

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**Conocimientos y Actitudes Sexuales de los Adolescentes de 14 a 19 años
del AAHH. Dr. Leoncio Amaya Tume del Distrito de la Unión – Piura,
durante el año 2011.**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTORA

Jackelyn Fiorela Santos Ortiz

ASESORA

Nelly Solís Villanueva

PIURA- PERÚ

2011

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS:

Por su amor incondicional, y por bendecirme con este regalo tan maravilloso que es la vida.

A MIS PADRES TERESA Y FELIX:

A mis padres, por todo su amor, comprensión, compañerismo y tolerancia, porque siempre están ahí para mí, en lo bueno y lo malo de mi vida. Por ayudarme, a cumplir mi meta y por ser parte de mis luchas diarias.

A MIS HERMANOS DANNY Y LUIS

Porque cuando necesite ayuda me la brindaron sin pedirme nada a cambio y por su infinito amor.

A MÍ AMOR

Quien me ha apoyado e impulsado a alcanzar la meta que hoy logro, que se ha sacrificado junto a mí y ha sido mi soporte para no darme por vencida, que ha compartido conmigo los sacrificios de salidas y noches en vela, pero sobre todo ha sido mi compañero incondicional.

A MI ASESORA:

LIC. OBST. FLOR DE MARÍA VÁSQUEZ.

Jackelyn Santos Ortiz.

PRESENTACIÓN

La adolescencia, es una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez, esta etapa para muchos de los adolescentes está marcada por la incertidumbre e inclusive la desesperación, mientras que para otros es una etapa de amistades internas, de desligadura de los padres y de sueños acerca del futuro; durante esta etapa surgen los cambios biológicos y emocionales que se acentúan de acuerdo a las necesidades sexuales de cada adolescente, por ello es necesario poner mucha atención en esta etapa, pues un comportamiento mal orientado puede originar dificultades en el ámbito de su desarrollo.

Por ello, realizo este estudio, en el cual selecciono un grupo significativo de adolescentes del AAHH. Dr. Leoncio Amaya Tume – La Unión – Piura, a quienes se les aplico una encuesta previamente diseñada; ayudándome así a obtener resultados que permitan buscar estrategias destinadas a crear nuevos programas de educación permanente en sexualidad, logrando así conductas sexuales saludables y que los adolescentes conozcan todos los riesgos a los que están expuestos, por ser esta etapa una de las más vulnerables del ciclo de vida del ser humano.

Jackelyn Fiorela Santos Ortiz.

INDICE

AGRADECIMIENTOS	i
PRESENTACIÓN	ii
ÍNDICE	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
I. MARCO REFERENCIAL	
1. Planteamiento de la Investigación	1
1. 1. Planteamiento del problema	1
1.2. Antecedentes	3
1.3. Bases Teóricas	17
1.3.1. Principales Bases teóricas	17
1. 3.1.1.Vision de la Adolescencia en las perspectivas teóricas	17
1. 3.1.2.La Adolescencia: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales	19
1. 3.1.3.Proceso de la Adolescencia: Etapas evolutivas	20
1. 3.1.4.Bases Teóricas de la Sexualidad	27
1. 3.1.5.Bases Teóricas de la Actitud	30
1. 3.1.6. Teoría del Conocimiento	32
1.3.2 Marco conceptual	35
1.3.2.1. Anatomía y fisiología sexual y reproductiva.	38
1.3.2.2. Ciclo de Respuesta Sexual Humana	44
1.3.2.3. Enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA	48
1.3.2.4. Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo	52
1.3.2.5. Responsabilidad y prevención de riesgo sexual	53
1.3.2.6. Libertad Para Decidir y Autonomía	55
1.3.2.7. Respeto Mutuo y Reciprocidad	56
1.3.2.8. Sexualidad y Amor	59
1.3.2.9. Sexualidad como algo Positivo	62

1.4. Justificación	65
1.5. Formulación de Objetivos	66
II. METODOLOGÍA	68
2.1. Diseño de la Investigación	69
2.2. Población y muestra	69
2.3. Definición operacional de las variables en estudio	70
2.4. Procedimiento	80
2.5 Técnica e Instrumentos de medición	81
2.6. Plan de análisis de los datos	84
III. RESULTADOS	85
IV. DISCUSIÓN	98
V. CONCLUSION Y RECOMENDACIONES	105
5.1. Conclusiones	105
5.2. Recomendaciones	106
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
VII. ANEXOS	

RESUMEN

“Conocimientos y Actitudes Sexuales de los Adolescentes de 14 a 19 años del AAHH. Dr. Leoncio Amaya Tume del distrito de la Unión – Piura, durante el año 2011.”

Objetivo: Describir los Conocimientos y Actitudes sexuales en los adolescentes de 14 a 19 años, del AAHH. Dr. Leoncio Amaya Tume, del distrito de la Unión – Piura; durante el año 2011.

Metodología: Diseño descriptivo simple de una casilla, de corte transversal. Se planteó una muestra de 80 adolescentes de 14 a 19 años, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Se aplicaron cuestionarios en el área de conocimientos, actitudes y características socio demográficas. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Sciences) versión 15.

Resultados: Los resultados obtenidos nos determinan que de el 100% de los adolescentes del AAHH Dr. Leoncio Amaya Tume – La Unión – Piura, que fueron entrevistados, el 65% tienen un nivel de conocimiento entre bajo y regular, sobre su sexualidad. En cuanto a los conocimientos de sexualidad por dimensiones, se evidencia que las cuatro dimensiones en estudio, muestran un nivel de conocimiento bajo, oscilando entre 40% y el 46.25% respectivamente.

En relación a la actitud sexual en los adolescentes, se obtuvo que el 91.25% tiene actitudes favorables, mientras que el 8.75% obtuvo actitudes desfavorables. Según el grupo de edad y sexo, del total de adolescentes estudiados obtuvimos que el 60% son de sexo masculino, mientras que el 40% son de sexo femenino. Las edades que más predominan son entre 16 y 17 años, con un total de 32.50% y 45%. En relación al estado civil el 97.5% están solteros. La mayoría manifestaron ser heterosexuales, además se demostró que el 62.5% ya tiene enamorado(a), y que el 40% ya inició su vida sexual, con un edad promedio de 17 años (35.48%).

Palabras clave: Adolescencia, Conocimientos, Actitudes, Sexualidad.

ABSTRACT

"Knowledge and Sexual Attitudes in Adolescents 14 to 19 years of slums in the area. Dr. Leoncio Amaya Tume district of the Union - Piura, in 2011."

Objective: To describe sexual knowledge and attitudes among adolescents 14 to 19 years of slums in the area. Dr. Leoncio Amaya Tume, district of the Union - Piura during the Year 2011.

Methodology: Design of a simple descriptive box, cross-sectional. He asked a sample of 80 adolescents aged 14 to 19 who meet the inclusion and exclusion criteria d. Questionnaires were applied in the area of knowledge, attitudes and socio-demographic characteristics. For the analysis of data use in SPSS (Statistical Package for the Sciences) version 15.

Results: The results we determined that 100% of teens AAHH Tume Dr. Leoncio Amaya - La Union - Piura, who were interviewed, 65% have a low level of knowledge and regularly about their sexuality. As knowledge of sexuality dimensions, it is evident that the four dimensions under study show a low degree of knowledge, ranging between 40% and 46.25% respectively.

In relation to sexual behavior in adolescents, we found that the 91.25% have favorable attitudes, while 8.75% had unfavorable attitudes. According to age group and sex, of the total adolescents studied got that 60% are male, while 40% are female. The most prevalent ages are between 16 and 17, with a total of 32.50% and 45%. In terms of marital status 97.5% are single. Most claimed to be heterosexual, also showed that 62.5% and has fallen in love (a), and 40% and start your sex life, with an average age of 17 years (35.48%).

Keywords: Adolescence, Knowledge, Attitudes, Sexuality.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es ese difícil tránsito entre la niñez y la adultez, en el cual se presentan los cambios más significativos en la vida de la persona, cuando hablamos de cambios en esta etapa, es porque empezamos a tomar decisiones propias, y en el que a medida que va pasando el tiempo, sabemos que esas decisiones antes tomadas, tendrán una consecuencia buena o mala en un futuro.

Aquí se presentan la maduración de la sexualidad y los múltiples cambios de orden fisiológicos, como también el pensamiento lógico y formal del joven que se prepara para incorporarse al mundo de los adultos.

Además en esta etapa los adolescentes enfrentan una serie de problemas como son los fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre si mismos, presión para lograr un éxito y otros miedos. En algunos casos el suicidio aparenta ser una solución para todo sus problemas y no solo eso, también encontramos el embarazo adolescente que tiene una cifra muy elevada y que causa mucha preocupación ya que en esta etapa los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin las medidas preventivas adecuadas; practican el sexo, y lo hacen desconociendo sobre el tema de métodos anticonceptivos, y esto se debe porque hoy en día crecen rodeados de una cultura donde compañeros, televisión, cine y revistas transmiten mensajes en los cuales manifiestan que las relaciones sexuales sin estar casados son comunes, aceptadas y a veces esperadas.

Por ello se da a conocer las intenciones de adoptar una conducta saludable y equilibrada de acuerdo a la forma de ser de cada adolescente, promoviendo cambios de conducta a nivel personal y social.

La Autora.

I.- MARCO REFERENCIAL

1. 1. Planteamiento del problema

La adolescencia, según la OMS, se define como el periodo de vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva y transita por los patrones psicológicos de la niñez a la adultez; adquiriendo la independencia socioeconómica de su grupo de origen, fijando sus límites entre los 10 y 19 años. (1). Este también es considerado un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y prenuncia la adultez, para muchos la adolescencia es un periodo de grandes cambios físicos y psicológicos y profunda transformación de las interacciones y relaciones sociales, acompañados de incertidumbre e inclusive de desesperación; mientras que para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro. (2,3)

Se estima que en la actual población mundial 1.200 millones de personas (una de cada cinco) son adolescentes; de los cuales algunos de estos pasan a la edad adulta gozando de buena salud, pero en muchos de los casos no ocurre así. Algunos problemas de salud les afecta llegando a la muerte por suicidio, a la violencia interpersonal, embarazos no deseados, abortos provocados, entre otros.

Sin embargo los problemas mas ligados con la salud sexual y reproductiva de éste grupo, se ve reflejado con los altos indicadores relacionadas con las ITS/VIH/SIDA, mostradas en el adulto de hoy, que sufre tras contraer la infección durante la adolescencia.(3)

En el ámbito nacional, estudios indican que el inicio de la vida sexual de los adolescentes es entre 13 a 14 años en varones, y a los 15 años en mujeres, por otra parte otros estudios hechos en zonas rurales reportan que los adolescentes presentan un conocimiento deficiente en el tema de sexualidad

y además una comunicación familiar pobre entre padres e hijos adolescentes.
(4)

El departamento de Piura ubicada al Noroeste de Perú y cuyos límites son por el norte con Tumbes y Ecuador, por el sur con Lambayeque, por el este con Cajamarca y por el oeste con el Océano Pacífico; muestra también estadísticas alarmantes y significativas que evidencia toda una problemática en la salud sexual y reproductiva del adolescente, no es ajeno a esta problemática. Cuenta con un total de 1, 725,488 habitantes, según el censo realizado en el año 2007.
(5)

La unión ubicado en el departamento de Piura; cuyos límites son por el norte, con La Arena, La Huaca, y Miguel Checa; por el sur con Bellavista, Bernal; por el este La Arena, El Tallan, por el oeste; con vice y Paita; es uno de los distritos en donde los adolescentes presentan un perfil de comportamiento de la salud sexual y reproductiva preocupante. Reflejada en las cifras según la DISA – PIURA, que nos muestra que en el año 2008 de un total de 1040 embarazos, 52 terminan en aborto, y la mayoría de ellos provocados por adolescentes.

Cuenta con un total de 38,821 habitantes y 6,926 adolescentes. Cifras que han llevado a situar la problemática en el asentamiento humano (AAHH) Dr. Leoncio Amaya Tume (LAT), que presenta una población de total 553 habitantes de los cuales aproximadamente 200 son adolescentes. Caracterizados por su espontaneidad, por su libertinaje, falta de comunicación con los padres, abuso de drogas, etc. (6)

De lo mencionado arriba se plantea el siguiente problema de investigación
¿Qué Conocimientos y Actitudes sexuales tienen los adolescentes de 14 a 19 años del AAHH. Dr. Leoncio Amaya Tume, del distrito de la Unión – Piura, durante el periodo 2010

1.2 Antecedentes

A nivel internacional

Walrond (7), en 1990, demostró, que los estudiantes tenían conocimientos amplios y correctos sobre las vías de transmisión del VIH. El 51.4% de varones y el 18% de las mujeres respondieron que tuvieron relaciones sexuales. De ellos alrededor del 75% afirmaron saber usar los condones, aunque solo un tercio lo usaban.

