



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE  
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES DE  
LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE LA I  
ETAPA DEL ASENTAMIENTO HUMANO 9 DE  
OCTUBRE DEL DISTRITO DE SULLANA-PIURA,  
DURANTE EL PERÍODO 2012-2015”**

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

**AUTORA:**

**OTILIA CELEDONIA MECA MECA**

**ASESORA:**

**OBS: MARÍA ESPERANZA GARCÍA SHIMIZU**

**SULLANA- PIURA- PERÚ**

**2012-2015**

## **JURADO EVALUADOR**

ANITA ELIZABETH JUAREZ MARCHÁN  
**PRESIDENTA**

AURIA LUCÍA PANTA BOGGIA  
**SECRETARIA**

CINTHYA TERESA CORONADO MORALES  
**MIEMBRO**

MARÍA ESPERANZA GARCÍA SHIMIZU  
**ASESORA**

## AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por darme la oportunidad de culminar mis estudios universitarios, por estar siempre conmigo y por no dejarme sola en momentos en que más lo necesito.

A la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, por su confianza y facilidades brindadas para el desarrollo de la presente investigación.

Un agradecimiento especial a la Obst. María Esperanza García Shimizu, asesora de esta tesis por compartir sus conocimientos y brindarme su tiempo y paciencia para el desarrollo del trabajo.

A los adolescentes por su participación, sinceridad y honestidad para responder a las preguntas del estudio de investigación.

## RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo general, describir los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años, de la I etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana – Piura. El estudio fue de tipo cuantitativo nivel descriptivo, diseño no experimental – transversal. La muestra estuvo constituida por 200 unidades. Para la recolección de los datos se aplicó tres instrumentos: cuestionario de conocimientos; test de actitudes sexuales, y de características socio-demográficas y prácticas sexuales. Obteniéndose los siguientes resultados: el 77.60% no conocen aspectos relacionados a su sexualidad, respecto a las actitudes, 36.80% tienen actitudes desfavorables. Finalmente se Concluye: En su mayoría tienen desconocimiento de cómo vivir una sexualidad responsable y segura en las cuatro dimensiones básicas para el desarrollo de su sexualidad.

**Palabras clave:** Conocimientos, actitudes, sexualidad, adolescentes.

## **ABSTRACT**

The study was overall objective, describing the sexual knowledge and attitudes of adolescents 14-19 years of stage I of the Human Settlement October 9th District Sullana - Piura. The study was quantitative descriptive level, no experimental design - cross. The sample consisted of 200 units. For data collection was applied three instruments: knowledge questionnaire; Test sexual attitudes, and socio-demographic characteristics and sexual practices. With the following results: 77.60% do not know the issues related to their sexuality, regarding attitudes, 36.80% had unfavorable attitudes. Finally he concludes: They mostly have ignorance of how to live a safe and responsible sexuality in the four basic dimensions for the development of their sexuality.

**Keywords:** Knowledge, attitudes, sexuality, teenagers.

## CONTENIDO

1. Hoja jurado evaluador	iv
2. Hoja de agradecimientos	v
3. Resumen	vi
4. Abstract	vii
5. Contenido	ix
6. Índice de tablas	ix
7. Índice de gráficos	xi
<b>I. Introducción</b>	13
<b>II. Revisión de Literatura</b>	24
2.1. Antecedentes	24
2.2. Bases teóricas	36
2.3. Bases conceptuales	51
<b>III. Metodología</b>	121
3.1. Diseño de la investigación	121
3.2. Población y muestra	121
3.3. Técnicas e instrumentos	123
<b>IV. Resultados</b>	130
4.1. Resultados	130
4.2. Análisis de resultados	135
<b>V. Referencias bibliográficas</b>	160
<b>VI. Conclusiones</b>	188
Anexo N° 01: Instrumento.	189
Anexo N° 02: Validez y confiabilidad del instrumento	180
Anexo N° 03: Cronograma de ejecución	195

## ÍNDICE DE TABLA

<b>Tabla N.º 01:</b>	Conocimiento global sobre sexualidad de los adolescentes de 14-19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana-Piura. Durante el periodo 2012 – 2015.	130
<b>Tabla N.º 02:</b>	Conocimientos sexuales por dimensión de los adolescentes de 14-19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana-Piura. Durante el periodo 2012 – 2015.	131
<b>Tabla N.º 03:</b>	Conocimiento sobre anatomía y fisiología sexual y reproductiva de los adolescentes de 14-19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana-Piura. Durante el periodo 2012 – 2015.	132
<b>Tabla N.º 04:</b>	Conocimiento sobre respuesta sexual de los adolescentes de 14-19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana-Piura. Durante el periodo 2012 – 2015.	134
<b>Tabla N.º 05:</b>	Conocimiento sobre prevención de ITS-VIH/SIDA de los adolescentes de 14-19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana-Piura. Durante el periodo 2012 – 2015.	135
<b>Tabla N.º 06:</b>	Conocimiento sobre métodos anticonceptivos como prevención del embarazo en adolescentes de 14-19 años I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana-Piura. Durante el periodo 2012- 2015.	137

<b>Tabla N.º 07:</b>	Actitudes sexuales en general de los adolescentes de 14-19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana-Piura. Durante el periodo 2012 – 2015.	139
<b>Tabla N.º 08:</b>	Actitudes sexuales por dimensión de los adolescentes de 14-19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana-Piura. Durante el periodo 2012 – 2015.	140
<b>Tabla 09:</b>	Características socio-demográficas de los adolescentes de 14-19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana-Piura. Durante el periodo 2012 – 2015.	142



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico N.º 01:</b>	Distribución porcentual del conocimiento global sobre Sexualidad de los adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana-Piura. Durante el periodo 2012 – 2015.	179
<b>Gráfico N.º 02:</b>	Distribución porcentual el conocimiento global sobre sexualidad por dimensiones de los adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana-Piura. Durante el periodo 2012 – 2015.	180
<b>Gráfico N.º 03:</b>	Distribución porcentual del conocimiento sobre anatomía y fisiología sexual y reproductiva de los adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana-Piura. Durante el periodo 2012 – 2015.	181
<b>Gráfico N.º 04:</b>	Distribución porcentual del conocimiento sobre respuesta sexual de los adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana-Piura. Durante el periodo 2012 – 2015.	182
<b>Gráfico N.º 05:</b>	Distribución porcentual del Conocimiento prevención de ITS-VIH/SIDA de los adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana-Piura. Durante el periodo 2012 – 2015.	183

- Gráfico N.º 06:** Distribución porcentual del conocimiento sobre métodos anticonceptivos como prevención del embarazo de adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana-Piura. Durante el periodo 2012 – 2015. 184
- Gráfico N.º 07:** Distribución porcentual de las actitudes sexuales en general de los adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana-Piura. Durante el periodo 2012 – 2015. 185
- Gráfico N.º 08:** Distribución porcentual de las actitudes sexuales por dimensiones de los adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana-Piura. Durante el periodo 2012 – 2015. 186

## I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período de vida comprendido entre los 10 y 19 años, según la OMS (Organización Mundial de la Salud). (1), siendo catalogado como período más saludable del ciclo de vida y etapa de Construcción de identidad individual y colectiva. La sexualidad es parte natural de los procesos de desarrollo en los adolescentes. Se predice como un factor de importancia por lo que hace involucrar a riesgos netamente perjudiciales como el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH-SIDA.

Por otra parte la adolescencia se cataloga como período más saludable del ciclo de vida y etapa de construcción de identidad individual y colectiva; asimismo la influencia del entorno social es fundamental en el desarrollo de estilos de vida y conductas determinadas. De acuerdo a la actitud de los adolescentes hacia la sexualidad, la relevancia al contagio de las enfermedades de transmisión sexual varía según el nivel cultural, las creencias religiosas, las relaciones afectivas con los padres y la edad de los adolescentes. Así parece que el nivel cultural propio y de los padres tiene como efecto el acercar los modelos de conducta de chicas y chicos. Al aumentar el nivel educativo, los chicos son menos precoces en iniciarse en determinados comportamientos, vinculan más la afectividad a la sexualidad y comparten la iniciativa en cuanto a sus relaciones coitales con su pareja (2). Es por esa temática lo que motivó la obligación de investigar, ya que la sociedad presenta problemas de gran relevancia discutible. Me motivo a realizar esta presente investigación en el de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana-Piura con la finalidad de obtener un diagnóstico totalmente veraz sobre la realidad en el campo de la sexualidad para aclarar sobre qué tanto conocen y cuáles son las actitudes de los adolescentes acerca de la temática; lo que incitará a abordar soluciones con el esfuerzo organizado ya sea con la comunidad o diferentes entidades que ayuden a modificar estilos de vida para hacer una salud sexual y reproductiva saludable.

## **Planteamiento del problema.**

### **Caracterización del problema**

La adolescencia es un período de vida comprendido entre los 10 y 19 años, según la OMS (Organización Mundial de la Salud). (2), siendo catalogado como período más saludable del ciclo de vida y etapa de Construcción de identidad individual y colectiva. (3)

En esta etapa, surgen sensaciones e impulsos de tipo sexual relacionados con los cambios biológicos que enfrentan todos los adolescentes. Los cambios hormonales, provocan que se quiera sentir placer físico a través del propio cuerpo y del cuerpo de otros (4), por lo tanto, esta llena de cambios físicos y cognoscitivos; presentando un mayor o menor grado de crisis de desarrollo. (5)

Continuamente, en la adolescencia interfieren serios obstáculos para acceder a los anticonceptivos y medidas de prevención de ITS, lo cual puede acarrear consecuencias alarmantes como: embarazos no deseados en menores de edad, riesgos de aborto, sumado a esto el contagio de infecciones de transmisión sexual como el SIDA.

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de Salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el Adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial. (6). En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2000 llegarán a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. (6)

La sexualidad se refiere a una dimensión fundamental del ser humano basada en el sexo, género, identidad de sexo, orientación sexual, erotismo, vinculación afectiva, amor y la reproducción, (7) que es a la vez factor importante que hace aumentar el riesgo de las ITS y VIH/SIDA. (8).

Acuña conducta sexual de riesgo como la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud. (9)

Meramente, se menciona a la familia como parte importante en el desarrollo de la sexualidad humana, convirtiéndose en modelos repetitivos de machismo en el trato con la mujer; situaciones de promiscuidad que provocan desajustes en la educación sexual de los hijos. (10)

Asimismo, la actitud de los adolescentes hacia la sexualidad, varía según el nivel cultural, las creencias religiosas, las relaciones afectivas con los padres y la edad de los adolescentes. (11).

Para tal fin la falta de comunicación por parte de padres y maestros, los adolescentes llegan a iniciar más tempranamente las relaciones sexuales sin la debida protección. (12)

No obstante, en África subsahariana el comportamiento sexual, se considera que al menos el 80% de los adolescentes han tenido alguna relación sexual antes de los veinte años. (13), Por otra parte, en México se estima que el embarazo adolescente puede representar un riesgo bio-psico-social para la madre y el recién nacido, como una mayor mortalidad materno infantil. También puede conducir a menores posibilidades de educación formal. (14) de manera consecutiva nuestro país que para el año 2007, según el censo cuenta con una población de 28.220.764 habitantes. (15) que de acuerdo a la situación actual del adolescente; la causa principal es la iniciación sexual precoz sin protección, asociada a la falta de información.(16).

Se estima que el 22% de las adolescentes y 67 de las jóvenes se abrían iniciado sexualmente, antes de los 15 años. Con respecto a la pareja en el inicio sexual, la tendencia sería iniciarse con parejas con dos años de diferencia de edad y no con personas mayores o con trabajadoras sexuales. (17). Este problema se hace más intenso en las adolescentes analfabetas; cabe señalar que en nuestro país el riesgo de la mujer de morir a causa del embarazo es de 1 en 85. (17)

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI 2009), se registró 2,5 mil de mujeres adolescentes entre 12 a 19 años de edad, de las cuales el 7,3 % son madres adolescentes. Conllevando a que en nuestra sociedad exista un manejo inadecuado de la información sobre sexualidad. (18) Así el 57% de mujeres casadas y solteras de 15 a 19 años tienen relaciones sexuales sin protección. (19).

Paralelamente, las ITS constituyen un grupo de infecciones endémicas, de múltiples etiologías, que tienen en común su transmisión durante la actividad sexual. Cabe recalcar que algunos estudios indican que alrededor del 20% de los adultos jóvenes y adolescentes sexualmente activos contraen una ITS cada año. (20)

Según las cifras de 2008 publicadas por la OMS, hay actualmente 33,4 millones de afectados por el VIH con relación al África subsahariana que continúa siendo la región más afectada por el VIH. En el año 2008, dicha región tenía el 67% de las infecciones por VIH a nivel mundial. (21) Por otro lado la región Piura, que cuenta con una población estimada de 1 754 791 habitantes. (22); presenta un total de 9 966 madres adolescentes de 12 a 19 años. (23), cuya causa de muerte en los adolescentes y jóvenes son: los accidentes de transporte terrestre, VIH/SIDA, el ahogamiento y los eventos violentos; así como también la muerte materna durante el embarazo, parto y puerperio. (24)

De éste panorama se involucra Sullana, cuya población referida es de 304, 997 habitantes. (25) Respecto a la zona de estudio:

El Distrito peruano de de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre es uno de los nueve distritos que conforman la Provincia de Sullana, perteneciente a la Región Piura. Siendo un distrito muy acogedor y muy ecológico en favor de la naturaleza misma. Limita al noroeste con el distrito de Sullana, al noreste con el distrito de Las Lomas al este con los distritos de Frias y Sapillica, al Sur con el distrito de Chulucanas y al oeste con los distritos de Piura y Castilla.

Uno de los caseríos con los que cuenta el Distrito de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre, que cuenta con un total de población de 3477 habitantes, y una población de jóvenes de 371 de 15 a 19 años, con características de la salud sexual y reproductiva preocupante pues diversos factores mencionados con anterioridad agudizan la problemática, sumándose a éste la poca accesibilidad de los servicios de salud especialmente los del área de consejería en planificación familiar e Información, educación y comunicación (IEC).

Esta situación ha despertado el interés de profundizar el estudio planteado a través de la siguiente interrogante. **¿Cuáles son los Conocimientos y Actitudes Sexuales en los Adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana- Piura, Durante el Período 2012-2015?**



## **Objetivos de la Investigación:**

### **Objetivo general**

Describir los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre, Provincia de Sullana Durante el periodo 2012-2015.

### **Objetivos específicos**

1. Describir características sociodemográficas y principales prácticas sexuales en los adolescentes de 14-19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre, Provincia de Sullana en el año 2012-2015.
2. Describir el nivel de conocimiento sexual en general sobre sexualidad de los adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre, Provincia de Sullana en el año 2012-2015.
3. Describir el conocimiento sexual en las dimensiones de Anatomía y fisiología sexual y reproductiva, ciclo de respuesta sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, metodología anticonceptiva como prevención del embarazo, en los Adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre, Provincia de Sullana en el año 2012-2015.
4. Determinar los ítems menos conocidos por cada dimensión en los adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre,, Provincia de Sullana en el año 2012-2015.
5. Identificar las actitudes hacia la sexualidad en forma general de los Adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre, Provincia de Sullana en el año 2012-2015.

6. 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 de los Adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre,, Provincia de Sullana en el año 2012-2015.

### **Justificación de la Investigación:**

El ser humano atraviesa por una serie de etapas de desarrollo, pero por consiguiente ninguna ha sido estudiada como la adolescencia. Es precisamente en la adolescencia que atraviesa o experimenta sucesos de carácter vital y determinantes como el inicio de la vida sexual; por ende los encierra al riesgo de tener embarazos no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual hasta incluso el VIH, comprometiendo a otros riesgos para su salud sexual y reproductiva. Estos riesgos comúnmente se dan por la falta de información; es así que la ignorancia juega un papel desfavorable para su conocimiento.

Cabe recalcar que la salud sexual adolescente proyecta un completo bienestar y constituye un elemento importante para el avance fidedigno de los aspectos social, económico y político. Meramente, los cambios característicos del comportamiento sexual, han constituido un fenómeno sorprendente en las últimas décadas, lo que conlleva a actitudes sexuales irresponsables, que trae en sí consecuencias netas que compromete seriamente la salud sexual y reproductiva.

La presente investigación permitirá aportar al conocimiento de todas las personas que estén involucradas en la información de salud sexual y sobre todo actuar de manera precoz la problemática que sobresale en nuestro territorio, basado en los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años, que viven en la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre, Provincia de Sullana.

Cobra gran importancia la identificación de los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes, para tener una visión general de la realidad cotidiana, para así de acuerdo a resultados específicos fomentar la instrucción de tal modo que se llegue a esclarecer los aspectos más vulnerables de los adolescentes, involucrando en sí la falta de información y/o comunicación.

El tema que se proyectará en la investigación es relevante toda vez que se inserta en el contexto de la salud pública y las políticas de salud actuales con impacto en los procesos reproductivos.

La información contribuye a incrementar el bagaje de conocimientos en un tema de actualidad. A partir de los resultados y si el caso lo amerita, se podrá formular sugerencias para la intervención educativa orientada a reducir la problemática existente, a través de un enfoque transversal y acciones específicas con la familia, maestros y proveedores de salud. Además, se busca establecer un punto de partida para futuras investigaciones y aportar con un instrumento de recolección de datos para otros estudios.

Un enfoque integral de este problema implica tener en cuenta los factores generales, particulares y singulares que inciden en él y sus posibles interrelaciones, de ahí que se abarcará a tratar el problema desde la dimensión de la vivencia de una sexualidad responsable.

La atención a las necesidades de los adolescentes deben confluir no solo los que se dedican al cuidado de la salud sino también los profesionales de la educación.

Se piensa, junto con ellos, que sería interesante averiguar lo que saben y opinan los de nuestra zona, a fin de, a partir de ahí, establecer estrategias para intentar mejorar la información de que disponen y evitar la morbilidad en cuanto a Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y embarazos no deseados.

La expectativa será proveer de información clave sobre sexualidad a los establecimientos de salud de nuestro medio, como insumo para intervenciones estratégicas de promoción y mero cuidado de salud sexual y reproductiva del adolescente.

En el marco de las comunidades de aprendizaje será nuestra línea de base para relucir intervenciones de abordaje al adolescente, incluyendo la temática a tratarse en los programas educativos de diferente índole, en los colegios inmersos en el ámbito de estudio, con el objetivo de aportar en la disminución de los indicadores negativos en éste componente de la salud, y ayudar al desarrollo integral del adolescente.

El presente proyecto cobra importancia toda vez que se pretende explorar los: “Conocimientos Y Actitudes Sexuales De Los Adolescentes De 14-19 Años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre, Provincia de Sullana durante el periodo 2012-2015”

## II. REVISIÓN DE LITERATURA

### Antecedentes

Para la presente investigación se ha tomado como evidencias Antecedentes a nivel internacional que exponen estudios relacionados con la sexualidad en adolescentes como:

**Varela M, Paz J. España 2010 (26)**, en su investigación: Estudio sobre conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes entre los 13 a 21 años; de un total de 300 adolescentes y jóvenes demostró que, los varones obtienen en un 30,8% la información sobre sexualidad por internet; en cambio las mujeres lo hacen de sus familias en un 57,6%. Los chicos le dan mucha más importancia a la sexualidad. Así, la primera experiencia sexual no coital ocurre a los 13 años. Puesto que, la primera relación sexual coital es a los 15 años para los chicos y a los 16 para las chicas. Asimismo el motivo de la primera relación sexual coital en las mujeres fue el amor (40,6%) frente a los chicos que refirieron el deseo (24,1%).

Por otro lado, las mujeres son más conscientes ante el riesgo de embarazo (82,7%). Los padres de los adolescentes aceptan que éstos tengan relaciones sexuales en el 27% y solamente en el 7,8% de las adolescentes. Para efecto, el preservativo es el método anticonceptivo más conocido para los encuestados, pero poco utilizado (el 35% en chicos y el 37% en chicas). El sida es la enfermedad de transmisión sexual más conocida. Por lo tanto, el nivel de información en los adolescentes es insuficiente, por ello es necesaria la inclusión de la educación sexual en los centros escolares.

**Medina R. Uruguay 2009 (27)**, en su estudio realizado encontró que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales fue de 16,4 años. Del total de las adolescentes, 97% tenía conocimiento acerca de los distintos métodos anticonceptivos, pero 68% no los usó o los usó en forma incorrecta.

De las pacientes encuestadas, 78% había sido informada acerca de los mismos, la edad de inicio de las relaciones sexuales es en promedio como la de la gran mayoría de las adolescentes de nuestro país y de otras poblaciones extranjeras. Conocen los diferentes métodos anticonceptivos pero tienen un alto nivel de fallas y de no uso. Un gran porcentaje de las mismas reciben información de cómo usarlos, pero la mayoría no la recibe de personal capacitado.

**Calatrava M, López C, Del Irala J. Europa 2011 (28)**, en su estudio: factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos, pues según esta revisión los datos sugieren un aumento de la iniciación sexual juvenil y del número de parejas sexuales en la cual el 15-20% de los jóvenes usan de forma inconstante el preservativo.

Entre los conocimientos y actitudes de riesgo detectadas encontramos: desconocer otras ITS distintas al VIH, tener una actitud favorable a las relaciones sexuales casuales, creer erróneamente que algunas medidas son eficaces para prevenir el VIH, desconocer los riesgos de tener múltiples parejas sexuales y desconocer la transmisión sexual del VIH.

**Arboleda A. Ecuador 2012 (29)**, en su estudio: “Nivel de conocimiento que tienen los estudiantes del Colegio “San Francisco de la ciudad de Zamora” sobre los peligros que conlleva el inicio de la vida sexual y la práctica de una sexualidad no responsable, durante el periodo comprendido entre Octubre 2009 a Febrero de 2010” a 132 adolescentes.

Respecto a si han tenido relaciones sexuales, se encontró que el 80,7% no han tenido relaciones sexuales y un 19,3% si han tenido relaciones sexuales. Respecto a la edad en que los adolescentes iniciaron su vida sexual, se encontró que el 44% la iniciaron entre los 13-14 años, el 29.33% entre los 15-16 años, el 21.33% entre los 12 años y el 5.33% entre los 17-18 años. Respecto a que motivó a los adolescentes a iniciar su vida sexual, se encontró que el 38,7% lo hicieron por curiosidad, el 30,7% por placer, el 26,6% por amor y el 4% lo realizó por presión.

En relación a que hacen los adolescentes para cuidarse cuando tienen relaciones sexuales el 73,3% utiliza preservativo siendo el 19% coito interrumpido. Respecto al lugar donde han adquirido información de ITS, el 50,3% lo recibió por sus padres y el 32,3% en el colegio. Respecto a las conductas de riesgo para contraer enfermedades de transmisión sexual, se encontró que el 68.8% es por no usar condón. Respecto a cuánto saben de sexualidad, se encontró que el 44.5% sabe algo, poco un 24%, bastante en un 18.5%, nada el 7.5% y todo el 5.8%.

De los 132 adolescentes que no han hablado de sexualidad con sus padres se encontró que el 43,2% es por falta de confianza, el 20,5% es por falta de comunicación entre padres e hijos. Con respecto a los métodos de control de natalidad de los 219 adolescentes del estudio que si conocen, se refleja que el 54,8% es el preservativo, en un 28,8%, anticonceptivos orales en 13,7%, DIU en un 11,4%, aborto 5,9%, inyecciones 5%, ligadura 3,7%, planificación familiar 3,2 y el método del ritmo 2,3%.

**Valdés V, Barrios J, Gonzáles K. San Luis 2009 (30)**, en la investigación: “Algunos aspectos de la sexualidad en 312 adolescentes de 12 a 15 años matriculados en la secundaria básica urbana “Capitán San Luis”, del municipio Jaruco, provincia Mayabeque, desde septiembre del 2008 hasta diciembre del 2009”. Se reflejan los resultados obtenidos al explorar la opinión de los adolescentes sobre los conocimientos que poseen sobre sexualidad, se observó que el 57.37% refirió conocer poco sobre sexualidad y el 42.63% restante refirió que conocía mucho sobre la sexualidad. Ningún adolescente consideró que no conocía nada sobre la sexualidad.

Cuando se relacionó la opinión según el sexo se obtuvo que en ambos sexos predominaran los adolescentes que consideraron tener pocos conocimientos, con un porcentaje ligeramente superior en el sexo femenino. (Sexo femenino 59.55%, sexo masculino 55.68%).



Con respecto a la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales, se observó que del total de adolescentes encuestados, 136 había tenido relaciones sexuales. De ellos predominaron los que iniciaron las relaciones sexuales a los 14 años con un 41,17%, seguido de los 15 años con un 26,47% y los 13 años con 17,64%. El resto de las edades se registraron en menor por ciento.

**Rodriguez D, Morgado Y, Pérez E, Rodriguez A, Suárez J. Venezuela 2010 (31)**, en la investigación: Caracterización del embarazo en la adolescencia. Barrió La Victoria, Barquisimeto, Estado Lara. Venezuela. Se tuvo como conclusión que La mayoría de los adolescentes tienen un nivel de escolaridad predominante de secundaria básica y han tenido relaciones sexuales. El conocimiento que dicen tener sobre los métodos anticonceptivos no se corresponde con el uso y su constancia, y la accesibilidad a estos se les dificulta por sus costos elevados. Ninguno de los adolescentes se siente responsable ante una relación sexual desprotegida, así como ante sus consecuencias.

**Arana MT (32)**, encontró que el 69% de la población se considera medianamente informada sobre sexualidad y el 35% de las mujeres y el 42.2% de los hombres iniciados sexualmente, utilizaron el condón en su primera relación sexual; sin embargo, aunque perciban el condón como una forma de prevención del VIH/SIDA, el 60% de la población total que lo utiliza considera a las ETS y al SIDA como enfermedades ajenas a su grupo étnico.

**Libreros L, Fuentes L, Pérez A. Carabobo-Venezuela 2010 (33)**, en su estudio: Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Sexualidad de los Adolescentes en una Unidad Educativa, se reportó que el 16.42% tienen un conocimiento bueno sobre ITS. Respecto al inicio de relaciones sexuales, el 34.5% de los adolescente respondieron que si tenían actividad sexual, siendo mayor en el sexo masculino; los estudiantes inician la actividad sexual en la adolescencia media con un 70.5%, siendo mas frecuente en los varones. el sexo masculino reporto 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 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 mas 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. Se evidencia 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 y mayor práctica sexual.

**Vidal M, Vidal M, Barrios J, Gonzáles K. La Habana 2011(34)**, en su estudio: Opinión de los adolescentes sobre los conocimientos que poseen sobre sexualidad, se observa que el 57.37% refirió conocer poco sobre sexualidad y el 42.63% restante refirió que conocía mucho sobre la sexualidad. Ningún adolescente consideró que no conocía nada sobre la sexualidad. En relación a los métodos anticonceptivos más usados se registró que el preservativo fue también el más usado con un 33.08%, seguido de las tabletas con un 31.61%, los DIU con un 22.05% y el coito interrumpido con un 2.94% y que el 10.29% de los adolescentes no usaban anticonceptivos en sus prácticas sexuales.

Con respecto a la información sobre métodos anticonceptivos de los adolescentes encuestados, se observa que predominaron los adolescentes que refirieron haber obtenido información a través de los amigos con un 98.39%, le siguieron aquellos que refirieron haberla obtenido por medio de los padres que con un 22.43% y en tercer lugar se registraron los que obtuvieron información por medio de los profesores con un 21.15%. Se reportó además que el 13.14% respondió que obtuvo información a través del círculo de interés y el 9.61% dijo que por el equipo de salud. Respecto a la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales, se observa que del total de adolescentes encuestados, 136 había tenido relaciones sexuales.

