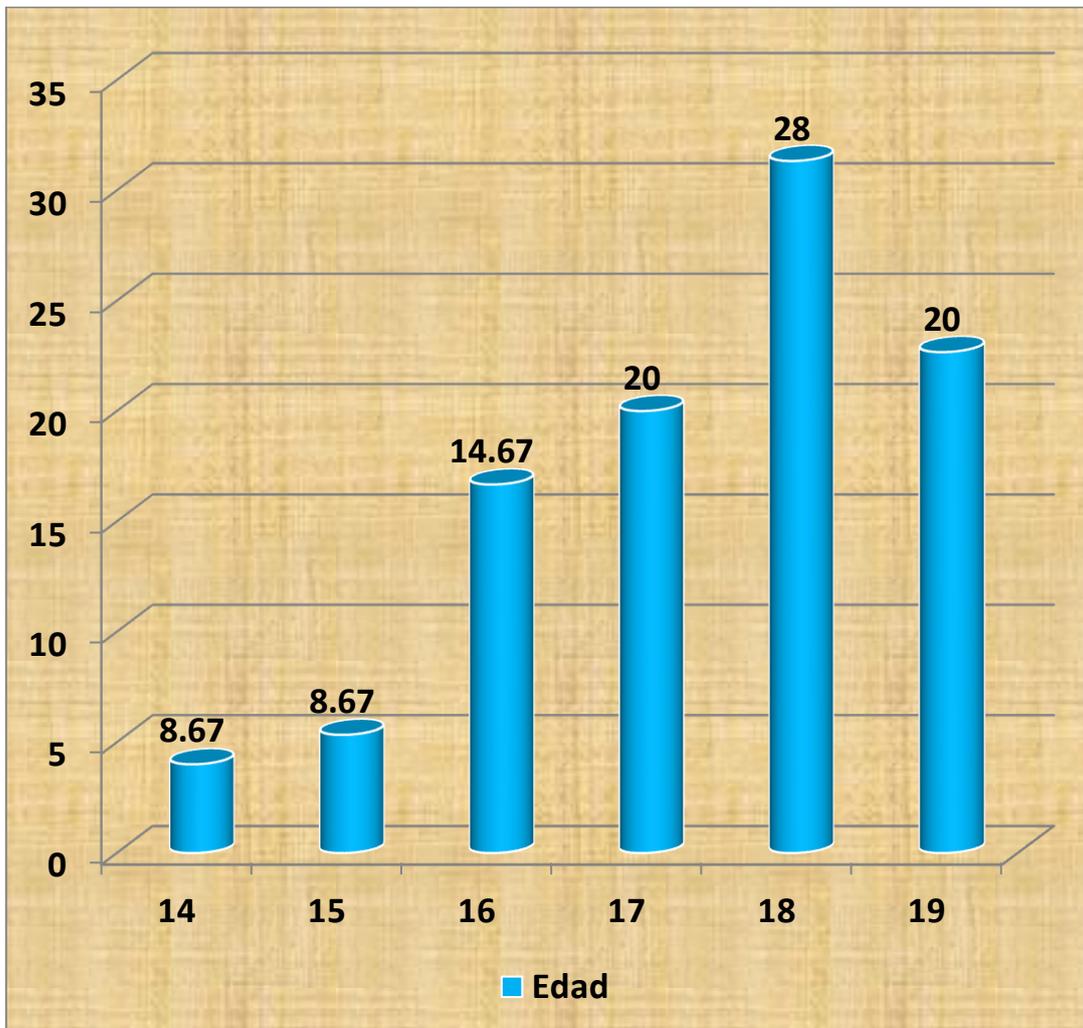


Figura 9.1 Gráfico de columna del porcentaje de investigados según su edad.

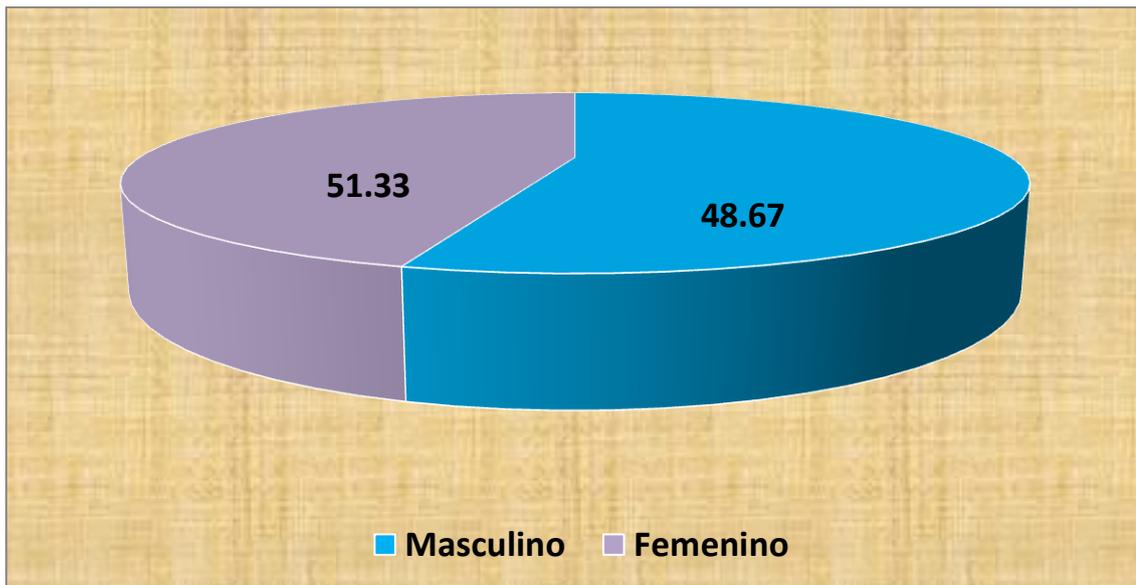


Figura 9.2 Gráfico de torta del porcentaje de investigadores según su sexo.