Alfaro, b (8). En el 2001 realizó un estudio cuantitativo sobre conocimiento, actitudes y prácticas sobre planificación familiar en las pacientes adolescentes del servicio de Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales León – Nicaragua. Donde el inicio de vida sexual activa es muy temprano. Se encontró una paciente que aún no había menstruado cuando se inició sexualmente. Tres de ellas tuvieron relaciones sexuales el mismo año que menstruaron. El 72 % había tenido relaciones sexuales a los 16 años y el 28 % ha tenido más de un compañero sexual.

El 75 % nunca ha hecho uso de los métodos anticonceptivos y en el 84 % de los casos desconocieron en qué período del ciclo es más probable la fecundación. Además sólo el 35 % de las entrevistadas está consciente de que se debe comenzar a usar anticonceptivos al iniciar vida sexual, el resto afirma que hay una edad adecuada específica para planificar (mayor de 17 años) sin tomar en cuenta otros factores. En el primer estudio el 70% de las pacientes se encontraba cursando su primer embarazo o recién habían tenido su primer hijo, el 24% acudía con su segundo embarazo y en el 6 % era su tercer hijo. De las 15 pacientes que no eran primigestas, 8 tenían intervalo intergenésico menor de 18 meses sin uso de algún método anticonceptivo.

El 90 % de la población estudiada interrumpió sus estudios a causa de un Embarazo el cual fue “no deseado” en un 77 % de los casos.

Janeth, m (9). En el 2003 realizaron un estudio cualitativo sobre conocimientos, actitudes y practicas sobre métodos de planificación familiar, ETS/ VIH – SIDA y consumo de medios de comunicación entre adolescentes escolarizados de 12 a 18 años, en Palmira Colombia. Se entrevistaron 118 (50.9%) mujeres, 114 (49.1%) hombres. Conocimientos sobre MPF: el condón fue el método de planificación familiar con mayor reconocimiento (81.9 %) y el coito interruptus el de menor reconocimiento (19.8%)

El VIH – SIDA, de los 232 encuestados, 159 (70.4%) reconocieron al condón como un método para evitar el contagio de VIH – SIDA; 41 (18.1%) no lo considera así; y 26 (11.5%) expreso no saber si el condón es un medio para evitar dicha enfermedad. Tener una sola pareja sexual fue considerado como la mejor forma de prevenir la transmisión de ETS (56.5%); como forma de contagio del SIDA el tener relaciones con cualquier persona ocupó el primer lugar (44.8%).

Los Medios De Comunicación: Los medios de comunicación mas utilizados por esta población son televisión (72%) y radio (22.4%)

Egger (10), en 1994, su estudio arrojó que, 86% de los sujetos sabía que el SIDA era una enfermedad de transmisión sexual, pero fue mucho menor el porcentaje que conocía otras vías de transmisión y medidas preventivas eficaces. el 60% de los entrevistados estaba "muy preocupado" por el SIDA, pero solo 23% consideraban que corrían riesgo de contraer la enfermedad. Entre los estudiantes sexualmente activos, 29% (38% de los varones y sólo 7% de las mujeres) señalaron que se había modificado su comportamiento sexual a causa del SIDA.

Family Health Internacional (11), en Zambia, ha estimado que la presencia de una enfermedad de transmisión sexual aumenta de 10 a 100 veces la posibilidad de transmisión del VIH en un solo acto sexual, de aquí

que reduciendo la incidencia de enfermedad de transmisión sexual en una población o área específica tiene un impacto muy importante en las tasas de transmisión del VIH.

Jeanneville (12), En su estudio demostró, el inicio de vida sexual activa es muy temprano. Se encontró una paciente que aún no había menstruado cuando se inició sexualmente. Tres de ellas tuvieron relaciones sexuales el mismo año que menstruaron. El 72 % había tenido relaciones sexuales a los 16 años y el 28 % ha tenido más de un compañero sexual. Los Mitos y tabúes alrededor de la sexualidad impiden que los jóvenes reciban educación abierta y franca, El 88% desconoce el uso correcto de los métodos anticonceptivos y 49% nunca recibió información alguna sobre planificación familiar. Los conocimientos que poseen sobre planificación familiar son escasos, imprecisos e incompletos. El 75 % nunca ha hecho uso de los métodos anticonceptivos y en el 84 % de los casos, desconocieron en qué período del ciclo es más probable la fecundación. El método anticonceptivo más conocido son las pastillas, seguido de DIU ,cabe aclarar que este “conocer” no es en realidad así, ya que ellas se refieren a que “han oído hablar” de tal o cual método pero en realidad desconocen su uso correcto.

Está misma autora refiere que, sólo el 35 % de las entrevistadas está consciente de que se debe comenzar a usar anticonceptivos al iniciar vida sexual, el resto afirma que hay una edad adecuada específicas para planificar (mayor de 17 años) sin tomar en cuenta otros factores. Marcela cree que: “Los órganos ya están más desarrollados a esa edad”. Lo que más lamentan las jóvenes es haber perdido su libertad, viéndose limitadas por las prohibiciones de su compañero, siendo ésta la principal causa de discusiones de la pareja.

Calero (13), en el 2001, en su estudio “percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto” reportó, de 399

estudiantes, el 78,9 % (314) participó “alguna vez” en algún círculo de interés o charla sobre educación sexual; encontrando, que la mayor proporción de estos (72,2 %) lo recibieron en las escuelas, y el resto se distribuyeron entre el barrio, el consultorio del médico de la familia y el policlínico; el 1,5 % lo recibió en la Casa de la Cultura. Estos círculos y/o charlas, fueron impartidos en su mayoría por maestros (66,6 %); por psicólogos en el 26,9 % y por médicos en el 23,3 %. El resto de los adolescentes lo recibieron por educadores para la salud, y otras personas.

Rosenblatt (14), refiere que el 58,1% afirmó que el aborto debe estar disponible para las pacientes en la mayoría de las circunstancias, lo cual demuestra que a pesar de las continuas presiones contra el aborto, la mayoría de estos estudiantes se pronunciaron por incorporarlo en su práctica médica futura. En otro estudio de tipo exploratorio por medio de encuestas en liceos del área urbana de Punto Fijo (Venezuela), la cual fue destinada a adolescentes entre 12-19 años, cuyo objetivo es conocer y comparar la información que tienen los adolescentes sobre conocimientos generales en sexualidad. Se encontró que la mayoría de los adolescentes afirman haber recibido Educación Sexual (84,48%) considerada en su mayor parte de regular a mala calidad, comprobándose esto por los escasos conocimientos que tienen sobre tópicos como funcionamiento de su aparato reproductor y en ambos sexos, uso de métodos anticonceptivos, modo de transmisión de ETS, concluyéndose que sigue siendo muy tímida y pudorosa la educación sexual impartida por padres y maestros (18).

Arana MT (15), 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 etáreo.

Pick (16), en un estudio, refiere que el inicio de las relaciones sexuales en México ocurre durante las etapas de la adolescencia, con predominio en los 17 años, otro reporte de ese mismo estudio declara para los Estados del Norte, a los 16 años como edad más común de inicio de las relaciones sexuales; según autores hay una tendencia al descenso en la edad de comienzo en las relaciones sexuales.

Peláez (17); en su estudio sobre sexualidad en México reporta en proporciones muy bajas el uso de MAC en la primera relación sexual. En sectores urbanos y urbanos escolarizados este uso alcanzó entre el 15% y 40%, la mayoría declararon el ritmo y el retiro. En ésta misma investigación se determinó que de las 85 muchachas encuestadas, 56 se enfrentaron a un embarazo; 50 de ellas (58.8%), decidieron interrumpir el mismo, solo 6 estudiantes (7.1%) continuó el embarazo. De esta población el 41.9% reconoció haberse realizado dos o más interrupciones previas. El 16% se acogió a licencias de matrículas por diferentes causas, desde evolución normal del embarazo hasta complicaciones post – interrupción. Las consecuencias de la interrupción del embarazo que más reconocen los encuestados es la perforación del útero, con el 79.2%, seguido de la esterilidad, en un 72.3%, además del futuro parto prematuro, en el 26.2%. Solo el 6.2% no identifica las posibles complicaciones post- aborto y el 2.3% señaló que este proceder no tiene complicación alguna.

Cortés A, et al. (18), en el 2000, refiere en su estudio que, el bajo porcentaje de uso del condón en los varones de secundaria básica puede deberse a una información deficiente en cuanto a sus ventajas en los muchachos que se inician sexualmente y al desconocimiento de los riesgos a que se exponen; en el caso del sexo femenino, al temor de sentirse rechazada y constituir una prueba de desconfianza hacia su pareja sexual.

González(19), En el 2001 encontró, que la edad de inicio de las relaciones sexuales fue a los 16 años (30.9 %), el 3.1 % la inició con más de 18 años y fueron precoces, el 5.6% de los estudiantes declararon haber tenido relaciones sexuales antes de los 14 años de edad, el resto de los encuestados se agrupan en los rangos de 15,18 y 17 años. De los 126 jóvenes que declararon haber tenido relaciones sexuales, 109 (86.6%), no utilizaron ningún método de planificación familiar para la primera relación sexual; el 13.4%, sí lo hizo y seleccionaron el condón, tabletas anticonceptivas y uno declaró el coito interrumpido. Al preguntar quién tomó la decisión de usar el método el 41% declaró que fue un acuerdo común de pareja. Se demostró que de los 109 encuestados que no se protegieron, el 71.5% no esperaba tener relaciones en ese momento; esto traduce un importante indicador diagnóstico: el 19.2% declaró que el coito no es satisfactorio con el uso del condón; el 4.5% no lo consideró necesario y en un 2.7% la pareja se opuso; solo el 1,8 % no pudo obtener algún método para esa ocasión. Concluyendo así, que la minoría de los jóvenes se protegen en su primera relación sexual.

Yileika Elías y col, (20) . En Cuba, 2004, demostró que (69.8%) de jóvenes tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años, siendo el sexo masculino el de mayor porcentaje, con 86.2%. En el caso de las mujeres, se observó que el 51.8% tuvo su primera relación sexual después de los 15 años. Más de la tercera parte (36.5% y 39.7%) habían tenido 3 o más parejas desde que comenzaron su vida sexual activa, destacándose el sexo masculino con 30.6% y 69.4%. Respecto a los métodos más utilizado por los adolescentes sujetos a nuestro estudio fue el condón, con un 46%, sobresaliendo su utilización en el sexo masculino para un 58.3%, aunque las mujeres también lo reflejaron como método usado actualmente por ellas (29.6%). El DIU lo utiliza el 40.7%; y jóvenes de ambos sexos no utiliza ningún anticonceptivo en un 28.6% del total. Esta investigadora hace referencia al estudio realizado por la Dra. Hernández Peterssen que el 80% de los jóvenes

no usó anticonceptivos en su primera relación y el 67% no lo usa actualmente; de esta población se reportaron 28 embarazos, 77% de los cuales fueron por no uso de anticonceptivos. De ellos 25 condujeron a abortos provocados, 1 a deserción escolar y 2 a retardo escolar.

El conocimiento que tiene el grupo de estudio sobre algunas de las infecciones de transmisión sexual. Se destaca el SIDA como conocido por el 100% de estos jóvenes, siguiéndole la gonorrea (65%) y la sífilis, con un 63.4%. sin embargo, esos conocimientos no se traducen automáticamente en una conducta sexual segura. El número de embarazos que habían tenido las jóvenes de este grupo de adolescentes que tenían relaciones sexuales, dando como resultado que el 48.1% había tenido como mínimo un embarazo; sólo el 22% no había quedado en estado, por lo que podemos inferir que más del 75% ha tenido al menos un embarazo. 95% del total refiere que se nutre de información se documentan sobre sus curiosidades de la esfera sexual con los amigos. También el 64.7% manifestó que la escuela es un fuente de información, los padres con 58.8%, los hermanos mayores 56.8% y con la pareja el 50%. El sexo femenino confirmó que sus padres le brindan información para un 77%, y los medios masivos de comunicación obtuvieron un promedio de 64.5%. En cuanto a la necesidad de conocimientos sobre ciertos temas de sexualidad de estos jóvenes el 100% desea conocer más sobre el SIDA, el 98% quiere saber de las infecciones de transmisión sexual, el 95% de métodos anticonceptivos y el 84.3% sobre la respuesta sexual humana. La mayoría (85.2%) siente la necesidad de apropiarse de informaciones de cualquier tema referente a la sexualidad.

Berenice M. (21), durante el 2007, encontró que, de 120 adolescentes, 60 (50%) acuden a platicas de salud y 60 (50%) no. De los que acuden a platicas (AP) son 37 (61%) mujeres y 23 (38.3%) hombres, de los que no acuden a platicas (NA) son 30 (50%) hombres, 30 (50%) mujeres. Edad promedio de los que AP 13.5, y los que NA 13, mínima de 10 y máxima de 18 en ambos. Escolaridad promedio de secundaria en ambos con AP: 23

(48.3%) y NA 31 (51%). Iniciaron vida sexual 6 (10%) AP, 3 han usado anticonceptivos, de los cuales 2 usaron condón; y de los NA 2 (3%) con inicio de la vida sexual activa (IVSA), ambos usan anticonceptivos, 1 condón y 1 dispositivo intrauterino (DIU). Iniciaron encuentros eróticos 11 (18%) AP, y 4 (6%) NA. Iniciaron masturbación 11 (18%) AP, y 8 (13%) NA.