De ellos predominaron los que iniciaron las relaciones sexuales a los 14 años con un 41,17%, seguido de los 15 años con un 26,47% y los 13 años con 17,64% y respecto a la distribución de las adolescentes con vida sexual activa según la presencia amenorreas y de embarazos confirmados, se observó que el 47,27% de las adolescentes con vida sexual activa tuvo amenorreas y en el 23,63% se confirmó un embarazo.

**De esta manera se ha constatado estudios como Antecedentes a Nivel Nacional, en la que diversos autores reportan lo siguiente:**

**Solís N. Chimbote 2010 (35)**, en su estudio: Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de la comunidad Zonal Magdalena Nueva, se obtuvo que la Edad promedio de entrevistados fue de 16,5 años; 79% son católicos; 89% estudiantes; 56% tiene enamorado(a); 96% son heterosexuales; 34% inició actividad sexual a los 16 años; 85% desconoce su sexualidad; 41% desconoce su anatomía genital; 43% desconoce los días fértiles; 85% reconoce que el sexo necesita aprendizaje; 53% desconoce uso de preservativos; 28% desconoce métodos de planificación familiar; 75% tiene actitudes desfavorables; 77% no previene el riesgo; 80% no decide libremente; 77% no tiene autonomía ni respeto mutuo; 82% no relaciona la sexualidad con el amor; 76% no percibe la sexualidad como algo positivo.

**Jerónimo C, Álvarez J, Carbonel W, Neira J. Ica 2009 (36)**, en su ensayo: Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria, se estimó que el 50,5% (247) de los encuestados fueron de sexo femenino encontrándose una media de 15,61. El 49,5% (242) del total de la muestra fueron de sexo masculino con una media de 15,81. El 47,6% de los estudiantes señaló que la persona con quien habla de sexo eran los padres. 34,6% señaló que la fuente de información primaria sobre sexualidad era la madre y el profesor 28,6%. El 72,2% perciben que su conocimiento sobre sexualidad es regular y 90,0% que conoce 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%). El 61% de los estudiantes manifestaron tener enamorado(a); 27% refirieron haber tenido ya relaciones coitales (132). De ellos un 76,5% usan condón en sus relaciones sexuales, 47% refiere dificultad en su uso.

**Quispe R (37). 2010**, la mayoría de los estudiantes tiene un nivel de conocimiento medio 49% acerca de las formas de transmisión del VIH/SIDA, refiriendo conocer más la vía sanguínea, en relación a la dirección de las actitudes se evidencia una actitud de aceptación hacia la práctica sexual riesgosa. Existiendorelación entre el nivel de conocimiento acerca de las formas de transmisión del VIH/SIDA con las actitudes hacia las prácticas sexuales riesgosas lo que fue evidenciado que a bajo o medio nivel de conocimiento mayor es la aceptación hacia la práctica sexual riesgosa.

**Aspilcueta D, Calderón J. Lima 2007(38)**, se estimó que el uso de preservativos se dio de acuerdo a cada circunstancia, por ejemplo los usuarios nuevos emplean el condón en las relaciones sexuales con la pareja en el 48 % de los encuestados, mientras que los continuadores el 63 % de los jóvenes lo emplean en esta circunstancia.

En cuanto a los conocimientos acerca del condón se pudo encontrar que los usuarios nuevos reportaron un conocimiento alto sobre el condón en el 81%, manteniéndose en la misma proporción (80.4%) en los usuarios continuadores. Los conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual se encontró que los usuarios nuevos tuvieron un conocimiento alto en el 62%, y los continuadores un 58 % de esta misma categoría y el conocimiento medio estuvo alrededor del 35 % en ambos grupos resultado que sumado es similar al reportado por la línea de base en el que el 86 % de los usuarios conocía sobre las ITS y el VIH-SIDA.

**Carmona G. Bellavista-Callao 2008(39)**, en su ensayo: conocimientos y actitudes hacia los anticonceptivos en los adolescentes del tercer año de secundaria del colegio nacional “Dora Mayer”.

Con respecto a métodos anticonceptivos se estimó que los (as) adolescentes tuvieron equivocada información acerca de los métodos: del ritmo (53%); MELA (43%), inyectables y píldoras anticonceptivas (37%), el dispositivo intrauterino (47%) y la anticoncepción de emergencia (79%); conocimiento insuficiente acerca del preservativo (42%) y métodos quirúrgicos (43%).

Asimismo presentaron actitudes positivas hacia los anticonceptivos: en el uso en la primera relación coital (66%), responsabilidad mutua en pareja (62%); actitud negativa a la distribución gratuita de los anticonceptivos (52%), a la anticoncepción oral de emergencia (74%), a la corresponsabilidad en ambos sexos de llevar un condón (80%); y a su uso permanente en vida sexual activa (59%).

Consideraron que el proveedor expresa cierto grado de juzgamiento y desagrado cuando le solicitan información anticonceptiva (69%).

**Salazar H. Cuzco-Iquitos 2009 (40)**, en su estudio: Conocimiento y actitudes de estudiantes adolescentes de zonas urbanas de las ciudades de Cuzco e Iquitos frente a los métodos anticonceptivos, se obtuvo que, respecto de las experiencias coitales, el 38% de la muestra señala haberla tenido, de este, el 22% expresa que es para “saber qué se siente”.

Los varones tienen mayor anticipación que las mujeres en esta experiencia. La edad promedio para los varones es de 13 años y para las mujeres es de 15 años. Hay diferencias por ciudades, siendo que el 69% de los varones de Iquitos han tenido experiencias sexuales. Asimismo el condón es el anticonceptivo más conocido y usado (65%).

**Por otra parte se ha difundido otros estudios en sexualidad como Antecedentes Regionales, en la que se señala lo siguiente:**

**Huaches C. Castilla-Piura 2010 (41)**, en su estudio: Conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de 14 - 19 años de AAHH "San Valentín" del Distrito de Castilla - Piura, se obtuvo lo siguiente, que el 90% de los adolescentes en estudio presentan un nivel de conocimiento bajo en sexualidad a nivel general así mismo al profundizar el nivel de conocimiento por dimensiones los adolescentes también demuestran un nivel de conocimiento bajo. Observamos que el 54% de los adolescentes en estudio presentan actitudes sexuales desfavorables hacia la sexualidad, lo cual incrementan significativamente las probabilidades de que un individuo incurra en una conducta a su sexualidad; mientras que solo 46% presentan una actitud favorable frente a la misma.

**Paz S(42). Piura 2010**, en la Investigación “Conocimientos y Actitudes Sexuales en los Adolescentes de 14-19 años del AA. HH. José María Arguedas de Piura durante el período 2010”. Se obtuvo los siguientes resultados:

El nivel de conocimiento sobre sexualidad en general es bajo un 87.50%, de los 80 adolescentes encuestados indican que estos desconocen temas básicos como anatomía y fisiología sexual y reproductiva, ciclo de respuesta sexual humana, prevención de enfermedades de transmisión sexual VIH –SIDA, y metodología anticonceptiva como prevención del embarazo, esto indica el grave problema por lo que pasa el adolescente expuesto al riesgo sexual.

En relación al nivel de conocimientos en sexualidad por dimensiones se reporto nivel de conocimientos bajo en la dimensión prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA, metodología anticonceptiva como prevención del embarazo (100%), ciclo de respuesta sexual humana (98.75%), y finalmente anatomía y fisiología sexual y reproductiva (61.25%).

Encontramos que las actitudes hacia la sexualidad de los y las adolescentes, estos manifiestan actitudes desfavorables (100%), conllevando comportamientos y situaciones de riesgo sexual y reproductivo.

**Palacios R. I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre,-Piura 2011(43),** en su investigación: Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de 14 - 19 años Piura, en los resultados obtenidos reflejan que en el asentamiento humano Andrés Rzuri demuestran que un 48.75% no conocen y el un 51.25% tiene conocimientos sobre sexualidad. Con respecto a dimensiones las menos conocidas fueron anatomía y fisiología sexual y reproductiva, Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/ SIDA, ciclo de respuesta sexual. En relación a actitudes el 76.25% mostro una actitud desfavorable en relación a su sexualidad y un 23.75% de los adolescentes demostraron actitud favorable, en cuanto a actitudes por dimensiones el 83% demostró actitud desfavorable en Autonomía.

En características socio demográficas la edad de mayor representación fue de 17 años con un 26.25% y la edad de 19 años representa un 6.25%, el 80% demostraron que si tienen enamorado(a), en cuanto a relaciones sexuales se encontró que el tota de hombres y mujeres que si han tenido relaciones sexuales es el 51.25%.



**Alvarado L. Sullana 2011 (44)**, en su investigación: Conocimientos y Actitudes Sexuales en Adolescentes de 14– 19 años I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana-Piura, se obtuvo que del 100% de los adolescentes encuestados, un 69.33 % muestra desconocimiento sobre aspectos básicos de la sexualidad en general, mientras que un 30.67% de estos reportan conocimientos. Entre las dimensiones la menos conocida y alarmante (88%) es anatomía, fisiología sexual y reproductiva. Respecto al nivel de las actitudes sexuales un 54 % de éstos tienen actitudes desfavorables y un 46 % presentan actitudes favorables. En las características socio demográficas según la población de estudio el 61.33 % pertenecen al sexo femenino, y 38.67% masculino, Con respecto al inicio de relaciones sexuales se reportó que el 32.67 % ya se había iniciado sexualmente y la edad predominante fue de 15 años con el 15%.

**Castillo R. Sullana 2011(45)**, en su estudio: Conocimientos y Actitudes Sexuales de los Adolescentes de 14-19 años del AAHH 9 de Octubre del distrito de Sullana, periodo 2011, se obtuvo que El 64% de los adolescentes del AAHH 9 de Octubre, desconoce aspectos básicos de su sexualidad en general y un 36% sí tiene el conocimiento. Refiriéndonos al conocimiento según dimensiones, Anatomía y fisiología sexual es la dimensión que presenta mayor desconocimiento. Con respecto a las actitudes sexuales el 55,33% mostraron actitudes desfavorables y el 44,67% actitudes favorables. Según resultados por dimensión en actitudes, el 70% de adolescentes revela actitudes desfavorables en Sexualidad y amor y un 67% en la dimensión libertad para decidir. En relación a las características socio demográficas, se obtuvo predominio del género femenino en un 57.33%, mientras que el 42.67% fueron masculinos, donde el 55,33% tiene enamorada. El 28,67% inició sus relaciones, siendo los 15 años la edad promedio.

## **Bases teóricas.**

**Para el presente proyecto de investigación se ha tomado en cuenta bases teóricas referentes a:**

### **Perspectivas teóricas del desarrollo de la vida:**

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. Los estudios comenzaron con observaciones simples de las conductas de las personas que rodeaban a los teóricos, en especial de niños y sus actitudes con respecto al medio ambiente que los rodeaba. Estas observaciones eran realizadas en estudios longitudinales donde se detallaba cada expresión de los niños en situaciones cotidianas hasta que los mismos alcanzaban la mayoría de edad. 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. (46, 47, 48). Se debe tomar en consideración que no son las únicas perspectivas del desarrollo humano existentes. Pero, son éstas las más conocidas a nivel mundial.

Cada teoría tiene una visión particular sobre la adolescencia y el comportamiento de las personas que pasan por esta etapa de la vida. Es importante tener en claro estas visiones de la adolescencia para trabajar de manera efectiva con los mismos. Se debe tener en cuenta que no todos los adolescentes se desarrollan de la misma manera ni están envueltos en las mismas experiencias y circunstancias de la vida.

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 N° 1

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

### **La Adolescencia: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales:**

El desarrollo humano se entiende como una sucesión evolutiva de “momentos” por donde el individuo va transitando, inmerso en un proceso histórico dinámico y a menudo contradictorio. Todo desarrollo humano se realiza en la interdependencia de dos procesos, uno de maduración y otro de mutación o cambio.

El primero lleva al segundo y el paso entre ambos corresponde a lo que comúnmente se denomina “crisis”. Éstas, también denominadas estadios o etapas, son a la vez liberadoras y generadoras de conflicto y angustia. Una de estas etapas es la adolescencia. Se caracteriza fundamentalmente por ser un período de transición entre la pubertad y el estadio adulto. (49)

El desarrollo humano se entiende como una sucesión evolutiva de “momentos” por donde el individuo va transitando, inmerso en un proceso histórico dinámico y a menudo contradictorio. Todo desarrollo humano se realiza en la interdependencia de dos procesos, uno de maduración y otro de mutación o cambio. El primero lleva al segundo y el paso entre ambos corresponde a lo que comúnmente se denomina “crisis”. Éstas, también denominadas estadios o etapas, son a la vez liberadoras y generadoras de conflicto y angustia. Una de estas etapas es la adolescencia. Se caracteriza fundamentalmente por ser un período de transición entre la pubertad y el estadio adulto.

Adolescencia viene de la palabra latina *adolescere*”, que nos remite al verbo *adolecer* y que en lengua castellana tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y crecer. La adolescencia se contempla ya en los tratados más antiguos. Siempre se ha considerado una época de los individuos a medio camino entre la infancia y la edad adulta, por ello muchas tribus y pueblos establecieron claramente una serie de ritos de iniciación para marcar y favorecer el paso entre una y otra. (49)

En nuestra cultura debemos considerarla 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, estos son algunos de los factores que influyen en los hábitos, costumbres y formas de vida de la adolescencia y juventud. Estos hechos, junto a las dificultades de los jóvenes para incorporarse al mercado de trabajo determinan que, socialmente la edad adolescente y juvenil se prolongue hasta los 25 años, y se difuminen en gran manera las peculiaridades de esta etapa, tendiendo a una homogeneización de sus hábitos, costumbres y formas de vida. Así, la adolescencia puede variar en las diferentes sociedades y épocas, igual que varía el reconocimiento de la identidad adulta que se le da al individuo (49)

### **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. Ello le exigirá una labor lenta, a menudo dolorosa, de “duelo” y de adaptación a las nuevas sensaciones y sentimientos que afectaran al cuerpo, la mente y a las relaciones de objeto e identificadoras. 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. La sexualidad y su expresión tendrán mucho que ver con la universalidad de la persona, y no solamente con el compromiso genital. Hay pocas dudas de que la vivencia y expresión de la sexualidad es una de las cuestiones más trascendentales de la etapa adolescente.

En todo este proceso el/la adolescente necesita de la familia y de la sociedad. “El adolescente se mira y se reconoce, en el reconocimiento que de él/ella hacen los demás”. Si la familia y la sociedad acogen y consideran sus cambios, el/la adolescente hace su recorrido con mayor tranquilidad y aceptación, e incluso con orgullo y seguridad. En cambio, si esto no ocurre, el/la adolescente esconde su cuerpo, se encierra en sí mismo o bien “actúa” para llamar la atención, exponiéndose a riesgos innecesarios. (49)

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.

La OMS la delimita cronológicamente entre los 10 y 19 años, aunque actualmente diferencia tres períodos, que la extienden hasta los 24 años:

Pre-adolescencia o temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad.

Adolescencia media o propiamente dicha, de 14 a 18 años.

Adolescencia tardía de 19 a 24 años.

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

Pero en vez de situarnos sobre una pirámide etaria, sería más interesante buscar un consenso, por encima de controversias, que contemplara de forma más abierta, el amplio espectro de esta época de grandes metamorfosis. Es importante resaltar que el crecimiento biológico, social, emocional e intelectual de los/las adolescentes, suele ser totalmente asincrónico y con frecuentes períodos de regresión (49).

En este periodo, la sexualidad es una de las mayores preocupaciones, en todos los niveles, empezando por los propios adolescentes, como para su familia y para la sociedad de la cual forman parte; ya que el inicio de actividad sexual sin la debida orientación y sin conocimiento de sus implicaciones puede exponerlos a una serie de riesgos para su salud y su futuro (50).

Entendiendo que la temática de la educación para la promoción del auto cuidado de la salud está basada en aspectos del desarrollo humano, es que consideramos la siguiente clasificación Distinguen dos etapas: (50)

A) Pre-adolescencia (fenómeno de la pubertad)

B) Adolescencia propiamente dicha.

#### **A) La Pre adolescencia:**

**Desarrollo físico:** Se produce una intensa actividad hormonal. Se inicia a los 11 o 12 años en las mujeres y a los 13 o 14 años en los varones. En las mujeres aparece la primera menstruación y en los varones la primera eyaculación; pero en ambos todavía sin aptitud para la procreación. En ambos sexos aparece el vello púbico. Se da también un rápido aumento de estatura, incremento en el peso, aparición de caracteres sexuales secundarios; en las mujeres: senos, caderas, etc. En los varones: Mayor desarrollo muscular, fuerza física, aumenta el ancho de la espalda, cambio de voz, pilosidad en el rostro, etc. (51)

#### **Desarrollo cognoscitivo:**

- No confunde lo real con lo imaginario y por tanto puede imaginar lo que podría ser.
- Usa con mayor facilidad los procedimientos lógicos: Análisis, Síntesis  
Descubre el juego del pensamiento.
- Desarrollo su espíritu crítico.

- Discute para probar su capacidad y la seguridad del adulto. En ocasiones es fantasioso, pero con poca frecuencia. Hay una proyección de sí en el porvenir; pero también a veces evade lo real. (51)

**Desarrollo tendencial:**

- Tiene necesidad de seguridad pero a la vez una necesidad de independencia de sus padres.
- Esto hace que despierte la necesidad de libertad, de ser independiente y libre; para ello emplea la desobediencia como una necesidad.

**Desarrollo afectivo:**

- Gran intensidad de emociones y sentimientos.
- Hay desproporción entre el sentimiento y su expresión.
- Las manifestaciones externas son poco controladas y se traducen en tics nerviosos, muecas, refunfuños, gestos bruscos, gritos extemporáneos.
- Pasa con facilidad de la agresividad a la timidez.

**Desarrollo social:**

- Creciente emancipación de los padres.
- Busca la independencia pero a la vez busca protección en ellos.
- Se da mutua falta de comprensión (con sus padres)
- Tiene necesidad de valorarse, de afirmarse, de afiliación y de sentirse aceptado y reconocido por los de su entorno.
- Su principal interés son las diversiones, el deporte, etc.

**Desarrollo sexual:**

- Tendencia a la separación entre chicos y chicas.
- Gran curiosidad por todo lo relacionado con la sexualidad



### **Desarrollo social:**

- Va pasando de la heteronomía a la autonomía.
- Aquí influye mucho la moral de las familias como testimonio. Así el adolescente será capaz de:
  - Fijar metas y objetivos propios.
  - Organizar su actividad en conformidad con sus proyectos.
  - Organizar mejor y eficientemente su tiempo libre.

**Desarrollo religioso:** El desarrollo religioso puede ser problemático cuando:

- Los padres no dan testimonio, usan la religión como disciplina y no son estables.
- Cuando el muchacho encuentra serias dificultades en el ramo de la sexualidad
- Cuando la religión, en el ambiente social, es considerado como "cosa de mujeres", "pueril".
- Cuando la catequesis recibida en la infancia ha sido formalista y separada de la vida.
- De lo contrario el desarrollo religioso es satisfactorio (51)

### **B) La Adolescencia propiamente dicha:**

**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.

Es capaz de raciocinar de un modo hipotético deductivo, es decir, a partir de hipótesis gratuitas y, procediendo únicamente por la fuerza del mismo raciocinio, llegar a conclusiones que pueden contradecir los datos de la experiencia.

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. El ideal es un sistema de valores al cual tiende por su extraordinaria importancia. El adolescente descubre estos valores y trata de conquistarlos para sí y para los demás. Aunque este hecho no afecta a todos los adolescentes Depende de la formación recibida. (51)

**Desarrollo motivacional:** Según **Schneiders**, quien refiere que, en el adolescente sobresalen los siguientes motivos:

- Necesidad de seguridad: Se funda en un sentimiento de certeza en el mundo interno (estima de sí, de sus habilidades, de su valor intrínseco, de su equilibrio emocional, de su integridad física) y externo (económica, su status en la familia y en el grupo). El adolescente puede sufrir inseguridad por los cambios fisiológicos, la incoherencia emotiva o por la falta de confianza en los propios juicios y decisiones.
- Necesidad de independencia: Más que una existencia separada y suficiencia económica, significa, sobre todo, independencia emocional, intelectual, volitiva y libertad de acción. Se trata de una afirmación de sí.
- Necesidad de experiencia: Fruto del desarrollo y la maduración que en todos sus aspectos son dependientes de la experiencia. Este deseo de experiencia se manifiesta claramente en las actividades "vicarias" (TV, radio conversación, cine, lecturas, juegos, deportes). Por esto mismo se meten en actividades poco recomendables: alcohol, drogas, etc.
- Necesidad de integración (de identidad): Que es un deseo inviolable y de valor personal.
- Necesidad de afecto: Sentir y demostrar ternura, admiración, aprobación).

**Desarrollo afectivo:** Es difícil establecer si la adolescencia es o no un periodo de mayor inestabilidad emotiva. Pero nada impide reconocer la riqueza emotiva de la vida del adolescente y su originalidad.

La sensibilidad avanza en intensidad, amplitud y profundidad. Mil cosas hay ante las que ayer permanecía indiferente y, hoy, patentizará su afectividad. Las circunstancias del adolescente, como la dependencia de la escuela, del hogar, le obligan a rechazar hacia el interior las emociones que le dominan. De ahí la viveza de su sensibilidad: al menor reproche se le verá frecuentemente rebelde, colérico. Por el contrario, una manifestación de simpatía, un cumplido que recibe, le pondrán radiante, entusiasmado, gozoso. El adolescente es variado en su humor. (51)

**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:

- 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.
- 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 este proceso de socialización encontramos en el adolescente una serie de oscilaciones tales como:

- Oscilación entre sociabilidad e insociabilidad: delicados e hirientes, tratables e intratables.

- Oscilación entre excitación y depresión: trabajo y ocio, buen humor y llanto.
- Oscilaciones entre confianza y desconfianza de sí mismos.
- Oscilaciones entre vida heroica y sensualidad.
- 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.
- 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.
- Esta situación puede o no ser conflictiva. Depende cómo los hijos son educados. Será entonces, conflictiva:
  - Por las relaciones personales precedentes defectuosas.
  - Por el sentido de inutilidad por parte de los padres.
  - Por sobreprotección parental o por abandono.
  - Por dudas de parte de los padres entorno a la responsabilidad de sus hijos
  - Por el fenómeno de la constancia perceptiva, a través de la cual a los hijos se les ve siempre "niños".
  - Por las frustraciones de los padres proyectadas a sus hijos que llevan a una identificación a la inversa y a una mala interpretación.
  - Los padres afrontan los problemas de hoy en contexto de ayer.
  - Por el hecho de que los padres son adultos y representan a la clase privilegiada, que niega al adolescente el "status" del mismo género.
  - Por el "conflicto de generaciones" debido a los contrastes que pueden surgir por la diferencia de edad entre dos generaciones.

- Una línea de solución está en la comprensión, en un gradual proceso decisional comunitario. Durante la adolescencia, la escuela favorece la reorganización de la personalidad sobre la base de la independencia. La escuela facilita:
- La emancipación de los padres.
- Un status autónomo fundado sobre su propia acción.
- La constitución de grupos
- Una mayor independencia volitiva al tratar con los adultos.

**Pero también la escuela puede presentar los siguientes obstáculos:**

- Puede desatender problemas vitales (si se limita a lo intelectual)
- Ignora al estudiante como individuo (sólo exige rendimiento)
- Prolonga las relaciones adulto – niño.
- Algunas escuelas son el campo de batalla de contiendas ideológicas y políticas.
- Hemos de ver también las relaciones entre adolescentes: La amistad entre adolescentes se caracteriza por la sinceridad, el altruismo, la delicadeza. Se precian de tener los mismos gustos y opiniones, se imitan, se tienen mutua confianza, se quieren con exclusividad, se sacrifican unos por otros.
- Entre ellos predominan los grupos primarios, se reúnen con frecuencia, participan de las mismas diversiones, peligros y emociones. El grupo proporciona a los adolescentes bienes diversos: (51)
- Les da sentimiento de seguridad, protección y solidaridad
- Facilita las amistades
- Es una escuela de formación social
- Ayuda a emanciparse de sus padres
- Reduce el conjunto de frustraciones.

**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. La tensión sexual que tiene todo adolescente es el resultado de tres tipos de estimulantes que operan de forma compleja: La acción de mundo exterior, la influencia de la vida psíquica y la acción del organismo.

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

**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. Hay algunos valores morales que ellos prefieren por ser más brillantes, más nobles y porque exigen un don de sí más absoluto.

- El sentido del honor: sentimiento de la nobleza y de la dignidad del hombre frente al hombre.
- La sinceridad, signo de una personalidad que se afirma.
- La valentía, motor de muchos actos.
- La lealtad.

**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 afirmados como tales. Sin duda que para esto influye la educación dada por los padres, la ecuación de la escuela y el medio ambiente.

El grupo de compromiso en la fe ahonda la religiosidad del adolescente y lo abre a los demás. (51)

### **Como Bases teóricas de la Sexualidad se hace referencia que:**

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. La pubertad, como el comienzo de la adolescencia, se caracteriza por un rápido crecimiento físico y cambios psicológicos que 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. Mencionamos las principales teorías de la sexualidad. (52)

### **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. En la medida en que seamos recompensados (reforzados) por ellas, el aprendizaje perdurará.

Estas teorías del aprendizaje conciben a las personas como seres primariamente pasivos, cuyo aprendizaje depende del número y de la fuerza de los elementos positivos y negativos previamente aprendidos.(52)

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. (52)

### **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. Hasta los 4-5 años de edad no comprenden los niños que el género es una constante; posteriormente, el niño va desarrollando dicha conciencia. (53)

### **La interacción biosocial:**

Muchos estudiosos contemplan el surgimiento de la incipiente identidad de género como una sucesión de influencias recíprocas entre los factores biológicos y los psicosociales. En otras palabras, la programación genética en la fase prenatal, los elementos psicológicos y las reglas sociales influyen a un tiempo en las pautas futuras que el recién nacido desarrolla durante la niñez y la adolescencia. Money y su equipo estiman que los factores que más influyen en la formación del género no son de origen biológico, sino fruto del aprendizaje cultural. (54)

Hay quienes la definen la sexualidad como la combinación de: género, deseo sexual, sentimientos, experiencias sexuales, orientación sexual, influencia cultural, historia familiar, características físicas y espiritualidad. Algunas o todas estas cosas influyen en la propia percepción sexual de una persona y como otros ven y actúan hacia él/ella como un ser sexual. (55)

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 del neocorteza, estructura que es la sede de las funciones intelectuales superiores. (56)



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 de la sexualidad. Entendiendo 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; es 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, etapas importantes de la vida en las cuales se interiorizan hábitos valores , practicas y se consolida la personalidad.

#### **Asimismo dentro de las Bases Teóricas de la Actitud se dice que:**

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.

#### **Bases conceptuales**

#### **Por lo tanto se resaltan las Principales Teorías haciendo mención 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. En la medida en que seamos recompensados (reforzados) por ellas, el aprendizaje perdurará.

Estas teorías del aprendizaje conciben a las personas como seres primariamente pasivos, cuyo aprendizaje depende del número y de la fuerza de los elementos positivos y negativos previamente aprendidos.

### **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.

### **Teoría de la disonancia cognitiva:**

**Festinger** sostiene que siempre que tenemos dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, estamos en un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo. Esto hace que nos sintamos incómodos psicológicamente y por eso hemos de hacer algo para disminuir esta disonancia. Otras situaciones que pueden producir disonancia cognitiva son aquellas en las que hacemos algo contrario a nuestras creencias más firmes sobre lo que es correcto y apropiado, cuando sostenemos una opinión que parece desafiar las reglas de la lógica, cuando ocurre algo que contra dice nuestra experiencia pasada o cuando hacemos algo que no va con nuestra idea sobre quiénes somos y para qué estamos. De acuerdo con el análisis atributivo de la formación y cambio de actitudes. Las personas contemplan sus comportamientos y atribuyen lo que sientes a lo que hacen.