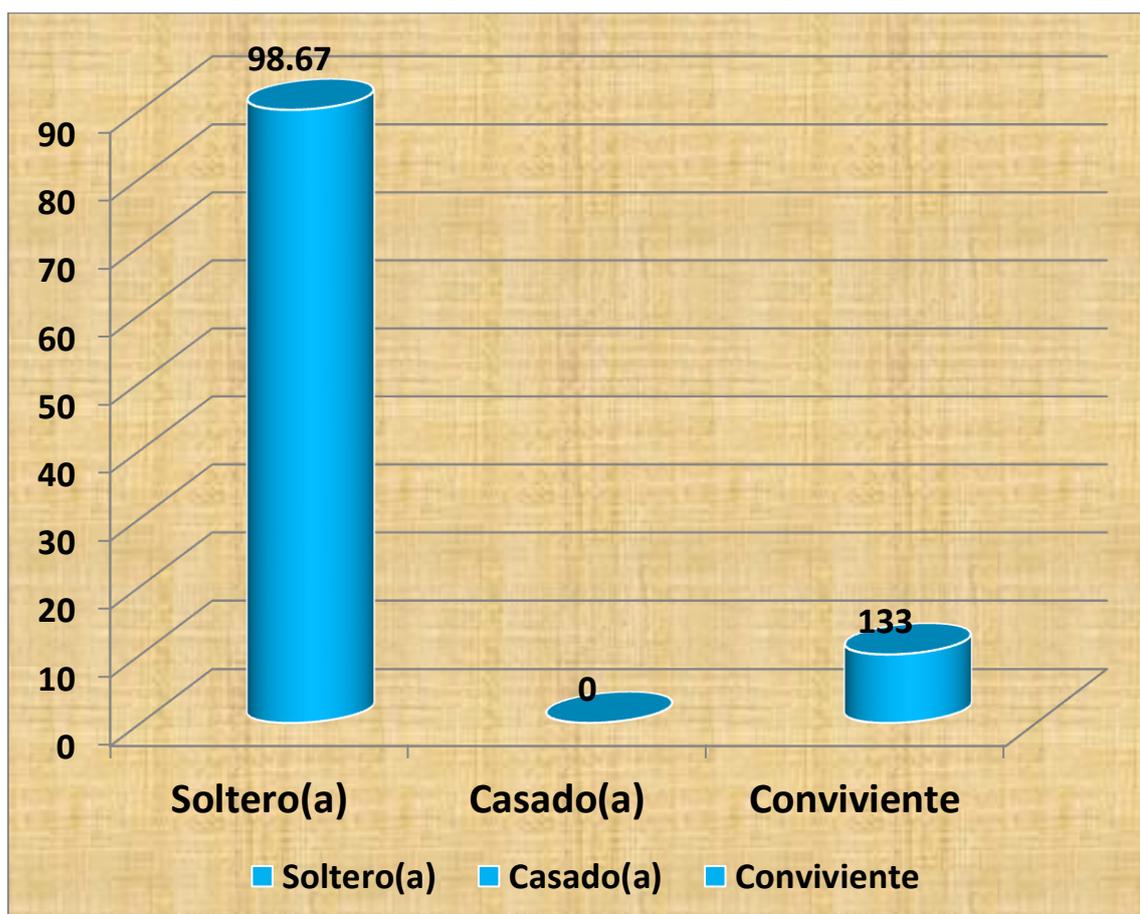


Figura 9.3 Gráfico de columna del porcentaje de investigadores según estado civil.

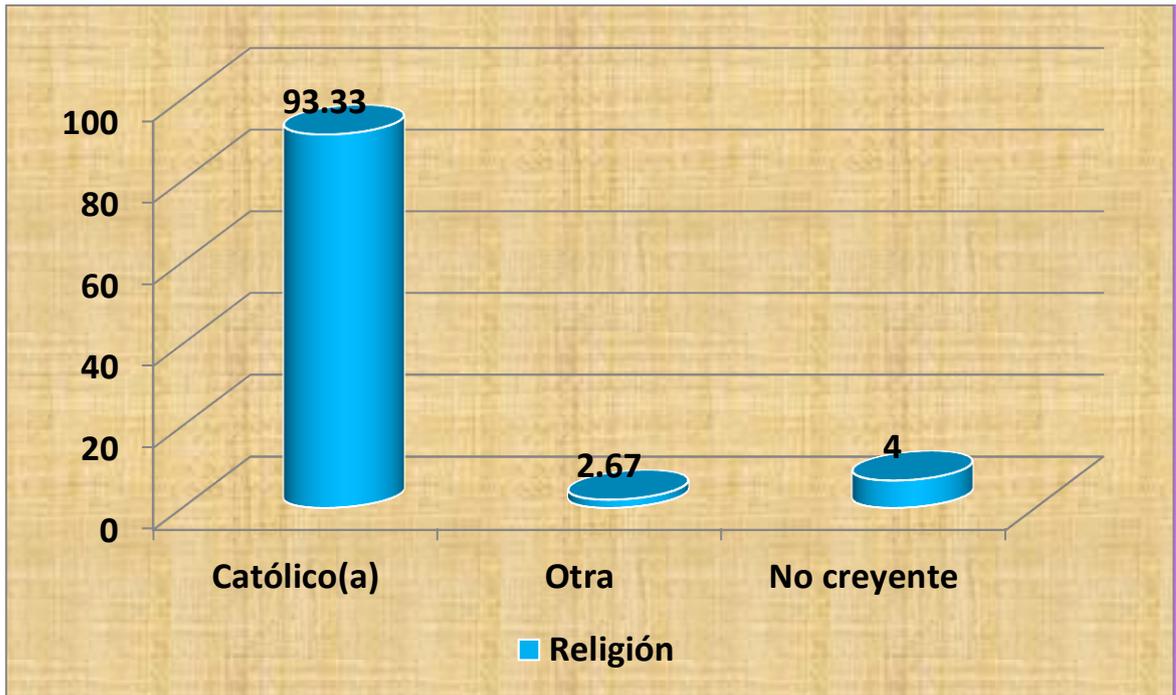


Figura 9.4 Gráfico de columna del porcentaje de investigados según su religión.

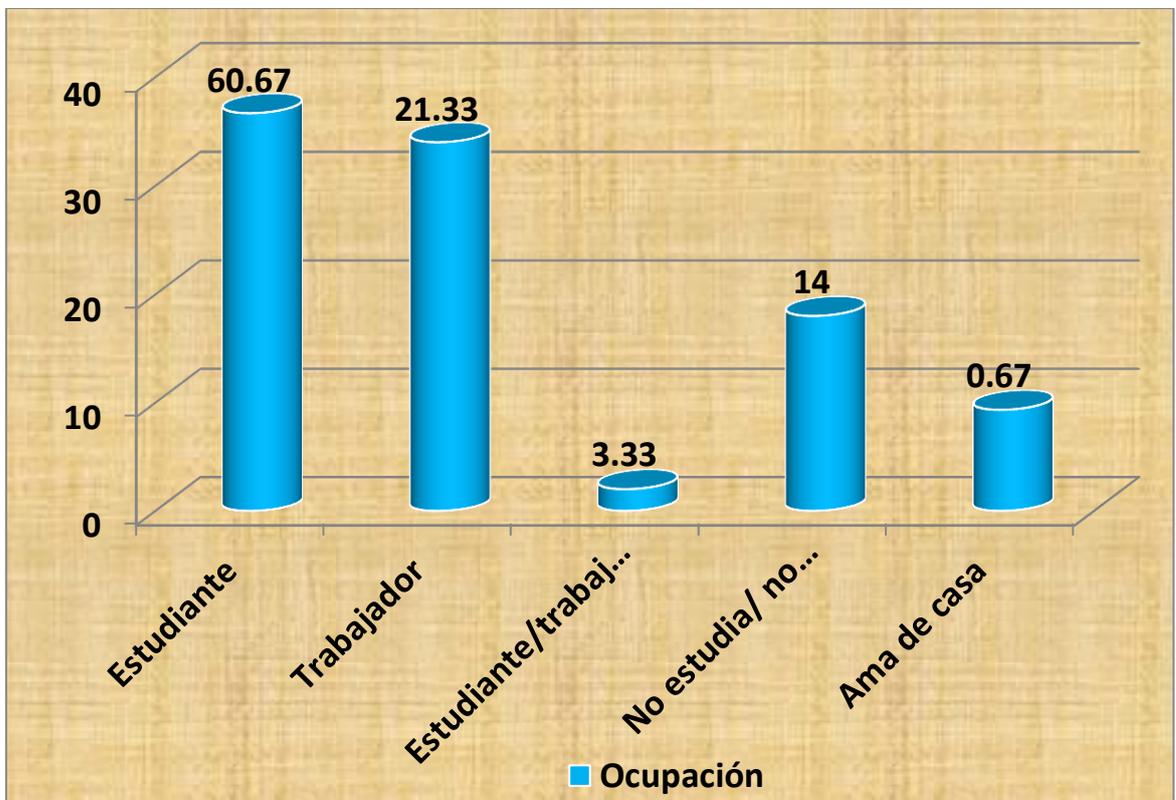


Figura 9.5 Gráfico de columna del porcentaje de investigados según su ocupación.