Este mismo estudio, refiere que, la fuente de información sexual más frecuente en ambos son los maestros: 47 (78.3%) AP, y 39 (65%) NA. Adolescentes que piensan que la educación sexual no alienta al inicio de la vida sexual activa (IVSA): 54 (90%) AP, y 49 (81%) NA. Adolescentes que piensan que el condón protege mucho contra el VIH/SIDA 49 (81%) AP, y 36 (60%) NA, y que protege mucho contra embarazo 47 (78%) AP y 30 (50%) NA. Creen que saben usar el condón los 60 (100%) AP, y solo 17 (28%) de NA. El 100% de los AP conoce la relación vaginal, 38 (63%) la oral, y 35 (58%) la anal; y de los NA conocen: relación vaginal 47 (78%), oral 17(28%) y anal 8 (13%). La mayoría, 36 (60%) AP, y 35 (58%) NA, piensan que no tienen ningún riesgo de contagiarse de VIH/SIDA. La mayoría, piensan que por falta de información se infectan de VIH/SIDA 39 (65%) AP y 37 (61%) NA, y se embarazan 35 (58%) AP, 27 (45%). Solo 26 (43%) AP y 6 (10%) NA conocen alguna campaña de prevención del VIH/SIDA. El tema de mayor interés en ambos es: Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), 33 (55%) AP y 26 (43%) NA.

Antecedentes a Nivel Nacional

Huapaya, P (22). En el 2007 realizo un estudio pre experimental sobre el impacto de un programa educativo en las actitudes sexuales de riesgo de los adolescentes del 1 y 3er año “a” de secundaria del colegio Manuel González Prada de huaycán, lima, Perú. Donde se evaluó un total de 105 escolares del 1er y 3er año de secundaria. Se observa que un 60% de los

adolescentes tuvo un nivel de conocimientos regular respecto a la sexualidad y un 40% un nivel de conocimientos entre bueno y muy bueno. Los datos respecto a las actitudes sexuales de los adolescentes, el 91.1% de los adolescentes presentó actitudes sexuales de mediano riesgo y el 4.4% actitudes sexuales de bajo riesgo y el 4.4% tuvo actitudes sexuales de alto riesgo

Barella (23), en el 2002 encontró, el (90.0%) de los adolescentes refirió que el uso de preservativo evita ETS;(27,1%) refirió la “marcha atrás” es un método eficaz de evitar embarazos; también mencionaron que ponerse preservativo inmediatamente antes de “correrse” es seguro(23,1%); determinadas posturas protegen del contagio de ETS (9.6%); la sola penetración bucal no transmite el SIDA (30.2%); los padres se enfadarían si los pillaran con preservativos –mujeres (42.3%), hombres (10.0%); el sexo sin penetración es igual de placentero (79.5%); el uso de preservativo permite relaciones seguras y placenteras (68.7%), pero usarlo es un “rollo” (18.1%).

Soto, (24), en el año 2001, en 171 fueron adolescentes Según estado civil, eran solteros un 68,7%, convivientes un 19,6% y casados 11,7%. En la edad del primer coito, se encontró una mediana de 15,5 años y media de 16,3 años en los varones, edades más precoces que en las mujeres, cuya mediana fue 16,5 años y la media 17,2 años. Los varones informaron, en su mayoría, que la primera relación sexual fue de común acuerdo (48,7%), mientras que las mujeres lo consideraron por presión o insistencia de la pareja (63,8%), dando a entender que ellas no hubieran deseado esa relación; los varones indicaron que por presión de ellos fue solo en 26,9% de los casos. El uso del condón no fue considerado, en la primera relación sexual, en 56% del total de encuestados; fue mayor en las mujeres (70,4%) que en los varones (42%). La práctica del coito anal fue informada como ocasional por la tercera parte de todos los encuestados, en la mitad de los varones (49,2%) y una quinta parte de las mujeres (19,2%), existiendo

diferencia estadísticamente significativa. La prostituta, para la iniciación sexual de los varones, ha pasado a un tercer plano, con solo un 18,3%. La práctica homosexual de los varones; solo un 3,5% de ellos contestó afirmativamente haber tenido alguna vez este tipo de relación.

Cáceres y colaboradores (25), encontraron que la mayoría de los varones jóvenes nunca usó condón durante sus relaciones sexuales con parejas estables mujeres: en Chiclayo 40%, en Cuzco 30% y en Iquitos 40%. En las relaciones con parejas casuales, la mitad de los participantes dijo emplear condones.

Family Health Internacional (26), en Puno, año 2002, evidenciaron, que 38.18% de los adolescentes tienen nivel de conocimiento regular sobre "Diferencia de órganos Sexuales del Varón"; mientras que el 35.45% tienen deficiente conocimientos sobre "Diferencia de órganos sexuales de la mujer". 45% de la población adolescente no tiene una información adecuada con temas relacionados a la sexualidad. En cuanto al nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes se encontró que el 4,10% tienen nivel de conocimiento regular, un 55.10% en las mujeres el conocimiento es deficiente y solo el 2.73% de los adolescentes tanto varones como mujeres tienen un conocimiento bueno.

Bazan, R. (27) 2004. El primer factor a considerar es el conocimiento sobre Métodos anticonceptivos. Los resultados señalan que el conocimiento general en adolescentes con embarazo no planificado es inadecuado en 73.7% ($p < 0.05$; OR: 4.9) mientras que en las adultas es de 36.4%. En las entrevistas se evidenció que las adolescentes en su mayoría reconocían los métodos anticonceptivos (46.2%) pero desconocían totalmente su forma de uso (100%); también desconocían sus efectos secundarios (69.3%) y los lugares donde adquirir los métodos así como sus proveedores (84.6%).

Otro factor a considerar en los adolescentes son los obstáculos que se les presentan para tener acceso a los servicios de salud. A éstos denominaremos barreras reales (restricciones de tiempo y accesibilidad a los servicios de planificación); y percibidas (propias del adolescente). La presencia de barreras reales en el estudio fue de 42.3% en los casos y 38.5% en los controles. Las cifras obtenidas son similares en ambos grupos, esto indica que el problema se origina en los servicios de salud y su cobertura en planificación familiar; ya que la alta demanda genera larga espera y el horario de funcionamiento es limitado. Las barreras percibidas se presentan en el 100% de los casos y en el 57.7% de los controles; lo que se debería en gran parte a que estas son originadas por creencias de la sociedad con respecto a la atención brindada en los servicios y a los métodos anticonceptivos; impidiéndose así que las adolescentes acudan a los servicios de planificación familiar

Fuentes, J (28) en Lima, en el 2002, realizó un estudio conocimiento sobre Anatomía y Fisiología sexual el: 38.18% de los adolescentes, tienen nivel de conocimiento regular sobre "Diferencia de órganos Sexuales del Varón, sin embargo sobre "Diferencia de órganos sexuales de la mujer en el 35.45% es deficiente. Respecto al nivel de conocimiento sobre "Cambios Anatómicos y Fisiológicos del Varón" en el 41.36% de los adolescentes es deficiente y sobre los "Cambios Anatómicos y Fisiológicos de la mujer" en el 39.09% de adolescentes es regular. El nivel de conocimiento sobre sexualidad en los adolescentes es: El 45.45% de adolescentes tienen conocimiento deficiente sobre " Identidad sexual ", respecto al " Rol sexual" en el 41.82% es regular, así como en el 50.0% en "Fecundidad", 53.63% sobre "Menstruación" y en el 45.0% sobre "Duración del ciclo menstrual" respectivamente; sin embargo sobre "Homosexualidad en el 35.91% de adolescentes es deficiente, asimismo sobre "Masturbación" en el 44.09%. El nivel de conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual: El 37.73% de adolescentes tienen nivel de conocimiento regular, en el 49.0% sobre el

"Concepto", 50.91% sobre tipos, en el 37.27% sobre medios de transmisión y el 49.55% en formas de prevención el nivel de conocimiento de adolescentes es deficiente. Sobre el nivel de conocimiento en Métodos Anticonceptivos es como sigue: En "Métodos anticonceptivos naturales" 47.27% de adolescente tienen conocimiento deficiente, asimismo en el 58.64% sobre "Métodos Hormonales" y en el 66.36% "Métodos de barrera". En cuanto al nivel sobre "Salud sexual y reproductiva en los adolescentes se tiene que: El 4.10% de los Centros de Educación Nocturna Independencia, Comercial 45 y Villa del Lago tienen nivel de conocimiento regular, un 55.10% en las mujeres el conocimiento es deficiente y solo el 2.73% de los adolescentes tanto varones como mujeres tienen un conocimiento bueno.

Morrocó R, et al (29). 2008, en su estudio "[Sexualidad Saludable, en los Conocimientos y Actitudes Sexuales de los Adolescentes en la Institución Educativa Secundaria Industrial Perú Birf](#)". El estudio arrojó que el embarazo está relacionado con factores familiares: la autoridad moral es débil, mal definida, la ausencia de la figura paterna, unión libre y, por último, la crianza de los hijos a cargo de personas ajenas a los padres, afectando la vida social, educativa, sexual y psicológica del adolescente. Los resultados obtenidos fueron positivos, pues el 95.9% de los adolescentes presentaron menor riesgo en relación con las actitudes sexuales, en comparación con el 4.1% de alumnos que se encuentran en riesgo mediano.

Paredes V. (30) en Lima, en 1990, realizó un estudio sobre "Conocimientos de los adolescentes sobre sexualidad. La mayoría de los adolescentes del estudio (88.8%), mostraron un nivel de conocimiento insuficiente sobre sexualidad humana. A mayor edad, mayor el conocimiento suficiente sobre sexualidad humana. Los adolescentes alcanzan mejor nivel de conocimiento sobre sexualidad humana, cuando mayor es la guía de diálogo con sus padres.

Ricaldo, R, (31), En su trabajo de investigación refiere que, 321(60.2%) presentan conocimientos medio, 110 (20.7%) conocimientos bajos y 102 (19.1%) conocimientos altos. Acerca del conocimiento sobre sexualidad considerando el aspecto biológico de 533 (100%) adolescentes, 275 (51.6%) presentan nivel de conocimiento medio, 132 (24.8%) conocimiento alto y 126 (23.6%) conocimiento bajo. (Gráfico N° 2), siendo el aspecto que desconocen sobre cuando se produce la ovulación con mayor déficit de información lo relacionado a la ovulación. Los cambios biológicos en la adolescencia hace referencia a todos los factores anátomo- fisiológicos, bioquímicas que subyacen a los diferentes componentes de la sexualidad. en su mayoría es de medio y bajo relacionado a que hay un déficit en el tema de ovulación.

En cuanto al nivel de conocimientos sobre sexualidad en el aspecto psicológico de los 533 (100 %), 261 (49 %) presentan conocimientos altos, 206 (38.6 %) medio y 66 (12.4 %) bajo. Los aspectos relacionados a conocimiento medio y bajo esta dado por la necesidad de ser independiente El individuo trata de lograr autonomía respecto de su familia y se desarrolla en él un sentido de identidad personal, opuesta a la difusión de tal Identidad. El sentido de identidad de grupo al parecer es un requisito para el de identidad personal. Sobre el nivel de conocimiento sobre sexualidad en el aspecto sociocultural de 533 (100%) adolescentes, 325 (61%) presentan un nivel de conocimiento medio, 105 (19.7%) bajo y 103 (19.3%) alto. Siendo los aspectos que desconocen lo referente a los métodos anticonceptivos, los valores morales y el rol sexual.

Antecedentes a Nivel Regional

Huachas, LL (3 2). En el año 2010 realizo un estudio en los adolescentes de 14 a 19 años del AAHH. “San Valentín” del distrito de castilla – Piura, donde el 92 % tiene conocimientos bajos, sobre sexualidad, mientras que

solo el 8% corresponde a un nivel de conocimiento en sexualidad por dimensión, se reporto que las dimensiones menos conocidas sobre sexualidad con un nivel de conocimiento, son los referidos a anatomía y fisiología sexual, prevención de ETS, VIH metodología anticonceptiva. Finalmente demuestran que los resultados generales de las actitudes, hacia la sexualidad de los adolescentes donde se aprecia que el 54 %, manifiestan una actitud desfavorable hacia la sexualidad mientras que el 46% manifiesta una actitud favorable.