Una serie de factores determinan la efectividad de la comunicación persuasiva para cambiar actitudes. Se incluyen la fuente del mensaje, el modo de expresarlo y las características de la audiencia. (56)

### **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. Las opiniones son ideas que uno posee sobre el tema y no tienen por que sustentarse en una información objetiva. Por su parte los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Finalmente las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimiento propio. 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. Las actitudes tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular. (57)

Raras veces son asunto individual; generalmente son tomadas de grupos a los que debemos nuestra mayor simpatía. Se componen de 3 elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emoción (componente conductual). (58)

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 actitudes se aprenden de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa ante el robo y el homicidio; por último otros dependen directamente del individuo. Pese a todo, hay veces que las actitudes pueden modificarse, lo cual obedece a diversos motivos. (59) Por ejemplo, una persona puede cambiar de grupo social y asimilar las actitudes de éste. Lo que en mayor grado puede cambiar una actitud es la información que se tiene acerca del objeto. (59).

### **Acerca de los Tipos de Actitud se señala las siguientes:**

**Actitud Emotiva:** Cuando dos personas se tratan con afecto, se toca el estrato emocional de ambas. Esta se basa en el conocimiento interno de la otra persona. El cariño, el enamoramiento y el amor son emociones de mayor intimidad, Que van unidas a una actitud de benevolencia.

**Actitud Desinteresada:** Esta no se preocupa, ni exclusiva ni primordialmente, por el propio beneficio, Sino que tiene su centro de enfoque en la otra persona y que no la considera como un medio o instrumento, sino como un fin. Está compuesta por 4 cualidades: Apertura, Disponibilidad, Solicitud y Aceptación.

**Actitud Manipuladora:** Solo ve al otro como un medio, de manera que la atención que se le otorga. Tiene como meta la búsqueda de un beneficio propio.

**Actitud Interesada:** Puede considerarse como la consecuencia natural de una situación de indigencia del sujeto: cuando una persona experimenta necesidades ineludibles, busca todos los medios posibles para satisfacerlas; por ello, ve también en las demás personas un recurso para lograrlo.

**Actitud Integradora:** La comunicación de sujeto a sujeto, además de comprender el mundo interior del interlocutor y de buscar su propio bien, intenta la unificación o integración de las dos personas.

### **Dentro de la Teoría del Conocimiento:**

Se entiende como teoría del conocimiento al intento intelectual de explicar la forma en la que adquirimos el conocimiento del mundo y los procedimientos por los que es generado ese conocimiento, de tal forma que pueda ser valorado ya como verdadero o como falso. Como su nombre lo indica, lo que pretende es crear una teoría (Cuerpo Sistematizado de ideas sobre una materia) a cerca del conocimiento. (60)

La conciencia es la expresión más compleja 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 sobre la sexualidad va adquiriendo el adolescente se forma a lo largo de su recorrido histórico, lo que lo lleva a definir un comportamiento ante la vida y la sociedad en que 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. (61)

### **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 (diccionario de la R.A.L.E.). Es menester 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, ¿significa la "posibilidad de conocer" conocimiento en sí? Evidentemente, no. ¿Y se pueden llegar a conocer todas las "posibilidades de conocimiento"? Sería un engaño empírico si contestáramos afirmativamente a esta cuestión. Sencillamente, diremos que nuestro almacén y procesador de la información operan limitadamente y no desde un cálculo total.

Quedémonos por el momento, con la idea relativista de que el mundo es una cosa y que el ejercicio de las facultades intelectuales es otra muy distinta (aunque forme parte de aquel). La relación metodológica entre el observador y lo observado relativiza, al menos, nuestros resultados cognoscitivos.

Otra cuestión importante es: ¿sirve de algo "conocer"? Responderemos desde la supervivencia de la especie; es decir, saber dónde se encuentra y se consigue comida, estar capacitados para procurarnos cobijo, fabricar herramientas y establecer patrones conductuales sobre la sexualidad y los cuidados a la descendencia, probabilizan nuestras posibilidades de éxito como especie; mucho más que si no sabemos encontrar sustento, ni estamos capacitados para mantener la transmisión genética. Desde un punto de vista histórico, la especie humana ha ido creciendo en número de individuos y, mejorando la calidad de vida de al menos 1/3 de la población (con respecto a épocas que se pueden remontar hasta hace 3 millones de años). El conocimiento, sea del tipo que sea, es un acto adaptativo. (62)

### **Análisis y Enfoques del Conocimiento Humano:**

Cuando afrontamos 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. El primer tema al que nos referimos es el nivel de análisis que acometemos para su estudio. 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 o como fuere. Sugerente nos parece el concepto de enfoque, que focaliza su sistema analítico y realiza operaciones e hipótesis de trabajo sobre esquemas mentales complejos de representación de la realidad.

Obsoleto, nos queda el concepto de paradigma desde un punto de vista epistemológico, pues a fin de cuentas, se trata de una definición, más o menos extensa, de un sistema y su estructura funcional; es decir, una teoría o un esquema de la misma.

Dentro del término “enfoque”, también encontramos diferentes niveles de análisis que pasamos a recapitular, según. (63)

**Enfoque estructural:** Todo sistema tiene una estructura aunque ésta sea que carezca de ella. Dentro del conocimiento, se distinguen:

- Una estructura biológica: el cerebro
- Una estructura evolutiva: procesos de cambio de las estructuras
- cognitivas.
- Una estructura perceptiva: recepción de la información
- Una estructura cognitiva: representación mental.
- Una estructura lingüística-simbólica: el lenguaje.

**Enfoque conexionista:** Toda estructura cognoscitiva tiene conexiones de transferencia informativa.

**Enfoque integral:** Las estructuras cognitivas funcionan de forma integrada: las partes no se pueden separar del todo, aunque puedan actuar de forma jerárquica.

**Enfoque procedimental:** Toda estructura cognitiva usa uno o varios procedimientos para codificar, almacenar o procesar la información. El procedimiento trata de buscar la eficacia en la transferencia de información.

**Enfoque procesal:** Todas las funciones cognitivas se pueden entender como un proceso de acción, muchas veces retroalimentado y con un control ejecutivo e intencional.

**Enfoque relacional:** Todas las estructuras cognitivas están relacionadas en mayor o menor medida

**Enfoque asociacionista:** Las partes cerebrales encargadas de la cognición están asociadas entre sí, formando cadenas de transferencia informativa, en virtud del sistema neurológico.

**Enfoque dinámico:** Toda estructura cognitiva cambia de algún modo a lo largo del tiempo.

**Enfoque constructivista:** 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.

**Enfoque funcional:** Toda estructura cognitiva tiene un modo de funcionamiento característico de la especie humana. Este funcionamiento universal puede estar diferenciado por los distintos procedimientos que siguen las personas en el acto de la cognición.

**Enfoque adaptativo:** Las estructuras cognitivas parten de la adaptación genética al medio, basculando por las diferenciaciones culturales, sexuales e incluso individuales. (64)

**Dentro a lo que respecta al marco conceptual he creído conveniente resaltar definiciones resaltantes para la presente investigación:**

No obstante observamos que la sexualidad por sus características y diversidad de enfoques puede ser abordadas de diferentes dimensiones, sin embargo el presente estudio denominado “Conocimientos y Actitudes Sexuales del Adolescente de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana; se abordará, tomando el modelo del centro de consultoría y asesoría del adolescente. Según cuadro N° 1



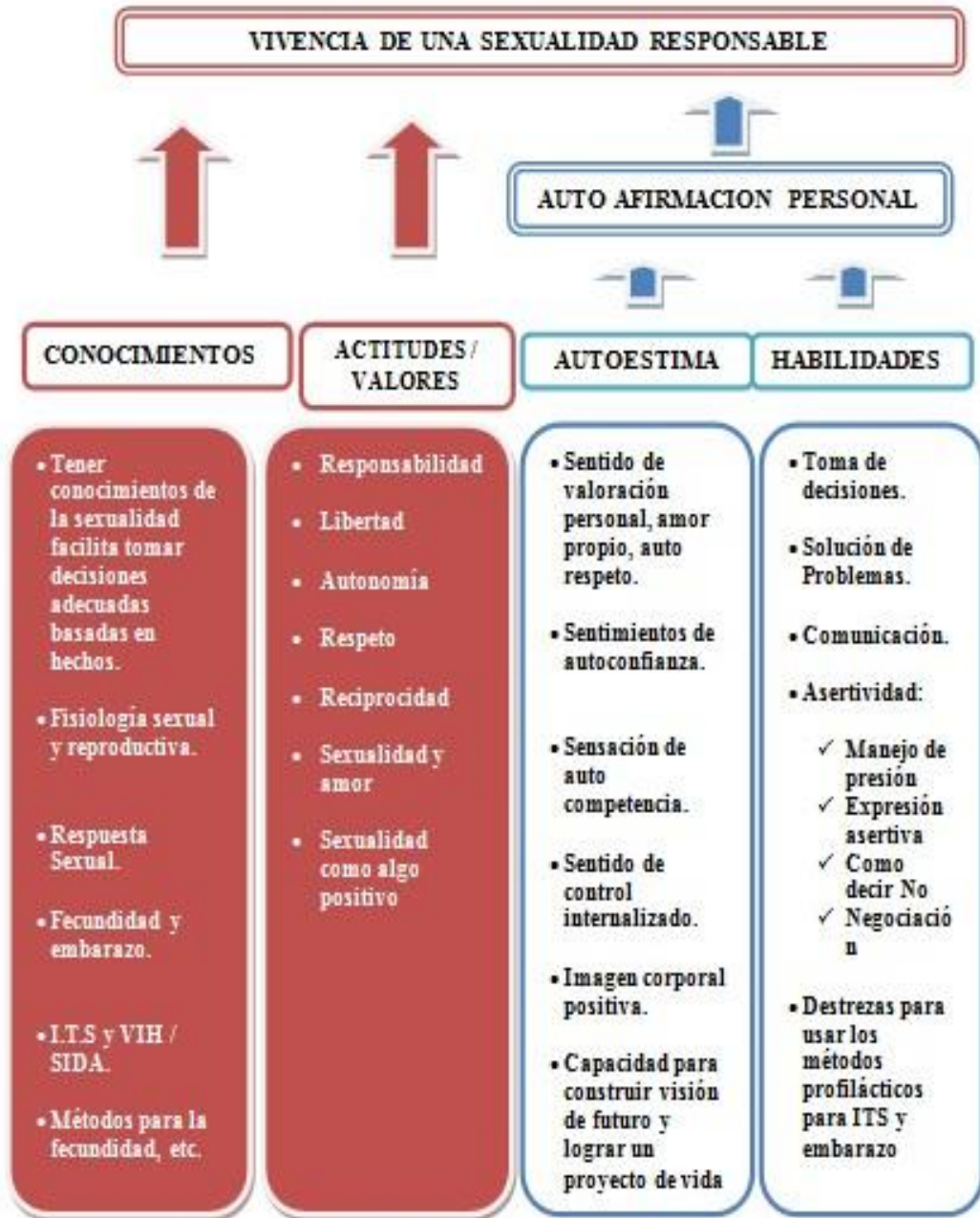
Desde la nueva educación sexual se propone enseñar que "la sexualidad es algo maravilloso que merece vivirse, no de cualquier forma, sino de manera responsable". Los criterios que se proponen para vivir una sexualidad en forma responsable son:

- 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.

## Gráfico N. ° 01

Modelo conceptual de la investigación



Fuente: Centro de Asesoría y Consultoría de Colombia.

Fuente: Centro de Asesoría y Consultoría de Colombia

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, quedando para estudios posteriores la dimensión de autoafirmación personal.

Este modelo que plantea el Centro de Asesoría y Consultoría del Adolescente de Colombia, sustenta: Mientras se siga evitando hacer una educación sexual abierta, basada en la verdad, centrada en la promoción de valores y actitudes para una sexualidad responsable, realizante y constructiva, no se podrá esperar que las futuras generaciones tengan una salud superior a la que han tenido las generaciones anteriores. (64)

La investigación apunta a describir la variable principal Conocimientos Sexuales del Adolescente de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana, en sus dimensiones:

- Conocimiento de Anatomía y fisiología sexual y reproductiva: ciclo menstrual, fecundación y embarazo,
- Conocimientos del ciclo de Respuesta Sexual.
- Conocimiento de las Infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA
- Conocimiento de los Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.

Así mismo la variable principal Actitudes Sexuales del adolescente de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana, en sus dimensiones:

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

## **Descripción del modelo conceptual de la investigación.**

### **Anatomía y fisiología sexual y reproductiva.**

#### **Anatomía de los órganos sexuales masculinos y femeninos.**

Los genitales externos femeninos, también llamados vulva, tienen las siguientes estructuras: monte de Venus, labios mayores, labios menores, clítoris, meato uretral, orificio vaginal e himen.

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

**Los genitales externos:** También llamados vulva, tienen las siguientes estructuras: monte de Venus, labios mayores, labios menores, clítoris, meato uretral y el introito vaginal.(80)

- **Monte de Venus:** tiene forma triangular, con la base en la parte superior. Está constituida en su interior por un abundante tejido graso y exteriormente por una piel que se cubre de vello a partir de la pubertad.
- **Labios mayores:** son pliegues carnosos cubiertos de vello, localizados a cada lado de la abertura vaginal.
- **Los labios menores:** localizados por dentro de los anteriores, son dos pliegues sin vello, ubicados al borde de la entrada de la vagina, los labios mayores y menores en conjunto conforman la vulva. Tienen abundante terminaciones nerviosas, por lo que son muy sensibles.
- **Clítoris:** situado en la parte superior de la vulva, por debajo de los labios mayores y entre los repliegues de los labios menores. Se trata de un 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:** es un pequeño agujero donde termina la uretra y por el que sale la orina. Se localiza entre el clítoris y el orificio vaginal. (65)
- **El introito vaginal:** es una zona que posee gran cantidad de terminaciones nerviosas y vasos sanguíneos, a cada lado del orificio se encuentran las glándulas vestibulares mayores o glándulas de Bartholin, que secretan pequeñas cantidades de líquido durante la excitación sexual.

### **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. La vagina tienen terminaciones nerviosas sobre todo en su tercio externo, que es sensible a la estimulación erótica. La vagina es también el órgano por el cual sale al exterior el flujo menstrual. (65)
- **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.

- **El cuello del útero:** Se comunica con la vagina y esta atravesado en su parte central por el canal cervical que comunica la cavidad intrauterina con la vagina. Su interior esta recubierto de tejido glandular que produce el moco cervical, este fluido cambia de aspecto durante el ciclo menstrual. (66)
- **Trompas de Falopio:** son canales que conectan los ovarios con el útero. Luego que el ovulo sale de uno de los ovarios, demora 24 horas en recorrer el tercio exterior de la trompa correspondiente. Es ahí donde usualmente es fecundado por un espermatozoide si ha habido una relación sexual. Si la fecundación se produce, el óvulo fecundado descenderá el resto de camino hacia el útero; si no se produce, el ovulo será eliminado con el flujo menstrual.
- **Ovarios:** tienen forma de almendra y son las glándulas sexuales femeninas encargadas de producir óvulos y hormonas (estrógenos y progesterona), A partir de la pubertad y hasta la menopausia, se dedicarán a liberar un óvulo maduro la ovulación se presenta cada treinta días aproximadamente. El óvulo es el elemento germinal femenino capaz de ser fecundado por el espermatozoide, se diferencia de éste en que es mucho más grande y lento. Las hormonas femeninas son las responsables del aspecto físico particular de la mujer, mantener el ciclo menstrual, y proveer a las necesidades hormonales durante un embarazo. (65)

## **B. Órganos Sexuales Masculinos:**

### **Genitales Externos: Según Sobrevilla**

- **Pene:** Tiene importantes funciones en la reproducción y eliminación de la orina. Tiene forma de tubo, y termina en el glande. La abertura en la punta es el orificio urinario, por el que discurre la orina durante la micción y el semen durante la eyaculación. El borde del glande se llama corona, aunque todo el pene es sensible, el glande y la corona son mucho más. El prepucio es la capucha de piel que cubre el glande. En la corona del glande existen glándulas que producen blanquecina llamada esmegma, que tiende acumularse, y que por ello requiere aseo permanente, lo que es posible desplazando el prepucio en condiciones normales.
- **El glande:** de forma cónica es el extremo terminal del pene, esta separado del cuerpo por la corona. Presenta abundantes terminaciones nerviosas por lo que es muy sensible a la estimulación erótica, especialmente la corona y el borde posterior. (66)
- **Escroto:** El escroto es una bolsa de piel y músculos que contiene los testículos.

### **Órganos Internos Masculino:**

- **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.



- **El epidídimo:** es una estructura que se encuentra en la parte superior del testículo, mide aproximadamente 5 cm y está formado por un tubo replegado sobre sí mismo. En él los espermatozoides terminan de madurar y se almacenan; en el caso de que no sean eyaculados, los espermatozoides se destruyen y son reabsorbidos.
  
- **La glándula prostática:** es única y está formada por tejido glandular y muscular se encuentra debajo de la vejiga y envuelve la parte superior de la uretra. Aumenta de tamaño con la edad, en el adulto tiene un tamaño aproximado de 4 cm de ancho y 3 cm de altura. Produce un líquido lechoso, alcalino, que va a formar parte del semen y lo provee de proteínas, calcio, ácido cítrico y otras sustancias. La función de esta secreción es alcalinizar el medio ácido de la vagina, permitiendo que los espermatozoides sobrevivan y le proporciona nutrientes que permitirán su desplazamiento desde la vagina hasta las Trompas de Falopio. (66)
  
- **La uretra:** que va por el interior del pene, ella tiene dos funciones permitir que la orina circule desde la vejiga hacia el exterior y que el semen sea eyaculado, un sistema de válvulas impide que pasen ambos fluidos juntos. (66)
  
- 1. **Conductos deferentes:** conducto cilíndrico, 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.
  
- 2. **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 la forma de una 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.

3. **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. En algunos casos puede llevar algunos espermatozoides. (65)

### **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.

**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 reciben el nombre de folículos de Graaf. El interior del folículo está ocupado por el líquido folicular. (65)

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. (67)

**Ciclo uterino o menstrual:** Mientras que para Sobrevilla (65).

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 (68) profundiza y refiere que en esta fase del final de la menstruación, sólo se conservan las capas más profundas del endometrio, que es la mucosa que recubre el interior del útero. Los estrógenos del folículo en desarrollo hacen que el endometrio crezca y aumente de espesor.

Tras la ovulación, el cuerpo lúteo segrega estrógenos y progesterona; esta última hace que las glándulas endometriales comiencen a segregar, de tal forma que el endometrio se vuelve edematoso, ideal para la implantación del embrión. Si no hay embarazo el cuerpo lúteo degenera; dejan de producirse estrógenos y progesterona, y sobreviene la menstruación: las arterias uterinas se abren y el flujo de sangre hacia el exterior arrastra consigo los restos de este endometrio neo formado. (68)

**La Fecundación:** También llamada Concepción, es el hecho fisiológico en el cual el espermatozoide alcanza al ovulo, y perdiendo su cuello y su cola entra en él, que es de tamaño bastante mayor, permitiendo así la reunión del material genético de ambas células (23 cromosomas de cada uno), para formar el huevo o cigoto del futuro ser humano con 46 cromosomas. (65)

**El embarazo:** Es el proceso de concepción y desarrollo del nuevo ser en el aparato reproductor femenino que culmina en el parto, también se define como 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, que no son síndromes o signos de enfermedad, sino las manifestaciones de éstos cambios anatómicos y fisiológicos, la mayoría de los cuales revertirán durante las etapas del puerperio y la lactancia. (66)

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 (formado por moco muy espeso y adherente) 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 y aumenta la secreción de flujo. Las mamas aumentan de tamaño para la preparación de lactancia, los pezones se vuelven más eréctiles y aumenta la pigmentación de las areolas. (70)

**Menarquía:** Es la primera vez que tiene su periodo la niña. Normalmente el periodo dura de tres a siete días, el flujo empieza leve. Puede volverse más fuerte por dos o tres días y de allí más leve hasta que se termina. Muchas veces empieza de color café, pero se vuelve más rojo. De allí se vuelve más café hasta que se termina. Tendrá un periodo aproximadamente una vez al mes. 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. (70)

### **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.

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. (71)

Máster y Johnson, investigadores en Saint Louis, Missouri, considerados por muchos como los padres de la sexología moderna, rompieron con los prejuicios emocionales que impedían el estudio científico de la fisiología sexual y analizaron, de manera muy detallada, las interacciones sexuales de 382 mujeres y 312 hombres de 18 a 89 años, en más de diez mil episodios de actividad sexual.

En 1966 publicaron en el libro 'Respuesta Sexual Humana' las conclusiones de sus investigaciones. Algunas de ellas fueron:

- La importancia del clítoris en la excitación y el orgasmo de la mujer.
- La descripción de la posibilidad de orgasmos múltiples en la mujer.
- La identificación, en el hombre, del "punto de inevitabilidad eyaculatoria", momento en el que proceso eyaculatorio se activa desde el interior y ya no puede detenerse.
- La descripción del "periodo refractario" tras la eyaculación en el hombre, periodo de tiempo que varía de unos a otros, durante el que, aunque haya estimulación, no hay respuesta sexual ni es posible la emisión de 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 (87). Masters y Johnson incluso después de casarse). Diferenciaron 4 fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución (74).

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. (75)

**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.

**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. Esto no está estudiado a fondo. 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:

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. (75)

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.

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

**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? (75)

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.

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

En el Hombre, tras el orgasmo, pasa un tiempo (periodo refractario) durante el cual no es capaz de tener otro orgasmo. La Mujer, en cambio, sí puede alcanzar otro orgasmo si vuelve a ser estimulada. (75)



## **Infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA.**

Las infecciones de transmisión sexual guardan estrecha relación con la salud reproductiva en el hombre. Entre esas enfermedades 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. (76) 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. (71)

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. (72)

**Sífilis:** Es causada por una bacteria llamada “*treponema palidum*”, 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 (92).

**Chancro:** Consta de una ulcera con bordes duros que no es dolorosa.

**Gonorrea:** Conocida también como blenorragia. Es causado por “neisseriagonorreae”. 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 (72)

**Tricomoniasis:** Es causada por un parásito llamado “trichomonas vaginales o tricomonas” y se transmite por el contacto sexual, aunque ocasionalmente es transmitido por medio del contacto de toallas altamente contaminadas. Esta infección también se presenta en los niños a causa de las violaciones.

**Candidiasis:** Es producida por hongos generalmente el “cándida albican”. La mayoría de veces se transmite por contacto sexual, pero no se considera exactamente como una ETS.

**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 “Haenophilesducrey”. 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. (72)

### **Como prevenir Las Infecciones de Transmisión Sexual**

En la actualidad se observa con preocupación el incremento del inicio precoz de la actividad sexual, lo que es un fenómeno complejo de analizar por su multicausalidad. (73), 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. (74)

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 enfermedades 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.

Los anticonceptivos y la conducta del individuo modifican los riesgos de adquirir una enfermedad de transmisión sexual. Algunas mujeres tienden a tener más contactos sexuales mientras dispongan de anticoncepción eficaz. El uso de condones o diafragmas protege contra la transmisión de infecciones, solo cuando se usan junto con espumas o jaleas espermicidas. El uso adecuado de condones disminuye considerablemente el riesgo de gonorrea en hombres y mujeres.

Por otro lado el uso de dispositivos intrauterinos (T de cobre, espiral, etc.) aumenta el riesgo de sufrir enfermedad inflamatoria de la pelvis, sobre todo en mujeres jóvenes y que no han tenido hijos.

El conjunto de estas infecciones constituye una amenaza importante y en gran parte previsible para las mujeres y sus hijos nacidos y no nacidos. Lo que se necesita básicamente es que la población en general, sobre todo las mujeres apliquen esta información para prevenir las infecciones de transmisión sexual y sus consecuencias. Su frecuencia y variedad incluyen esterilidad, infecciones 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. (75)

### **Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo**

Otro problema que aqueja a la adolescente es el embarazo no deseado, aborto provocado, se estima que en América Latina cuatro de cada diez embarazos terminan en aborto, con una proporción que se incrementa a seis de cada diez embarazos en Chile, y baja a dos de cada diez en México. Cuando los embarazos de la adolescente son resultado de violencia sexual o abuso, es probable que haya efectos psicológicos y físicos a largo plazo, con consecuencias en la demanda de servicios de salud (76).

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. (76)

Basado en estos resultados, Morris concluyó que la combinación de un inicio sexual temprano y la falta de conocimientos sobre fertilidad apuntan a la necesidad de programas efectivos de educación sexual en los colegios de enseñanza básica. (77)

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. (77)

No existe un método anticonceptivo ideal que vaya bien a todas las mujeres y hombres, a cualquier edad y en todas las situaciones. Cada hombre y mujer han de decidir en las distintas etapas de su vida fértil cual es el método anticonceptivo más adecuado a su situación, estado de salud, condiciones personales y frecuencia de relaciones sexuales con penetración. Para tomar una decisión informada es conveniente buscar el consejo de un profesional sanitario. (78)

Según designados por la Norma Técnica de planificación familiar (MINSA-2005), la clasificación de los métodos anticonceptivos es: Métodos anticonceptivos naturales, de barrera, hormonales, DIU y quirúrgicos. (79)

## **A) Métodos anticonceptivos naturales:**

**Método del ritmo, Ogino – Knaus, de la regla o del calendario:** Método de la abstinencia periódica basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo. (79)

**Mecanismo de acción:** evita el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual. Para evitar la concepción.

**Tasa de falla:** falla teórica o de uso perfecto 9 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Falla de uso o de uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

### **Forma de uso:**

- La mujer debe de registrar la duración de sus ciclos menstruales (historia menstrual) de por lo menos seis meses, idealmente 12 meses.
- El ciclo se inicia el primer día del sangrado menstrual y termina el día anterior de la siguiente menstruación.
- De la historia menstrual se obtiene el período fértil.
- Para calcular el primer día del período fértil: reste 18 al ciclo más corto.
- Para calcular el último día del período fértil: reste 11 al ciclo más largo.
- De no tener la historia menstrual la usuaria debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el 9no y 19vo día del ciclo menstrual. (79)

**Ventajas:**

- Ningún efecto colateral físico.
- Ningún costo.
- Pueden ser utilizados por la mayoría de las parejas si ambos se comprometen a cumplirlos.
- Efectivos cuando se usan de forma correcta y consistente.
- Reversibles en forma inmediata.
- Es aceptable para algunos grupos religiosos que rechazan o desalientan el uso de algunos métodos.
- Ningún efecto secundario por hormonas.
- Involucran a los hombres en la planificación familiar.
- Educan a la gente sobre ciclos de fertilidad de la mujer.

**Desventajas:**

- Por lo común es sólo medianamente efectivo.
- Se requiere hasta 2 ó 3 ciclos para aprender cómo identificar el período fértil con precisión cuando se usan las secreciones cervicales y la temperatura basal.
- Toma menos tiempo aprenderlo.
- La abstinencia puede resultarle difícil a algunas parejas.
- Estos métodos no funcionan si el compromiso u cooperación continúa tanto de la mujer como del hombre.
- Después del parto puede ser difícil identificar el período fértil hasta que el ciclo menstrual se regularice nuevamente.
- El método no es efectivo para mujeres con ciclos menstruales irregulares.
- No protegen contra enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA.