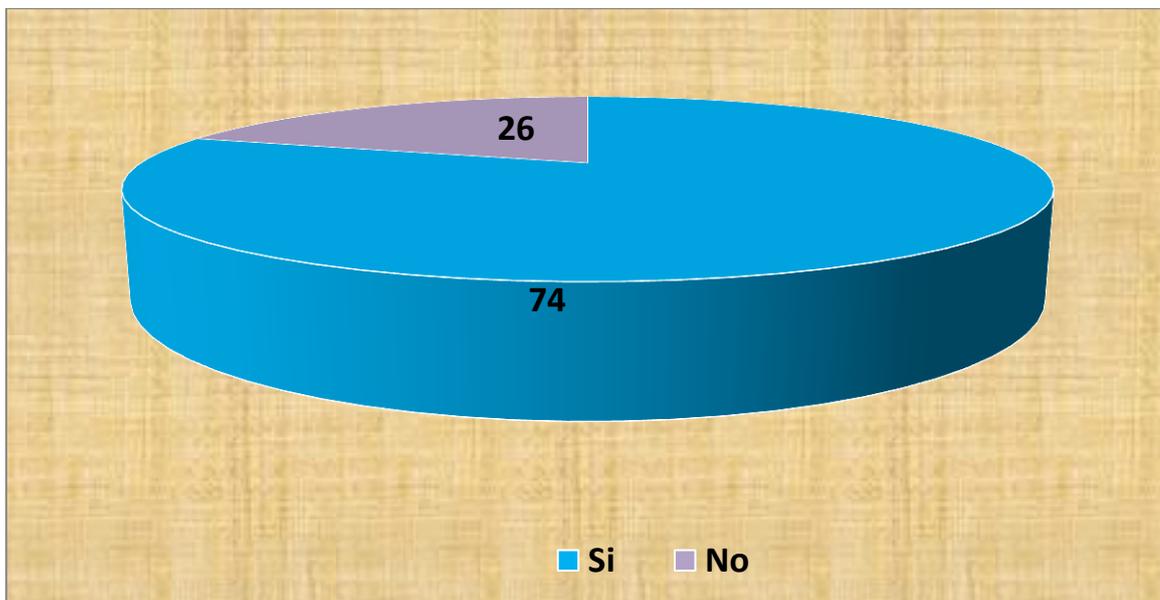


Figura 9.6 Gráfico torta del porcentaje de investigados según si tiene enamorado.

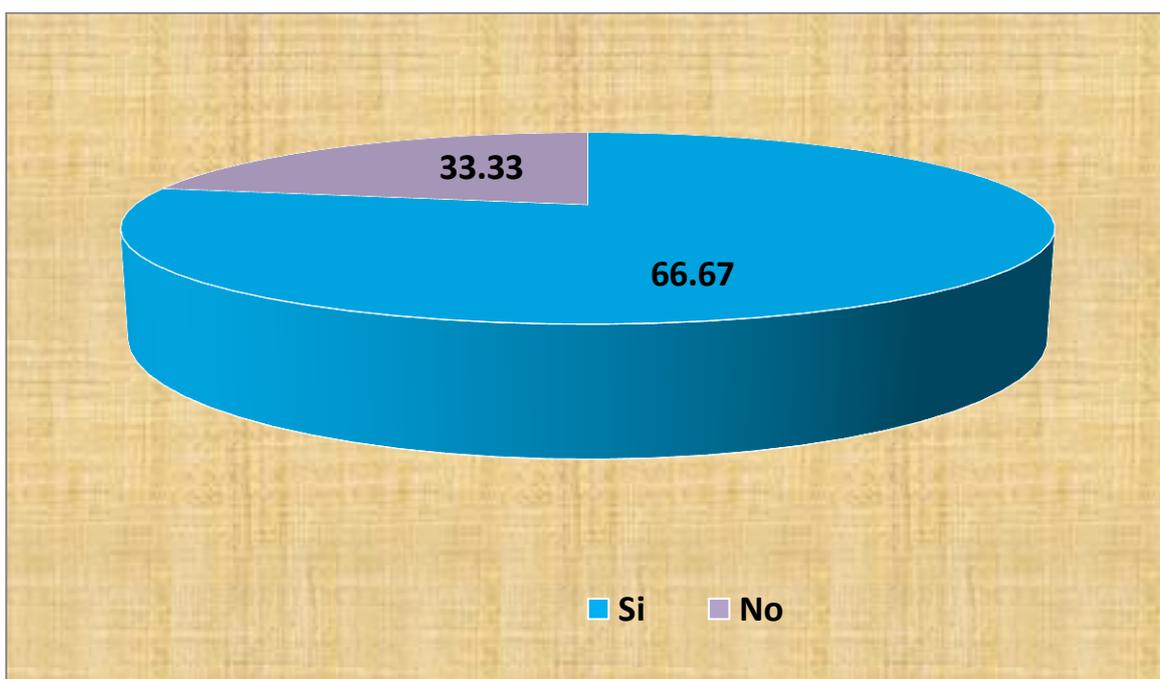


Figura 9.7 Gráfico de torta del porcentaje de investigados según si tiene relaciones coitales.

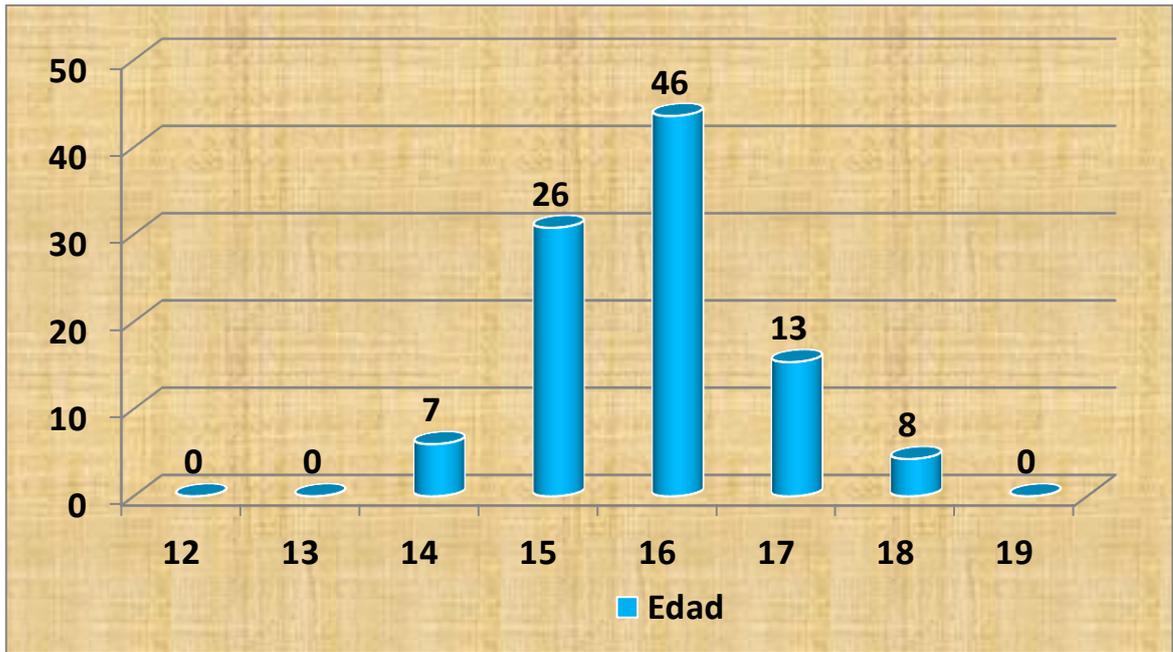


Figura 9.8 Gráfico de columna del porcentaje de investigados según edad de inicio de relación coital.