Troncoso, J (33). 2009. Sullana en su estudio “Conocimientos y Actitudes sexuales que tiene los adolescentes de la I.E. 15027 “Amauta” encontró: el 54% de los adolescentes presentaron un nivel de conocimientos bajos sobre sexualidad, y un 10% presentaron un nivel de conocimiento alto. Con respecto a las dimensiones en estudio, se observó que el 82% de los adolescentes tenían un nivel de conocimientos bajos, mientras que el 16% tenía un nivel de conocimiento medio y el 2% un nivel de conocimiento alto, con respecto a la dimensión Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva; seguida de la dimensión ciclo de respuesta sexual, en donde el 58 % de los adolescentes tuvieron un nivel de conocimiento bajo, el 32% un nivel de conocimiento medio y el 10% un nivel de conocimiento alto; Así mismo la dimensión Prevención de enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, mostró 48% de adolescentes tuvieron nivel de conocimiento bajo, el 32% u nivel de conocimiento medio y el 20% un nivel de conocimiento alto; por otro lado el 46% de los adolescentes resultaron con un nivel de conocimiento medio para la dimensión Metodología Anticonceptiva como prevención de Embarazo, mientras que el 32% con un conocimiento bajo y el 22% con un nivel de conocimiento alto. Con respecto a las actitudes, se puede evidenciar que el 98% de los adolescentes presentaron actitudes sexuales desfavorables, mientras que solo un 6% muestran actitudes favorables, Referente a las dimensiones de Actitud, se encontraron que el 100% de los adolescentes reportaron actitudes

desfavorable referidas a su Autonomía, Respeto mutuo y reciprocidad, Sexualidad y amor y Sexualidad como algo positivo, seguida de las dimensiones Libertad para decidir y actuar y Responsabilidad y prevención del riesgo sexual con un 96% y 92% respectivamente.

Además si tienen enamorado según sexo, evidenciándose a las adolescentes mujeres con un 28%, superado por el 44 % de los adolescentes varones; haciendo un total de 72% de adolescentes con vida sexual activa.

Mendoza, R (34). En el 2006 realizó una investigación la cual arrojó los siguientes resultados: un 72 % de los adolescentes estudiantes de enfermería de la universidad los Ángeles de Chimbote poseían un regular nivel de conocimientos en ITS, mientras que un 9.3% presentaron un deficiente conocimiento.

Se encontró deficiente conocimiento sobre el riesgo de infección por VIH que puedan generar los procedimientos clínicos, siendo más evidente la toma de citología, que se considera de riesgo por 12.2 % de los estudiantes y otros procedimientos, como los odontológicos y trasplantes, considerados por tan solo 8.9% en contraste, 71.4% y 87.8% de los encuestados respectivamente considero de riesgo la toma de muestra sanguínea y los procedimientos de diálisis y transfusiones.

1.3 BASES TEORICAS

1.3.1. Principales Bases Teóricas

1.3.1.1. Visión de la adolescencia Perspectivas teóricas

Desde que el hombre tomó conciencia de las diferencias individuales ha insistido en estudiar el desarrollo de su vida a través de las experiencias que vive. Este estudio ha generado una gran diversidad de teorías del desarrollo que tratan de explicar de manera sencilla las etapas por las que pasa el ser humano a través de su vida. 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. (35)

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. (35,36)

Cada teoría tiene una visión particular sobre la adolescencia y el comportamiento a través de las experiencias que vive, 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. 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:

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	Conocimiento mediante operaciones formales.	Sí (Sensorio motriz, pre operacional, operación)

Piaget		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)

1.3.1.2. 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 (37).

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 (37).

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 (37,38).

2.2.5. Proceso de la Adolescencia: Etapas evolutivas

La adolescencia ha de ser entendida, 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 identificatorias. 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 (39).

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 (39).

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 (39). 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 (40).

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 (40).

Entendiendo que la temática de la educación para la promoción del autocuidado de la salud está basada en aspectos del desarrollo humano, es que consideramos la siguiente clasificación: (39,40):

La Adolescencia propiamente dicha:

a. Desarrollo Cognoscitivo: La adolescencia es la etapa donde madura el pensamiento lógico formal. Así su pensamiento es más objetivo y racional. El adolescente empieza a pensar abstrayendo de las circunstancias presentes, y a elaborar teorías de todas las cosas. 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 (39).

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 (40- 41).

b. Desarrollo motivacional: Según (40,41) cita a 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).

c. Desarrollo afectivo: Es difícil establecer si la adolescencia es o no un periodo de mayor inestabilidad emotiva. Pero nada impide reconocer la riqueza emotiva de la vida del adolescente y su originalidad (42).

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 (42).

d. Desarrollo social: Tanto el desarrollo cognoscitivo, como el motivacional y afectivo agilizan el proceso de socialización. El adolescente tiene en su comportamiento social algunas tendencias que conviene reseñar (42):

- 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.

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 (42).

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.

e. Desarrollo sexual: La sexualidad del adolescente no es sólo un fenómeno psico - fisiológico, sino también socio – cultural. Los valores, costumbres y controles sexuales de la sociedad en que vive el adolescente determinan en gran parte su actitud y comportamiento psicosexual (42,43).

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.

f. Desarrollo moral: La moral para los adolescentes no es una exposición de principios, ni un conjunto de convenciones sociales; es, ante todo, un comprometer todo su ser a la búsqueda de la imagen ideal de sí mismo, donde pone a prueba la fuerza de la voluntad, la solidez de las posibilidades y cualidades personales. Hay algunos valores morales que ellos prefieren por ser más brillantes, más nobles y porque exigen un don de sí más absoluto (43).

- 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.

g. Desarrollo religioso: En la adolescencia se pone en movimiento exigencias particulares como el encuadramiento del propio yo en un mundo

que tiene un sentido absoluto; estas exigencias hallan respuesta sólo en una específica dimensión religiosa. En esta edad, lo trascendente son afirmados como tales. Sin duda que para esto influye la educación dada por los padres, la ecuación de la escuela y el medio ambiente (42,43).

1.3.1.4. Bases teóricas de la Sexualidad

La sexualidad es una función básica del ser humano, esta comienza a los tres o cuatro años de edad y se establece definitivamente durante la adolescencia. 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.

a. Teoría del Aprendizaje

Según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás. Al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella. 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>> (35,40).

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.

El niño aprende a copiar la conducta del progenitor del mismo sexo porque su imitación es recompensada. Además, es bien sabido que los padres tratan de forma distinta a los niños o a las niñas desde el momento mismo del nacimiento, en función de la expectativa diferente con que se les contemplan. Se piensa que esta actitud, conocida como socialización diferencial, repercute tanto en la identidad como en el rol de género (35- 40, 41)

b. Teoría Cognitivo-Evolutiva

Según este punto de vista, el desarrollo del género corre paralelo al progreso intelectual del niño (44). 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 y sólo entonces están en condiciones de configurar una sólida identidad de género (35).

c. La interacción biosocial

Muchos estudiosos contemplan el surgimiento de la incipiente identidad de género como una sucesión de influencias recíprocas entre los factores biológicos y los psicosociales. En otras palabras, la programación genética en la fase prenatal, los elementos psicológicos y las reglas sociales influyen a un tiempo en las pautas futuras que el recién nacido desarrolla durante la niñez y la adolescencia. Money y su equipo estiman que los factores que

más influyen en la formación del género no son de origen biológico, sino fruto del aprendizaje cultural. (44)

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. (35)

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 (35).

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 (35)

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.

1.3.1.5. Bases Teóricas de la Actitud

Aunque la sexualidad, adolescencia y actitud son términos y teorías muy ligadas, y se relacionan estrechamente, sin embargo para efectos metodológicos se presenta por separado. Aquí mencionamos las principales teorías de la sexualidad. (41,42)

1.3.1.5.1. Principales Teorías

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>

b. Teorías de la consistencia cognitiva.

Según las teorías de la consistencia cognitiva, la incoherencia entre dos estados de conciencia hace que las personas se sientan incómodas. En consecuencia, cambian o bien sus pensamientos o bien sus acciones con tal de ser coherentes.

c. Teoría de la disonancia cognitiva.

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

Otras situaciones 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 contradice 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 sienten 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 (39,42).

13.152. 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 (35).

Las opiniones son ideas que uno posee sobre el tema y no tienen por qué 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 sentimientos propios .

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. 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).

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. (35,36)

1.3.1.6. 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 (45)

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 (45).

13.16.1. 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. (45)

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 (45).

13.1.62. 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 (45).

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.

1.3.2. Marco Conceptual

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 del AAHH LAT se abordará, tomando el modelo del centro de consultoría y asesoría del adolescente. Según cuadro N° 1

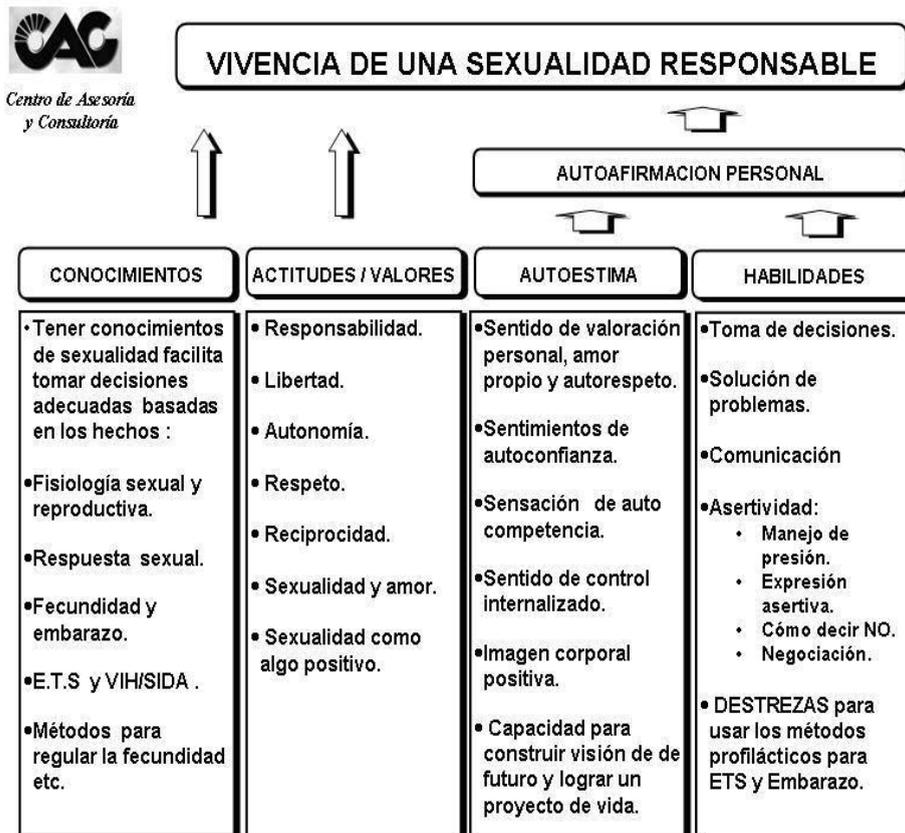
Desde la nueva educación sexual se propone enseñar que "la sexualidad es algo maravilloso que merece vivirse, no de cualquier forma, sino de manera responsable". Los criterios que se proponen para vivir una sexualidad en forma responsable son:

- La persona se hace cargo de los propios actos y decisiones.
- Tiene en cuenta las consecuencias de los propios actos sobre si 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 si mismo y otras personas.
- Decide libre, consciente y autónomamente.

Cuando la vivencia sexual está asociada a un sentido que le da significado a la experiencia sexual y amorosa. La responsabilidad será el producto de un

largo y complejo proceso de formación que implicará la estructuración de conocimientos, valores, actitudes positivas, habilidades y el desarrollo de una adecuada autoestima.

CUADRO N° 1



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 auto afirmación personal (44)

Este modelo que plantea el Centro de Asesoría y Consultoría del Adolescente de Colombia, sustenta: Mientras se siga evitando hacer una educación sexual abierta, basada en la verdad, centrada en la promoción de valores y actitudes para una sexualidad responsable, realizante y constructiva, no se podrá esperar que las futuras generaciones tengan una salud superior a la que han tenido las generaciones anteriores (44).

La investigación apunta a describir la variable principal Conocimientos sexuales del adolescente de La Unión – Piura , 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 Enfermedades 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 Unión – Piura en sus dimensiones:

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

1.3.2.1. Anatomía y Fisiología sexual y Reproductiva

1.3.2.1.1. Anatomía de los órganos sexuales masculinos y femeninos

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

A.1. Los genitales externos:

También llamados vulva, tienen las siguientes estructuras: monte de Venus, labios mayores, labios menores, clítoris, meato uretral, orificio vaginal y himen (46).

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 glánde 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 (45).

A.2. Órganos internos Femeninos

La vagina: Órgano tubular por el cual penetra el pene durante el coito, así mismo es la vía de paso del bebé durante el parto, por lo que sus paredes son muy elásticas, por la parte externa comienza con el orificio o entrada vaginal, y por la parte interna termina en el cuello del útero. En estado de reposo sus paredes están plegadas una contra la otra, pero durante la excitación se expanden dando espacio al pene. La vagina tiene 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 (45).

El Útero o Matriz: Tiene el tamaño de una pera invertida. Tiene un orificio inferior que se llama cuello uterino (cérvix) y comunica con la vagina. El útero aloja y nutre al feto en desarrollo. La capa de tejido que cubre al útero

se llama endometrio, y tiene muchos vasos sanguíneos. El endometrio se desprende durante la menstruación y produce la mayor parte del flujo menstrual.

Trompas de Falopio: son canales que conectan los ovarios con el útero. Luego que el ovulo sale de uno de los ovarios, demora 24 horas en recorrer el tercio exterior de la trompa correspondiente. Es ahí donde usualmente es fecundado por un espermatozoide si ha habido una relación sexual. Si la fecundación se produce, el óvulo fecundado descenderá el resto de camino hacia el útero; si no se produce, el ovulo será eliminado con el flujo menstrual.