**No lo deben usar:**

- Mujeres con menstruaciones irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación.
- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja.
- Mujeres con inhabilidad. (79)

**Método del moco cervical (de Billings):** Abstinencia de relaciones sexuales en el período fértil del ciclo menstrual determinado por la presencia de moco cervical o sensación de humedad en genitales. (79)

**Mecanismo de acción:** evitar el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual, para evitar la concepción.

**Tasa de falla:** falla teórica o de uso perfecto 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Falla de uso o uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

**Forma de uso:**

- Identificar el período fértil de acuerdo al método del moco cervical.
- La mujer debe observar diariamente la presencia de la mucosidad en sus genitales externos, siendo lo más importante, el percibir la sensación de humedad o lubricación en dicha zona cuando desarrolla sus actividades cotidianas.
- Secundariamente puede ayudar el uso del papel higiénico antes o después de orinar observando la presencia de moco cervical allí o en la ropa interior, si se desea puede tomarse de los genitales externos el moco y observar su elasticidad entre los dedos.



- El período fértil se inicia con el primer día en que se identifica el moco cervical. Hasta tres días después de la brusca desaparición de la sensación de humedad, lubricación o de la observación de mucosidad.
- Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual, deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, los de humedad o lubricación (si se desea los de mucosidad pegajosa y turbia y los de moco claro y elástico), de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método.
- Si hay dudas, para diferenciar el moco de la secreción vaginal o restos de semen, puede dejar de caer la secreción dentro de un vaso de agua fría, si la secreción se disuelve, ésta no era moco cervical.

**No lo deben usar:**

- Mujeres con inhabilidad para reconocer: las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical, en la temperatura basal, y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual, como por ejemplo mujeres con trastornos psiquiátricos.
- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja. (79)

**Método de los días fijos o método del collar:** Método de abstinencia periódica que se apoya en perlas de colores (marrón, blanco y rojo) para determinar los días fértiles del ciclo menstrual. (79)

**Mecanismo de acción:** evitar el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar la concepción.

**Tasa de falla:** falla teórica o de uso perfecto 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de vida. Falla de uso o uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

**Forma de uso:**

- Se determina por historia si la mujer tiene ciclos entre 26 y 32 años.
- Se indaga sobre la aceptación de su pareja a no tener relaciones sexuales sin protección durante los días fértiles.
- Se ofrece como ayuda visual el “collar” que consiste en 32 perlas de colores que representan los días del ciclo menstrual y un anillo movable para marcar el día del ciclo en el que está la mujer:
  - Una perla roja que representa el primer día de la menstruación.
  - Seis perlas marrones que representan los días no fértiles o de baja posibilidad de embarazo.
  - Doce perlas blancas que representan los días fértiles, de alta probabilidad de embarazo.
  - Trece perlas marrones que representan días no fértiles de muy baja probabilidad de embarazo.
- Al inicio de su menstruación coloque el cilindro de hule negro en la perla roja, anótelo en el calendario.
- Aváncela todos los días, evite las relaciones sexuales en los días que coincidan con las perlas blancas.
- Si el ciclo termina antes de pasar la perla 27 (marrón más oscura) o dure más de 32 días en dos ocasiones en un año, tendrá que elegir otro método de planificación familiar. (79)

**Lactancia materna y amenorrea (MELA):** Único método natural basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la lactancia. (79)

**Mecanismo de acción:** supresión de la ovulación ocasionada por el incremento de la hormona prolactina como consecuencia de la lactancia exclusiva.

**Tasa de falla:** dos embarazos por 100 mujeres, en los primeros seis meses post parto.

**Criterios básicos:**

La usuaria de este método debe cumplir necesariamente estas condiciones:

- Lactancia exclusiva a libre demanda.
- Que la usuaria se mantenga en amenorrea.
- Que la usuaria se encuentre dentro de los seis meses post parto.

**Contraindicaciones:**

- Mujeres que tengan contraindicaciones para dar de lactar a su hijo.
- Portadoras de VIH.
- Mujeres que no cumplen los tres requisitos para el MELA. (100)

**B) Métodos de barrera:**

**Preservativo o Condón:** Funda delgada de caucho (látex). Lubricada sin nonoxinol-9. (100)

**Mecanismo de acción:** impiden que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino.

**Tasa de falla:** falla teórica o de uso perfecto 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Falla de uso o uso típico 21 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

**Forma de uso:**

- Asegurarse de la integridad del envase.
- Verificar la fecha de manufactura en el sobre.
- Usar un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y colocarlo antes de la penetración.
- Cada condón se usa una sola vez.
- Se debe retirar antes que el pene pierda la erección.
- Eliminar el condón en depósitos que eviten que otras personas puedan estar en contacto con el mismo.

**Contraindicaciones:**

- Alergia o hipersensibilidad al látex.
- Alergia o hipersensibilidad al lubricante.
- Personas con disfunciones sexuales. (79)

**Espermicidas:** Productos químicos que se presentan en forma de óvulos o tabletas vaginales, crema, jalea, gel y espuma que destruyen los espermatozoides; los que contienen nonoxinol-9. Éste método no se distribuye en el MINSA. (79)

**Mecanismo de acción:** inactivan o destruyen los espermatozoides en la vagina.

**Tasa de falla:** falla teórica o de uso perfecto 6 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Falla de uso o uso típico 26 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

**Forma de uso:**

- Colocar el óvulo, tableta vaginal o gel en la vagina lo más profundo posible, 15 o 20 minutos antes de cada relación sexual.
- El efecto espermicida del óvulo, tableta vaginal o gel, dura solo hasta una hora después de colocado.

- Si pasa más de una hora y no se ha tenido una relación sexual, debe colocarse otro.
- La usuaria no debe hacerse duchas vaginales o lavados internos luego de tener la relación sexual.
- No usar después de la fecha de vencimiento.
- Guardarse en un lugar fresco y seco.

**Características:**

- Eficacia inmediata si se usa correctamente.
- No tiene efectos secundarios sistémicos.
- No requiere examen médico previo.
- No requiere prescripción médica.
- Algunos aumentan la lubricación durante el coito.
- Depende de la usuaria.
- Puede producir irritación del pene y vagina.
- No previene ITS, VIH, SIDA.

**Contraindicaciones:**

- Personas que presenten hipersensibilidad a algunos componentes de los espermicidas. (79)

**C) Métodos Hormonales:**

**Anticonceptivos orales combinados (AOC):** Son aquellos que contienen estrógenos y progestágenos. El Ministerio de Salud distribuye un producto de 28 píldoras: veintiún píldoras contienen 30 ug de etinilestriol y 150 ug de levonorgestrel y siete píldoras contienen sulfato ferroso. (100)

**Mecanismo de acción:** supresión de la ovulación y espesamiento del moco cervical.

**Tasa de falla:** falla teórica o de uso perfecto 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Falla de uso o uso típico 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

**Características:**

- Muy eficaz.
- Método dependiente de la usuaria.
- Requiere una motivación y uso diario.
- No requiere examen pélvico de rutina para el inicio del método.
- Retorno inmediato de la fertilidad al discontinuar el método.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad y paridad.
- Regulariza los ciclos menstruales.
- Protege contra el cáncer de ovario y de endometrio
- Disminuye la patología benigna de mamas.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

**Forma de uso:**

- Toma diaria.
- Inicio del método: lo ideal es empezar en el primer día del ciclo menstrual, pero puede iniciarse entre el primero y quinto día. En caso de iniciarse la toma después del quinto día y debido a que la acción anticonceptiva se alcanza a los 7 días de uso continuo de las píldoras, se debe dar un método de respaldo como los de barrera.
- Debe ser administrado por personal capacitado.

**Contraindicaciones:**

- Mujeres que estén embarazadas.
- Mujeres con sangrado genital sin explicación.
- Mujeres que estén dando de lactar, antes de los seis meses post parto.
- Mujeres con una hepatopatía activa.
- Mujeres que toman anticonvulsivos; excepto ácido valproico.
- Mujeres con cáncer de mama y de endometrio. (79)

**Anticonceptivos orales de solo progestágenos:** Son aquellos que poseen sólo progestágenos. El MINSA no los distribuye. (79)

**Mecanismo de acción:** espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides y la supresión de la ovulación.

**Tasa de falla:** falla teórica o de uso perfecto 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso y la falla de uso o uso típico es 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

**Características:**

- Eficaz y de efecto rápido.
- Método dependiente de la usuaria.
- Requiere una motivación continua y uso diario.
- Rápido retorno de la fecundidad al suspenderse.
- No requiere un examen pélvico previo a su uso.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio.
- Provoca cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres (sangrado/goteo irregular).
- Puede producir cambios en el peso (aumento o disminución).
- No previene las ITS, VIH Y SIDA.

**Forma de uso:**

- Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad (incluida las nulíparas).
- Inicio: idealmente entre el primer o quinto día del ciclo menstrual, si se inicia en otro día del ciclo menstrual o en el post parto, se debe estar razonablemente seguro de que no existe una gestación. En caso de iniciarse después del quinto día, debe usarse un método de respaldo durante las primeras 48 horas de uso.
- Recuerde que la usuaria no debe suspender la toma de las pastillas en ningún momento incluido durante la menstruación.
- La eficacia se presenta a las 24 horas de inicio de la toma.

**Contraindicaciones:**

- Mujeres que estén embarazadas.
  - Mujeres con un sangrado genital anormal sin explicación.
  - Mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo.
  - Mujeres que estén tomando o vayan a recibir medicamentos, como rifampicina para la tuberculosis.
  - Mujeres que estén tomando anticonvulsivos, excepto ácido valproico.
- (100)

**Inyectable de sólo progestágenos:** Son aquellos que poseen sólo progestágeno.  
(79)

**Mecanismo de acción:** espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides, Supresión de la ovulación, reducción del transporte de los óvulos en las trompas de falopio y cambios en el endometrio.



**Tasa de falla:** falla teórica o de uso perfecto 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso y la falla de uso o uso típico es 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

**Características:**

- Eficaz y de efecto rápido.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad.
- No requiere un examen pélvico previo a su uso.
- No interfiere en las relaciones sexuales.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio
- es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual (amenorrea, sangrado/goteos irregulares)
- Puede producir aumento de peso.
- El retorno de la fecundidad puede demorar entre 6 meses a un año, en el caso de usuarias por tiempo prolongado.
- Puede mejorar la anemia.
- No previene las ITS, VIH / SIDA.

**Forma de uso:**

- Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación.
- Primera dosis: entre el primer a quinto día del ciclo menstrual o en el post parto, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe gestación.
- Siguietes dosis: administrar cada tres meses, pudiendo adelantarse hasta dos semanas o, en caso de olvido, aplicarla con una demora de dos semanas.

**Contraindicaciones:**

- Las mujeres que estén embarazadas.
- Las mujeres con un sangrado genital anormal.
- Las mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo.
- Las mujeres con hepatopatía activa. (ej. Hepatitis). (79)

**Inyectable combinado:** Son aquellos que poseen estrógeno y progestágeno. El Ministerio de Salud no distribuye estos anticonceptivos. Existen dos composiciones: (100)

- 5mg de valerato de estradiol y 50 mg de enantato de noretisterona.
- 5 mg de cipionato de estradiol y 25 mg de acetato de medroxiprogesterona.

**Mecanismos de acción:** supresión de la ovulación y espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.

**Tasa de falla:** falla teórica 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.  
Falla de uso típico 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

**Características:**

- Eficaz y de efecto rápido.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulípara).
- No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EIP).
- No interfiere en las relaciones sexuales.
- Es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual (sangrado/goteos irregulares).
- Puede producir aumento de peso.

- El retorno de la fecundidad es inmediato.
- Mujeres con enfermedades crónicas deben ser evaluadas por médicos especialistas.
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH-SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso del condón en parejas de riesgo.

**Formas de uso:**

Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación.

Primera dosis:

- Entre el primer o quinto día del ciclo menstrual.
- La puérpera que no está lactando, puede empezar a partir de la sexta semana.
- En mujeres que están amamantando diferir el inicio hasta los seis meses.
- EN el post aborto se puede iniciar entre el primero y quinto día postintervención

Siguientes dosis: Administrar cada 30 días , mas menos 3 días. Fecha fija mensual.

**Contraindicaciones:**

- Las mujeres que estén embarazadas.
- Las mujeres con un sangrado genital anormal (hasta que se evalúe).
- Las mujeres cáncer de mama o antecedente del mismo.
- Las mujeres con hepatopatía activa (ej.: hepatitis). (79)

**Implantes:** Consisten en cápsulas delgadas, flexibles no biodegradable, cada una contienen progestágenos (levonorgestrel), que son insertadas justo por debajo de la piel en el brazo de la mujer. Actualmente el MINSA no provee para inserción implantes, aunque los proveedores deben conocerlo pues hay usuarias aún dependiendo de este método. (79)

**Mecanismo de acción:** espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración espermatozoides.(es el más importante), supresión de la ovulación, reducción del transporte de los óvulos en las trompas de Falopio, cambios en el endometrio.

**Tasa de falla:** falla teórica 0.05 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. Falla de uso 0.05 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

**Características:**

- Eficacia elevada.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas).
- Usar con precaución durante los 2 primeros años después de la menarquia. El efecto a largo plazo sobre los huesos no está definido, puede disminuir la densidad mineral a lo largo del tiempo en adolescentes.
- Brinda protección por tres años.
- Permite un rápido retorno a la fecundidad al ser extraído.
- No requiere un examen pélvico previo a su uso; aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- No afecta la lactancia.
- Puede disminuir el flujo menstrual (puede mejorar la anemia).
- Puede disminuir los cólicos menstruales.
- Disminuye la incidencia de las patologías benignas de mama.

- Disminuye el riesgo contra el cáncer de endometrio.
  - Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria.
  - Ocasiona cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres (sangrado/goteo irregular).
  - Puede producir cambios en el peso (aumento o disminución).
  - No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS, VIH – SIDA).
- (100)

**Forma de uso:**

Se puede insertar:

- Preferentemente entre el primer o quinto día del ciclo menstrual (o cualquier día del ciclo menstrual o en el post parto, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe gestación). En caso de iniciarse en cualquier otro momento, debe usarse un método de respaldo durante los primeros 7 días.
- En mujeres que dan de lactar iniciar después de las seis semanas post parto, sin embargo podría ser utilizado en caso de: No tener otra opción anticonceptiva y que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea.
- En algunos establecimientos se está promoviendo su empleo desde el post parto inmediato en todas las mujeres que escojan el método, sin haberse observado daño para la madre y el recién nacido y con la ventaja adicional de que la mujer egresa del hospital empleando un
- método anticonceptivo.
- En los primeros cinco días post aborto.
- Debe ser colocado por profesional de salud adecuadamente capacitado.

### **Contraindicaciones:**

- Las mujeres que estén embarazadas.
- Las mujeres con un sangrado genital anormal sin explicación (hasta que se evalúe).
- Las mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo.
- Las mujeres que estén tomando algunos medicamentos, como rifampicina para la tuberculosis o antiepilépticos, excepto ácido valproico. (79)

### **D) Dispositivos intrauterinos (DIU):**

Un DIU es una pequeña varilla de plástico alrededor de la cual se enrolla un hilo de cobre, provista en su parte superior de dos brazos laterales flexibles, también de plástico. Según sus características, los DIU's pueden clasificarse en: (79)

1. Dispositivos inertes: cumplen su función por sí mismos, sin mediar sustancia alguna. Son sólo de plástico.
2. Dispositivos liberadores de iones: a la acción del material plástico (cuerpo extraño) unen la de los iones que liberan según su composición.
3. Dispositivos liberadores de hormonas: además de la acción del propio dispositivo, presentan la de la hormona que libera el dispositivo y, actualmente lo último en DIU: el endoceptivo.

**Mecanismo de acción:** Los DIU impiden que los espermatozoides fecunden los óvulos. No previenen la implantación, como se cree habitualmente. Aunque todavía no se conoce con certeza el mecanismo de acción de los DIU de cobre, lo más probable es que la acción primaria consista en alterar la supervivencia de los espermatozoides y los óvulos antes de que puedan encontrarse. (79)

**Índice de eficacia:** El DIU de cobre tiene un 99,4% de eficacia teórica y un 99,2% de eficacia práctica. Se espera que de cada 100 mujeres que utilizan el DIU durante 1 año, solamente 4,5 queden embarazadas. Esto da una buena eficacia anticonceptiva.

**Indicaciones:**

- Mujeres de por lo menos 25 años.
- Madres que no quieren tener más hijos. Si usted desea colocarse el DIU pero no ha tenido bebés, hable con su médico. Colocarse este dispositivo es más conveniente cuando
- usted ha tenido uno o más bebés.
- Mujeres sin historial médico que incluya infección en los órganos femeninos (vagina, ovarios, útero o trompas) ni enfermedades transmitidas sexualmente.
- Mujeres monogámicas.
- El dispositivo no es un buen método anticonceptivo cuando el útero no se encuentra en condiciones normales.
- Mujeres que no están embarazadas.

**Contraindicaciones:**

- Sangrado vaginal inexplicado.
- Cáncer de cuello de útero, endometrio o de ovario.
- Endometriosis post-parto, calambres menstruales fuertes, sangrado anormal o anemia, fibrosis uterina, anormalidades graves en el cérvix, el útero, los ovarios o las trompas de Falopio.
- HIV/SIDA. El DIU puede aumentar el riesgo de transmisión al compañero, no protege frente a las enfermedades de transmisión sexual.
- Enfermedad de las válvulas del corazón.
- Alergia al cobre (solamente para aquellos DIU con cobre)

**Tiempo de duración:**

En general, el DIU puede permanecer en el útero entre 5 y 10 años, lo que constituye una de sus principales ventajas. El más comúnmente usado, el T380-A de cobre, puede dejarse en el útero por 10 años.

**Ventajas:**

- El DIU es sumamente eficaz.
- No se requieren suministros constantes.
- Es fácil de usar.
- No interfiere en la relación sexual.
- La fertilidad se reanuda inmediatamente después de que se lo quita.
- Funciona inmediatamente.
- Permite la espontaneidad sexual.
- No hay residuos.
- Dura mucho tiempo. (79)

**E) Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV)**

**Vasectomía:** Es un método quirúrgico definitivo que se realiza a través de una intervención destinada a ligar y seccionar los conductos deferentes. (79)

**Mecanismo de acción:** evitar el pasaje del espermatozoide por el conducto deferente, para impedir la unión con el óvulo

**Tasa de falla:** 0.2 embarazos por cada 100 parejas en el primer año.

**Modo de uso:** Puede ser realizada en cualquier momento mediante dos técnicas:

- Convencional
- Sin bisturí



**Características:**

- Debe ser considerado un método irreversible.
- Alta eficacia y permanente.
- Se puede realizar en forma ambulatoria.
- No interfiere con la producción hormonal.
- Requiere evaluación médica.
- Consejería previa/consentimiento informado.
- La eficacia se garantiza luego de 20 eyaculaciones ó 3 meses post cirugía, por lo que debe indicarse un método (condón). Solicitar espermatograma.
- El proveedor debe ser un médico capacitado.
- Requiere de instrumental especial.
- Cualquier edad con consentimiento escrito.

**Contraindicaciones:**

- Usuario presionado.
- Usuario con conflictos religiosos y/o culturales no resueltos.
- Usuario con expectativas de reversibilidad del método.

**Precauciones:**

- Usuario joven (menos de 25 años)
- Usuarios sin hijos vivos.
- Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada.
- Unión de pareja inestable.
- Usuarios solteros o viudos. (79)

**Ligadura de trompas de falopio:** Es un método anticonceptivo permanente, que se realiza mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia cuyo objetivo es ocluir y seccionar las trompas de Falopio. (79)

**Mecanismo de acción:** impedir la unión del espermatozoide con el óvulo al nivel de la trompa, con el fin de evitar la fertilización.

**Tasa de falla:** falla teórica 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.  
falla de uso típico 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

**Forma de uso:**

La técnica recomendada es la de Pomeroy, a través de minilaparatomía, el tipo de incisión será suprapúbica para el periodo internatal, umbilical para el post parto y la transcesarea.

El tipo de anestesia local con sedo analgesia. No se recomienda el uso de este tipo de anestesia en:

- Mujeres con antecedentes de cirugía pélvica previa.
- Enfermedad pélvica inflamatoria reciente.
- Retroflexión uterina fija.
- Mujeres obesas.
- Mujeres con problemas psiquiátricos, que impidan su colaboración.
- En estos casos se usará la anestesia epidural o general.

**Características:**

- Eficacia alta, inmediata y permanente.
- Puede ser realizada en forma ambulatoria.
- No interfiere con el deseo sexual ni con la producción hormonal por parte de los ovarios.
- Requiere, previamente, consejería especializada y evaluación médica.
- Es definitiva, debe ser considerada irreversible.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado.
- Requiere condiciones de infraestructura y equipamiento, por lo que los establecimientos donde se realice deben estar calificados.

- Durante la intervención el establecimiento debe contar con médico anesthesiólogo o médico con entrenamiento en anesthesiología.
- No previene las ITS, VIH - SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de preservativo en la pareja en riesgo.

**Precaución en:**

- Usuaría joven (menor de 25 años).
- Usuaría sin hijos vivos.
- Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada.
- Unión de pareja inestable.
- Usuarías solteras o viudas.

**Contraindicaciones:**

- Usuarías presionadas por el cónyuge o por alguna persona.
- Usuarías que han tomado su decisión bajo presión desusada.
- Usuarías con conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural.
- Usuarías con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad.
- Para identificar otras situaciones para tomar precauciones. (79)

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 ejm. 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. (80) La clasificación que propone Dr. A. Flores Colombino respecto a los métodos anticonceptivos consideramos en el anexo1

## **Responsabilidad y prevención de riesgo sexual**

La Real Academia Española señala que la responsabilidad es la habilidad del ser humano para medir y reconocer las consecuencias de un episodio que se llevó a cabo con plena conciencia y libertad.

Por lo tanto, una persona responsable es aquella que desarrolla una acción en forma consciente y que puede ser imputada por las derivaciones que dicho comportamiento posea. De este modo, la responsabilidad es una virtud presente en todo hombre que goce de su libertad. (81)

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.

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. Por ejm. 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: (103)

- Hace las cosas sin que nadie se las diga dos veces.
- Cuando cumple con sus obligaciones.
- Cuando es obediente.
- Cuando llega a clase puntualmente.
- Cuando ayuda en las tareas de casa.

Todo acto que hagamos trae sus consecuencias, las cuales pueden ser buenas o malas dependiendo de la responsabilidad que le entregamos al acto. Pero cuando nosotros actuamos con responsabilidad, muy seguramente las consecuencias del acto serán buenas. (103)

La palabra prevención , del verbo prevenir, es definida como preparación, disposición que se toma para evitar algún peligro. Preparar con anticipación una cosa. La prevención como concepto tiene sus límites, los límites de la lógica y de lo natural. Tampoco "vivir es para morirse"( Colado P, 1996, Pág. 82). Se pueden llegar a prevenir cosas absurdas para evitar "peligros" para nuestra vida, o ya introduciendo otro debatido término, para lograr una adecuada salu. (104)

### **Libertad Para Decidir y Autonomía**

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 (103).

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. (105) 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 (105).

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 (105).

### **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 (106).

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? (106).

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 (106).

### **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”. (107)

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.

La sexualidad es una pieza integradora de los planos físico, espiritual, psicológico y cultural. Visión del hombre completo. Si la vocación principal del hombre es el amor, toda la vida sexual debe vertebrarse en torno a él. Por eso, ese amor que se esfuerza por mejorarse a sí mismo, perfecciona y conduce a superarse a sí mismo dando salida a valores típicamente humanos: generosidad, donación, confianza, capacidad para hacer la vida agradable al otro evitando el egoísmo y el pensar demasiado en uno mismo”. (107)

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.

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. (107)

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 (108).

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 (108).

### **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. Estas normas y valores los vamos incorporando desde que aprendemos el lenguaje. Frecuentemente encontramos que las normas sociales no se ajustan a las necesidades de las personas concretas, son por tanto reglas que no tienen sentido. (109)

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. (110)

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”. Actualmente los jóvenes se sienten más libres para hablar sobre sexualidad, lo he podido experimentar en mis cursos. El poder hablar sobre el tema 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. (111)

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.

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.

La responsabilidad es una actitud de suma importancia en este aspecto, pues al mismo tiempo tenemos el poder para elegir y el compromiso de nuestra respuesta ante uno mismo y ante los demás, y esto nos compromete en el ejercicio de la libertad. La autoestima va unida a un desarrollo de una sexualidad integradora. La autoestima es la valoración positiva que la persona tiene de sí misma, sin juicio destructivo alguno. El tema de la autoestima ha sido muy comentado; sin embargo, lo tenemos claro en conceptos y a veces no lo ponemos en práctica, pues la sociedad nos invita a no pensar en nosotros mismos y a preocuparnos primero por los demás, a identificar los aspectos negativos para poder mejorar, antes de valorar los factores positivos y aceptarlos. (111)

## **Definición operacional de las variables en estudio**

### **Variables principales y sus dimensiones.**

#### **Variables principales**

##### **Conocimiento de sexualidad del adolescente**

Es el conocimiento que tiene el adolescente respecto a su sexualidad en las siguientes dimensiones de conocimiento de anatomía y fisiología sexual y reproductiva; ciclo de respuesta sexual; prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA; y métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.

##### **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, entendido al ciclo menstrual como el periodo de tiempo comprendido entre el inicio de una menstruación (aparición de la hemorragia) y el comienzo de la siguiente, su duración media es de 28 días, aunque pueden ser normales ciclos menores de hasta 24 días o más prolongados de hasta 32 días. Fecundación y embarazo se refiere al conocimiento que tiene el adolescente del proceso de fecundación, se da cuando un espermatozoide entra dentro del óvulo, es a éste momento, que llamamos fecundación y es cuando empieza lo que llamamos embarazo.

El embarazo se define como 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 el embarazo la gestante experimentará modificaciones anatómicas y fisiológicas, que no son síndromes o signos de enfermedad, sino las manifestaciones de éstos cambios anatómicos y fisiológicos, la mayoría de los cuales revertirán durante las etapas del puerperio y la lactancia.

### **La 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.

### **La 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.

### **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 de responsabilidad y prevención de riesgo sexual; Libertad para decidir y actuar, Autonomía Respeto; mutuo y reciprocidad; Sexualidad y amor; Sexualidad como algo positivo.

### **Dimensión: Responsabilidad y prevención del Riesgo Sexual**

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

**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.

### **Dimensión Autonomía**

Capacidad que tiene el adolescente para darse normas a el mismo, sin influencia de presiones internas ni externas.

**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.

**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.



**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.

### **Variables Intervinientes**

#### **Características Socio demográficas:**

- Estado civil:
- 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 sexual: edad que se inicia sexualmente.

#### **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

### **Conocimiento de sexualidad del adolescente.**

Es el conocimiento que tiene el adolescente respecto a su sexualidad en las Dimensiones de conocimiento de anatomía y fisiología sexual y reproductiva; Ciclo de respuesta sexual; prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA; y métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.