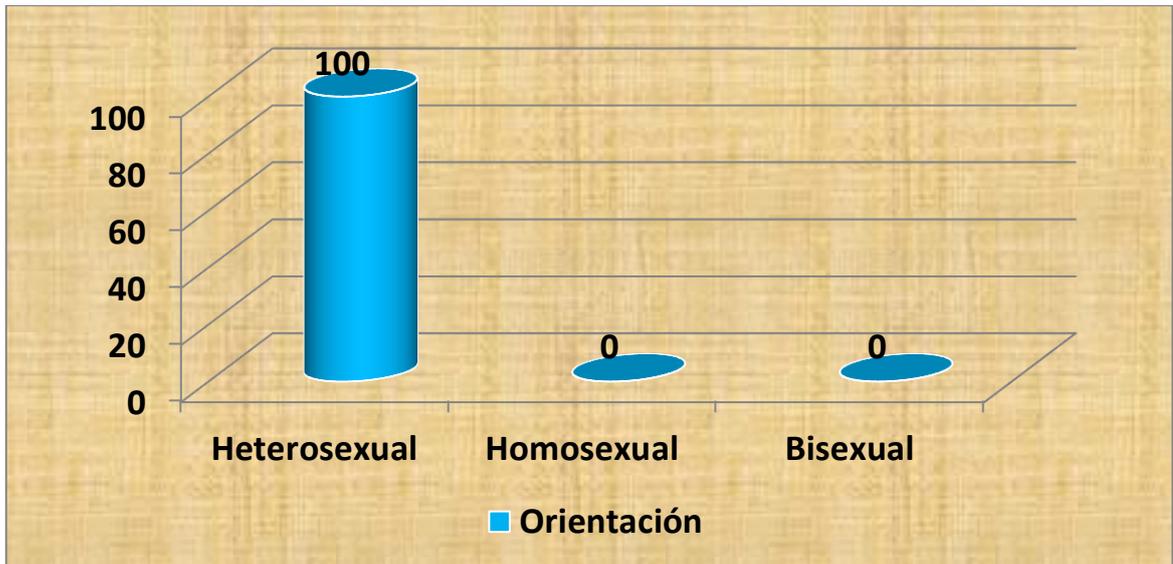


Figura 9.9 Gráfico de columna del porcentaje de investigados según su opción sexual.

TABLA 10

Valores del tamaño de la muestra, mínimo, máximo, media y desviación estándar de los resultados de la aplicación del cuestionario.

| | n | Mín | Máx | M | D.E. |
|-----------------------------------|-----|-----|-----|-------|-------|
| Edad | 150 | 14 | 19 | 17,10 | 1,536 |
| Edad de Inicio de relación coital | 100 | 14 | 18 | 15,89 | ,994 |

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo Marzo a Julio 2011.

De todos los adolescentes encuestados se encontró que la edad media fue 17,10 años, y la edad promedio de inicio de relaciones coitales fue de 15,89 años.

4.2. Análisis de resultados

La adolescencia es una etapa en la que surgen una serie de cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y sociales. En esta etapa empieza la búsqueda de su propia identidad y autonomía, curiosidad por los conocimientos de sus físicos, creciente interés por saber del sexo y sobretodo su gran exposición a las conductas de riesgo.

Así mismo la sexualidad se vive y manifiesta de manera diferente a como se expresa en otras etapas de la vida, puesto que aquí surgen sensaciones e impulsos de tipo sexual que se encuentran relacionados con los cambios biológicos que enfrentan todos las adolescentes; quienes por su desconocimiento sobre temas de sexualidad sumado a la influencia de sus grupos de pares, toman mayormente actitudes negativas, evidenciándose altos índices de embarazos no deseados, abortos, inicio temprano de las relaciones coitales, incidencia de ITS, convirtiéndose así en un gran problema que afecta su salud sexual.

Tal situación se ve reflejada en esta investigación realizada en los adolescentes del Asentamiento Humano Consuelo de Velasco sector -1 Piura, observándose **en la tabla y figura 1**, en relación al conocimiento sexual global, que el 53,33% muestra desconocimiento sobre sexualidad, mientras que el 46,67% reportaron conocimientos adecuados sobre el tema.

Estos resultados se difieren con los de Fernández (22), quien realizó un estudio acerca de: *Conocimientos sobre sexualidad y comportamiento sexual en adolescentes de instituciones educativas estatales de Tumbes, año 2009*, quien determinó que del total de adolescentes, el 66% tienen conocimientos adecuados sobre sexualidad. El grupo mayoritario con conocimientos adecuados

correspondió a los del sexo masculino en un 67%, mientras que para el sexo femenino fue de 65%.

Ambos estudios se contraponen debido a que han sido realizados en ámbitos geográficos diferentes y se puede observar que tumbes por ser una zona turística y de frontera, la entrada de turistas hace que las personas compartan diferentes culturas lo que puede generar que la idiosincrasia del adolescente en temas de sexualidad sea más amplia y abierta.

En la tabla y figura 2, se muestra el conocimiento sexual por dimensiones, encontrándose, que las dimensiones menos conocidas son: metodología anticonceptiva como prevención de embarazos con un 75,33%, seguido de anatomía y fisiología con un 72,67%.

Estos resultados se asemejan a los de Navarro (23), quien realizó una investigación: *Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes del Asentamiento Humano Pilar Nores de García del distrito de Chulucanas-Piura en el año 2009*. Los resultados que obtuvo reportaron nivel de conocimientos bajos: con respecto a anatomía y fisiología sexual y reproductiva y ciclo de respuesta sexual (96%), prevención de ITS y VIH (88%), y metodología anticonceptiva (96%).

Esta semejanza se debe a que ambas investigaciones fueron realizadas en el mismo ámbito geográfico, por ende las características socioculturales son similares, en donde aún, el hablar sobre sexualidad sigue siendo un tema tabú, además de los diferentes mitos y creencias erróneas que existen en la población. No se puede dejar de mencionar la escasa o nula comunicación que existe entre padres e hijos, donde no existe la confianza y el clima de confort que necesitan los adolescentes para resolver

sus dudas e inquietudes, convirtiéndolo en un grupo vulnerable a adquirir conductas de riesgo.

En la tabla y figura 3, se observa el conocimiento sexual en la dimensión anatomía y fisiología reproductiva, determinándose como ítem menos conocido los genitales externos de la mujer con un 90%, asimismo un 85,33% muestra un desconocimiento con respecto a que la mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual, seguido de un 82,67% que no conoce que las trompas de Falopio transportan el óvulo hacia el útero, finalmente un 58,67%, desconoce que la fecundación se da cuando el espermatozoide se une con el óvulo.

Estos resultados son similares a los de Fuentes (18), quien en su estudio: *Conocimiento sobre anatomía y fisiología sexual*, reportó que el 38,18% de los adolescentes de Lima, tienen nivel de conocimiento regular sobre diferencia de órganos sexuales del varón, sin embargo sobre diferencia de órganos sexuales de la mujer el 35,45% es deficiente. Respecto al nivel de conocimiento sobre cambios anatómicos y fisiológicos del varón en el 41,36% de los adolescentes es inadecuado y sobre los cambios anatómicos y fisiológicos de la mujer en el 39,09% de adolescentes es regular y solo el 2,73% de los adolescentes tanto varones como mujeres tienen un conocimiento bueno.

Ambos estudios presentan similitudes, a pesar que la investigación se realizó en tiempos diferentes, se podría decir que probablemente siguen habiendo dificultades al emitir información al público adolescente, en donde es preciso señalar que posiblemente los resultados obtenidos son producto de la falta de orientación e información que tienen los adolescentes sobre su sexualidad. Todo ello nos indica que no se está brindando una educación sexual de forma adecuada y correcta a los

adolescentes, a causa del poco o ausente compromiso de padres y educadores, debiéndose esto a los tabúes que se mantienen muy enraizados con respecto a la sexualidad, ya que ellos piensan que tienen poca capacidad de entablar un diálogo sobre el tema sexualidad, los adolescentes sienten vergüenza y al temor de ser criticados por las personas mayores, ignorando que tienen derecho a la información sobre salud sexual y reproductiva..