Ovarios: tienen forma de almendra y son las glándulas sexuales femeninas encargadas de producir óvulos y hormonas (estrógenos y progesterona), A partir de la pubertad y hasta la menopausia, se dedicarán a liberar un óvulo maduro la ovulación se presenta cada treinta días aproximadamente. El óvulo es el elemento germinal femenino capaz de ser fecundado por el espermatozoide, se diferencia de éste en que es mucho más grande y lento. Las hormonas femeninas son las responsables del aspecto físico particular de la mujer, mantener el ciclo menstrual, y proveer a las necesidades hormonales durante un embarazo (45).

B. Órganos Sexuales Masculinos

B.1. Genitales Externos. Según Sobrevilla (45)

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.

Los Testículos y Escroto. El escroto es una bolsa de piel y músculos que contiene los testículos. Los testículos son las gónadas o glándulas reproductoras del varón, tal como los ovarios lo son en la mujer. En tal medida tienen dos funciones principales: producir las células reproductoras masculinas (espermatozoide) y elaborar la hormona sexual masculina o testosterona.

B.2. Órganos Internos Masculino

Conductos deferentes: conducto cilindroide, en número par, sigue a la cola del epidídimo y se extiende hasta la vesícula seminal, en la que su diámetro aumenta formando la ampolla del conducto deferente, la cual se une con el conducto de la vesícula seminal para formar el conducto eyaculador.

Vesículas seminales: Glándulas que producen líquidos que van a formar parte del semen. La próstata se encuentra debajo de la vejiga y rodea a la porción interna de la uretra originada en ésta. Tiene la forma de una castaña. Esta constituida por músculo y tejido glandular, crece durante la pubertad y se encoge en la vejez, puede endurecerse e interferir con la micción en el hombre mayor, en cuyo caso requiere de cirugía.

Glándula de Cowper: Son dos pequeñas formaciones del tamaño de una arveja que se encuentran situadas a los lados de la uretra por debajo de la próstata que también contribuyen con el líquido seminal. Cuando el orgasmo es inminente, estas glándulas se contraen y vierten un líquido alcalino claro, que sale al exterior inmediatamente antes de la salida de la eyaculación. En algunos casos puede llevar algunos espermatozoides (45).

1.3.2.1.2. 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 esta creciendo. Quiere decir que su cuerpo está saludable y normal. Esto sucede cuando el cuerpo de la adolescente está convirtiéndose en un cuerpo de mujer.

a. Ciclo ovárico

Los ovarios están constituidos por un estroma y una gran cantidad de folículos (200.000 por ovario). Los folículos están formados por una pared de células estromales conocida como teca, que rodea a una capa de células foliculares conocida como granulosa, que segrega estrógenos. La porción central del folículo está ocupada por un ovocito, que por división meiótica durante la maduración del mismo, dará lugar a un óvulo. A partir de la pubertad, comienzan a madurar varios folículos cada mes, pero habitualmente sólo uno completa el proceso de maduración. Los folículos maduros reciben el nombre de folículos de Graaf. El interior del folículo está ocupado por el líquido folicular (47).

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 (48)

b. Ciclo uterino o menstrual

Mientras que para Sobrevilla (45). 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. (48) profundiza y refiere que en esta fase del final de la menstruación, sólo se conservan las capas más profundas del endometrio, que es la mucosa que recubre el interior del útero. Los estrógenos del folículo en desarrollo hacen que el endometrio crezca y aumente de espesor. Tras la ovulación, el cuerpo lúteo segrega estrógenos y progesterona; esta última hace que las glándulas endometriales comiencen a segregar, de tal forma que el endometrio se vuelve edematoso, ideal para la implantación del embrión. Si no hay embarazo el cuerpo lúteo degenera; dejan de producirse estrógenos y progesterona, y sobreviene la menstruación: las arterias uterinas se abren y el flujo de sangre hacia el exterior arrastra consigo los restos de este endometrio neoformado. (48)

c. La Fecundación

También llamada Concepción, es el hecho fisiológico en el cual el espermatozoide alcanza al ovulo, y perdiendo su cuello y su cola entra en él , que es de tamaño bastante mayor, permitiendo así la reunión del material genético de ambas células (23 cromosomas de cada uno), para formar el huevo o cigoto del futuro ser humano con 46 cromosomas. (45)

d. 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 (49,50).

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 (50).

e. Menarquia

Es la primera vez que tiene su periodo la niña. Normalmente el periodo dura de tres a siete días, el flujo empieza leve. Puede volverse más fuerte por dos o tres días y de allí mas 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. (50)

1.3.2.2. 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 (51).

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 eyacuación 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 (51).

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

de actividad sexual. En 1966 publicaron en el libro 'Respuesta Sexual Humana' las conclusiones de sus investigaciones. Algunas de ellas fueron, la importancia del clítoris en la excitación y el orgasmo de la mujer; La descripción de la posibilidad de orgasmos múltiples en la mujer. Además de la:

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

El descubrimiento de que la mujer no experimenta periodo refractario y el de su capacidad multiorgásmica impactaron fuertemente en la sociedad de la época y sirvieron para desinflar el mito de la superioridad sexual masculina. Masters y Jonson incluso después de casarse). Diferenciaron 4 fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución (51).

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.

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 (51,52).

- **En la Mujer** Comienza la lubricación vaginal, es decir, la vagina se humedece. La parte interna de la vagina se expande. Los labios mayores se abren y crecen. Afluencia de sangre a los genitales, que hace que el clítoris se hinche y se acerque al hueso púbico. Cuando está excitado, el clítoris es mucho más sensible al tacto. Los pezones también pueden hincharse y quedar erectos. La respiración se acelera, aumenta el ritmo cardíaco y se produce tensión muscular.
- **En el Hombre** La Afluencia de sangre al pene, provocando su erección. Aumento de tamaño de los testículos, que se elevan, quedando pegados al abdomen. Los genitales se oscurecen por la afluencia de sangre. Erección de los pezones, aceleración de la respiración y del ritmo cardíaco y tensión muscular, igual que en la mujer.

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?

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 (51).

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 (51,52).

1.3.2.3. Enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA.

Las enfermedades 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, actualmente considerada como epidemia, es un grave problema de salud en todo el mundo. Tiene, además, grandes efectos sobre la salud reproductiva en general. Las enfermedades de transmisión sexual o ETS, antes denominadas venéreas, son enfermedades transmisibles con contacto sexual sin casi excepción. Estas enfermedades poseen una valoración social especial (46).

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

Sífilis: Es causada por una bacteria llamada “*treponema pallidum*”, generalmente se transmite por las mucosas. La vagina y el glande son las puertas de entrada más frecuentes, aunque se han visto casos en los que entra por heridas. En la sífilis temprana sintomática (ya que también existe sífilis tardía) se presenta el famoso chancro. Es considerada como una infección bacteriana. Se encuentra dentro de las primeras enfermedades de transmisión sexual descritas. Su tratamiento con antimicrobianos es eficiente pero su efectividad depende de una detección temprana. La sífilis causa graves consecuencias para la función reproductiva del hombre. Al infectar a la mujer puede provocar severos daños congénitos en el bebé en órganos vitales como el cerebro y el corazón. El control higiénico sanitario, evitar la promiscuidad, adicciones y hábitos negativos en el vestir, una

correcta alimentación, entre otras medidas son fundamentales para lograr una correcta salud reproductiva (55).

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

Gonorrea: Conocida también como blenorragia. Es causado por “neisseria gonorrhoeae”. Es la inflamación de las estructuras en las que penetra. Puede ser la uretra o la vagina y cuello uterino. Pero también, se han visto casos en el recto o en la cavidad oral. Se combate oportunamente con antibióticos, pero no tratada provoca infertilidad. Se expande a través del sistema reproductor masculino por medio de la uretra y provoca alteraciones en la próstata, vesículas seminales y el epidídimo (46)

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

Candidiasis: Es producida por hongos generalmente el “cándida 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 mas leves.

Chancroide: Es producida por una bacteria llamada “Haemophilus ducreyi”. Se presenta una lesión en el pene o en la vagina semejante a una ampolla.

SIDA: enfermedad incurable y fatal que se transmite por contacto de algún líquido corporal infectado con otro (intercambio de sangre, semen o flujo vaginal). Los primeros síntomas son: fiebre y sudoración nocturna, nódulos

linfáticos inflamados el menos en tres lugares del cuerpo: pérdida de peso; diarrea crónica, disminución del número de glóbulos blancos.

1.3.2.3.1 Como prevenir Las Enfermedades 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, sin embargo no podemos dejar pasar el tiempo dada la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). La incidencia más alta de enfermedades 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 (53).

El control de las enfermedades 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 enfermedades cuya propagación es diseminada directamente por la necesidad humana básica de compartir la intimidad sexual y reproducirse. La exposición a cualquiera de las enfermedades 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 enfermedades de transmisión sexual (53).

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 enfermedades 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 enfermedades de transmisión sexual y sus consecuencias. Su frecuencia y variedad incluyen esterilidad, infecciones peri natales, cáncer genital femenino y tal vez la muerte, deben ser conocidas tanto por las mujeres como por sus parejas sexuales. Los cambios simples como la restricción de contactos sexuales y el uso adecuado de condones, pueden disminuir espectacularmente el riesgo de contagio personal de estas enfermedades (53).

1.3.2.4. 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 (53).

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 (54).

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 (55)

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 (56)

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

Según la bibliografía revisada se puede concluir que no hay ningún método que sea 100 % seguro (excepto las ligaduras de trompas, la vasectomía, y la abstinencia, hay métodos más eficaces o menos eficaces según cada caso particular, por 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. (57).

1.3.2.5. Responsabilidad y prevención de riesgo sexual

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

- 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.

Por otra parte la responsabilidad no es solo el hecho de elegir, lo más importante, es elegir el bien ante el mal, pero si elegimos la segunda, hacer el mal, habrá una falta de responsabilidad sobre nuestra elección, y esto lo debemos pagar con un precio que puede ser elevado o pequeño según la maldad de nuestro acto. Todo acto que hagamos trae sus consecuencias, las cuales pueden ser buenas o malas dependiendo de la responsabilidad que le

entreguemos al acto. Pero cuando nosotros actuamos con responsabilidad, muy seguramente las consecuencias del acto serán buenas (57).

Por otra parte no es de extrañar que los chicos busquen desde muy jóvenes incluir la actividad sexual como parte de sus relaciones de pareja; pero ojo, esto no quiere decir que estén listos para un noviazgo serio y comprometido. Cuando un galán con el que sale una chica le pide sexo, puede muy bien ser que eso sea lo único que está buscando: pasar un buen rato en la cama, antes que buscar una comunicación más profunda o estrechar los vínculos amorosos entre los dos (58).

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

Para otros autores la Responsabilidad está dada por el conocimiento que tienen los adolescentes para entender lo que necesitan: necesitan aptitudes y confianza en si mismos para abstenerse o reducir riesgos (58).

1.3.2.6. Libertad Para Decidir y Autonomía

Como se menciona en la dimensión anterior; La Libertad es el poder que tiene el hombre de obrar o de no obrar según su voluntad, además nosotros los seres humanos somos los únicos poseedores de la misma. A partir del desarrollo de la razón, la persona comienza a tener libertad excepto que la misma sea obstruida, y este desarrollo se hace responsable de sus acciones. En cada una de esas acciones que se hacen libremente, la elección entre el bien y el mal esta implicada, y según la elección la responsabilidad del acto será mayor o menor (59).

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. (58) 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 (59).

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 (59). **2**

1.3.2.7. 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 (60). 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 pareces 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? (61).

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 (61).

1.3.2.8. 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." (61).

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. (62)

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

Así, podemos concluir que amor y sexualidad han de formar un binomio inseparable que requiere nutrirse y complementarse mutuamente. La sexualidad de la persona, no debe de reducirse a una simple genitalidad. Cuando una persona se entrega físicamente al ser amado, no pone en juego únicamente su cuerpo, es más bien una donación que involucra la totalidad de lo que es, independientemente del cuerpo que tenga, el cual, es a su vez el medio óptimo para exteriorizar y poder comunicar todo aquello que llevamos dentro a través de las palabras que encarnan nuestros pensamientos y del lenguaje corporal no verbal que muchas veces logra decir más que mil palabras (61,62).

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 (61).

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 (63).

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 (63).

1.3.2.9. 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 (64) 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 (65)

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 (66).

Es importante tomar en cuenta que hablar con los hijos no es decirles qué y cómo pensar o hacer, es un diálogo liberador para que tomen decisiones bien informados, es acompañarlos para que puedan pensar, analizar y tomar una postura conscientes de todos los aspectos que están presentes: el respeto hacia uno mismo y hacia el otro, la aceptación de su propio cuerpo, la autoestima, la responsabilidad y las consecuencias que van junto a cualquier conducta, promoviendo la autenticidad y la libertad y estableciendo límites y espacios para la expresión sexual.