### 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"> <li>- Conoce los genitales internos y externos del Varón y la Mujer.</li> <li>- Conoce ciclo menstrual</li> <li>- Conoce la Fecundación</li> <li>- Conoce el proceso de Embarazo</li> </ul>	Nominal	Si conoce No conoce
		Respuesta sexual,	- - Conoce las fases del ciclo de respuesta sexual		Si conoce No conoce
		Prevención de Enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifica las vías de transmisión del VIH/SIDA</li> <li>- Conoce los síntomas de la ITS/VIH/SIDA.</li> <li>- Medidas de protección y prevención</li> </ul>		Si conoce No conoce
		Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conoce los diferentes métodos anticonceptivos</li> <li>- Utiliza los métodos</li> <li>- Se protege y previene el embarazo</li> </ul>		Si conoce No conoce

## 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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- inicio de actividad sexual</li> <li>- Recibe información y utiliza MAC, utiliza preservativos</li> </ul>	Ordinal	Favorable Desfavorable
		- Libertad para decidir y actuar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tiene capacidad para tomar voluntariamente sus decisiones y actúa sin presión</li> </ul>		Favorable Desfavorable
		Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realiza y decide solo por sus tareas</li> <li>- Toma decisiones independientemente.</li> </ul>		Favorable Desfavorable
		Respeto mutuo y reciprocidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respeta a su pareja</li> <li>- No ha sido agredido físicamente</li> <li>- Demuestra interés en los problemas de su pareja</li> </ul>		Favorable Desfavorable
		Sexualidad y amor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiene relación estable con su pareja</li> <li>- Tiene solo una pareja, y tiene actividad sexual, producto de la relación de ambos</li> <li>- Que sentimiento tienes después de una relación coital.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que sentimientos te aflora después de la masturbación</li> </ul> </li> <li>- La sexualidad debe vivirse respetando los principios y valores</li> <li>- La relación sexual debe llvarse , respetando las normas sociales</li> </ul>		Favorable Desfavorable
		Sexualidad como algo positivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimientos después de la masturbación</li> <li>- Sentimientos después del acto sexual</li> <li>- sentimientos después de una masturbación, después del acto sexual</li> </ul>		Favorable Desfavorable

### 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 género de los adolescentes	Religión	- Religión	Cualitativa nominal	Católico Evangélico Otras
		Ocupación	- Ocupación	Cualitativa nominal	Estudiante Trabaja Trabaja/estudia
		Estado civil	- Estado civil	Cualitativa nominal	Soltero Casado
		Tiene enamorado(a)	- Tiene enamorado(a)	Cualitativa nominal	Si No
		Se ha iniciado sexualmente	- Se ha iniciado sexualmente	Cualitativa nominal	Si No
		Edad de inicio de sus relaciones sexuales	- Edad de inicio de sus relaciones sexuales	Cuantitativa de razón	No años
		Opción sexual	- Opción sexual	Cualitativa nominal	Heterosexual Homosexual Bisexual

## MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CARACTERÍSTICAS DE CONTROL

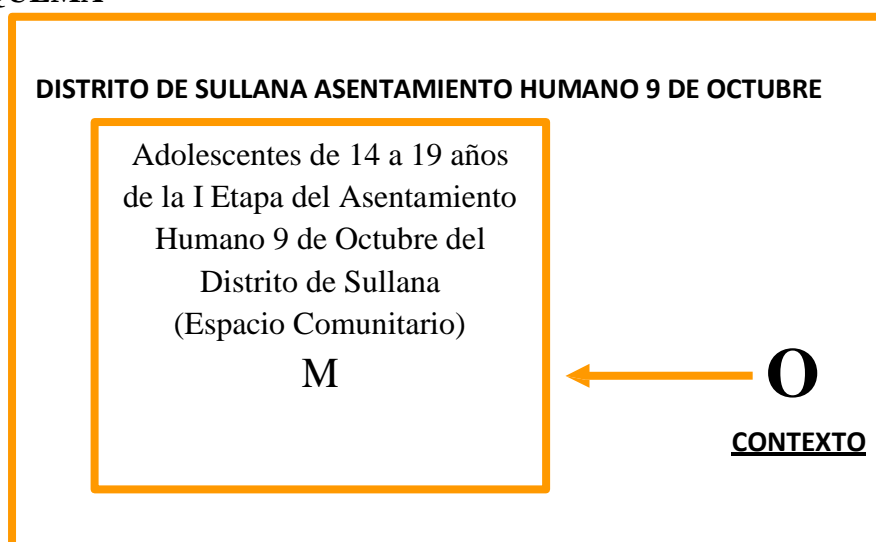
VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
EDAD	a Tiempo vivido por el adolescente, expresada en 14 a 19 años cumplidos.	Edad	- Edad	Cuantitativa de razón	años
SEXO	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Sexo	- Sexo	Cualitativa nominal	Masculino Femenino

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Diseño de la investigación

Se desarrolló una investigación cuantitativa, de nivel no experimental descriptivo, con diseño simple de una casilla y de corte transversal.

#### ESQUEMA



**M:** Adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana.

**O:** Representa lo que observamos.

#### 3.2. Población y muestra

La población estuvo constituida por un total de 200 adolescentes; que radican en la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana, Provincia de Sullana, por que cumplieron con los criterios de inclusión. Información obtenida según datos estadísticos del MINSA.

**Muestra:** Se utilizó el muestreo no probabilístico que se obtuvo mediante el programa Epi Data 3.1 con un 95% de confianza, por que se requiere una cuidadosa y controlada elección de los sujetos con las características especificadas en el planteamiento del problema, la cual se encuentra conformada por 200 adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana, Provincia de Sullana.

**Unidad de análisis:** Las unidades de análisis son cada uno de los jóvenes adolescentes de 14 a 19 años que residen en de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana, Provincia de Sullana.

Para la selección de cada unidad de análisis se realizará primero la selección del sector, y posteriormente se visitará cada uno de los hogares donde residen cada uno de los adolescentes.

#### **Criterios de inclusión y exclusión.**

##### **Inclusión:**

- Adolescentes hombres y mujeres de 14 a 19 años, que viven o residen con permanencia por lo menos un año de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana, Provincia de Sullana.
- No interesa la condición civil.
- Puede o no tener hijos.
- Aceptación escrita de participar en el estudio.

##### **Exclusión:**

- Adolescentes con capacidad disminuida para comunicarse.
- Edad menor a 14 años y mayor de 19 años.
- Adolescentes que pertenecieran a algún programa educativo especializado en salud sexual y reproductiva.



### **3.3 Técnica e Instrumentos de medición**

Se utilizó la encuesta como técnica de recolección de datos, siendo el cuestionario y la escala tipo Likert los instrumentos empleados; los cuales fueron diseñados y validados por la Mg. Nelly Solís Villanueva en la Línea de Investigación titulada Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes del Perú, de la Escuela Profesional de Obstetricia de la ULADECH Católica.

El proceso de recolección de la información se desarrolló cumpliendo la programación establecida según cronograma de trabajo. Inicialmente se coordinó con el establecimiento de salud y los padres de familia de la comunidad, luego se realizó el reconocimiento de la zona a investigar para finalmente encuestar a los adolescentes seleccionados durante dos semanas, con una duración promedio de 30 minutos por adolescente, no menor de 20 minutos.

Para cumplir con la investigación de manera objetiva y dentro de un marco ético, la recolección de datos se realizó encuestando a los adolescentes que voluntariamente aceptaron participar de la investigación. La aplicación de los formularios se realizó por el investigador. Para iniciar la encuesta se explicó a los adolescentes los objetivos de la investigación y su participación voluntaria en ella (Anexo N° 03) solicitándose previamente su asentimiento (Anexo N° 03). La encuesta se realizó en el domicilio del adolescente seleccionado, sin la presencia de otras personas que pudieran afectar la información recolectada.

En todo momento de la investigación se siguieron los Principios Éticos para la Investigación Médica en seres humanos:

- Se informarán los objetivos y propósitos de la investigación científica de manera clara y precisa, absolviendo todas las preguntas y dudas acerca de la misma.
- Se garantizará la confiabilidad de la información.

- Se respetará los derechos humanos: derechos individuales, a la integridad física, mental y sobre su personalidad y derecho a la intimidad.
- La participación fue voluntaria e informada y no coaccionada.
- Se informó el derecho a abstenerse de participar en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin riesgo a represalia.

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

Para la medición del nivel de conocimiento sexuales se utilizó un cuestionario previamente estructurado de preguntas cerradas que consta de 35 ítems, con opciones de respuestas dicotómicas Si conoce y No conoce, realizadas de manera agrupada según dimensiones, dicho cuestionario contiene 9 ítems que miden los conocimientos de Anatomía y fisiología sexual y reproductiva; 8 ítems sobre repuesta sexual ; 9 relacionadas a los conocimientos de prevención de las ITSS/VIH/SIDA, 9 destinados a metodología anticonceptiva como alternativa de prevención del embarazo. Un SI representa un valor de 1 y un NO un valor 0. Sumando las respuestas de cada ítem se pueden tener un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 35, considerando dos niveles (Anexo N° 04). Cuyos rangos fueron establecidos de la siguiente manera:

#### **Conocimiento:**

**Conoce:** puntaje igual o mayor al valor del percentil 75° de los datos de la muestra.

**Desconoce:** puntaje menor al valor del percentil 75° 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. La Prueba tiene un índice de confiabilidad Alpha de Crombach igual a 0.65; siendo su confiabilidad moderada (Anexos 2.1. y 2.2.1.).

### **Test de actitudes sexuales del adolescente.**

Para la medición de las actitudes sexuales del adolescente, se utilizó la escala tipo Likert 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 (Anexo N° 2.2. y 2.2.1.):

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

Con un total de 50 preguntas, teniendo un puntaje mínimo de 50 puntos y un puntaje máximo de 250 puntos. Se tendrá en cuenta los siguientes rangos:

- **Favorable:** puntaje igual o mayor al valor del percentil 75° de los datos de la muestra.
- **Desfavorable:** puntaje menor al valor del percentil 75° de los datos de la muestra.

El instrumento para medir las actitudes hacia la sexualidad fue validado en su contenido por jueces expertos y los ítems cumplen con los criterios establecidos para su validación. La Prueba tiene un índice de confiabilidad AlphaCrombach igual a 0.88; siendo su confiabilidad alta. En vista que el análisis de las actitudes sexuales se realizara según dimensiones, y se baremaron tomando en cuenta el percentil 75.

### **Características Socio demográficas y de control.**

Para la recogida de los datos socio demográfico, se empleó un cuestionario donde se identifica las variables estado civil, religión, ocupación y lugar de residencia, asimismo si tiene enamorado o enamorada, si ha tenido relaciones sexuales, la edad de inicio de actividad sexual y la opción sexual. También se incluye la edad y el sexo del adolescente (Anexo N° 01).

### **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 realizara baremos en escala de Centiles o Percentiles.

## **Puntaje de Conocimientos y Actitud**

En el presente trabajo de investigación por estudios anteriores (según Taller de Titulación I), los puntajes para medir el nivel de conocimientos y actitud sexual en cada una de sus dimensiones se realizaron a través de la baremación estadística; siendo los siguientes:

### **Conocimiento general:**

Si conoce: 25 – 35.

No conoce: 0 – 24.

### **Conocimiento por dimensiones:**

#### **Anatomía y fisiología, sexual y reproductiva del adolescente.**

Si conoce: 7 – 9.

No conoce: 0 – 6.

#### **Ciclo de Respuesta Sexual.**

Si conoce: 6 – 8.

No conoce: 0 – 5.

#### **Prevención de enfermedades de transmisión sexual – VIH/SIDA.**

Si conoce: 7 – 9.

No conoce: 0 – 6.

#### **Métodos Anticonceptivos como Alternativa de Prevención del Embarazo.**

Si conoce: 7 – 9.

No conoce: 0 – 6.

**Actitud general:**

Favorable : 151 – 250.

Desfavorable: 50 – 150.

**Actitud según dimensiones:**

**Responsabilidad y prevención del riesgo sexual.**

Favorable : 29 – 50.

Desfavorable: 0 – 28.

**Libertad para decidir y actuar.**

Favorable : 16 – 30.

Desfavorable: 0 – 15.

**Autonomía.**

Favorable : 20 – 25.

Desfavorable: 0 – 1

**Respeto mutuo y reciprocidad.**

Favorable : 28 – 45.

Desfavorable: 0 – 27.

**Sexualidad y amor.**

Favorable : 31 – 45.

Desfavorable: 0 – 30.

### **Sexualidad como algo positivo.**

Favorable : 38 – 55.

Desfavorable: 0 – 37.

### **Validez y Confiabilidad:**

Por estudios anteriores (Taller de Titulación I) los instrumentos para medir el nivel de conocimiento y actitud sexual será validado y confiable mediante el programa estadístico SPSS versión 17 a través del Alfa de Cronbach.

### **Plan de análisis.**

Los datos obtenidos fueron codificados e ingresados 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 Sciences) Versión 17 con el cual se obtuvo la frecuencia de cada una de las variables en estudio con sus respectivos gráficos.

#### IV.- Resultados

**TABLA N°01**

**Conocimientos Sexuales en General de los Adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana en el Periodo 2012-2015.**

<b>TOTAL</b>		
<b>Conocimiento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>No conoce</b>	127	63
<b>Conoce</b>	73	37
<b>Total</b>	200	100

**Fuente: Encuesta realizada a los Adolescentes en el año 2012-2015**

En la Tabla N° 1 se evidencia el conocimiento global sobre sexualidad de los adolescentes de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana Provincia de Sullana, observando que el **63%** de los encuestados desconoce aspectos básicos sobre su sexualidad; asimismo es importante conocer que el **37%** de los adolescentes muestra conocimientos satisfactorios en esta área.



### Grafico N° 1

**Distribución Porcentual de Conocimiento General sobre Sexualidad de los Adolescentes de 14 a 19 de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana Durante el Periodo 2012-2015.**



**Fuente: Encuesta realizada a los Adolescentes en el año 2012-2015.**

**Tabla N°02**

**Conocimiento Sexuales Según Dimensiones de los Adolescentes de 14 y 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana en el Periodo 2012-2015.**

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Métodos Anticonceptivos como alternativa de prevención del embarazo</b>	<b>No conoce</b>	49 24.5
	<b>Conoce</b>	151 75.5
<b>Total</b>	200	100
<b>Ciclo de respuesta sexual</b>	<b>No conoce</b>	74 37
	<b>Conoce</b>	126 63
<b>Total</b>	200	100
<b>Anatomía y Fisiología sexual y reproductiva</b>	<b>No conoce</b>	115 57.5
	<b>Conoce</b>	85 42.5
<b>Total</b>	200	100
<b>Prevención de enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA</b>	<b>No conoce</b>	143 71.5
	<b>Conoce</b>	57 28.5
<b>Total</b>	200	100

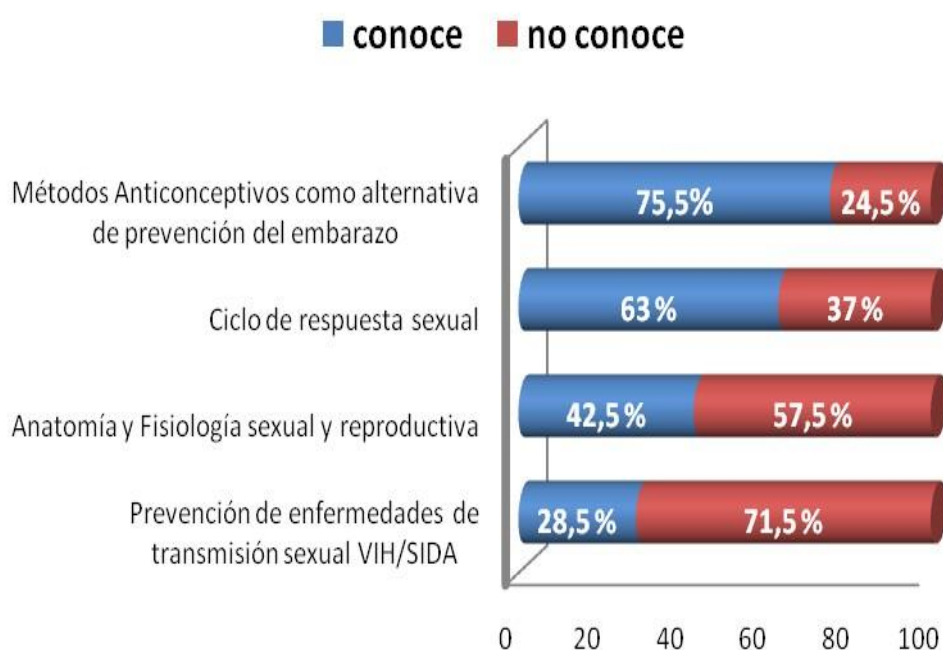
**Fuente: Encuesta realizada a los Adolescentes en el año 2012-2015.**

**En la Tabla N° 2,** podemos evidenciar mediante los resultados obtenidos sobre los conocimientos sexuales de los adolescentes entre 14 y 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana Provincia de Sullana. Con respecto a sus 4 dimensiones básicas de la sexualidad, es importante señalar que los adolescentes tienen desconocimiento del **71.5%** sobre la dimensión Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual VIH/SIDA, así mismo encontramos que el **57.5%** desconoce.

sobre la dimensión Anatomía y Fisiología sexual y reproductiva, el **37%** tienen desconocimiento la dimensión “ciclo de respuesta sexual humana”, y el **24.5%** desconoce sobre métodos anticonceptivos, Como Alternativa de Prevención del Embarazo, mientras que el **75.5%** tienen conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos.

### **GRAFICO 02**

**Distribución Porcentual sobre Conocimientos Sexuales según Dimensiones en los Adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana Durante el Periodo 2012-2015.**



**Fuente: Encuesta realizada a los Adolescentes en el año 2012-2015**

**TABLA N° 03**

**Conocimientos por Items de la Dimensión Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva Según la Respuesta de los Adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana en el Periodo 2012-2015.**

Ítem	Conoce		No Conoce	
	n	%	n	%
<b>C2. La fecundación es el ingreso del espermatozoide al ovulo</b>	190	95	10	5
<b>C1. Conoce los genitales externos de la mujer</b>	188	94	12	6
<b>C3. El embarazo comienza con la fecundación</b>	186	93	14	7
<b>C5. Conoce los genitales externos del Varón.</b>	179	89.5	21	10.5
<b>C7. Las trompas de Falopio trasportan el ovulo hacia el útero.</b>	169	84.5	31	15.5
<b>C6. Conoce la denominación del extremo final del pene.</b>	160	80	40	20
<b>C4. En el embarazo se dan modificaciones anatómicas y fisiológicas</b>	134	67	66	33
<b>C9. El coito es natural y necesita ser aprendido.</b>	133	66.5	67	33.5
<b>C8. La mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual.</b>	82	41	118	59

**Fuente:** Encuesta realizada a los Adolescentes en el año 2012-2015.

En la Tabla N°3, nos muestra los resultados dados por los adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana Provincia de Sullana, donde al interior de la Dimensión Anatomía y Fisiología sexual y reproductiva según ítems, encontramos que es importante resaltar que el ítem mas conocido representa el 95% de los adolescentes conocen que la Fecundación es el ingreso del espermatozoide al ovulo.

Mientras que el 94% conoce sobre los genitales externos de la mujer están conformados por: labios mayores y menores, el clítoris, orificio de la uretra y abertura de la vagina.

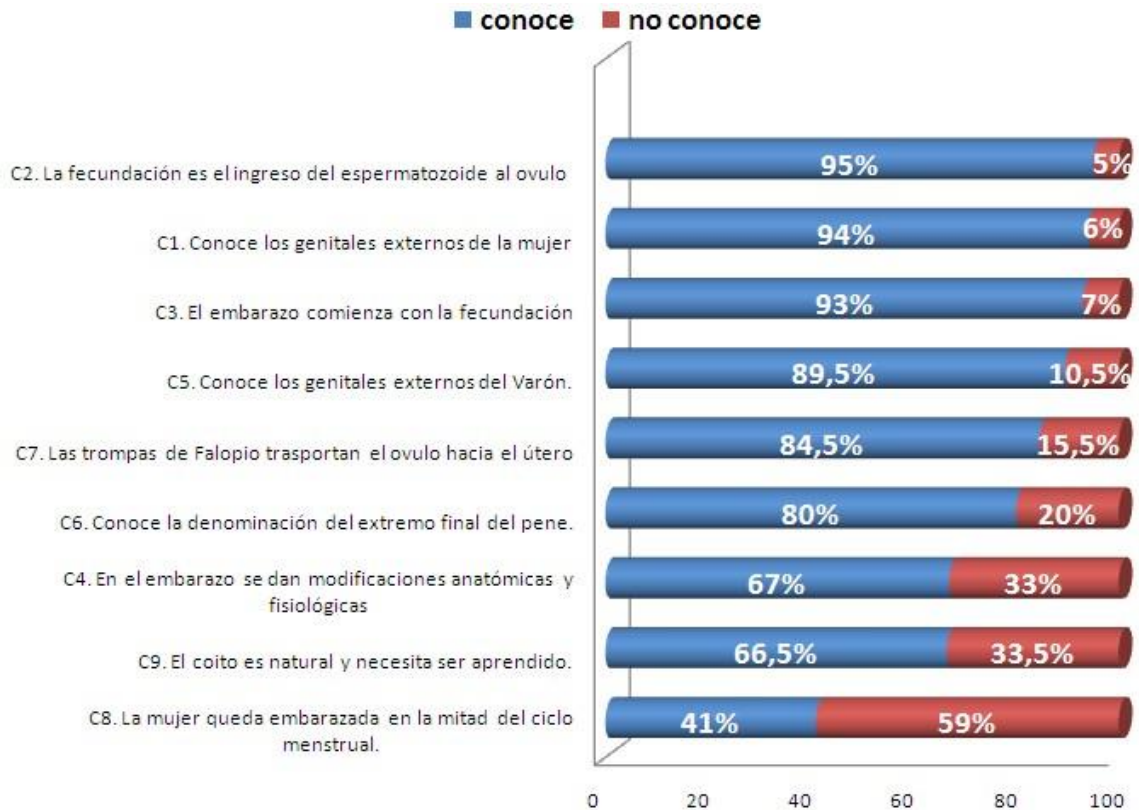
Mientras que el 93% de adolescentes que tienen conocimiento con respecto a que el embarazo comienza con la fecundación, seguido de un 89.5 % de adolescentes que conocen que los genitales externos del hombre esta conformado por el pene, los testículos y las bolsas escrotales. Así mismo hay un 84.5% de adolescentes que no conocen que las trompas de Falopio trasportan el ovulo hacia el útero. Así mismo el 80% si conoce que el glande es el extremo final (la punta) del pene.

Una problemática que se enfoca porcentualmente en que seguido de un 33% de adolescentes que desconoce que en el embarazo se dan modificaciones anatómicas y fisiológicas. Hay mismo demostramos que el 33.5% desconocen que el sexo es una conducta natural y por tanto las personas necesitan aprender como hacerlo. Así mismo el ítems menos conocido corresponde al 59% de adolescentes que desconoce que la mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual ciclo +/- 3dias Y así mismo hay un 20% no conoce que el glande es el extremo final (la punta) del pene.

Así también es importante resaltar que el 66.5% conocen que el sexo es una conducta natural y por tanto las personas necesitan aprender como hacerlo Y por el otro lado. Y que el 41 % si conocen con respecto que si una mujer puede quedar embarazada en la mitad del ciclo menstrual +/- 3dias. Por Así también el 67% si conocen que durante el embarazo la mujer experimenta modificaciones anatómicas y fisiológicas.

### GRAFICO 03

**Distribución Porcentual de Conocimientos por Items de la Dimensión Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva de los Adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana Durante el Periodo 2012-2015.**



**Fuente: Encuesta realizada a los Adolescentes en el año 2012-201**

**TABLA N°04**

**Conocimientos por Ítems de la Dimensión Ciclo de Respuesta Sexual Humana Según Respuesta de los Adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana en el Periodo 2012- 2015.**

Ítem	Conoce		no conoce	
	n	%	n	%
<b>C12. Vivir una sexualidad responsable implica tener conocimiento de ITS/VIH/SIDA y MAC</b>	196	98	4	2
<b>C13. Las actitudes y valores de los jóvenes son importantes para vivencia de la sexualidad</b>	195	97.5	5	2.5
<b>C14. Son manifestaciones de madurez sexual: menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto, masturbación</b>	194	97	6	3
<b>C17. Es la persona quien controla su propio comportamiento sexual.</b>	186	93	14	7
<b>C10. Conoce las fases de la respuesta sexual humana</b>	163	81.5	37	18.5
<b>C16. El comportamiento sexual no coital (penetración)abarca los: besos, abrazos, caricias y masturbación</b>	154	77	46	23
<b>C11. La vivencia de una sexualidad responsable tiene como elemento la autoafirmación personal</b>	150	75	50	25
<b>C15. Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad</b>	137	68.5	63	31.5

**Fuente: Encuesta realizada a los Adolescentes en el año 2012-2015**

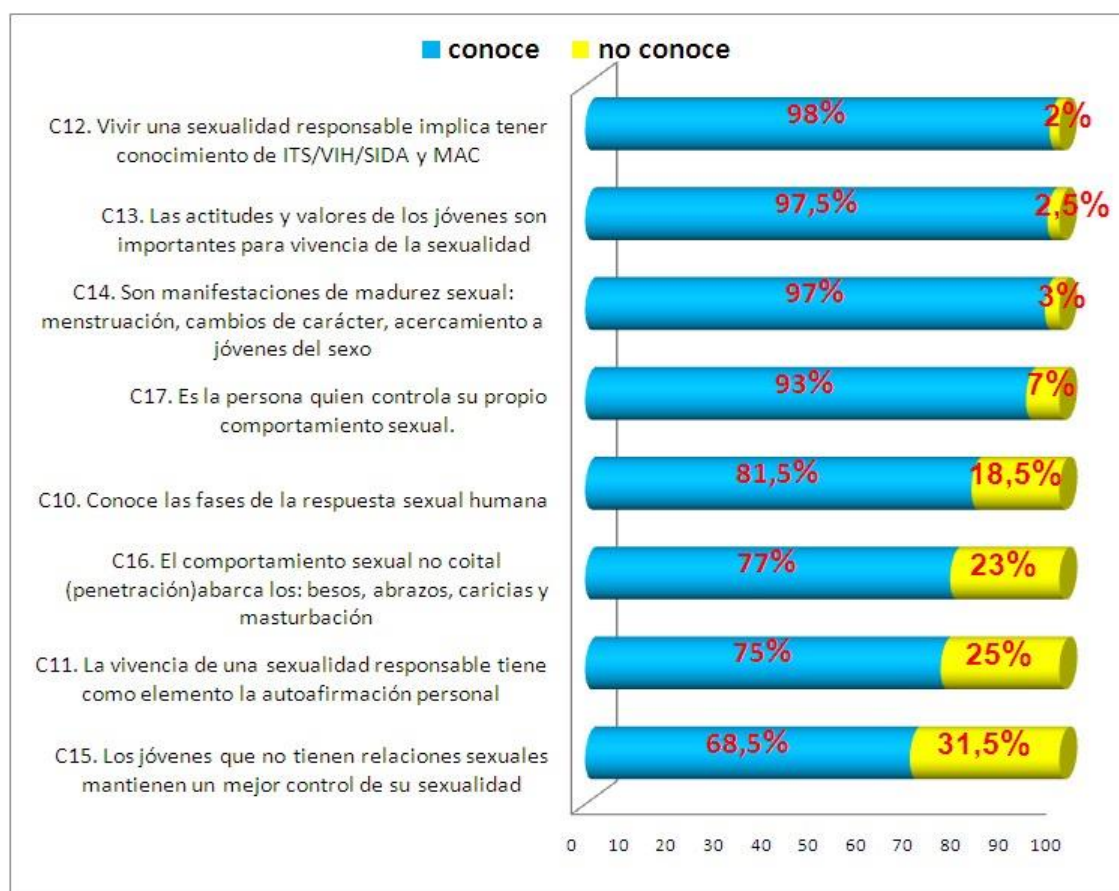
**En la Tabla N°4;** nos muestra los resultados dados por los adolescentes de 14 a 19 años de edad de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana Provincia de Sullana.