En la tabla y figura 4, presentan los resultados con respecto a la dimensión respuesta sexual humana, determinándose que el 89,33% presenta un desconocimiento acerca de las fases de la respuesta sexual humana, además se encontró un 80,67% que no conoce las manifestaciones de madurez sexual, asimismo 81,33% desconoce el comportamiento no coital.

Estos resultados presentan similitud con los de López (24), quien realizó una investigación titulada: *Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de 15 a 19 años del Asentamiento Humano 9 de octubre del distrito de Sullana – Piura durante el periodo 2009*. Los resultados que obtuvo reflejan que los adolescentes tienen un desconocimiento alarmante en la dimensión ciclo de respuesta sexual (82%).

Probablemente estos resultados se deban a que la educación sexual que reciben los adolescentes desde el primer escenario que es su hogar, es casi nula o insuficiente, así como también nos demuestra que quizá el desarrollo de estos temas en su centro de estudios, no se brindan de la forma correcta, o quizás no encuentran las estrategias de enseñanza y aprendizaje que permitan asimilar este tipo de información, o personal no está totalmente capacitado. Así pues los adolescentes en su necesidad por conocer este tipo de información recurren a otros medios como la

tecnología o el grupo de amigos, recibiendo generalmente información errónea. Situación que aumenta la probabilidad del inicio temprano de las relaciones coitales, sin darse cuenta de las consecuencias de tales decisiones.

En la tabla y figura 5, se observa los datos relacionados a la dimensión prevención de ITS-VIH/SIDA, encontrándose un desconocimiento acerca de las ITS, con un 82,67%, seguido de un 68,67% que no conoce que las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas de las ITS. Por otra parte el 86%, conoce que el SIDA es una enfermedad que amenaza la vida.

Estos resultados se contraponen con los de Pérez (17), quien en su estudio: *Conocimiento, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en adolescentes de Enseñanza Politécnica. Municipio Jaguajay-Cuba, año 2009*, encontró los siguientes resultados más del 80% identificó adecuadamente las ITS y las vías de transmisión más frecuente.

Es alarmante la diferencia que existe entre ambos estudios, probablemente se deba a que en Cuba existen políticas de salud bien definidas, como lo es el Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la Adolescencia, que tienen como objetivo principal de mejorar la calidad de vida de los adolescentes con un enfoque de género, asimismo este proyecto lo trabajan conjuntamente con la familia, la comunidad y la cooperación intersectorial, realizándose así actividades preventivas y asistenciales, las mismas que como se puede observar están teniendo un impacto positivo en este grupo poblacional

La tabla y figura 6, nos muestra que del 100% de encuestados poseen un desconocimiento alarmante con respecto al uso de MAC como prevención de embarazo, encontrándose que no conocen los métodos hormonales con el 93,33% y

los MAC de barrera, con un 90,67% , además se observó que el 90% desconoce acerca de los MAC para los adolescentes que abarcan al preservativo, diafragma, píldoras e inyectables.

Estos resultados difieren mucho con los de Jerónimo et al. quienes en su estudio: *Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria Lima, año 2009*, encontraron que el 90,0% de los adolescentes conocen los métodos anticonceptivos, el 93,5% está predispuesto a usarlos en una relación sexual, siendo el condón el método que más se usaría (62,4%), seguido de las pastillas con 16,4%. También reportaron que usarían la abstinencia (11,1%), otros 3,6% y ninguno 6,5% (23).

Estas investigaciones se contraponen, debido a que se realizaron en ámbitos geográficos con realidades socioculturales y sociodemográficas totalmente diferentes, por un lado tenemos el presente estudio realizado en una zona rural, en donde aún persisten las barreras de información como lo son los tabúes, los mitos y creencias erróneas con respecto a su sexualidad, mientras que el estudio de Jerónimo fue realizado en la capital del Perú, en donde probablemente exista un mejor nivel educativo, brindándose así una educación sexual abierta, además la población ya no se ve limitada al hablar de estos temas, y en donde la información sobre métodos anticonceptivos, es más accesible debido a que probablemente no existen barreras socioculturales, económicas y de salud.

En la tabla y figura 7, se observa que con respecto la dimensión actitudes sexuales en general, los adolescentes presentaron un 50,67% de actitudes sexuales desfavorables, mientras que un 49,33% si tuvo actitudes sexuales favorables en cada una de nuestras dimensiones abarcadas en la encuesta.

Estos resultados se asemejan a los de Mogollón. (25), quien realizó un estudio: *Conocimiento y actitudes sexuales de los adolescentes de la Comunidad Juvenil Católica Bodas de Caná de las parroquias Nuestra Señora del Rosario y Santísimo Sacramento de Piura, año 2009*, encontrando que un 35% de los adolescentes presentó actitudes sexuales favorables, mientras que el 65% desfavorables.

Estas cifras son el reflejo del gran porcentaje de desconocimiento sobre temas de sexualidad, tema tabúes para los adolescentes tanto en las zonas rurales, como en las instituciones educativas religiosas, en donde muchas veces la educación sexual que les brindan es limitada, o muchas veces nula. Además que por el hecho de ser una institución religiosa estos temas sobre sexualidad, no se pueden brindar de una manera abierta, impidiendo así su adecuado aprendizaje. Este es uno de los factores influyentes en la toma de decisiones, así como también por el mismo hecho de ser adolescentes buscan despejar sus dudas en su grupo de amigos, en donde la presión de grupo también juega un papel muy importante en las actitudes que toman. Los adolescentes por su propia inmadurez, y por su afán de adquirir autonomía, sumado al desconocimiento sobre sexualidad, los conllevan a tomar decisiones negativas, mucho más aún si no cuentan con el soporte y apoyo de sus padres.

En la tabla y figura 8, se muestran los resultados de las actitudes sexuales según dimensiones, en su totalidad fueron desfavorables, siendo las de mayores porcentajes con un 62% en relación a libertad para decidir y con el mismo porcentaje para sexualidad y amor, seguido del 58% en respeto mutuo.

Resultados que muestran similitud con los de Navarro (23), quien realizó una investigación denominada: *Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes del Asentamiento Humano Pilar Nores de García del distrito de Chulucanas-Piura*

en el año 2009, quien determinó que con relación a la actitud sexual el (60%) de sus actitudes son desfavorables. Al igual que en las dimensiones para decidir y actuar (92%), autonomía (80%), respeto mutuo y reciprocidad (76%), sexualidad y amor (58%), sexualidad como algo positivo (56%).

Esta semejanza nos refleja de que ambos escenarios los adolescentes toman este tipo de actitudes, debido a que se realizaron en el mismo ámbito geográfico, en donde aún existen los tabúes relacionados a la sexualidad, además de la poca confianza y comunicación que existe con los padres, factor importantísimo para el desarrollo del adolescente. Además estas investigaciones nos demuestran la poca capacidad que tienen los adolescentes para tomar sus decisiones, para adquirir responsabilidades, lo que lo convierte en un grupo muy vulnerables a adquirir conductas de riesgo; generando así embarazos no deseados, abortos, incidencia de ITS, entre otros.

En la tabla y figura 9, se describió las características sociodemográficas de la muestra estudiada, en donde la edad predominante fue 18 años con un 28%, el sexo que sobresalió fue el femenino con un 51,33%, asimismo el 98,67% de los adolescentes son solteros, el 60,67% son estudiantes la religión que más profesan fue la católica con un 93,33%. Se determinó que el 74% de la población en estudio si tiene enamorado, en donde el 66,67% ya ha iniciado su relación coital, encontrándose como edad de inicio predominante los 16 años edad, con un 46%. Cabe mencionar que todos los adolescentes encuestados son heterosexuales.