El siguiente paso es promover en los jóvenes el respeto, la congruencia, y la responsabilidad para vivir conscientemente y con libertad su propia sexualidad. El ser congruente con lo que se piensa, se siente y se hace o dice es un ejercicio que capacita a la persona para comprender y evaluar con responsabilidad lo que la motiva a actuar de una u otra manera, y a entender las propias reacciones y los cambios fisiológicos y hormonales. Toma conciencia de algunos aspectos importantes de su personalidad, como son: sus creencias y pensamientos, sus sentimientos, sensaciones y emociones, y la conducta como consecuencia (64).

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 (64).

1.4. Justificación de la Investigación

La información y la educación sobre salud sexual tienen una importancia relevante para el desarrollo y el bienestar de los jóvenes y adolescentes.

En las últimas décadas se han llevado a cabo numerosos programas de información sobre sexualidad. A pesar de ello, existe evidencia de que aún son elevadas las tasas de embarazo no deseado y de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes y jóvenes. La mayoría de las investigaciones indican que las conductas sexuales en la adolescencia suelen

ser cada vez más frecuentes y precoces, y que en las primeras relaciones coitales los adolescentes tienden a no utilizar anticonceptivos eficaces ni para la prevención de embarazos no deseados ni para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. (3)

El presente estudio contribuirá que tanto niños, niñas y adolescentes manejen una buena información sobre el sexo y la sexualidad en el futuro, pues la mayoría podrá encontrar respuestas necesarias y verdaderas a través de los paquetes educativos sugeridos posterior a la investigación.

El presente estudio cobra importancia toda vez que se pretende identificar y describir los conocimientos y actitudes sexuales que tienen los adolescentes, con el objetivo contribuir a esclarecer los puntos más vulnerables del adolescente, relacionadas con su escasa o nula comunicación con sus padres o con las hermanas mayores, sobre todo, en lo que concierne al sexo y contacto con "nuevas experiencias". Por otra parte contribuirá a enriquecer los conceptos y enfoques teóricos. (8)

Aportará material teórico para estudios posteriores relacionados con los cambios psico-sexuales, la búsqueda de como expresa el mundo emocional, conductas de riesgo. Los conocimientos de sus físicos y su creciente interés por saber del sexo. La identificación con adultos admirados: profesores, artistas, deportistas; o por proximidad: amigos y amigas íntimas, con mayor o menor carga erótica más o menos explícitos. También podremos más adelante afianzar la orientación sexual. (9,10).

Es oportuno ante la ausencia de estudios cuando se sabe de la existencia de tres fenómenos a tratar urgentemente interrelacionadas son: el aborto, embarazo no deseado y conducta sexual inadecuada. (10).

Los aportes a la sociedad vista como centro del universo, la contribución va al seno familiar, grupo de pertenencia, y el grupo de referencia, también servirá como información clave sobre sexualidad a los establecimientos de

salud de nuestra región, como insumo para intervenciones estratégicas de promoción y auto cuidado de salud sexual y reproductiva del adolescente. En el AAHH LAT en el marco de las comunidades de aprendizaje será nuestra línea de base para proponer intervenciones de abordaje al adolescente, incluyendo la temática a tratarse en los programas educativos, en los colegios inmersos en el ámbito de estudio, en una primera etapa, con el objetivo de contribuir en la disminución de los indicadores negativos en éste componente de la salud, y ayudar al desarrollo integral del adolescente.

1.5. Formulación de objetivos

1.5.1 Objetivo general

- Describir los Conocimientos y Actitudes sexuales tienen los adolescentes de 14 a 19 años, del AAHH. Dr. Leoncio Amaya Tume, del distrito de la Unión – Piura durante el año 2010.

1.2.2. Objetivos específicos

- Describir el nivel de conocimiento sobre sexualidad en general en los adolescentes de 14 a 19 años del AAHH. Dr. Leoncio Amaya Tume, del distrito de la Unión – Piura durante el año 2010.
- Describir el conocimiento sobre sexualidad 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 del AAHH. Dr. Leoncio Amaya Tume, del distrito de la Unión – Piura durante el año 2010.

- Identificar las actitudes hacia la sexualidad en forma general en los Adolescentes de 14 a 19 años del AAHH. Dr. Leoncio Amaya Tume, del distrito de la Unión – Piura durante el año 2010.
- 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 del AAHH. Dr. Leoncio Amaya Tume, del distrito de la Unión – Piura durante el año 2010.
- Describir las características socio demográficas de los Adolescentes de 14 a 19 años del AAHH. Dr. Leoncio Amaya Tume, del distrito de la Unión – Piura durante el año 2010.

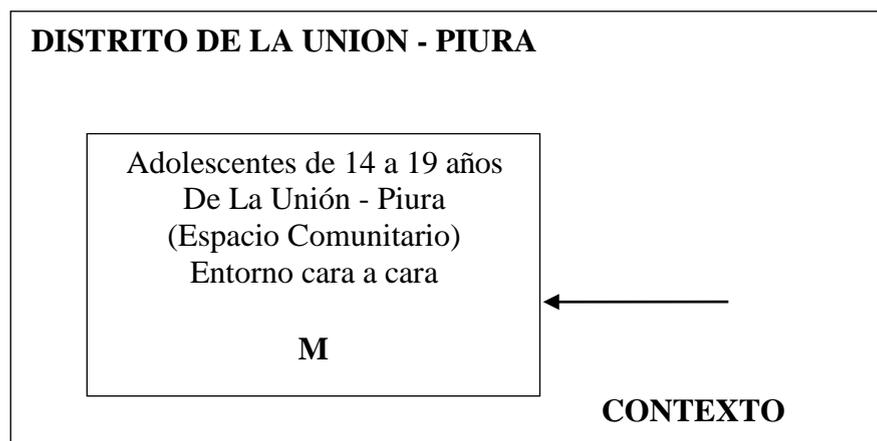
II. METODOLOGÍA

El presente estudio por el grado de cuantificación reúne las condiciones de una investigación cuantitativa y por la naturaleza las características de un estudio descriptivo.

2.1. Diseño de la Investigación

Diseño no experimental, transversal

ESQUEMA



2.2. Población y muestra

Población

La población está constituida por el total de (230) adolescentes de 14 a 19 años, que radican en el Distrito de La Unión – Piura.

Información obtenida según el centro de salud de la Unión y base de datos estadísticos del INEI. (5)

Muestra

Se utilizará el muestreo no probabilístico, por cuotas, por que se requiere una cuidadosa y controlada elección de los sujetos con las características especificadas en el planteamiento del problema.

Dada la confiabilidad del estudio se obtuvo el tamaño muestral de 80 adolescentes que cuentan con los criterios de inclusión y exclusión.

Unidad de análisis

Las unidades de análisis son cada uno de los jóvenes adolescentes de 14 a 19 años que residen en LA Unión – Piura.

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

Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión:

- ✓ Adolescentes hombres y mujeres de 14 a 19 años cumplidos, que viven o residen con permanencia por lo menos un año en el distrito de la Unión - Piura.

- ✓ No interesa la condición civil.
- ✓ Puede o no tener hijos.
- ✓ Aceptación escrita de participar en el estudio

Exclusión:

- ✓ Adolescentes transeúntes
- ✓ Adolescentes con capacidad disminuida para comunicarse
- ✓ Adolescentes minusválido
- ✓ Edad menor a 14 años y mayor de 19 años
- ✓ Adolescentes que pertenecieran a algún programa educativo especializado para adolescentes.

2.3. Definición operacional de las variables en estudio

A. Variables principales

1. Conocimiento de sexualidad del adolescente

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

1.1. Dimensión Conocimiento de Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva: Referida a los conocimientos que tiene el adolescente sobre anatomía de los órganos reproductores internos y externos de ambos sexos, ciclo menstrual, fecundación y embarazo

1.2. La Dimensión Ciclo de Respuesta Sexual Humana: Es el conocimiento que tiene el adolescente de las fases del ciclo de respuesta sexual, la forma que tiene nuestro cuerpo de reaccionar a la estimulación erótica.

1.3. 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.

1.4. Dimensión métodos anticonceptivos (MAC), como prevención del embarazo: Definida como el conocimiento que tiene el adolescente del dispositivo o el medicamento utilizado por la pareja para posibilitar el coito sin riesgo de concepción.

2. Actitud hacia la sexualidad del Adolescente

Es la forma de respuesta del adolescente ante las siguientes Dimensiones:

2.1. Dimensión: Responsabilidad y prevención del Riesgo Sexual: entendida así a la acción que tiene el adolescente producto de lo que cree, siente y realiza a partir de un conocimiento positivo de la sexualidad.

2.2. Dimensión Libertad para decidir y actuar: entendida como el sentir del adolescente para saber responder a las circunstancias favorables o adversas relacionadas con su sexualidad y sin presión alguna.

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

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

2.5. Dimensión Sexualidad y Amor: Entendida así a las relaciones sexuales que lleva el l adolescente producto de una unión sentimental, y con amor entre la pareja.

2.6. Dimensión Sexualidad como Algo Positivo, que hace agradable, nuestras vidas, oportunidad de placer y bienestar, es asumir que, nuestros deseos sexuales son digno motivo de alegría y no una manifestación de

pecado o un motivo de castigo, deben llevarse dentro de un marco de valores y principios morales, respetando las normas de la sociedad. Un indicador a considerar para efectos del estudio estará relacionado con los sentimientos que tiene el adolescente después de una masturbación, después del acto sexual.

B. Variables Intervinientes

Características Socio demográficas:

- ✓ Estado civil: conjunto de cualidades que distingue al individuo de la sociedad y en la familia
- ✓ Ocupación: Actividad que realiza el encuestado en los últimos treinta días.
- ✓ Lugar de residencia: Sitio donde está situado el domicilio del encuestado.
- ✓ Grado de Instrucción: nivel de estudios alcanzados.
- ✓ Religión: Tipo de religión que profesa.
- ✓ Edad de inicio de la primera relación sexual: edad que se inicia sexualmente.

C. Variables de control

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

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CONOCIMIENTOS SEXUALES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Conocimiento sexuales de los adolescentes	Conjunto de ideas, conceptos, y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del adolescente, referida a su sexualidad.	Anatomía y fisiología sexual y reproductiva:	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce los genitales internos y externos del Varón y la Mujer. • Conoce ciclo menstrual • Conoce la Fecundación • Conoce el proceso de Embarazo 	nominal	Si conoce No conoce
		Respuesta sexual,	- Conoce las fases del ciclo de respuesta sexual		Si conoce No conoce
		Prevenición de Enfermedades de transmisión	<ul style="list-style-type: none"> - Conoce las vías de transmisión del VIH/SIDA - Conoce los síntomas de la ITS/VIH/SIDA. 		Si conoce No conoce

sexual - Medidas de protección y prevención
VIH/SIDA
- Conoce los diferentes métodos anticonceptivos
Métodos
anticonceptivos • Utiliza los métodos
como prevención • Se protege y previene el embarazo
del embarazo.

	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 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"> inicio de actividad sexual Recibe información y utiliza MAC, utiliza preservativos 	Ordinal	Favorable Desfavorable
		Libertad para actuar	<ul style="list-style-type: none"> tiene capacidad para tomar voluntariamente sus decisiones y actúa sin presión 		Favorable Desfavorable
		Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> Realiza y decide solo por sus tareas Toma decisiones independientemente. 		Favorable Desfavorable

- Respeto mutuo y reciprocidad
- Respeto a su pareja
 - No ha sido agredido físicamente
 - Demuestra interés en los problemas de su pareja

Favorable

Desfavorable

Sexualidad y amor.	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene relación estable con su pareja • Tiene solo una pareja, y tiene actividad sexual, producto de la relación de ambos • Que sentimiento tienes después de una relación coital. • Que sentimientos te aflora después de la masturbación
Sexualidad como algo positivo	<ul style="list-style-type: none"> • La sexualidad debe vivirse respetando los principios y valores • La relación sexual debe llevarse , respetando las normas sociales • Cuando tienes relaciones sexuales son producto del amor, la comunicación y respeto. • Te siente bien después de realizar el acto sexual

<p>Favorable</p> <p>Desfavorable</p>
<p>Favorable</p> <p>Desfavorable</p>

--	--	--

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Características sociodemográficas	Son las características socio demográficas, de edad y de género de los adolescentes	Religión	- Religión	Cualitativa nominal	Católico Evangélico Otras No creyente
		Ocupación	- Ocupación	Cualitativa nominal	Estudiante Trabaja Trabaja/estudia
		Estado civil	- Estado civil	Cualitativa nominal	Soltero Casado conviviente

	Tiene enamorado(a)	- Tiene enamorado(a)	Cualitativa nominal	Si No
	Se ha iniciado sexualmente	- Se ha iniciado sexualmente	Cualitativa nominal	Si No
	Edad de inicio de sus relaciones sexuales	- Edad de inicio de sus relaciones sexuales	Cuantitativa de razón	años
	Opción sexual	- Opción sexual	Cualitativa nominal	Heterosexual Homosexual Bisexual

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CARACTERÍSTICAS DE CONTROL

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
EDAD	Tiempo vivido por el adolescente, expresada en 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

2.4. Procedimientos

El proceso de ejecución de la investigación se llevó a cabo cumpliendo con la programación establecida según cronograma de trabajo, se trató de cumplir los tiempos especificados, para tal efecto se realizó coordinaciones con los líderes comunales del AAHH. Dr. Leoncio Amaya Tume – La Unión – Piura, luego se procedió al reconocimiento de la zona a investigar y a la programación de la aplicación de la encuesta.