Donde se encontró que el Ítems más conocido representa 98% que corresponde al ítems vivir una sexualidad responsable implica tener conocimiento de ITS/VIH/SIDA/MAC seguida de un el 97.5% que corresponde al ítem de las actitudes y valores de los jóvenes son importantes para vivencia de la sexualidad, Así mismo es importante resaltar que el ítem menos conocido representa el como un 31.5% que desconoce que los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad. Seguida de un 25% que desconoce que es la persona quien controla su propio comportamiento sexual.



#### GRAFICO 04.

### **Distribución Porcentual de Conocimientos por Items de la Dimensión Respuesta Sexual de los Adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana Durante el año 2012-2015.**



**TABLA N°05**

Conocimientos por Ítems de la Dimensión Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual – VIH/ SIDA por Ítems según Respuesta de los adolescents de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del distrito de sullana, en el period 2012 – 2015.

Ítem	Conoce		No Conoce	
	n	%	n	%
<b>C18. El sida es una enfermedad que amenaza la vida</b>	200	100	0	0
<b>C19. Conoce las vías de contagio de la infección por el virus del VIH/SIDA.</b>	192	96	8	4
<b>C23. Las ITS se transmiten a través de las relaciones coitales.</b>	182	91	18	9
<b>C24. Las úlceras, llagas, heridas en la zona genital son síntomas que corresponden a una infección de transmisión sexual.</b>	68	84	32	16
<b>C21. El uso preservativos convenientemente en una relación te previene del contagio del SIDA</b>	150	75	50	25

Fuente: encuesta realizada a los adolescents en el año 2012-2015.

**En la tabla N°5;** Nos muestra los resultados dados por los adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana Provincia de Sullana. Donde se encontró que el 0% de los adolescentes desconocen que el sida es una enfermedad que amenaza la vida así mismo encontramos que el ítem más conocido que el sida es una enfermedad que amenaza la vida en un porcentaje del 100%.

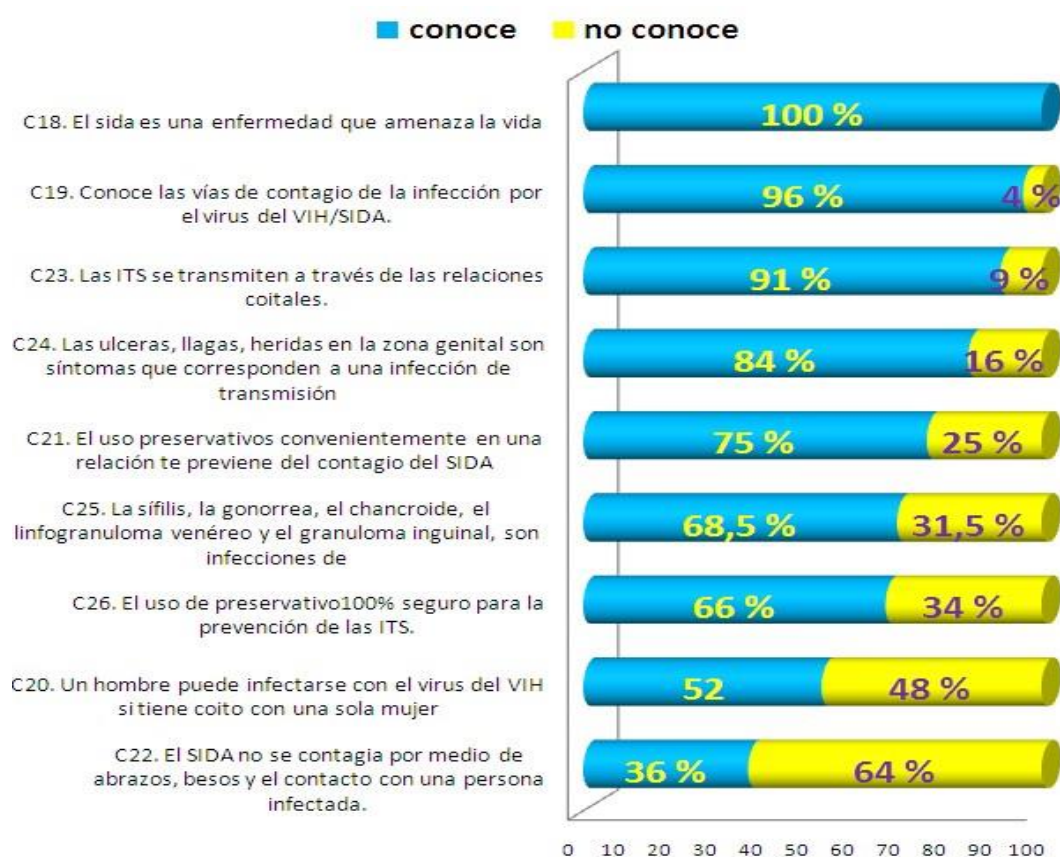
Mientras que el 96% conoce sobre cuales son las vías de contagio de la infección por el virus del VIH/SIDA, asimismo el 91% desconoce que las ITS se transmiten a través de las relaciones coitales, Así el 84% de adolescentes conoce que las úlceras, llagas, heridas en la zona genital son síntomas que corresponden a una infección de transmisión sexual. Así también encontramos que el 75% conoce sobre el uso preservativos convenientemente en una relación te previene del contagio del SIDA. También encontramos que el 68.5% conoce que la sífilis, la gonorrea, el chancroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal, son infecciones de transmisión sexual.

Así también es importante resaltar el 64% desconoce que el SIDA no se contagia por medio de abrazos, besos y el contacto con una persona infectada. También encontramos que el 48% desconoce que el un hombre puede infectarse con el virus del VIH si tiene coito con una sola mujer. Al igual que el 34% desconoce sobre el uso del preservativo es 100% seguro para la prevención de las ITS.

Así mismo solo el 4% de adolescentes que desconocen sobre cuales son las vías de contagio de la infección por el virus del VIH/SIDA.

## GRAFICO 05

### **Distribución Porcentual de Conocimientos por Items de la Dimensión Prevención de ITS-VIH/SIDA de los Adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana Durante el Periodo 2012-2015.**



**Fuente: Encuesta realizada a los Adolescentes en el año 2012-2015.**

**TABLA N° 6**

**Conocimientos por Ítems de la Dimensión Métodos Anticonceptivos Como Alternativa de Prevención del Embarazo según Respuesta de los Adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana, en el Periodo 2012-2015.**

Ítem	Conoce		No Conoce	
	n	%	n	%
<b>C30. Para usar la T de cobre la chica debe ir al médico u obstetra.</b>	177	88.5	23	11.5
<b>C33. Los métodos de barrera son: los preservativos masculinos y femeninos, los diafragmas y los espermicidas.</b>	172	86	28	14
<b>C28. Los métodos de planificación familiar están divididos en: métodos naturales y artificiales.</b>	171	85.5	29	14.5
<b>C34. Los métodos hormonales son: la píldora, los inyectables y el norplant</b>	171	85.5	29	14.5
<b>C35. Los anticonceptivos para regular la fecundidad del adolescente son: el preservativo, el diafragma, las píldoras, los inyectables y el DIU.</b>	167	83.5	33	16.5
<b>C29. La píldora, inyectables y el DIU, son métodos anticonceptivos.</b>	165	82.5	35	17.5
<b>C27. En su primera relación coital una mujer puede quedar embarazada.</b>	162	81	38	19
<b>C31. El método de abstinencia sexual consiste en no tener las relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.</b>	158	79	42	21
<b>C32. El preservativo es un método de planificación familiar.</b>	149	74.5	51	25.5

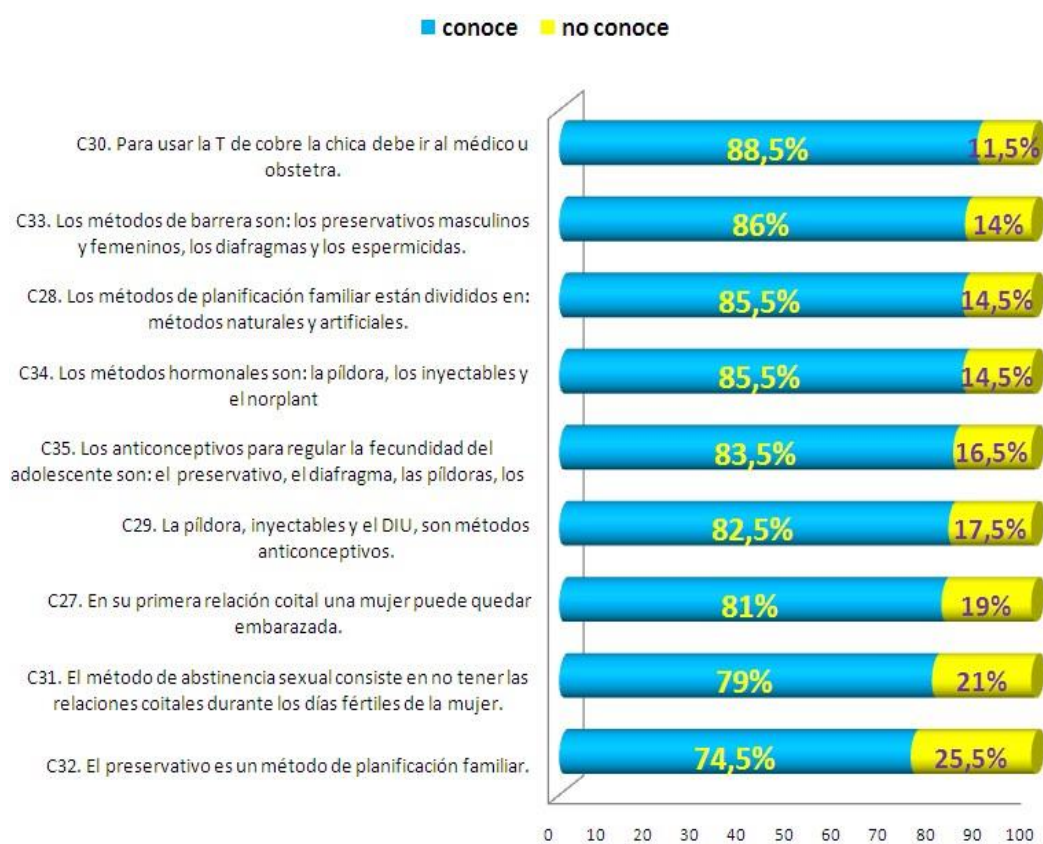
**Fuente: Encuesta realizada a los Adolescentes en el año 2012- 2015.**

**En la tabla N°6;** nos muestra los resultados dados por los adolescentes de 14 a 19 años de edad de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana Provincia de Sullana. Encontramos que el 88.5% conoce que para usar la T de cobre la chica debe ir al médico u obstetra., asimismo el 86% conoce que los métodos de barrera son: los preservativos masculinos y femeninos, los diafragmas y los espermicidas. Así es importante resaltar como el 85.5% de adolescentes conoce que los métodos de planificación familiar están divididos en: métodos naturales y artificiales. Así mismo el 85.5% conoce que los métodos hormonales son: la píldora, los inyectables y el norplant. Asimismo el al igual 83.5% de adolescentes que conocen que los anticonceptivos para regular la fecundidad del adolescente son: el preservativo, el diafragma, las píldoras, los inyectables y el DIU, al igual que el 82.5% conoce que la píldora, inyectables y el DIU, son métodos anticonceptivos y es importante saber que el 81% conoce que en su primera relación coital una mujer puede quedar embarazada.

Asimismo es importante resaltar que el ítems mas desconocido representa el 25.5% de adolescentes que desconoce que el preservativo es un método de planificación familiar. Así como el 53% de adolescentes desconocen que el método de abstinencia sexual consiste en no tener las relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.

## GRAFICO 06

### **Distribución Porcentual de Conocimientos por Items de la Dimensión Métodos Anticonceptivos Como Prevención del Embarazo en los Adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana Durante el Periodo 2012-2015.**



**Fuente: Encuesta realizada a los Adolescentes en el año 2012-2015.**

**Tabla N° 07**

**Actitud Global Hacia la Sexualidad en los Adolescentes de 14 a 19 años del de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana, en el Periodo 2012- 2015.**

Actitudes	TOTAL	
	n	%
Desfavorable	70	35
Favorable	130	65
Total	200	100

**Fuente: Encuesta realizada a los Adolescentes en el año 2012-2015.**

**En la tabla N°7;** Se evidencia la actitud global sobre sexualidad de los adolescentes de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana Provincia de Sullana al 100%, observando que solo el **35%** muestra actitudes desfavorables en esta área. Así mismo es importante señalar que el **65%** de adolescentes tienen actitudes favorables hacia la sexualidad.

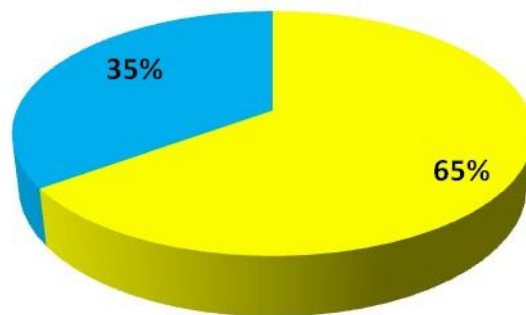


### **GRAFICO 07**

**Distribución Porcentual de las Actitudes Sexuales en General de los Adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana Durante el Periodo 2012-2015.**

#### **ACTITUDES**

■ FAVORABLE ■ DESFAVORABLE



**Fuente: Encuesta realizada a los Adolescentes en el año 2012-2015**

**TABLA N°08**

**Actitudes Hacia la Sexualidad Según Dimensiones en Adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana, en el Periodo 2012-2015.**

DIMENSION		n	%
Sexualidad algo positivo	Desfavorable	58	29
	Favorable	142	71
TOTAL		200	100
Responsabilidad y prevención	Desfavorable	63	31.5
	Favorable	137	68.5
TOTAL		200	100
Libertad para decidir	Desfavorable	67	33.5
	Favorable	133	66.5
TOTAL		200	100
Respeto mutuo y reciprocidad	Desfavorable	68	34
	Favorable	132	66
TOTAL		200	100
Autonomía	Desfavorable	72	36
	Favorable	128	64
TOTAL		200	100
Sexualidad y amor	Desfavorable	104	52
	Favorable	96	48
TOTAL		200	100

**Fuente: Encuesta realizada a los Adolescentes en el año 2012- 2015.**

**En la tabla N°8:** Se puede observar que las actitudes que presentaron los adolescentes de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana Provincia de Sullana, Con respecto a sus 6 dimensiones básicas de la sexualidad, encontramos que en la dimensión Sexualidad algo positivo el 29% de adolescentes muestra actitudes desfavorables en esta área. Asimismo es importante resaltar que el 71% de adolescentes muestran actitudes favorables en esta área.

Así en la dimensión Responsabilidad y prevención el 31.5% muestra actitudes desfavorables. Mientras que el 68.5% muestra actitudes favorables frente a esta dimensión.

En la dimensión Libertad para decidir el 33.5% muestra actitudes desfavorables en esta área. Mientras que el 66.5% muestra actitudes favorables frente a esta dimensión.

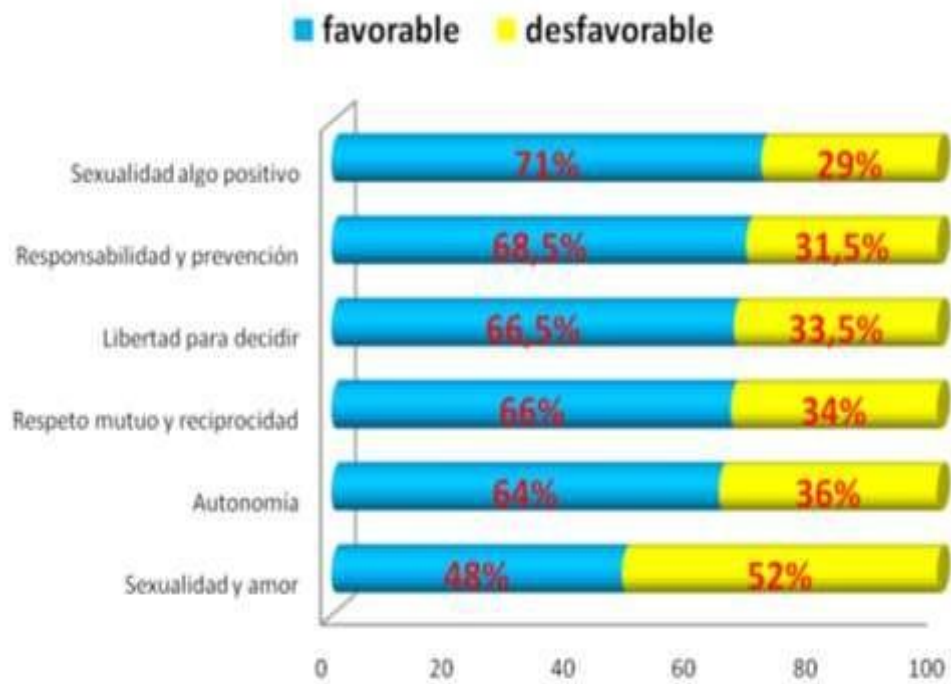
Asimismo en la dimensión Respeto mutuo y reciprocidad el 34% muestra actitudes desfavorables en esta área. Y el 66% de adolescentes muestra actitudes desfavorables.

Así en la dimensión Autonomía el 36% de adolescentes muestra actitudes desfavorables en esta área. Donde el 64% tienen actitudes desfavorables frente a esta dimensión.

Resaltando que en la dimensión Sexualidad y amor que el 52% de adolescentes muestra actitudes desfavorables. Siendo el 48% de adolescentes tienen actitudes favorables en la dimensión.

## GRAFICO 08

**Distribución Porcentual de las Actitudes Sexuales según Dimensiones de los Adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana Durante el Periodo 2012-2015.**



**Fuente: Encuesta realizada a los Adolescentes en el año 2012-2015**

**TABLA N° 09**

**Características Socio-demográficas y Sexuales de los Adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana, en el Periodo 2012.**

CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS		TOTAL	
		N	%
EDAD	14 Años		
	15 años	91	45.5
	16 años	10	5.0
	17 años	12	6.0
	18 años	06	3.0
	19 años	30	15.0
TOTAL		200	100
SEXO	Masculino	103	51.5
	Femenino	97	48.5
TOTAL		200	100
ESTADO CIVIL	Soltero	192	96.0
	Casado	8	4.0
	Conviviente	0	0
TOTAL		200	100
RELIGION	Católico	149	74.5
	Otras	51	25.5
	No creyente	0	0
TOTAL		200	100
ENAMORADO	Si tiene enamorado (a)	153	76.5
	No tiene enamorado (a)	47	23.5
TOTAL		200	100
OCUPACION	Estudiante	150	55.0
	Trabaja	26	13.0
	Trabaja/estudia	24	12.0
	No trabaja/ no estudia	0	0
	Ama de casa	10	20
TOTAL		200	100
RELACIONES CONIALES	Si	47	23.5
	No	153	76.5
TOTAL		200	100
EDAD DE INICIO DE RELACION SEXUAL	12	10	5.0
	13	4	2.0
	14	7	3.5
	15	16	8.0
	16	10	5.0
	No ha tenido relaciones sexuales	153	76.5
	TOTAL		200
OPCION SEXUAL	Heterosexual	200	100
	Homosexual	0	0
	Bisexual	0	0
TOTAL		200	100

**Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el periodo 2012-2015**

**La Tabla N° 09;** muestra las principales características socio-demográficas y sexuales de los adolescentes encuestados, donde podemos determinar que del 100% de los adolescentes encuestados el 51.5% de estos son del género masculino y el 48.5% son de sexo femenino. Con respecto al estado civil se observa un alto porcentaje de adolescentes 96% refirió ser solteros mientras que un 4% de adolescentes refirió ser casados y 0% refirió ser conviviente. En cuando a edad el 45.5% de adolescentes fueron de 14 y el 25.5% a edades de 15 años, así seguidos del 6% en las edades de 17 años respectivamente y el 3% en 18 años siendo la edad 19 años con un 15% mínimo porcentaje de edades.

Los mayores porcentajes predominaron en la religión católica donde se obtuvo un 74.5%, otras (“evangélicos y mormones”) presenta un 25.5% y mientras que el 0% de adolescentes no son creyentes. Respecto a la ocupación de los adolescentes muestra que el mayor porcentaje de los adolescentes entrevistados son estudiantes 55%, mientras el 13% trabaja, seguido por el 12% que estudia y trabaja, Y el 20% son ama de casa, mientras el 0% no estudian, ni trabajan.

Así mismo es importante resaltar que del total de adolescentes el 73.5% refirió tener enamorado; sin embargo el 23.5% de los adolescentes refiere no tenerlo, sin embargo el 23.5% de los adolescentes refiere haber tenido relaciones sexuales coitales y el 76.5% de los encuestados indica no tener relaciones sexuales coitales. Así mismo en cuanto a la distribución sobre la edad promedio de los adolescentes que han iniciado relaciones sexuales, se reporto que el 5.16% las inició desde los 14 años a los 18 años, a lo cual se suma un porcentaje de 23.5% que refiere haber iniciado su actividad sexual. Y un 76.5% No ha tenido relaciones sexuales aun.

Finalmente, la Opción sexual, la heterosexualidad demostró ser la preferencia sexual de los adolescentes en un 100.0% de los entrevistados, y el 0% para el resto de opciones.

## **4.2. Análisis de Resultados.**

Abordar el tema de la sexualidad en los adolescentes es de suma importancia, pues el entendimiento de la misma contribuirá al desarrollo integral del adolescente.

La sexualidad adolescente se convierte en una búsqueda del significado, una experiencia generadora de autonomía, de sentimiento, de identidad y de autovaloración como persona atractiva. Es aquí en donde el grupo familiar juega un rol fundamental en la conformación de actitudes, conocimientos y prácticas en la expresión de la sexualidad adolescente.

Por lo expuesto los adolescentes requieren de discusiones honestas y abiertas sobre estos temas para que logren un manejo adecuado de las situaciones que diariamente enfrentan, y desarrollen conductas responsables respecto a su sexualidad.

Es netamente factible puntualizar la sexualidad responsable, para ello se necesita potenciar dos pilares como el conocimiento y la actitud sexual; las cuales se adquieren desde la niñez llegando como escala definitiva durante la adolescencia; esto determina el comportamiento sexual saludable y a la vez responsable.

En la presente investigación, los resultados observados evidencian las principales características de la muestra en estudio, adquiere importancia mencionarlos, teniendo en cuenta que la población a la que se le aplicó la encuesta pertenece de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana, Provincia de Sullana.

Conformada por 200 adolescentes de ambos sexos, la mayoría de ellos se encuentran cursando educación secundaria, y con edades promedio de 14 a 19 años.

Un resultado importante de la presente investigación muestra, que del 100% de los adolescentes entrevistados el 63% de adolescentes desconoce de manera general aspectos relacionados a su sexualidad. Asimismo es importante resaltar que el 37% de adolescentes conocen sobre este tema. De manera similar un resultado de investigación realizada en el ámbito regional al de **Arias (20)**. Quien en su investigación; presento que la mayoría de adolescentes con un 59% presentaron un nivel de conocimientos bajo, seguido de un 34% que tenían un nivel medio y solo el 7% presento un nivel de conocimientos alto. Resultados contradictorios a los de otro autor a nivel regional **Mendoza (21)** 2007. Piura. En su estudio informa que el 74,4% de los adolescentes estudiantes de Enfermería poseen un buen nivel de conocimientos sobre sexualidad, mientras que un 9% demuestra tener un deficiente conocimiento de esta dimensión; Al igual que los resultados encontrados por **Huapaya (19)**. En Lima. 2007, en su investigación; encontró que después de la intervención, el 93.1% de adolescentes presentó un nivel de conocimientos de bueno a muy bueno y el 6.7% un nivel de conocimientos regular.

Es preciso señalar que los resultados se dan múltiples causas como son la ausencia o poca de educación sexual en los adolescentes, existiendo también un alto nivel desinformación y desconocimiento entre los padres y educadores en cuanto a sexualidad se refiere y todo lo que esta implique, conllevando a que los adolescentes ignoran muchos aspectos relacionados con su vida sexual así como las dificultades para entablar un diálogo sobre el tema.



Las inhibiciones para buscar información a través de medios adecuados las falsas creencias y mitos creándose y sosteniendo de esta manera algunas ideas erróneas como pensar que no puede haber embarazo la primera vez que se hace el amor, o que la marcha atrás es un método muy eficaz.

Como parte de la investigación se consignan objetivos con descripción de los conocimientos por dimensiones, que son necesarios para constatar las potencialidades y debilidades con mención a la sexualidad del grupo poblacional de estudio. Se hace mención a cuatro dimensiones estudiadas con desconocimiento. Se puede observar conocimientos en general sobre sexualidad por dimensiones al 100%. Conocer la estructura y función del cuerpo humano es fundamental para comprender los cambios reproductivos en la etapa de la adolescencia. Para tal efecto se aprecia, que en la dimensión de **Anatomía y Fisiología sexual y reproductiva**, desconoce el (57.5%), de adolescentes resultados similares a la investigación a nivel nacional realizada por **Sánchez (42)** en su estudio realizado en Pueblo joven Dos de junio distrito de Chimbote - 2010, encontró que el 68.0% de los adolescentes desconoce la dimensión Anatomía y fisiología.

Con respecto a los ítems menos conocidos por los adolescentes son: un (59%, 33%) desconoce que la mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual, en el embarazo se dan modificaciones anatómicas y fisiológicas, siendo el ítems mas conocido; la fecundación es el ingreso del espermatozoide al ovulo en un 95%. Por otro lado **Domínguez (56)** en el Centro Poblado Villa María Cieneguillo Centro Sullana - 2011, obtuvo que en el interior de la dimensión Anatomía y Fisiología sexual y reproductiva muestra una concordancia y diferencia (47.1% y 51.33%) de desconocimiento en lo que respecta a los ítems: la mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual y el embarazo comienza con la fecundación respectivamente.

También hay una similitud del 56% que no conoce que la fecundación es el ingreso del espermatozoide al óvulo. Resultados que difieren a los de la investigación realizada por **Juárez (52)** en Víctor Raúl – Piura 2011, obtuvo un 83.75% y 16.25% que conocen y no conocen respectivamente en la dimensión Anatomía y fisiología sexual y reproductiva.

Al hablar de respuesta sexual humana nos referimos al conjunto de cambios físicos y hormonales que poseen los seres humanos frente a las estimulaciones en sus zonas erógenas, estas respuestas tienen como objetivo facilitar la reproducción sexual humana.

Con respecto al ítems; los genitales externos de la mujer, representa un 94% de adolescentes que conocen este tema, resultado que difiere con el estudio presentado por **Sánchez (42)** en Pueblo Joven Dos de Junio-Chimbote 2010, en su estudio encontró similitud en el ítem genitales externos de la mujer con un 85% de desconocimiento.

Al hablar de respuesta sexual humana nos referimos al conjunto de cambios físicos y hormonales que poseen los seres humanos frente a las estimulaciones en sus zonas erógenas, estas respuestas tienen como objetivo facilitar la reproducción sexual humana.

Dado así que en la **dimensión respuesta sexual humana** se aprecia la existencia de un 37% de desconocimiento en esta área. Mientras que resultados diferentes se obtuvo en la investigación por **Ramos (53)**, en el “AA HH Ramiro Priale” del Distrito de Sullana –2011, quien en su estudio obtuvo un 54.29% de desconocimiento.

Evidenciando que en la Dimensión ciclo de Respuesta Sexual Humana los ítems más conocidos representa el 98% que corresponde al ítem vivir una sexualidad responsable implica tener conocimiento de ITS/VIH/SIDA/MAC; seguida de un 97.5% que corresponde al ítem de las actitudes y valores de los jóvenes son importantes para vivencia de la sexualidad. Asimismo es importante conocer que el 97%, de los adolescentes tienen conocimiento de: Son manifestaciones de madurez sexual: menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto, masturbación. Siendo el ítem más conocido las fases de la respuesta sexual humana: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución con un 81.5%.