Similitud que se encuentra en el estudio de López. (24): *Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de 15 a 19 años del Asentamiento Humano 9 de octubre del distrito de Sullana – Piura durante el periodo 2009.* En cuanto a las

características socio demográficas se obtuvo que el 64% de los adolescentes en estudio tienen enamorado, de los cuales el 32% son de sexo masculino y femenino.

Las edades que más predominaron fueron 17 y 19 años con el 24% respectivamente. Debemos señalar también que el mayor porcentaje de adolescentes en relación al estado civil son solteros equivalente a un 92%. Un grupo significativo de adolescentes 100% manifestaron como opción sexual la heterosexualidad y finalmente en relación al inicio de actividad sexual solo el 34% ya han iniciado su actividad sexual y en relación a la edad de inicio el 68% no respondieron, seguido del 14% que reportó como inicio de su actividad sexual 17 años.

Como se puede observar en ambos estudios se muestra el inicio temprano de las relaciones coitales, demostrándonos las consecuencias negativas que trae consigo el desconocimiento sobre temas de sexualidad. Todo ello se debe a la escasa o limitada educación y orientación sexual que reciben en su hogar o en sus centros de estudio, o quizás la equivocada información que reciben de sus amigos.

En la tabla y figura 10, se observa que de todos los adolescentes encuestados se encontró que la edad media fue 17 años, y que la edad promedio de inicio de relaciones coitales fue de 15,87 años.

Resultados que son similares a los de Castillo (14), en su estudio: *Conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar en las adolescentes puérperas en el Hospital Alemán Nicaragüense, año 2007*, encontró en los adolescentes el inicio de vida sexual activa temprana lo cual equivale a embarazos tempranos. El 76% de ellas tuvo su primer embarazo a los 16 años de estas el 49,5% que inició tempranamente su vida sexual habían tenido más de una pareja.

Respecto de los resultados en comparación, podemos inferir que la coincidencia de edad de inicio de relaciones sexuales en edades cada vez más tempranas se argumentan en la precocidad del desarrollo sexual, porque se encuentran en la etapa de experimentar sensaciones y sentimientos pero sin la educación adecuada en salud sexual y reproductiva, las prácticas sexuales solo los exponen a riesgos innecesarios, situación preocupante porque a esto se suma la situación socio económica, mientras más pobreza exista en una familia más temprano es el abandono de los adolescentes en las escuelas, de alguna manera se le presiona a emprender un trabajo y la formación de su propia familia, en la cual van a educar a sus hijos con los mismos conocimientos errados, valores y actitudes desfavorables.

V. Conclusiones

Culminando el análisis y descripción de los resultados obtenidos en la muestra de estudio, sobre conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de 14-19 años del Asentamiento Humano Consuelo de Velasco Sector 1 del distrito de Piura, año 2011, se concluye lo siguiente:

- Con respecto al conocimiento de sexualidad en forma global el 53,33% de la muestra en estudio desconocen sobre sexualidad.
- Con respecto al conocimiento sexual por dimensiones, se evidenció desconocimiento en sus cuatro dimensiones, siendo las menos conocidas: métodos anticonceptivos como prevención de embarazos (75,33%), seguido de anatomía y fisiología (72,67%).
- Al evaluar las dimensiones por ítems, se encontró en la dimensión anatomía y fisiología reproductiva como ítem menos conocido: genitales externos de la mujer con un 90%, en la dimensión respuesta sexual humana el 89,33% desconoce acerca de las fases de la respuesta sexual, en Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA el 82,67% no conoce su clasificación, y en metodología anticonceptiva se halló un 93,33% que no conocen los métodos hormonales.

- Los resultados obtenidos nos han permitido conocer que en los adolescentes del Asentamiento Humano consuelo de Velasco, predominan las actitudes desfavorables con un 53,33%.
- Con respecto a las actitudes sexuales por dimensiones, en su totalidad fueron desfavorables, siendo las de mayores porcentajes: libertad para decidir (62%), seguido de sexualidad y amor (62%), y respeto mutuo (58%).
- Dentro de las características sociodemográficas de los adolescentes estudiados se encontró como edad predominante 18 años, con un 28%, el sexo que sobresalió fue el femenino con un 51,33%, asimismo el 98,67% de los adolescentes son solteros, el 60,67% son estudiantes, la religión que sobresalió fue la católica con un 93,33%. Se determinó que el 74% de la población en estudio si tiene enamorado, en donde el 46% ha iniciado su relación coital encontrándose como edad de inicio los 16 años edad, con un 100%. Cabe mencionar que todos los adolescentes encuestados 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 (43).

- **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.
- **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 (43).

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 (43).
- **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 óvulo 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 óvulo 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 (43).

2. Órganos sexuales masculinos

2.1 Genitales externos. Según Sobrevilla (43).

- **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 una sustancia blanquecina llamada esmegma, que tiende acumularse, y que por ello requiere aseo permanente, lo que es posible desplazando el prepucio en condiciones normales.
- **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 (43).

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 oocito, 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 (44).

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 (45).

b. Ciclo uterino o menstrual

Mientras que para Sobrevilla (43), 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.

Chirino R (45), 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 neoformado.

c. La fecundación

También llamada concepción, es el hecho fisiológico en el cual el espermatozoide alcanza al óvulo, 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 (43).

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.

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 (47)

e. Menarquia

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 (45).

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 (48).

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 (48).

Master 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 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 espermatozoides.
- 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. Master y Jonson incluso después de casarse. Diferenciaron 4 fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución (38, 48).

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 (56,57):

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 paso 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 del 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 (56).

5. **Fase de resolución:** es 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 (56, 57).

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 (40).

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 infecciones 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 (44).
- **Chancro:** es producida por una bacteria llamada *Haemophilus Ducrey*. La lesión en el pene o vagina, consta de una úlcera con bordes duros que no es doloroso.

- **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 (33).
- **Tricomoniasis:** es causada por un parásito llamado “tricomonas 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 Ducrey”. 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 (49).

El control de las infecciones de transmisión sexual se complica por factores de conducta instintiva e individual y por la gran diversidad de estas infecciones, 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 (49).

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 diafragma 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 perinatales, 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 (49).

Metodología anticonceptiva 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 (49).

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 (50).

Basado en estos resultados, Morris (51) 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.

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 (51).

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 ejemplo 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. (51).

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 (39).
- ***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 (39).

- ***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 (39).
- ***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, 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 (39).

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 (39).

c) Métodos Hormonales:

- ***Anticonceptivos Orales Combinados (AOC):*** 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 (39).

- ***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 (39).

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 implican 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 (39).

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 (39).

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 ejemplo: 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

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 (49).

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 (49).

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 (54).

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 (54). 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.

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 (55).

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 (54).

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 (55).

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? (56).

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 (56).

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 persona 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 (55).

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 (58).

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, confidencia, 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 (55, 58).

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 (55).

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 (57).

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. Acometerla 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 (57).

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 (59).

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 (60).

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 (60).

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 (59).

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 factores.

Referencias Bibliográficas

1. Maddaleno M, Morello P, Infante F. Salud y Desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: Desafíos para la próxima década. Salud Pública Mex [serie en internet]. 2003 [citada 11 Junio 2011]; 45(1): [Alrededor de 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45s1/15454.pdf>
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_arttext&pid=s1029-30192011000300008
3. Rojas G, editor. Adolescencia en el Perú [monografía en internet]. Cuzco: Universidad Andina del Cuzco; 2008 [citada 11 Junio 2011]. [Alrededor de 12 pantallas]. Disponible en: <http://www.guamanpoma.org/escuela%20lideres/II%20Congreso/adolescencia.pdf>
4. Gobierno Regional Piura. Plan estratégico nacional multisectorial para la prevención y control de ITS, VIH y SIDA en la región Piura. ISIS INTERNACIONAL. 2009 [citado 12 Junio 2011]; 23: 23-39. Disponible en: <http://www.innpares.org/sites/default/files/PERM%20piura%202009%20%2013.pdf>
5. Chávez E y García A. Adolescentes embarazadas en Piura. Diario El Tiempo 2003 Set 21; Sec. Regional: 12.