Para cumplir con la investigación de manera objetiva y dentro de un marco ético, el día de la toma de la muestra se les invito a participar en forma voluntaria a los adolescentes, posteriormente se les explico de forma breve y concisa el desarrollo del cuestionario de conocimientos y actitudes sexuales; para luego despejar cualquier duda que tuvieran los adolescentes en el momento de la aplicación de la encuesta; la cual se llevó a cabo de forma personalizada , manteniendo así la total privacidad y confidencialidad de la muestra.

Después de la recolección de la información se procesó en la base de datos de manera computarizada, mediante la utilización del programa "EXCEL", previa codificación de cada uno de los ítems del trabajo de investigación. Para el análisis y la presentación de las tablas y figuras se utilizara el programa estadístico SPSS V 15.

Los resultados se presentaran en 5 grandes áreas, la primera relacionada a la descripción del nivel de conocimiento sobre sexualidad en general de los adolescentes, la segunda referida a la descripción del nivel de conocimiento en las cuatro dimensiones en estudio, la tercera dirigida a la identificación de las actitudes hacia la sexualidad en forma general pudiendo ser favorables y/o desfavorables en el adolescente, la cuarta encaminada a identificar actitudes hacia la sexualidad según dimensiones de responsabilidad y prevención del riesgo sexual, Libertad para decidir y actuar, Autonomía, respeto mutuo y reciprocidad, Sexualidad y amor, Sexualidad como algo positivo.

Finalmente se consideró una quinta área en donde se enfatiza la vivencia sexual del adolescente a partir de las variables edad de inicio de actividad sexual, enamoramiento y opción sexual.

2.5. Técnica e Instrumentos de medición.

2.5.1. Técnica

Se utilizará la técnica de la encuesta

2.5.2. Instrumentos

Los instrumentos fueron aplicados a los adolescentes que se encuentran entre las edades de 14 a 19 años que conforman la muestra.

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

Para la medición del nivel de conocimiento sexuales se utilizará el cuestionario previamente estructurado de preguntas cerradas diseñado y validado por la autora Investigadora Mg. Nelly Solís Villanueva en el año 2007 (Anexo 1-A), la escala consta de 35 ítems ,con opciones de respuestas dicotómicas: si conoce y no conoce, realizadas de manera agrupada según dimensiones, dicho cuestionario contiene 9 ítems que miden los conocimientos de Anatomía y fisiología sexual y reproductiva; 8 ítems sobre repuesta sexual ; 9 relacionadas a los conocimientos de prevención de las ITSS/VIH/SIDA, 9 destinados a metodología anticonceptiva como alternativa de prevención del embarazo. Un Si representa un valor de 1 y un No un valor 0. Sumando las respuestas de cada ítems se pueden tener un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 35.

El instrumento para medir los conocimientos en sexualidad ha sido validado en su contenido por jueces expertos y los ítems cumplen con los criterios establecidos para su validación (Anexo 1-B).

La Prueba tiene un índice de confiabilidad alpha Crombach igual a 0.779; siendo su confiabilidad moderada (Anexo 1-C).

✓ **Test de actitudes sexuales del adolescente**

Para la medición de las actitudes Sexuales del adolescente, se utilizará un test diseñado y validado por la autora; el instrumento que consta de 6 dimensiones: Responsabilidad y prevención del riesgo sexual con 10 ítems, Libertad para decidir y actuar con 6 ítems, Autonomía con 5 ítems, Respeto mutuo y reciprocidad con 9 ítems, Sexualidad y amor con 9 ítems, Sexualidad como algo positivo con 11 ítems; afirmaciones narradas, de la forma, que mejor refleje la opinión del adolescente, y comprende una escala de tipo Likert, considerando 5 alternativas (Anexo 2-A):

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 ha sido validado en su contenido por jueces expertos y los ítems cumplen con los criterios establecidos para su validación (Anexo 2-B).

La Prueba tiene un índice de confiabilidad alpha Crombach igual a 0.811; siendo su confiabilidad alta (Anexo 2-C).

✓ **Características socio demográficas y de control**

Para la recogida de los datos socio demográfico, se empleo 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 3).

2.5.2.1. Baremación del Test.

La puntuación directa de una persona en un test no es directamente interpretable si no la referimos a los contenidos incluidos en el test o al rendimiento de las restantes personas que comparten el grupo normativo. Nosotros centramos en este segundo sentido el tema de la interpretación de una puntuación directa en un cuestionario, para lo cual es necesario tratar el tema de la obtención de baremos para comparar esta puntuación con las que obtienen las personas que han formado el grupo normativo. De una u otra forma, los baremos consisten en asignar a cada posible puntuación directa un valor numérico (en una determinada escala) que informa sobre la posición que ocupa la puntuación directa (y por tanto la persona que la obtiene) en relación con los que obtienen las personas que integran el grupo normativo donde se bareman las pruebas. Entre las múltiples formas de baremar un test, destacamos las siguientes:

- Baremos cronológicos: Edad Mental y Cociente Intelectual.
- Centiles o Percentiles.
- Puntuaciones típicas: estándares y normalizadas.

Lo más usual en las pruebas es realizar baremos en escala de Centiles o Percentiles. En el presente trabajo de investigación por estudios anteriores (según Taller de Titulación I), los puntajes para medir el nivel de conocimientos y actitud sexual en cada una de sus dimensiones se realizaron a través de la baremación estadística. (Anexo 4)

3.7. Plan de análisis

Los datos fueron codificados y luego fueron ingresados en una hoja de cálculo del programa Open Office Calc.

Para el análisis de los datos se utilizará el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Sciences) Versión 15 con el cual se obtendrá la frecuencia de cada una de las variables en estudio con sus respectivos gráficos.

III.- RESULTADOS

TABLA N°1

Nivel de Conocimiento en Sexualidad en adolescentes del AAHH Dr.
Leoncio Amaya Tume – La Unión - Piura – 2010

Conocimiento		%
Bajo	26	32.50
Regular	26	32.50
Alto	28	35.00
Total	80	100.00

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el mes de agosto del 2010.

La tabla N° 01 determina que del 100% de los entrevistados, el 65% tienen un nivel de conocimiento entre bajo y regular, acerca de su sexualidad, lo que nos indica que los adolescentes desconocen su anatomía, fisiología sexual y reproductiva; como por ejemplo cómo están conformados los genitales externos tanto del hombre como de la mujer, no saben cómo se da la fecundación; además encontramos el ciclo de respuesta sexual, en el cual desconocen cuáles son las fases de la respuesta sexuales, como vivir una sexualidad responsable y que los valores y actitudes son importantes en la vivencia de la sexualidad; se incluyen temas sobre prevención de infecciones de transmisión sexual VIH\SIDA, ya que la mayoría de adolescentes desconoce que las ITS son infecciones que se transmiten a través de relaciones coitales, y que las úlceras, llagas y heridas en la zona genital corresponden a una ITS y que la sífilis, la gonorrea, el cancroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal, pertenecen a este grupo de enfermedades. También metodología anticonceptiva como prevención del embarazo, en el cual desconocen cuáles son los métodos de planificación familiar, como se dividen y la gran gama que existen de ellos.

Mientras que el 35.00% presentaron un nivel de conocimiento alto.

TABLA N°2

Conocimiento de sexualidad según las respectivas dimensiones en
adolescentes del AAHH Dr. Leoncio Amaya Tume – La Unión – Piura –
2010

Dimensión		n	%
Anatomía y fisiología	Bajo	36	45.00
	Regular	24	30.00
	Alto	20	25.00
Total		80	100.00
Respuesta sexual	Bajo	37	46.25
	Regular	23	28.75
	Alto	20	25.00
Total		80	100.00
Prevención de enfermedades	Bajo	34	42.50
	Regular	36	45.00
	Alto	10	12.50
Total		80	100.00
Métodos anticonceptivos	Bajo	32	40.00
	Regular	25	31.25
	Alto	23	28.75
Total		80	100.00

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el mes de agosto del 2010.

En la tabla N° 02 se observa que de las cuatro dimensiones abordadas en el presente estudio, la dimensión ciclo de respuesta sexual, es la más preocupante con respecto al conocimiento que muestran, pues se obtuvo un nivel de conocimiento bajo con un total de 46.25%, pues los adolescentes desconocen las fases en la respuesta sexual humana, además desconocen sobre como vivir una sexualidad responsable y sus manifestaciones de madurez sexual y lo que abarca un comportamiento sexual no coital. Sólo el 25% obtuvo conocimiento alto

Seguida de la dimensión anatomía y fisiología sexual, que arrojó un 45% de adolescentes que desconocen sobre el tema de genitales tanto femeninos

como masculinos, el ciclo menstrual, el proceso de fecundación y de embarazo. El 25% de adolescentes tienen un nivel de conocimiento alto lo que equivale que reconocen que durante el embarazo la mujer experimenta modificaciones anatómicas y fisiológicas.

La dimensión de enfermedades de transmisión sexual y VIH\SIDA obtuvo un 42.50% de adolescentes que desconocen, en especial sobre las formas de contagio de estas enfermedades y más aún como prevenirlas. Existe un pequeño porcentaje en cuanto al nivel de conocimiento alto 12.50%, de adolescentes que si saben que el SIDA es una enfermedad que amenaza su vida y que usar preservativo convenientemente en una relación previene su contagio.

Por último la dimensión con menos porcentaje fue la dimensión métodos anticonceptivos mostrándonos 40% de los adolescentes desconocen sobre métodos de planificación familiar, su clasificación y las variedades de métodos que existen. Mientras que el 28.75% obtuvo conocimiento alto, pues consideran al preservativo como un método de planificación familiar.

TABLA N°3

Nivel de actitud sexual en adolescentes del AAHH Dr. Leoncio Amaya
Tume – La Unión – Piura – 2010

Actitudes		%
Desfavorable	7	8.75
Favorable	73	91.25
Total	80	100.00

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el mes de agosto del 2010

En la tabla N° 03 podemos apreciar que en cuanto a las variables actitudes sexuales el 8.75% de los adolescentes mostró una actitud desfavorable en relación a su sexualidad , lo que demuestra que la población de estudio no tienen autonomía suficiente para expresarse ante los demás

Por otro lado el 91.25 % de los adolescentes muestran una actitud favorable, por lo tanto ellos 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.

TABLA N° 4

Nivel y dimensiones de aptitudes sexuales en adolescentes del AAHH Dr.
Leoncio Amaya Tume – La Unión - Piura - 2010

Dimensión		n	%
Responsabilidad y prevención	Desfavorable	11	13.75
	Favorable	69	86.25
Total		80	100.00
Libertad para decidir	Desfavorable	12	15.00
	Favorable	68	85.00
Total		80	100.00
Autonomía	Desfavorable	33	41.25
	Favorable	47	58.75
Total		80	100.00
Respeto mutuo	Desfavorable	6	7.50
	Favorable	74	92.50
Total		80	100.00
Sexualidad y amor	Desfavorable	21	26.25
	Favorable	59	73.75
Total		80	100.00
Sexualidad algo positivo	Desfavorable	2	2.50
	Favorable	78	97.50
Total		80	100.00

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el mes de agosto del 2010.

En la tabla N° 04 observamos que todas las dimensiones estudiadas en base a la variable actitudes, la de mayor porcentaje en cuanto a la actitud desfavorable fue la dimensión de autonomía con un 41.25%, pues los adolescentes piensan que no pueden ser libres de tomar sus propias decisiones y no mantienen un control sobre su cuerpo; por otro lado el 58.75% mostró una actitud favorable ya que saben que el ser humano es autónomo y libre de expresar sus ideas, pensamientos y que son libre de decidir, ellos pueden decidir con quién y donde realizar su vida sexual y que

son los únicos que mandan sobre su cuerpo, pues les pertenece.

Seguida de la dimensión sexualidad y amor, que muestra una actitud desfavorable con un 26.25% pues los adolescentes no tienen una relación estable con su pareja. Mientras que el 73.75% obtuvo una actitud favorable, pues piensan que en una relación sexual el amor está de por medio, y ser mutuamente fieles, es actuar con responsabilidad y respeto, además saben que las fantasías sexuales son muy normales en personas jóvenes.

En la dimensión Libertad para decidir el 15% de los adolescentes mostró una actitud desfavorable lo que demuestra que este porcentaje de adolescentes cada vez que toman decisiones hay personas que intervienen en ellas, como los padres por ejemplo. En tanto el 85% muestra actitudes favorables, pues consideran que cuando se desea tener relaciones sexuales debe ser por decisión y aceptación de ambos, y además las mantiene por su propia voluntad. Como última dimensión que mantuvo un mayor porcentaje en cuanto a la actitud desfavorable es Responsabilidad y prevención del riesgo sexual con un 13.75% de los adolescentes encuestados, algunos no cumplen con sus obligaciones en el hogar. El 86.25% mantuvo una actitud favorable considerando que la conducta sexual es cosa suya y nadie debe hacer juicios sobre ella y piensan que una relación entre ellos debe ser aceptada y que ambos deben estar de acuerdo.