Así mismo es importante resaltar que el ítem menos conocido representa el 31.5% que desconoce que los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad. Seguida de un 25% que desconoce que es la persona quien controla su propio comportamiento sexual. Siendo así el 31.5% no conocen que los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad.

Resultados similares a los de **Domínguez (56)** en el Centro Poblado Villa María Cieneguillo Centro -Sullana 2011, quien obtuvo un (64% y 67.33%) de conocimiento en los ítems: es la propia persona quien controla su propio comportamiento sexual, así como las actitudes y valores de los jóvenes son importantes en la vivencia de la sexualidad respectivamente. Mientras que **Ramos (53)** en el “AA HH Ramiro Priale” del Distrito de Sullana –2011, en su estudio manifestó semejanza en el ítem: son manifestaciones de madurez sexual: menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto, masturbación con un 68.57% que conoce.

Resultados diferentes obtuvo **Juárez (52)** en el Asentamiento Humano “Víctor Raúl –Sullana 2011, cuyo estudio, demuestra sorprendentemente un 60.00% de desconocimiento en las fases de la respuesta sexual humana y un 50.00% de los adolescentes no saben que no teniendo relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad.

Cuando preguntamos a los adolescentes por las infecciones de transmisión sexual sus conocimientos, normalmente, son limitados, abarcando el SIDA y en algunos casos la sífilis y la gonorrea. Pero desconocen muchas otras producidas por múltiples gérmenes. Pero ese no es el mayor problema, lo preocupante del tema es que aunque no sepan su nombre saben que las infecciones de transmisión sexual están a la orden del día, y qué pueden ser contagiados.

En esta secuencia se aprecia que en la **dimensión Prevención de infecciones de transmisión sexual** solo 28.5% conoce sobre la prevención de ITS/VIH-SIDA.

De manera algo diferente a la encontrada por el autor **Cruz (43)**, en Víctor Raúl y Manuel Arévalo –Chimbote 2011, en su estudio obtuvo un 61% que no conoce esta dimensión, caso contrario al estudio hecho por **Romero (45)** en El Porvenir sector I-Chimbote –2011, en su estudio constata un conocimiento (62%) con respecto a la dimensión mencionada.

Respecto a los ítems más conocidos se constata los siguientes resultados: Conoce las vías de contagio de la infección por el virus del VIH/SIDA observando que los adolescentes conocen este ítem en un 96%, resultados similares a la investigación realizada por **Juárez (52)** en el Asentamiento Humano “Víctor Raúl –Sullana 2011, observó un 78% y 68% de conocimiento en cuanto a vías de contagio y las ITS son infecciones que se transmiten a través de las relaciones coitales respectivamente.

Así mismo el 34% de adolescentes no conocen si el uso de preservativo es seguro 100% para prevención de las ITS, resultado que difiere al de la investigación realizada por **Solís (40)** en La Comunidad Zonal Magdalena Nueva -Chimbote 2010, en su investigación demostró que el 74% considera el preservativo como no muy seguro en la prevención de las ITS.

Por otro lado un 52% de adolescentes conoce que un hombre puede infectarse con el virus del VIH si tiene coito con una sola mujer, resultado que difiere al de la investigación realizada por **Muñoz (44)** en El Pueblo Joven San Pedro I – Chimbote 2011, muestra un 58% de desconocimiento.

El ítem menos conocido: El sida se contagia por medio de abrazos, besos y el contacto con una persona infectada observando que los adolescentes desconocen este ítem en un (64%), resultado similar al encontrado por **Domínguez (56)** en el Centro Poblado Villa María Cieneguillo Centro -Sullana 2011 y **Alvarado (55)** en el Asentamiento Humano Cesar Vallejo del Distrito de Sullana 2011, en sus investigaciones observaron un desconocimiento entre un 74% y 75.33% respectivamente en el interior de la dimensión en cuanto al ítem mencionado.

Por otra parte un 31.5% no conocen que la sífilis, la gonorrea, el chancroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal, son Infecciones de Transmisión Sexual, mientras que es importante resaltar que el 100% de los adolescentes conocen que el SIDA es una enfermedad que amenaza la vida; deferente al resultado de investigación realizado por **Domínguez (56)** en el Centro Poblado Villa María Cieneguillo Centro -Sullana 2011, en su estudio encontró un 70% que no conocen las infecciones de trasmisión sexual y un 66% de conocimiento sobre el SIDA como una enfermedad que amenaza la vida.

Es así la presente investigación muestra un 75.5% de adolescentes que conocen la **dimensión metodología anticonceptiva como prevención del embarazo** y un 24.5% que no conocen este tema. Resultado que difiere al encontrado por la investigación de **Ramos (53)** en el “AA HH Ramiro Priale” del Distrito de Sullana –2011, que un 66.29% no conoce este ítem. Por otro lado **Alvarado (55)** en el Asentamiento Humano Cesar Vallejo del Distrito de Sullana 2011, evidenció de manera similar un 70% de desconocimiento refiriéndose a dicha dimensión.

De acuerdo a los ítems mas conocidos: Para usar la T de cobre la chica debe ir al médico u obstetra en un 88.5%. Asimismo tienen un conocimiento del 74.5% que el preservativo es un método de planificación familiar. Por otro lado un 16.5% no conocen que los anticonceptivos para regular la fecundidad del adolescente son: el preservativo, el diafragma, las píldoras, los inyectables, el DIU, seguido de un 14.5% que desconocen los métodos hormonales son la píldora, los inyectables y el norplant. Sin embargo un 81% de los adolescentes conocen que en su primera relación coital una mujer puede quedar embarazada, resultado diferente al de **Alvarado (55)** en el Asentamiento Humano Cesar Vallejo del Distrito de Sullana 2011, donde se observó un 64.67% de conocimiento; y un 43.2% conoce que para usar la T de cobre la chica debe ir al médico u obstetra, así mismo un 40% conocen que el preservativo es un método de planificación familiar. Resultado similar al del autor **Domínguez (56)** en el Centro Poblado Villa María Cieneguillo Centro -Sullana 2011, similarmente observó un (56.67%, 38.67% y 46%) de conocimiento en: en su primera relación coital una mujer puede quedar embarazada, para usar la T de cobre la chica debe ir al médico u obstetra, el preservativo es un método de planificación familiar respectivamente.

Haciendo mención a los ítems menos conocidos se observa que: los adolescentes desconocen en un (21%), que el método de abstinencia sexual consiste en no tener las relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.

También se encontró que tenían desconocimiento acerca de: Los métodos de barrera son: los preservativos masculinos y femeninos, los diafragmas, los espermicidas en un 14%. Siendo diferente al estudio encontrado por el autor **Domínguez (56)** en el Centro Poblado Villa María Cieneguillo Centro -Sullana 2011, se observó con similitud que el (71.33%) de los adolescentes manifestaron desconocimientos en los ítems: los métodos de barrera son: los preservativos masculinos y femeninos.

En la investigación de acuerdo a las actitudes globales se observó que el 65% de los adolescentes de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana Provincia de Sullana, tienen actitudes sexuales favorables. Así mismo es importante conocer que un 35% de adolescentes presentan actitudes sexuales desfavorables, respecto a su sexualidad, que por su responsabilidad y prevención de riesgo sexual, buena autonomía y visión de la sexualidad como algo positivo y próspero respeto mutuo hacen que dichas actitudes negativas se contrarreste en la vivencia para una sexualidad libre de riesgo. Con resultado similar al encontrado por la investigación realizada nivel nacional por **Romero (45)**, en el Pueblo joven El Porvenir sector I–Chimbote2011, en su estudio obtuvo que el 88% de los adolescentes tengan actitudes favorables sobre su sexualidad y un 12% de actitudes desfavorables.

Por otra parte con un resultado resaltante **Huapaya C (51)**, en Lima -2007; en su estudio mostró un 93.3% de adolescentes con actitudes sexuales favorables. Del mismo modo la investigación de **Santos (54)**, en el AAHH. Dr. Leoncio Amaya Tume del distrito de la Unión – Piura 2010, observó similitud con un 91.25% de adolescentes con actitudes favorables. Al comparar el estudio hecho por **Ramos (53)**, en el “AA HH Ramiro Priale” del Distrito de Sullana –2011, nos damos cuenta que hay congruencia de un 73.71% de adolescentes con actitudes netamente favorables; del mismo modo **Juárez (52)** en el Asentamiento Humano “Víctor Raúl –Sullana 2011, mostró un 68.75% de actitudes favorables.

Por lo tanto dichos adolescentes en estudio saben que el amor es parte de la vida misma, el respeto mutuo y reciprocidad son fundamentales si consideran a la sexualidad como algo positivo.

De acuerdo a la dimensión **responsabilidad y prevención de riesgo sexual**, se observa un porcentaje alentador de adolescentes con actitudes sexuales favorables (68.5%); esto demuestra que dichos adolescentes tienen la perspectiva de utilizar el preservativo como medio preventivo de ITS – VIH/SIDA disminuyendo acciones que van contra la sexualidad saludable, ya que prevén y se preparan para enfrentar dichas consecuencias. Del mismo modo nos muestra resultados similares los estudios realizados por **Santos (54)**, en el AAHH. Dr. Leoncio Amaya Tume del distrito de la Unión – Piura 2010, muestra concordancia de resultado en la investigación con un 86.25% de actitudes favorables muy alentadoras. Además **Romero (45)**, en el Pueblo joven El Porvenir sector I-Chimbote 2011, muestra un resultado poco similar de un 57.71% de actitudes favorables.

En éste marco referente a la dimensión **libertad para decidir**, se obtuvo un 66.5% de actitudes favorables. Resultado similar al de **Ramos (53)** en el “AA HH Ramiro Priale” del Distrito de Sullana –2011, mostró un 57.14% de actitudes favorables en la mencionada dimensión. Del mismo modo **Juárez (52)** en el Asentamiento Humano “Víctor Raúl –Sullana 2011, encontró un resultado casi similar de un 49.33% de actitudes favorables.

En la dimensión **autonomía**, se obtuvo un porcentaje de adolescentes con actitudes sexuales favorables 64% y un 36% actitudes desfavorables, lo que demuestra la capacidad de elegir y actuar de manera independiente con libertad llevando el control de su vida. Un resultado similar al de la investigación realizada por **Juárez (52)** en el Asentamiento Humano “Víctor Raúl –Sullana 2011, con un 86.67% de actitudes favorables mientras que un 13.33% tiene actitudes desfavorables.



Asimismo **Romero (45)**, en el Pueblo joven El Porvenir sector I–Chimbote2011, obtuvo un resultado similar y alentador de un 97% de adolescentes con actitudes favorables en lo que respecta a la dimensión mencionada.

Con respecto a la dimensión **respeto mutuo y reciprocidad**, se obtuvo que un 66% muestran actitudes favorables. Esto constata la respuesta conjunta y respeto frente a un problema sexual, conllevándolo a una solución. Con resultado algo diferente al de la investigación realizada por **Juárez (52)**, en el Asentamiento Humano “Víctor Raúl –Sullana 2011, obtuvo un 88.67% de actitudes favorables. Mientras que **Romero (45)** en el Pueblo joven El Porvenir sector I–Chimbote2011y **Santos (54)** en el AAHH. Dr. Leoncio Amaya Tume del distrito de la Unión – Piura 2010, mostraron similitudes (90% y 92.50%) de actitudes netamente favorables y muy alentadoras respectivamente, siendo un (10% y 7.50%) actitudes desfavorables respectivamente en esta dimensión.

En la dimensión **sexualidad y amor**, se observó que un 48% de los adolescentes muestran actitudes favorables. Constando que en un relación debe fluctuar el amor de por medio y la fidelidad es actuar con responsabilidad y respeto mutuo. De manera diferente al estudio realizado por **Santos (54)**, en el AAHH. Dr. Leoncio Amaya Tume del distrito de la Unión – Piura 2010, muestra un (73.75% y 26.25) de actitudes favorables y desfavorables respectivamente. Caso similar a **Juárez (52)** en el Asentamiento Humano “Víctor Raúl –Sullana 2011, obtuvo un 91.33% de actitudes alentadoras favorables.

En tanto se aprecia que en la dimensión **sexualidad como algo positivo**, se obtuvo un (71% y 29%) de actitudes favorables y desfavorables respectivamente. Este resultado hace evidencia que cuando exista una relación sexual debe prevalecer la comunicación y el respeto. Con un resultado congruente y muy similar al del autor **Romero (45)** en el Pueblo joven El Porvenir sector I–Chimbote2011, obtuvo un 80% de actitudes favorables en esta dimensión.

Del mismo modo y con similitud **Juárez (52)**, en el Asentamiento Humano “Víctor Raúl –Sullana 2011, obtuvo un (79.33% y 20.67%) de adolescentes con actitudes favorables y desfavorables respectivamente.

Producto de la aplicación del test de características Socio Demográficas se pudo determinar en cuanto al grupo de sexo, que del 100% de los adolescentes encuestados el 48.5% pertenece al sexo femenino y el 51.5% al sexo masculino.

Resultado diferente a nivel nacional muestra **Jerónimo (41)**, en Ica –2009, en su estudio Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria, observándose un 50.5% de los encuestados que fueron del sexo femenino y otro 49.5% del sexo masculino. Similitud también con **Sánchez (42)**, en Pueblo Joven Dos de Junio-Chimbote 2011, observó un (50% y 50%) de adolescentes encuestados del sexo femenino y masculino respectivamente.

La edad de mayor representación fue de 14 y 15 años ya que coinciden en sus porcentajes con un 45.5% que representan un 25.5%, respectivamente y también se encontró que el 15% tiene 19 años. Siendo el rango de edad comprendido entre 14 a 19 años. Resultado similar a una investigación realizada por **Domínguez (56)** en el Centro Poblado Villa María Cieneguillo Centro -Sullana 2011 y **Ramos (53)** en el “AA HH Ramiro Priale” del Distrito de Sullana –2011, quienes encontraron un 26% con edades 16 y 17 años respectivamente y un 18.29% con edades de 15 años.

Con respecto al estado civil se determinó un porcentaje alto de adolescentes solteros, esto se denota por el 96%. Asimismo, se denota un alto porcentaje de adolescentes católicos 74.5%, mientras que el 25.5% pertenece a otra religión y el 0% es no creyente y con respecto a la ocupación se observa que el 55% estudia, el 12% estudia/trabaja, el 13% trabaja y el 0% no trabaja/no estudia.ama de casa el 20%.

La practica sexual condiciona aspectos de riesgo por lo que cabe señalar que de acuerdo a que si tienen enamorado o no, un 76.5% si tiene enamorado(a) y un 23.5% no tiene. Resultados similares obtuvieron **Ramos (53)**, en el “AA HH Ramiro Priale” del Distrito de Sullana –2011 y **Santos (54)**, en el AAHH. Dr. Leoncio Amaya Tume del distrito de la Unión – Piura 2010, en cuanto a estado civil un (97.71% y 97.50) fueron solteros respectivamente; asimismo en cuanto a la religión un (88.57% y 97.50) fueron católicos respectivamente; un (88.57% y 90%) fueron estudiantes respectivamente; en cuanto a si tienen enamorado, un (40.57% y 62.50%) si tienen enamorado(a) respectivamente.

Por otra parte con respecto si los adolescentes de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana Provincia de Sullana, se obtuvo un 76.5% que no han tenido relaciones sexuales y un 23.5% que si lo tuvo iniciando así su relación sexual. De manera similar a la investigación realizada por **Ramos (53)**, en el “AA HH Ramiro Priale” del Distrito de Sullana –2011 y **Muñoz (44)**, en El Pueblo Joven San Pedro Sector I –Chimbote 2011, encontraron que un (77.71% y 77%) no han tenido relaciones sexuales respectivamente. mientras que con diferencia al estudio a nivel internacional hecho por **Arboleda (27)**, en Ecuador - 2010 en su estudio encontró que el 80.7% de adolescentes que han tenido relaciones sexuales.

Así mismo al inicio de sus relaciones sexuales los adolescentes de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana Provincia De Sullana. Ya iniciaron su vida sexual siendo las edades de inicio 16 años con un 5%. De manera similar a la investigación realizada nivel internacional por **Chávez (37)**, en México – 2009, quien en su investigación con un porcentaje casi doble obtuvo un 18% de adolescentes que tuvieron su primera relación sexual a los 16 años.

## V. CONCLUSIONES

### 5.1 Conclusiones

- En términos generales a este estudio más de la mitad de los adolescentes de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana Provincia de Sullana desconocen cómo vivir una sexualidad responsable y segura.
- En la investigación la mayoría de adolescentes un 63% desconoce sobre sexualidad lo cual indica que en la actualidad los adolescentes están expuestos a riesgos sexuales y reproductivos.
- El 24,5% desconocen sobre métodos de prevención del embarazo, 37% desconocen sobre el “ciclo de respuesta sexual humana”, 57,5% desconocen sobre “anatomía y fisiología, sexual y reproductiva” 28,5% desconocen sobre prevención de infecciones de transmisión sexual, VIH SIDA.
- Encontramos que el 29% tienen una actitud desfavorable frente a la sexualidad como algo positivo, mientras que un 31.5% tiene una actitud desfavorable respecto a la responsabilidad y prevención, que en la dimensión de Libertad para decidir el 33,5% de estos poseen una actitud desfavorable. En la dimensión respeto mutuo y reciprocidad, se reportó que el 34 % está representado por actitudes desfavorables frente a ésta dimensión, un 36% tiene actitudes desfavorables frente a su autonomía, mientras un 52% presenta una actitud desfavorable en la sexualidad y amor.
- Al análisis de las características socio demográficas según la población de estudio la mayor parte de los adolescentes pertenecen al sexo masculino (51.5%) con respecto al inicio de la relaciones sexuales se reporto que aun no han tenido relaciones sexuales en un 76.5%.

## 5.2 Recomendaciones:

- Lo que se quiere lograr con la presente investigación es lograr que todos los Adolescentes de 14 a 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana, Provincia de Sullana, tengan conocimiento sobre su cuerpo y su sexualidad, y así mejorar y enriquecer su conocimiento sobre este tema. Mediante la difusión de temas en salud sexual y reproductiva.
- Realizar campañas de orientación sexual y planificación familiar, sobre todo que se nos permita ingresar a los centros educativos.
- Realizar difusión mediante la radio y emisora. Sobre temas de sexualidad y anatomía humana ya que es importante que los adolescentes sepan como esta formado nuestro cuerpo y como funciona.
- Es necesario e importante saber cuales son las etapas de desarrollo ser humano e importante saber como puedo embarazarme, o quizá como contraer una ITS, si ya me inicie sexualmente. Es importante conocer este tema ya que una ITS puede acabar con mi vida. Si no prevengo a tiempo esto me puede suceder.
- Por lo tanto considero de vital importancia la orientación en estos importantes temas de sexualidad. Con énfasis en la prevención de embarazos no deseados y el optar por una errada actitud, como el aborto.
- Difundir estos resultados en las instituciones educativas circunscritas de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana en la Provincia de Sullana, para de una manera sugerir la

implementación de talleres de capacitación docente, abordando temas de sexualidad y que sea una puerta de entrada para los adolescentes que están inmersos del desconocimiento de temas propiamente dichos.

## Referencias bibliográficas:

1.- Castilla R, Cerezo L, Estrada C. Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. Salud publica mes [revista en internet]. Enero 2001 [citado 20/05/2012], 27(1):6. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v27n01a05716pdf00.pdf>

2.- Organización Mundial de la Salud. [página en internet]. Lima: Necesidad de salud de los adolescentes. Serie Informes Técnicos. Ginebra: OMS 1977. [Actualizado 22 Sep 2010; citado 22 Sep 2010]. Disponible en:

<http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v3n4/06.pdf>

3.- Organización Mundial de la Salud. [página en internet]. Lima: Salud sexual y reproductiva. Adolescencia. 1990 [actualizado 20 Agosto 2010; citado 20 Agosto 2010]. Disponible en:

[http://www.minsa.gob.pe/portada/est\\_san/saludsexual.htm](http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/saludsexual.htm)

4.- Godoy M, González M, González A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes de dos unidades educativas de Valencia. [serie en internet]. 2010 jun. [Citado 3 oct 2011]; 157(2) 1-3. Venezuela.

Disponible en:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2259/1/Conocimientos-actitudes-y-practicas-sobre-sexualidad-en-adolescentes>

5.- Borja V, Delgado K. Factores psicosociales que influyen en la actividad sexual precoz de los adolescentes de 14-18 años, en el Colegio Yaguarcocha en el período 2009-2010. [Trabajo de grado presentado como requisito para obtener el título de licenciadas en enfermería]. Ecuador: Universidad Técnica del Norte; 2011. Disponible en:

<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/714/4/06%20ENF%20446%20TESIS.pdf>

6.- Issler J. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina [serie en internet]. 2001 Agost. [Citado 20 mayo 2012], 23 (2): 39-49.

Disponible en:

[http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html)

7.- INSALUD Perú. [Página en internet] Piura. Informe epidemiológico del programa SIDA/ITS. 2006 Del estado Carabobo. Departamento de epidemiología regional. [Actualizado 22 Sep 2010; citado 22 Sep 2010]

Disponible en:

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

8.- Salazar Y. Sexualidad en adolescentes. Riesgo para VIH/SIDA. Problema ético o moral. . Revista de medicina y ciencias de la salud [serie en internet]. 2007 oct [citado 5 oct 2011]; 6 (17): 2-4. Disponible en:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/744/1/Sexualidad-en-adolescentes-Riesgo-para-VIHSIDA-Problema-etico-o-moral.html>

9.-Goncalves S, Castellá J, Carlotto MS. Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. Interamerican Journal of Psychology [serie en internet]. 2007 [citado 5 oct 2011]; 41 (2): 161-163.

Disponible en: <http://www.msmedia.com/ceprua/01out07a.pdf>



10.- Godoy M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes. Revista de medicina y ciencias de la salud [serie en internet]. 2010 jun [citada 5 oct 2011]. 6 (17): [Alrededor de 5 pantallas]. Disponible en:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2259/5/Conocimientos%2C-actitudes-y-practicas-sobre-sexualidad-en-adolescentes>

11.- Libreros L, Fuentes L, Pérez A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. Salus cum propositum vitae [serie en internet]. 2008 [citada 5 oct 2011]; 9 (4): Pág 2 [Alrededor de 11 pantallas]. Disponible en:

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

12.- Díaz A, Arrieta K, Gonzales F.. Comportamiento Sexual y factores asociados en Estudiantes de Odontología. RevClinMedFam [serie en internet]. 2010 [citada 6 oct 2011]; 3 (2). Pág 66 [Alrededor de 6 pantallas].

Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v3n2/original1.pdf>

13.- Pérez F. Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. Gaceta Médica Espirituana [serie en internet]. 2008 Oct. [citada 6 oct 2011]; 10 (2) 33-35.

Disponible en:

[http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.\(2\)\\_01/p1.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.(2)_01/p1.html)

14.- Chanes C (2007). INICIO DE LA VIDA SEXUAL Y REPRODUCTIVA. En La Salud Reproductiva en México. Análisis de la Encuesta de Salud Reproductiva 2003. Secretaría de Salud/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM. México, 2007. Disponible en:

<http://132.248.35.1/bibliovirtual/Tesis/Arillo/contenido.pdf>

15.- Burga E. (2012). Población indígena y educación interculturalbilingüe en el Perú. 2012. Disponible en:

<http://www2.minedu.gob.pe/digeibir/articulos/21-02-2012.html>

16.- En lineamientos de políticas de salud de los Adolescentes, DGSP, MINSA, Diciembre 2004. Disponible en:

<http://www.slideshare.net/consultoriauniversidad/situacion-actual-deladolescente-presentation>

17.- Tarazona D. El comportamiento sexual y su vinculación con variables psicológicas y demográficas [tesis para optar el título profesional de Psicólogo]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005. Disponible en:

[http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/tarazona\\_cd/pdf/tarazona\\_cd.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/tarazona_cd/pdf/tarazona_cd.pdf)

18.- Instituto de Estadística e Informática (INEI). 2007. Censo NacionalXI Población y Vivienda. Datos Demográficos del Perú. Disponible en:

[www.inei.gob.pe](http://www.inei.gob.pe)

19.- Luis T. Contribución de las adolescentes a la muerte materna enel Perú. Sociedad peruana de Obstetricia y Ginecología [serie en internet]. 2004 [citada 2011 oct 6]; vol50 n 2. Disponible en:

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol50\\_n2/a06.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol50_n2/a06.htm)

20.- Escobar ME. ITS en la Adolescencia. Perú. 2007. Disponible en:

[www.gineadol.com.ar/.../ITS%20en%20la%20Adolescencia.ppt](http://www.gineadol.com.ar/.../ITS%20en%20la%20Adolescencia.ppt)

21.- Organización Mundial de la Salud. Día Mundial del Sida. OMS2008.

Disponible en:

[http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world\\_aids\\_day/es/](http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_aids_day/es/)

22.- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).Proyecciones poblacionales en el año 2009. Disponible en:

<http://www.bcrp.gob.pe/docs/Sucursales/Piura/Piura-Characterizacion.pdf>

23.- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) -Censos Nacionales de Población y Vivienda. 21 de Octubre 2007. Disponible en:

<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0828/libro.pdf>

24.- Organización Panamericana de la Salud-OPS: Perfil de salud de mujeres y hombres en el Perú 2005. Disponible en:

[http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/estadisticas/boletin\\_012\\_009\\_osel\\_piura.pdf](http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/estadisticas/boletin_012_009_osel_piura.pdf)

25- Departamento Piura: Población estimada por grupos de edades, según provincias, distritos y establecimientos de salud. Disponible en:

[DISA Sullana. 2011.](#)

26.- Varela S, Paz E. Estudio sobre conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes. RevIntAndrol [serie en internet].2010 [citada 7 oct 2011]; 08 (2): 74-80. Disponible en:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1698031X10700145>

27.-Medina R. Qué saben las adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos y cómo los usan: Estudio en una población adolescente de Piedras Blancas. Rev. Méd. Urug. [Revista en la Internet]. 2006 Sep [citado 2012 Mayo 04]; 22(3):185-190.Disponible en:

[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-32952006000300004&lng=es.](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952006000300004&lng=es)

28.- Calatrava M, López C, Del Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. [serie en internet]. 2011 oct [citado 10 oct 2011]; 138 (12): 534-540.

Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775311008621>

29.- Arboleda A. “Nivel de conocimiento que tienen los estudiantes del Colegio “San Francisco de la ciudad de Zamora” sobre los peligros que conlleva el inicio de la vida sexual y la práctica de una sexualidad no responsable, durante el periodo comprendido entre Octubre 2009 a Febrero de 2010”. [Tesis de grado previo a la obtención del Título de Médico]. Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja; 2012.

Disponible en:

<http://cepra.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/2700/1/tesis%20final.pdf>

30.- Valdés V, Barrios J, González K. Algunos aspectos de la sexualidad en 312 adolescentes de 12 a 15 años matriculados en la secundaria básica urbana “Capitán San Luis”, del municipio Jaruco. Revista de Ciencias Médicas [serie en internet]. 2011 [citado 11 oct 2011]; 17 (1). Disponible en:

[http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol17\\_1\\_11/hab07111.html](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol17_1_11/hab07111.html)

31.- Rodríguez D, Morgado Y, Pérez E, Rodríguez A, Suárez J. Caracterización del embarazo en la adolescencia. Gaceta Médica Espirituana [serie en internet]. 2010 [citado 11 oct 2011];12 (3). Disponible en:

[http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.12.\(3\)\\_03/p3.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.12.(3)_03/p3.html)

32.- Arana MT., Calle MC., Promoción y cuidado de la Salud del Adolescente y jóvenes haciendo realidad el derecho a la salud; En: SPAJ- OPS-GTZ.; Pág. 3

33.- Libreros L, Fuentes L, Pérez A. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Sexualidad de los Adolescentes en una Unidad Educativa. Salus cum propositum vitae [serie en internet]. 2008 [citado 12 oct 2011]; 9 (4): 3-8.