6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Perú: INEI; 2007.
7. Velásquez O. Asentamiento Humano San Pedro, Tradición, Fe y Esperanza. Piura: Universidad Nacional de Piura; 2008.
8. Gayet C, Solís P. Sexualidad Saludable de los adolescentes: La necesidad de Políticas Basadas en evidencias. Salud Pública de México [serie en internet]. 2007 [citada 8 Julio 2011]; 49(1): [Alrededor de 6 pantallas]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?;Cve=10649021>
9. 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.
10. 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>
11. Rodríguez A, Álvarez L. Percepciones y Comportamientos de riesgo en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. Revista cubana de Salud Pública [serie en

internet]. 2006 [citada 14 Junio 2011]; 32(1): [Alrededor de 10 pantallas].
Disponibile en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v32n1/spu08106.pdf>

12. Bodelín L, Veranes D, González M, Aguilera A, Álvarez A. Valoración de la sexualidad en la adolescencia a partir de los estereotipos sexuales. MEDISAN [serie en internet]. 2009 [citada 14 Julio 2011]; 13(2): [Alrededor de 10 pantallas].
Disponibile en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_2_09/san20209.htm

13. Pérez Z, 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 14 Julio. 2011] ,13(3).Disponibile en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_3_09/san18309.htm

14. Castillo E. Conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar en las Adolescentes en el Hospital Alemán Nicaragüense [Trabajo para optar el título doctoral]. Nicaragua: Universidad Autónoma de Nicaragua; 2007.

15. Libreros L, Fuentes L y Pérez A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. RESPYN [serie en internet]. 2008 [citada 14 Julio 2011]; 9(4): [Alrededor de 8 pantallas]. Disponibile en: http://www.respyn.uanl.mx/ix/4/articulos/articulo_actitudes_sexualidad.htm

16. Banda O, Medrano M, De los Reyes M. Conducta Sexual de los Adolescentes de 12 a 19 años CD Victoria. Rev. CCCSS.2008. ISSN.1988-7833. Disponibile en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/06/gmng.htm>.

17. Pérez F. Conocimiento, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en adolescentes de Enseñanza Politécnica. Municipio Jaguajay 2009. [Trabajo para optar el título de Master en enfermedades infecciosas]. Jaguahay: Sede salud Jaguahay; 2009. [citada 14 Julio 2011]; Disponible en: <http://www.eumed.net/libros/2012a/1172/1172.pdf>
18. Fuentes J. Nivel de Conocimiento Sobre Salud Sexual y Reproductiva En adolescentes de Centros de Educación Nocturna de La Ciudad de Puno – 2009. [serie en internet]Puno. 2009. [citado 20 Julio 2011]. [Alrededor de 02 pantallas]. Disponible en: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/20879.pdf>
19. Rodríguez A, Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes de centros educativos de Lima. Proyecto de fortalecimiento. [Tesis para optar el título profesional de licenciatura en enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/ricaldo_ra/pdf/ricaldo_ra-TH.3.pdf
20. Salazar A et al. Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito del Agustino, Lima-Perú. Revista Horizonte Médico [serie en internet]. 2007 [citada 20 Julio 2011]; 7(2): [Alrededor de 7 pantallas]. Disponible en: http://www.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2007_II/Art3_Vol7_N2.pdf
21. Fernández Y. Conocimientos sobre sexualidad y comportamiento sexual en adolescentes de instituciones educativas estatales de Tumbes. [Optar el título de Lic.

en obstetricia]. Tumbes: Escuela Académica de Obstetricia. Universidad Nacional de Tumbes; 2009.

22. Jerónimo C, Alvarez J, Carbonel W, Neira J, Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria. Acta Med Per. 2009; 26(3): 175-179.

23. Navarro L. Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes del AA.HH. Pilar Nores de García del Distrito de Chulucanas - Piura durante el año 2009. [Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2010. [citada 20 Julio 2011]; Disponible en: http://catalogo.uladech.edu.pe/cgi-bin/koha/opacdetail.pl?biblionumber=16931&shelfbrowse_itemnumber=1787#shelfbrowser

24. López P, Jane L; Rodríguez S, Aliosha N. 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.

25. Mogollón E, Conocimiento y actitudes sexuales de los adolescentes de la Comunidad Juvenil Católica Bodas de Caná de las parroquias Nuestra Señora del Rosario y Santísimo Sacramento de Piura, en el periodo 2009. [Tesis para optar el grado de licenciada en Obstetricia]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2009 [citada 20 Julio 2011]; Disponible en: <http://www.uladech.edu.pe/webuladech/obstetricia/jornada/Conocimientos%20y%20actitudes%20sexuales-Mogollon.pdf>.

26. 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>.
27. Ardovin B y Jarpa. La jerarquía de necesidades según Maslow. [serie en Internet]. 1998; [citado 21 Julio 2011]; [Alrededor de 5 pantallas]. Disponible en:
http://www.geocities.com/linds_castillo/20101.html.
28. Gutiérrez R. Pensamientos filosóficos y literarios de Hostos. UPR. PR [serie en Internet]. 2004 [citado 21 Julio 2011]. Disponible en: <http://www.redbetances.com>.
29. Ocaña c. Desarrollo de la conducta. Funciones Psíquicas. Valoración Enfermera. [Monografía en internet] México. COE CIUDAD REAL. 2008. [citado 21 Julio 2011]. Disponible en:
http://www.ocenf.es/ciudadreal/03_formacion/oposicion/materiales/TEMA_22.pdf
30. Gala A y Col. La Adolescencia: Consideraciones biológicas, psicológicas y sociales, Tomo I
31. Salinas GT, Nociones de Psicología. Lima: edic. Adunk SRL; 2003.
32. Chueca U. Psicología, Lima: edic. Salesiana; 2003.
33. Petersen AC. Adolescent development. Annual Review of Psychology, Ed., Handbook of adolescent psychology. 39. 117-155.
34. 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>.

35. Whittake JO, Sandra J. Psicología. 5 Ed. México: McGraw Hill / Interamericana; 1989.

36. OMS. [página en internet]Organización mundial de la salud. 2012[citado 21 Julio 2011]. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html.

37. Papalia, WO, Duskin F. Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia. 9 ed. México: McGraw Hill-Interamericana; 2005.

38. Távara L. Guías Nacionales de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva. Dirección general de la salud de las personas. Perú. 2004.13(3).Modulo VIII: Planificación Familiar.1-34

39. Arieu P. Teoría del conocimiento /epistemología [monografía en internet]. España: pauloarieu en Filosofía Comments [citado 21 Julio 2011]. [Alrededor de 17 pantallas]. Disponible en: <http://mujercristianaylatina.wordpress.com/2009/03/22/teoria-del-conocimiento-epistemologia>.

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. Moreno C. Teoría del conocimiento: Introducción a la epistemología [monografía en internet]. España: WiKipedia; 2001 [citado 21 Julio 2011] [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.ciencia.net/VerArticulo/Teoria-del-conocimiento?idArticulo=dsfjuvb78mvmklixioz602c4>
42. Sobrevilla L. Sexualidad Humana. Instituto de Estudios de Población IEPO. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Ed. Saywa. Perú; 1993.
43. 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>
44. Chirino R, Fernández L, Torres S, Navarro D. Fisiología Reproductiva Femenina: Hormonas Sexuales y sus ciclos. RVFO [serie en Internet]. 2004 [citado 22 Julio 2011]; 1 (2): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: http://www.biocancer.com/?q=system/files/Fisiologia_reproductivaFemenina.
45. Candiotti J, Anatomía y Fisiología Humana. Año 1986. 39.
46. Totorá G. J. y Grabowski S Principios de Anatomía y Fisiología, 9º edición, 2006.
47. Wikipedia. Respuesta sexual humana, [serie en Internet]. 2006. [citado 22 Julio 2011]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Respuesta_sexual_humana.