Disponible en:

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

34.- Vidal M, Vidal M, Barrios J, González K. Opinión de los adolescentes sobre los conocimientos que poseen sobre sexualidad. Revista de Ciencias Médicas [serie en internet]. 2011 [citado 12 oct 2012]; 17 (1). Disponible en:

[http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol17\\_1\\_11/hab07111.html](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol17_1_11/hab07111.html)

35.- Solís N. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de la comunidad Zonal Magdalena Nueva. In crescendo [serie en internet]. 2010 [citado 14 oct 2011]. 1 (1). Disponible en:

[http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S222230612010000100007&script=sci\\_arttext](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S222230612010000100007&script=sci_arttext)

36.- Jerónimo C, Álvarez J, Carbonel W, Neira J. Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria. Acta méd. Peruana [serie en internet]. 2009 [citado 14 oct 2011]. 26 (3). Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172859172009000300006&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172859172009000300006&script=sci_arttext&tlng=es)

37.- Quispe R. Nivel de conocimiento acerca de las formas de transmisión del VIH/SIDA y las actitudes hacia las prácticas sexuales riesgosas [trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006. Disponible en:

[http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/quispe\\_mr/pdf/quispe\\_mr-TH.back.2.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/quispe_mr/pdf/quispe_mr-TH.back.2.pdf)

38.- Aspilcueta D, Calderón J, De los Godos A. Conocimientos y uso del condón y prevención de ITS en usuarios de las estaciones “YES” de Inppares de Lima metropolitana. Rev. Med. Vallejana [serie en internet]. 2007 [citado 14 oct 2011]. 4 (1). Disponible en:

[http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S181720752007000100006&script=sci\\_arttext](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S181720752007000100006&script=sci_arttext)

39.- Carmona G. Conocimientos y actitudes hacia los anticonceptivos en los adolescentes del tercer año de secundaria del colegio nacional “Dora Mayer”. 5Rev Per Obst Enf [serie en internet]. 2009 [citado 14 oct 2011]. 5 (1).

Disponible en:

<http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/rpoe/v5n1/a03v5n1.pdf>

40.- Salazar H. Conductas. Conocimiento y actitudes de estudiantes adolescentes de zonas urbanas de las ciudades de cusco e Iquitos frente a los métodos anticonceptivos. RevPsicol Herediana [serie en internet]. 2007 [citado 14 oct 2011]. 2 (1): Pág 34. Disponible en:

<http://www.upch.edu.pe/fapsi/rph/NUMERO/Conductas.pdf>

41.- Huaches C. Conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de 14 - 19 años de AAHH "San Valentin" del Distrito de Castilla –Piura, durante el año 2009. [Tesis para optar el título de licenciado en Obstetricia]. Piura: Universidad Los Ángeles de Chimbote. 2010. Disponible en:

<http://catalogo.uladech.edu.pe/cgi-bin/koha/opacdetail.pl?biblionumber=16823>

42.- Paz S. Conocimientos y Actitudes Sexuales en los Adolescentes de 14-19 años del AA. HH. José María Arguedas [trabajo para optar el título de licenciatura en obstetricia]. Piura: Universidad Los Ángeles de Chimbote. 2010. Disponible en

<http://catalogo.uladech.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-ISBDdetail.pl?>

43.- Palacios R. Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de 14 - 19 años de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana – Piura [Tesis para optar el título de licenciada en obstetricia]. Sullana – Piura: Universidad los ángeles de Chimbote. 2011. Disponible en:

<http://catalogo.uladech.edu.pe/cgi-bin/koha/opacdetail.pl?biblionumber=22100>

44.- Alvarado L. Conocimientos y Actitudes Sexuales en Adolescentes de 14–19 años del Asentamiento Humano Cesar Vallejo del Distrito de Sullana, durante el periodo 2011. [Tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia]. César Vallejo – Sullana: Universidad Los ángeles de Chimbote.

Disponible en:

<http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/21777.pdf>

45.- Castillo R. Conocimientos y Actitudes Sexuales de los Adolescentes de 14-19 años del AAHH 9 de Octubre del distrito de Sullana, período 2011. [Tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia]. 9 de Octubre – Sullana: Universidad Los Ángeles de Chimbote. Disponible en:

<http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/21775.pdf>

46- Norman Joel. La visión de la adolescencia en las corrientes teóricas y su fundamentación en la Salud Escolar en Puerto Rico [monografía en internet]. Santa Isabel; 2005 [citada 2011 oct 15]. Disponible en:

<http://www.monografias.com/trabajos24/corrientes-filosoficasadolescencia/corrientes-filosoficas-adolescencia.shtml#vision>

47.- Norman J, La visión de la adolescencia en las corrientes teóricas y su fundamentación en la salud Escolar en Puerto Rico , 2005, Disponible en:

<http://www.psicovision.com/lic%20deibem.htm>.

48.- Ardovin B y Jarpa. La jerarquía de necesidades según Maslow.[serie en Internet]. 1998; [citado 15 oct 2011]; [Alrededor de 5 Pantallas]. Disponible en: [http://www.geocities.com/linds\\_castillo/20101.html](http://www.geocities.com/linds_castillo/20101.html)



49.- Ros R, Morandi G, Cozzetti S. La Adolescencia: Consideraciones Biológicas, Psicológicas y Sociales. Manual de Salud Reproductiva. Disponible en:

[http://www.sec.es/area\\_cientifica/manuales\\_sec/salud\\_reproductiva/01%20Salud%20reproductiva%20e.pdf](http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/01%20Salud%20reproductiva%20e.pdf)

50.- Pérez V, Cid AR, Lepe O. Conocimientos, actitudes y comportamiento sexual en un grupo de adolescentes chilenos. Perinatol ReprodHum [serie en internet]. 2004 [citada 15 oct 2011];18 (4): 225- 230. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018753372004000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018753372004000400004&script=sci_arttext)

51.- Ávila M. El comportamiento en las etapas del desarrollo humano [monografía en internet]. Huancavelica; 2004 [citada 15oct 2011]. Disponible en:

<http://www.monografias.com/trabajos16/comportamientohumano/comportamiento-humano.shtml#adoles>

52.-Papalia, WO, Duskin F. Psicología del desarrollo: de la infancia ala adolescencia. 9 ed. México: McGraw Hill-Interamericana; 2005.66.- Ruíz C. La educación en valores en la E.S.O./Docencia [serieen internet]. 2009 [citada 15 oct 2011]; Num 16: [Alrededor de 9pantallas]. Disponible en:

[http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/Numero\\_16/MARIA%20DEL%20CARMEN\\_RUIZ\\_2.pdf](http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_16/MARIA%20DEL%20CARMEN_RUIZ_2.pdf)

53.- Cruz E. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14a 19 años del AAHH “Santa Teresita” del Distrito de Sullana, durante el periodo 2011. [Tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia]. Sullana: Universidad Los Ángeles de Chimbote. Disponible en:

<http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/21803.pdf>

54.- Masía Y. Relación entre actitudes hacia la sexualidad y nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad prenatal en adolescentes del cono sur de Lima [trabajo para optar el grado de Magister en Psicología educacional]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2006.

Disponible en: <http://www.prenatal.tv/lecturas/peru/PPEtesisIsabel.pdf>

55.- Sexualidad en 10:20. La sexualidad en la adolescencia. [Serie en internet]. 2011 [citada 2011 nov 12]. Disponible en:

<http://proyctosexualidadintecosis.blogspot.com/2011/03/la-sexualidadenla-adolescencia.htm>

56.- American Social Health Association. Respuestas a tus preguntas sobre la salud sexual y las enfermedades de transmitidas sexualmente. Disponible en:

[http://www.quierosaber.org/glosario\\_r.html](http://www.quierosaber.org/glosario_r.html)

57.- Home Page. Sexualidad. Glosario. Disponible en:

<http://humanbehaviors.free.fr/glossaire.es/z-es-p06.20-glossairesocial.htm>

58.- Chávez EG. “Conocimientos y Actitudes Sexuales en los Adolescentes de 14 – 19 años del AAHH “Nuestra Señora de Fátima – Piura, durante el año 2011.[Tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia]. Piura: Universidad Los Ángeles de Chimbote. Disponible en:

<http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/21779.pdf>

59.- Grupo de investigación Edufísica. Las actitudes. Revista EDUFÍSICA[serie en internet]. [citada 2011 nov 20]. [Alrededor de 8pantallas].

Disponible en: <http://www.edu-fisica.com/Formato.pdf>

60.- Gastelo M. La actitud en una sociedad preestablecida. [serie en internet]. 2005 [citada 2011 nov 21]. Disponible en:

<http://www.universidadperu.com/articulo-la-actitud-en-una-sociedadpreestablecida-universidad-peru.php>

61.- Zegarra M. La actitud como base del éxito personal. [serie en internet]. 2011 [citada 2011 nov 21]. Disponible en:

<http://victorzegarra.net/2011/05/>

62.- Alva P. Teoría del conocimiento 3. [serie en internet]. 2009[citada 2011 nov 23]. Disponible en:

<http://autorneto.com/referencia/ciencia/teoria-del-conocimiento-3/>

63.- Ladino I, Casallas R. Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía. [serie en internet]. 2010 [citada 2011 nov23].

Disponible en: <http://www.itinar.edu.co/pdfdocs/33/34.pdf>

64.- Moreno R. Teoría del conocimiento [monografía en internet]. Enciclopedia libre; 2010 [citada 25 nov 2011]. Disponible en:

[http://enciclopedia.us.es/index.php/Teoría\\_del\\_conocimiento](http://enciclopedia.us.es/index.php/Teoría_del_conocimiento)

65.- Centro de Asesoría y Consultoría de Sexualidad, En: Vivenciasde una sexualidad responsable, 2006. Disponible en:

<http://www.orientame.org.co/documentos/memoria%203%20jornadas/>

66.- Sobrevilla L. Sexualidad Humana. Instituto de Estudios de Población IEPO. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Ed. Saywa. Perú; 1993.16581.- Grebenc MA. Anatomía y fisiología en la sexualidad humana.[serie en internet]. [citado 25 nov 2011]. Disponible en:

<http://www.docente.mendoza.edu.ar/documentos/tomo2cap1.pdf>

67.- BioCancer. Ciclo Ovarico. Researchjournal. [serie en internet].2010 [citado 25 nov 2011]. Disponible en:

<http://www.biocancer.com/journal/1062/41-ciclo-ovarico>

68.- Chirino R, Fernández L, Torres S, Navarro D. Fisiología Reproductiva Femenina: Hormonas Sexuales y sus ciclos. RVFO[serie en Internet]. 2004 [citada 25 nov 2011]; 1 (2): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en:

[http://www.biocancer.com/?q=system/files/Fisiologia\\_reproductivaFemenina](http://www.biocancer.com/?q=system/files/Fisiologia_reproductivaFemenina)

69.- Departamento de Educación de Puerto Rico. (2000). Estándares del programa de salud escolar. Puerto Rico: D.E.85.- Totorá Gerard J, Grabowski SR. “Principios de Anatomía y Fisiología”, 9º edición, Año Abril 2006.86.- Sánchez S. Salud Sexual. Documentos clínicos SEMERGEN [serie en internet]. [citada 25 nov 2011]. [Alrededor de 6 pantallas]. Disponible en:

<http://www.semergen.es/semergen/microsites/semergendoc/sexologia/salud.pdf>

70.- Cate M. La sexualidad en las diferentes etapas de la vida. Quartde poblet [serie en internet]. 2010 [citada 25 nov 2011]. [Alrededor de 25 pantallas].

Disponible en:

<http://www.aeps.es/downloadfile.php?file=618&tipo=1>

71.- Gonzáles A. Respuesta sexual, carácter fisiológico y psicológico. [serie en internet]. 2009 [citado 25 nov 2011]. Disponible en:

<http://www.vallartaopina.net/index.php?mod=sec&cat=ens&ele=2512>

72.- Nex A Coruña. La respuesta sexual humana. [serie en internet]. [citada 25 nov 2011]. Disponible en:

<http://www.coruna.es/servlet/Satellite?c=Page&cid=1207120233227&pagename=Nex/Page/Nex-Generica&argIdioma=es>

73.- Silva A. Sexo y reproducción. [serie en internet]. 2007 [citada 2011 nov 24].

Disponible en:

[http://www.sld.cu/saludvida/sexo/buscar.php?id=15063&iduser=4&id\\_topic=1](http://www.sld.cu/saludvida/sexo/buscar.php?id=15063&iduser=4&id_topic=1)

74.- Cardinal de Martín. Responsabilidad. [serie en internet]. 1995 [citada 2011 nov 24]. [Alrededor de 31 pantallas]. Disponible en:

<http://incidejoven.org/wp-content/uploads/2010/08/Responsabilidad.pdf>

75.- Salazar S. Responsabilidad en las Relaciones Sexuales. Enfermedades de transmisión sexual. [serie en internet]. 2008 [citada 2011 nov 25]. Disponible en:

<http://www.ilustrados.com/tema/12051/Responsabilidad-relacionessexuales.html>

76.- Pérez V, Cid A, Lepe O, Carrasco C. Conocimientos, actitudes y comportamiento sexual en un grupo de adolescentes chilenos. Perinatol ReprodHum 2004; 18 (4): 225-230. Disponible en:

<http://www.inper.mx/descargas/pdf/conocimientosActitudesycomportamientoSexual.pdf>

77.- Aspilcueta G, Calderón S, Alzamora de los Godos. Conocimientos y uso del condón y prevención de ITS en los usuarios de las estaciones “YES” de Inpares de Lima metropolitana. RevMedVallejiana [serie en internet]. 2007 [citada 2011 nov 27]; 4 (1). Disponible en:

[http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S181720752007000100006&script=sci\\_arttext](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S181720752007000100006&script=sci_arttext)

78 Santos D. Enfermedades venéreas. [Serie en internet]. 2009[citada 2011 nov 28]. Disponible en:  
<http://liliesp.blogspot.com/>

79.- LA Salud de los adolescentes en la región andina.  
Disponible en:

<http://www.advocatesforyouth.org/publications/acortandodistancias2.pdf>

80.- LoundgrenR , Protocolo de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva en América Latina EN: OPS. [serie en internet].2000 [citada 2011 nov 28]. [alrededor de 113 pantallas]. Disponible en:

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

81.- Ehrenfeld L. Educación para la salud reproductiva y sexual dela adolescente embarazada. Salud pública Mex 1994; 36 (2): 154-160. Disponible en:

<http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001365>

82.- Castilla-La mancha. Salud pública: Guías de métodos anticonceptivos 2007. Lima. Castilla-La mancha; 2007. Disponible en:

[http://www.jccm.es/contenidos/porta1/ccurl/226/495/Guia\\_Anticonceptivos.pdf](http://www.jccm.es/contenidos/porta1/ccurl/226/495/Guia_Anticonceptivos.pdf)

83.- Norma Técnica de Planificación Familiar: Perú, Ministerio de Salud, 2005.  
Disponible en:

[http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/101\\_NTPLANFAM.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/101_NTPLANFAM.pdf)

84.- Buena Salud- Artículo, Internet. 27 de abril del 2003-Masvale píldora en mano. Disponible en:

<http://sexualidadplena.espacioblog.com/post/2006/05/20/anticonceptivos-tu-decides>

85.- Real academia española. Responsabilidad. Vigésima 2daed.

Disponible en:

<http://definicion.de/responsabilidad/>

86.- Novelli F. La responsabilidad [monografía en internet]; [citada 2011 dic 2]. [Alrededor de 4 pantallas]. Disponible en:

<http://www.monografias.com/trabajos14/la-responsabilidad/laresponsabilidad.shtml>

87. Zas B. La prevención en salud. Algunos referentes conceptuales. [serie en internet]. [citada 2 dic 2011]. Disponible en:

<http://www.psicologiaonline.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml>

88.- Juárez DL. Conocimientos y Actitudes Sexuales en los Adolescentes de 14 – 19 años del Asentamiento Humano Víctor Raúl– Piura, 2011. [tesis para optar el título de licenciada en obstetricia]. Piura: Universidad Los Ángeles de Chimbote. 2011. Disponible en:

<http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/21766.pdf>



89.- Ghaznavi A. Orientación matrimonial: Reciprocidad. [Serien internet]. 2007 [citada 2011 dic 6]. Lugar de Publicación: Disponible en:

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

90.- Orzú M. Amor y familia: Guía práctica de educación y sexualidad, Ed. Palabra, Madrid, 1998, págs. 32-36. Disponible en:

[http://encuentra.com/noviazgo\\_y\\_matrimonio/amor\\_y\\_sexualidad\\_14852](http://encuentra.com/noviazgo_y_matrimonio/amor_y_sexualidad_14852)

91.- Marco conceptual para el desarrollo y la salud sexual de adolescentes y jóvenes. [serie en internet]. [citada 2011 dic 7]. [alrededor de 4 pantallas]. Disponible en:

[www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-marconceptual.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-marconceptual.pdf)

92.- Velasco M. Sexualidad y sida. [serie en internet]. [citada 2011 dic 10]. Disponible en:

<http://www.aids-sida.org/sexsida.htm>

93.- Méndez C. Sexualidad con naturalidad. [serie en internet]. 2011 [citada 2011 dic 10]. Disponible en:

<http://www.saborysalud.com/content/articles/189/1/Sexualidad-con-naturalidad/Page1.html>

94.- Salinas M. Hacia una sexualidad integral. [serie en internet]. [citada 2011 dic 15]. [alrededor de 3 páginas]. Disponible en:

[http://familiatec.itesm.mx/publicaciones/docs/boletin8/familia\\_presente](http://familiatec.itesm.mx/publicaciones/docs/boletin8/familia_presente).

# ANEXOS

## Anexo N° 01: Instrumento



### ENCUESTA PARA ADOLESCENTES

Versión 4

Código: \_\_\_\_\_

Fecha    /    /     
 Fecha    /    /   

Hora: \_\_\_\_\_  
 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 reproductiva, con el objetivo de conocer y entender tus pensamientos y preocupaciones relacionados con tu sexualidad, la misma que nos ayudará a identificar necesidades específicas de información, educación y comunicación, y promover un cambio en las políticas y estrategias de intervención en favor de la salud de adolescente como tú. Para tal efecto, solicitamos su participación a través de sus respuestas al siguiente cuestionario. Toda la información que nos brindes será absolutamente confidencial y anónima.

**Instrucciones:**

- No escriba su nombre en ninguna parte del cuestionario.
- Marque con una X en el casillero que refleje más su forma de pensar o de sentir.
- Recuerde que esto no es un examen, por lo que no existen respuestas malas ni buenas.
- Por favor, no deje ninguna pregunta sin contestar.
- Responda a las afirmaciones de forma individual. Por favor, no consulte con nadie.

### PARTE 1: CONOCIMIENTOS

Iniciaremos con una serie de enunciados sobre diversos temas de sexualidad. Por favor marque "Sí" o "No", según su propia apreciación.

ANATOMIA Y FISILOGIA, SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE	SI	NO
1. Los genitales externos de la mujer están conformados por: los labios mayores y menores, el clitoris, orificio de la uretra y la abertura de la vagina.		
2. La fecundación se da cuando el espermatozoide ingresa al ovulo.		
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 testiculos y las bolsas escrotales.		
6. El glande es el extremo final (la punta) del pene.		
7. Las trompas de Falopio transportan el ovulo hacia el utero.		
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	SI	NO
1. Las fases en la respuesta sexual son: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución.		
2. La vivencia de una sexualidad responsable tiene como elemento principal la autoafirmación personal (ejercer control sobre la vida sexual).		
3. Vivir una sexualidad responsable es tener conocimientos de ITS (infecciones de transmisión sexual) y VIH/SIDA, y métodos de planificación familiar.		
4. Las actitudes y valores de los jóvenes son importantes en la vivencia de la sexualidad.		
5. Son manifestaciones de madurez sexual: menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto, masturbación.		
6. Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad.		
7. El comportamiento sexual no coital (penetración) abarca los: besos, abrazos, caricias y masturbación.		
8. Es la propia persona quien controla su propio comportamiento sexual.		



PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL – VIH/SIDA		SI	NO
1.	El sida es una enfermedad que amenaza la vida.		
2.	Las vías de contagio de la infección por el virus del VIH/SIDA son: vía sanguínea (trasfusiones sanguíneas), relación coitales y 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 medio de abrazos, besos y el contacto con una persona infectada.		
6.	Las ITS son infecciones que se transmiten a través de las relaciones coitales		
7.	Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas que corresponden a una infección de transmisión sexual.		
8.	La sífilis, la gonorrea, el chancroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal, Son infecciones de transmisión sexual.		
9.	El uso de preservativo es 100% seguro para la prevención de las ITS.		
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS COMO ALTERNATIVA DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO.		SI	NO
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.	Los métodos de barrera son: los preservativos masculinos y femeninos, los diafragmas y los espermicidas.		
8.	Los métodos hormonales son: la píldora, los inyectables y el norplant.		
9.	Los anticonceptivos para regular la fecundidad del adolescente son: el preservativo, el diafragma, las píldoras, los inyectables y el DIU.		

## ANEXO N° 2.1 Validez y Confiabilidad

### ANEXO 2.1.1: Reporte De Validación De Cuestionario De Conocimientos Sexuales

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

### ANEXO 2.1.2: REPORTE DE LA CONFIABILIDAD DE LA PRUEBA DE CONOCIMIENTOS SEXUALES

#### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,646	35



### PARTE 3: ACTITUDES

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

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

ACTITUDES Y VALORES SEXUALES DEL ADOLESCENTE	OPINIÓN				
	1	2	3	4	5
<b>RESPONSABILIDAD Y PREVENCIÓN DEL RIESGO SEXUAL</b>					
1. Cumplo con mis obligaciones.					
2. Me considero obediente.					
3. Llego a mis clases puntualmente.					
4. Ayudo en las tareas de la casa.					
5. Tener relaciones sexuales (coitales) me expone a problemas de salud como: embarazo precoz y las ITS /VIH/SIDA.					
6. Preveo y me preparo para enfrentar las consecuencias de mis actos como salir embarazada/embarazar a una chica o 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 tendrá una conducta coital, debe buscar información y consejos sobre anticoncepción.					
9. Las relaciones sexuales entre personas jóvenes es aceptable si hay afecto entre ellos y si ambos están de acuerdo.					
10. Hoy en día todos deben usar los preservativos para protegerse de ITS/VIH/SIDA.					
<b>LIBERTAD PARA DECIDIR</b>					
1. Cuando tomo una decisión, lo hago por mi propia voluntad.					
2. Siempre que voy a decidir por algo, necesito la intervención de otras personas.					
3. Cuando una pareja desea tener relaciones coitales, debe ser porque ambos lo deseen y lo acepten.					
4. Al iniciar la actividad sexual, se utiliza un método de planificación familiar.					
5. Mantengo relaciones sexuales por mi propia voluntad.					
6. Inicío mi actividad sexual por presión de mis amigos.					
<b>AUTONOMIA</b>					
1. Tengo derecho a elegir con quien y en donde realizar mi vida sexual.					
2. Es necesario recibir información sobre sexualidad.					
3. Es fácil expresar mi opinión ante los demás.					
4. Mi cuerpo me pertenece, por eso solo yo soy el/la único/a responsable de mi integridad corporal.					
5. Yo decido por el control de mi cuerpo, por ello realizo deportes, busco espacios de distracción etc.					



ACTITUDES Y VALORES SEXUALES DEL ADOLESCENTE	OPINIÓN				
	1	2	3	4	5
<b>RESPECTO MUTUO Y RECIPROCIDAD</b>					
1. Yo y mi pareja nos consideramos iguales.					
2. El sexo debe ser compartido únicamente con alguien que conozcas mucho.					
3. Si estuviera frente a un problema de salud sexual respondería conjuntamente con mi pareja en la solución del problema.					
4. Mi pareja respeta la decisión de no tener el acto sexual, cuando no lo deseo.					
5. Mi pareja respeta mi espacio con mis amigos.					
6. Mi pareja entiende que estoy en días de peligro y no podemos tener relaciones coitales.					
7. Mi pareja conversa conmigo acerca de las consecuencias que trae la conducta sexual irresponsable.					
8. Converso con mi pareja sobre el desarrollo personal de ambos.					
9. Acuerdo con mi pareja situaciones para ejercer nuestra sexualidad sin riesgos.					
<b>SEXUALIDAD Y AMOR</b>	1	2	3	4	5
1. 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 mi pareja es estable.					
6. El amor que siento por mi pareja es correspondido de la misma manera que yo lo hago.					
7. Ser mutuamente fieles es actuar con responsabilidad y respeto mutuo.					
8. Las fantasías sexuales son muy normales entre personas jóvenes.					
9. Las/los jóvenes que se masturban llevan a cabo una conducta normalmente saludable.					
<b>SEXUALIDAD COMO ALGO POSITIVO</b>	1	2	3	4	5
1. 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 ven a la sexualidad como algo malo porque sus padres les 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 de las que fueron víctimas.					

¡¡¡Muchas gracias!!!

**ANEXO 2.1.4: Reporte De La Confiabilidad Del Test De Actitudes Sexuales**

	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>No Ítems</b>
<b>Responsabilidad y o prevención de riesgo sexual</b>	.606	10
<b>Libertad para decidir</b>	.521	6
<b>Autonomía</b>	.607	5
<b>Respeto mutuo y reciprocidad</b>	.829	9
<b>Sexualidad y amor</b>	.505	9
<b>sexualidad como algo positivo</b>	.645	11
<b>Escala Total</b>	.881	50

ANEXON° 03: Actividades y Cronograma de Ejecución

## CRONOGRAMA DEL TRABAJO DE CAMPO

Actividad	Cronograma															
	Mes1				Mes2				Mes3				Mes 4			
	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º
Revisión y elaboración del título y caratula del Proyecto de tesis																
Asesoramiento planteamiento del Problema																
Revisión, Elaboración Marco Referencial y Metodología																
Elaboración de las referencias y citas bibliográficas según Vancouver																
Entrega de proyecto final de la tesis																
Preparación y validación de cuestionario																



**ANEXO N° 04: Presupuesto para la elaboración del informe de tesis.**

**CUADRO DE PRESUPUESTO- BIENES Y SEVICIOS**

<b>PARTIDA</b>	<b>NOMBRE DE RECURSO</b>	<b>UNIDAD</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTO TOTAL (S/</b>
<b>1.6.2.1 BIENES</b>				
<b>5.3.11.49</b>	<b>Materiales de escritorio</b>			
	Papel Bond TA-4 80gr	Millar	01	s/30.00
	Lapicero	Un	03	s/15.00
	Lápiz	Un	04	s/5.00
	Borrador	Un	02	s/2.00
	Tajador	Un	01	s/1.00
<b>1.6.2.2. SERVICIOS</b>				
<b>5.3.11.39</b>	<b>Otros servicios de terceros fotocopiado</b>	Ciento	04	s/150.00
<b>5.3.11.39</b>	<b>Otros servicios de terceros impresiones</b>	Un	02	s/300.00
<b>5.3.11.39</b>	<b>Otros servicios de terceros encuadernación y empastado</b>	Un	08	s/250.00
				<b>MONTO</b>
<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO</b>				
Recursos propios				s/753.00

**ANEXO N° 05: Croquis – Mapa de la I Etapa del Asentamiento Humano 9 de Octubre del Distrito de Sullana, Provincia de Sullana.**