48, 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

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

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. Novelli F, La Responsabilidad. [Monografía en Internet]. 2005. [citado 22 Julio 2011]. Lugar de publicación:

www.monografias.com/trabajos14/la-responsabilidad/la-responsabilidad.shtml –
www.bastet.atonra.com/?p=705

52. Cuauhtémoc C. Juventud en Éxtasis. [monografía en internet]. Argentina: Ediciones Selectas. 2007 [citado 22 Julio 2011]. [Alrededor de 4 pantallas]. Disponible en: www.saludfemenina.com.ar.

53. Aldara Martos P. El valor de la autoestima. [monografía en internet]. España, 2006 [citado 22 Julio 2011]. [Alrededor de 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.discasex.com/Article17.html>.

54. Orzú W M. 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 [citado 23 Julio 2011] [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], [citado 23 Julio 2011] Disponible en: www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-marconceptual.pdf.
57. Noviazgo y matrimonio, [página internet]. Italia. 2009 [citado 23 Julio 2011]. Disponible en: http://www.encuentra.com/documento.phpf_doc=1611&f_tipo_doc=5.
58. Martínez L. Hacia una sexualidad integral. blog de aplicaciones, [monografía en Internet] [citado 23 Julio 2011]. Disponible en: <http://famiiliatec.itesm.mx/publicaciones/docs/boletin8/familiapresente.pdf>
59. Méndez C. Sexualidad con naturalidad sabor y salud. [Monografía en internet]. [citado 23 Julio 2011]. Disponible en: <http://www.saborysalud.com/vidasana21.htm>

Anexos

Anexo 1: Instrumento d recolección de la información



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 promover 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 su nombre 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 FISIOLÓGÍA, 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. Marque con una X, solo la respuesta o respuestas que a su parecer son correctas | | |
| 2. Las fases en la respuesta sexual son: deseo (), excitación (), meseta (), orgasmo (), resolución (). | | |
| 3. La vivencia de una sexualidad responsable tiene como elemento principal La autoafirmación personal (ejercer control sobre la vida sexual). | | |
| 4. Vivir una sexualidad responsable es tener conocimientos de ITS y VIH/SIDA, y métodos de planificación familiar. | | |
| 5. Las actitudes y valores de los jóvenes son importantes en la vivencia de la sexualidad. | | |
| 6. Son manifestaciones de madurez sexual: menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto, masturbación. | | |
| 7. Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad. | | |
| a) Marca con una X las respuesta que creas correcta; | | |
| 8. El comportamiento sexual no coital es cuando se practica los: besos abrazos (), caricias (), masturbación (). | | |
| 9. 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 trasmisión 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 socio
demográficas 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 responderás: Completamente en desacuerdo

- | | |
|--|--|
| <p>1. Completamente en desacuerdo.</p> <p>2. Bastante en desacuerdo.</p> <p>3. Opinion intermedia</p> | <p>4. Completamente de acuerdo.</p> |
|--|--|

| 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 consciente de que te expones a problemas de salud como: embarazo precoz, ITS /VIH/SIDA. | | | | | |
| 6. Prevés 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. Tu 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 |
|------------------|----------------|
| ,870 | 50 |

Baremaciones

| Nivel | | |
|----------------------------|---------------------|----------------------|
| Conocimiento | No conoce Conoce | 14 o menos Más de |
| Anatomía y fisiología | No conoce Conoce | 4 o menos Más de |
| Respuesta sexual | No conoce Conoce | 4 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 | 173 o menos Más de 173 |
| Responsabilidad y prevención | Desfavorable Favorable | 33 o menos Más de |
| Libertad para decidir | Desfavorable Favorable | 20 o menos Más de |
| Autonomía | Desfavorable Favorable | 18 o menos Más de |
| Respeto mutuo | Desfavorable Favorable | 30 o menos Más de |
| Sexualidad y amor | Desfavorable Favorable | 32 o menos Más de |
| Sexualidad algo positivo | Desfavorable Favorable | 41 o menos Más de |

Anexo 3: Matriz de consistencia

Título: Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 – 19 años del Asentamiento Humano Consuelo de Velasco Sector 1 del distrito de Piura año 2011.

| ENUNCIADO DEL PROBLEMA | OBJETIVOS | VARIABLES |
|--|---|---|
| <p>¿Qué conocimientos y actitudes tienen los adolescentes de 14 – 19 años del Asentamiento Humano Consuelo de Velasco Sector 1 del distrito de Piura año 2011?</p> | <p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Describir los conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes del Asentamiento Humano Consuelo de Velasco Sector 1 del distrito de Piura año 2011.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>(a) describir el conocimiento global sobre sexualidad de los adolescentes del Asentamiento Humano Consuelo de Velasco Sector 1 del distrito de Piura año 2011.</p> <p>(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 los adolescentes del Asentamiento Humano Consuelo de Velasco Sector 1 del distrito de Piura año 2011.</p> <p>(c) Determinar los ítems menos conocidos por cada dimensión en los adolescentes del Asentamiento Humano Consuelo de Velasco Sector 1 del distrito de Piura año 2011.</p> <p>(d) Identificar las actitudes hacia la sexualidad en forma general de los adolescentes del Asentamiento Humano Consuelo de Velasco Sector 1 del distrito de Piura año 2011.</p> <p>(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 los adolescentes del Asentamiento Humano Consuelo de Velasco Sector 1 del distrito de Piura año 2011.</p> <p>(f) Describir características sociodemográficas y sexuales en los adolescentes del Asentamiento Humano Consuelo de Velasco Sector 1 del distrito de Piura año 2011.</p> | <p>VARIABLES PRINCIPALES:</p> <p>1. Conocimiento sexual: es el conocimiento que tiene el adolescente respecto a su sexualidad</p> <p>2. Actitud sexual: es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente.</p> <p>VARIABLES SECUNDARIAS:</p> <p>1. Características sociodemográficas.</p> <p>a) Estado civil: conjunto de cualidades que distingue al individuo de la sociedad y en la familia.</p> <p>b) Ocupación: Actividad que realiza el encuestado en los últimos treinta días.</p> <p>c) Religión: Tipo de religión que profesa.</p> <p>d) Edad de inicio de la primera relación sexual: edad que se inicia sexualmente.</p> <p>VARIABLES DE CONTROL</p> <p>a) Sexo: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.</p> <p>b) Edad: Tiempo vivido por el adolescente, expresada en 14 a 19 años cumplidos.</p> |

| 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 2429 adolescentes que residen en el Asentamiento Humano Consuelo de Velasco Sector 1 del distrito de Piura.</p> <p>Muestra: El estudio se realizara en una muestra de 150 adolescentes del Asentamiento Humano Consuelo de Velasco sector 1 del distrito de Piura.</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 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 14 a 19 años del Asentamiento Humano Consuelo de Velasco Sector 1 del distrito de Piura año 2011; tiene como finalidad describir los conocimientos y las actitudes sexuales que tienen los adolescentes del Asentamiento Humano Consuelo de Velasco sector 1 del distrito de Piura. 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
Docente Tutor

S. Nelly Morales León
Tesista

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

Docente Tutor:

Celular: 999699148

Oficina del Dpto. Investigación: 327933

Tesista:

Nelly Morales León.

Celular: 965072214

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 de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Consuelo de Velasco Sector 1 del distrito de Piura año 2011; 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