Asimismo Respeto mutuo arrojó 92.50% de adolescentes con actitud favorable, a diferencia del 7.50% que no las tiene. Finalmente Sexualidad como algo positivo nos revela que el 2.5%, tiene actitudes desfavorables y el 97.5% revela actitudes favorables.

Esta situación se respalda con los resultados que nos muestra Troncos, los cuales difieren a los nuestros; mostrándonos que referente a las dimensiones de actitud, se encontraron que el 100% de los adolescentes reportaron actitudes desfavorables referentes a su autonomía, Respeto mutuo y Reciprocidad; Sexualidad y amor y Sexualidad como algo positivo, seguida de la dimensión Libertad para decidir y actuar, Responsabilidad, y Prevención del riesgo sexual con un 96% y 92% respectivamente.

Nuestros resultados reflejan por lo tanto, que nuestros adolescentes muestran actitudes favorables en todas las dimensiones estudiadas.

TABLA N° 5

Características socio demográficas según el género en adolescentes del

AAHH Dr. Leoncio Amaya Tume – La Unión – Piura 2010

Factores		Genero				Total	
		Masculino		Femenino		n	%
		n	%	n	%		
Edad	14.00	3	3.75	1	1.25	4	5.00
	15.00	2	2.50	3	3.75	5	6.25
	16.00	15	18.75	11	13.75	26	32.50
	17.00	22	27.50	14	17.50	36	45.00
	18.00	4	5.00	3	3.75	7	8.75
	19.00	2	2.50	0	.00	2	2.50
Total		60.00		32	40.00	80	100.00
Estado civil	Soltero	47	58.75	31	38.75	78	97.50
	Conviviente	1	1.25	1	1.25	2	2.50
Total		48	60.00	32	40.00	80	100.00
Religión	Católico	46	57.50	32	40.00	78	97.50
	No creyente	2	2.50	0	.00	2	2.50
Total		48	60.00	32	40.00	80	100.00
Ocupación	Estudiante	41	51.25	31	38.75	72	90.00
	Estudiante/trabajador	7	8.75	1	1.25	8	10.00
Total		48	60.00	32	40.00	80	100.00
Enamorada	Si	31	38.75	19	23.75	50	62.50
	No	17	21.25	13	16.25	30	37.50
Total		48	60.00	32	40.00	80	100.00
Relaciones sexuales	Si	25	31.25	6	7.50	32	40.00
	No	23	28.75	26	32.50	48	60.00
Total		48	60.00	32	40.00	80	100.00
Edad de Inicio de relación sexual	13.00	2	6.45	0	.00	2	6.45
	14.00	1	3.23	1	3.23	2	6.45
	15.00	7	22.58	0	.00	7	22.58
	16.00	3	9.68	2	6.45	5	16.13
	17.00	9	29.03	2	6.45	11	35.48
	18.00	2	6.45	1	3.23	3	9.68
	19.00	1	3.23	0	.00	1	3.23

	No ha tenido	23	28.75	26	32.50	49	61.25
Total		25	80.65	6	19.35	31	100.00
Opción sexual	Heterosexual	48	60.00	32	40.00	80	100.00
Total		48	60.00	32	40.00	80	100.00

Podemos determinar que del 100% de los adolescentes encuestados, el 40% son del género femenino, mientras que el 60% son masculinos.

También se encontró que el 45% de estos tienen 17 años de los cuales el 27.50% son masculinos, mientras el 17.50 son femeninos.

Con respecto al estado civil se determinó un alto porcentaje de adolescentes solteros, esto se denota por el 97.50%, mientras que el 2.50% conviven; además encontramos que el 97.50% de los adolescentes son católicos, mientras que el 2.50% no lo son. Del 62.50% que tiene enamorado(a), el 38.75% son de género masculino y el 23.75 son de género femenino. El 60% de los adolescentes no ha tenido relaciones sexuales con su pareja, mientras que el 40% si ha tenido relaciones sexuales. La edad promedio de los adolescentes que han iniciado su vida sexual oscila entre 15 y 17 años.

Además encontramos que el 100% de los adolescentes son heterosexuales

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

General

Alfa de	N de
Cronbach	elementos
.946	85

Conocimiento

Alfa de	N de
Cronbach	elementos
.841	35

Actitud

Alfa de	N de
Cronbach	elementos
.942	50

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
a1	162.7500	485.886	.465	.941
a2	163.1250	485.427	.506	.941
a3	162.8375	485.404	.366	.942
a4	163.7750	487.721	.315	.942
a5	162.7250	472.354	.668	.940
a6	163.5875	483.613	.420	.942
a7	162.3375	487.037	.357	.942
a8	162.3750	477.731	.729	.940
a9	162.7000	486.314	.339	.942
a10	162.3500	479.901	.515	.941
a11	163.0250	490.531	.266	.942
a12	164.0250	501.645	-.048	.944
a13	162.4125	474.321	.656	.940
a14	163.1250	473.174	.449	.942
a15	162.2625	476.069	.625	.940
a16	163.9000	519.433	-.364	.948
a17	162.1000	477.154	.585	.940
a18	162.3125	483.762	.527	.941
a19	163.5625	486.680	.369	.942
a20	162.1500	476.104	.580	.941
a21	163.7000	493.808	.217	.942
a22	162.4750	464.050	.801	.939
a23	162.4875	473.468	.695	.940
a24	163.1250	467.554	.658	.940
a25	162.4750	476.607	.624	.940

a26	163.0875	480.613	.453	.941
a27	162.4875	474.456	.646	.940
a28	163.7375	481.285	.408	.942
a29	163.0375	478.720	.576	.941
a30	164.2625	479.183	.470	.941
a31	162.2500	473.911	.615	.940
a32	163.7375	504.449	-.137	.944
a33	162.6250	492.718	.181	.943
a34	162.2000	478.795	.628	.940
a35	162.7000	471.554	.624	.940
a36	162.4250	475.665	.690	.940
a37	162.3875	473.050	.653	.940
a38	163.3500	491.496	.235	.943
a39	163.7375	473.386	.518	.941
a40	162.4875	481.038	.567	.941
a41	162.7125	472.587	.732	.940
a42	162.4250	474.982	.775	.940
a43	162.3750	476.972	.754	.940
a44	162.6875	469.509	.776	.939
a45	162.4125	474.802	.751	.940
a46	163.2750	483.341	.516	.941
a47	162.5375	479.543	.615	.940
a48	162.8375	477.682	.679	.940
a49	163.4500	491.365	.260	.942
a50	163.4875	489.063	.324	.942

BAREMACIONES

Nivel		
Conocimiento	Bajo	Menos de 18
	Regular	18 – 23
	Alto	23 a más
Total		
Anatomía y fisiología	Bajo	Menos de 4
	Regular	4 a 6
	Alto	6 a más
Total		
Respuesta sexual	Bajo	Menos de 4
	Regular	4 a 5
	Alto	5 a más
Total		
Prevención de enfermedades	Bajo	Menos de 6
	Regular	6 a 8
	Alto	8 a más
Total		
Métodos anticonceptivos	Bajo	Menos de 4
	Regular	4 a 6
	Alto	6ª más
Total		

Nivel		
Actitudes	Desfavorable	Menos de 127
	Favorable	127 a más
Total		
Responsabilidad y prevención	Desfavorable	Menos de 33
	Favorable	33 a más
Total		
Libertad para decidir	Desfavorable	Menos de 18
	Favorable	18 a más
Total		
Autonomía	Desfavorable	Menos de 17
	Favorable	17 a más
Total		
Respeto mutuo	Desfavorable	Menos de 28
	Favorable	28 a más
Total		
Sexualidad y amor	Desfavorable	Menos de 30
	Favorable	30 a más
Total		
Sexualidad algo positivo	Desfavorable	Menos de 38
	Favorable	38 a más
Total		

IV. DISCUSIÓN

Los problemas relacionados a la salud sexual del adolescente son diversos, difíciles y desconcertantes; es por ello que al adolescente es vulnerable ante problemas como embarazo de riesgo, embarazo no deseado, ITS/VIH/SIDA, conflictos familiares y sociales, etc. La falta de conocimiento sobre dichas cuestiones sexuales, es considerada el principal motivo de la vulnerabilidad del adolescente, como lo reflejan los resultados obtenidos en esta investigación realizada en el AA.HH Leoncio Amaya Tume – La Unión – Piura, en donde encontramos los resultados de (tabla y gráfico N° 01), que el nivel de conocimiento en general en adolescentes, se torna preocupante, dado que el 26% y 26% de estos presentaron entre un nivel bajo y regular respectivamente, mientras que el 28% alcanzó un nivel alto, poniéndolos así en una situación de riesgo sexual. Resultados que se asemejan sólo en el nivel de conocimiento general a los de **Ricaldo R, (31)**, quien en su investigación encontró que el 60.2% de adolescentes presentan conocimientos medio, un 20.7% conocimientos bajos y mientras el 19.1% conocimientos altos.

Algunos estudios muestran resultados que difieren a los nuestros, tal como es el caso de **MENDOZA, R (34)**, En el estudio que realizó informa que el 72 % de los adolescentes estudiantes de enfermería de la Universidad los Ángeles de Chimbote poseían un regular nivel de conocimientos sobre sexualidad , mientras que un 9.3% presentaron un deficiente conocimiento. Esta diferencia está influenciada por el grado de instrucción de esa población en estudio, lo que difiere de los adolescentes del AAHH Dr. Leoncio Amaya Tume – La Unión – Piura, quienes viven en una realidad diferente, los cuales reciben poca y muchas veces errada información en la escuela, por parte de sus padres, de los medios de comunicación y de la sociedad.

Esta situación se respalda pues CHUECA (39), nos dice que la adolescencia es una etapa de cambios donde el adolescente adquiere nuevos conocimientos, experimenta sensaciones y sentimientos, de ahí la

importancia de la familia, del amor y el apoyo de los padres, de la responsable orientación de los maestros, de la [calidad](#) humana de los amigos, en general de la sociedad en la que el adolescente vive, para evitar que estos se expongan a riesgos innecesarios.

Con respecto al nivel de conocimiento de sexualidad por dimensiones (tabla y gráfico N° 02), se evidencia que de las cuatro dimensiones estudiadas, la más preocupante respecto al nivel de conocimiento que los adolescentes revelaron, es la dimensión ciclo de respuesta sexual, pues se obtuvo un nivel de conocimiento bajo con un total de 46.25%, resaltando el nivel regular que obtuvo un 28.75%, por lo tanto sumados estos resultados nos arroja que el 75% de estos adolescentes se ubican en el grupo de riesgo sexual y sólo el 25% obtuvo conocimiento alto en esta dimensión.

Resultados que se asemejan a **Troncoso J (33)** quien en su estudio encontró que el 58 % de los adolescentes obtuvieron un nivel de conocimiento bajo, el 32% un nivel de conocimiento medio y el 10% un nivel de conocimiento alto. En la dimensión anatomía y fisiología sexual y reproductiva el 45% obtuvo un nivel bajo, el 30% un conocimiento regular y el 25% un conocimiento alto, resultados que difieren a los de **Fuentes J (28)**, quien nos muestra en su estudio que el 38.18% de los adolescentes, tienen nivel de conocimiento regular sobre "Diferencia de órganos Sexuales del Varón, sin embargo sobre "Diferencia de órganos sexuales de la mujer en el 35.45% es deficiente. Respecto al nivel de conocimiento sobre "Cambios Anatómicos y Fisiológicos del Varón" en el 41.36% de los adolescentes es deficiente y sobre los "Cambios Anatómicos y Fisiológicos de la mujer" en el 39.09% de adolescentes es regular. El nivel de conocimiento sobre sexualidad en los adolescentes es: El 45.45% de adolescentes tienen conocimiento deficiente sobre " Identidad sexual ", respecto al " Rol sexual" en el 41.82% es regular, así como en el 50.0% en "Fecundidad", 53.63% sobre "Menstruación" y en el 45.0% sobre "Duración del ciclo menstrual" respectivamente.

Así mismo evidenciamos en la dimensión Prevención de Infecciones de

Transmisión Sexual y VIH/SIDA, el 42.50% con un nivel bajo, el 45% con un nivel regular y el 12.5% con un nivel alto.

Resultados contradictorios, ya que **Yileika Elías y col, (20)**, demostró que destaca el SIDA como conocido por el 100% de estos jóvenes, siguiéndole la gonorrea (65%) y la sífilis, con un 63.4%. sin embargo, esos conocimientos no se traducen automáticamente en una conducta sexual segura. Mientras que **Janeth M (9)**, nos dice que el (70.4%) de los adolescentes encuestados reconocieron al condón como un método para evitar el contagio de VIH – SIDA; el (18.1%) no lo considera así; mientras que (11.5%) expresó no saber si el condón es un medio para evitar dicha enfermedad. Tener una sola pareja sexual fue considerado como la mejor forma de prevenir la transmisión de ETS (56.5%); como forma de contagio del SIDA el tener relaciones con cualquier persona ocupó el primer lugar (44.8%).

Finalmente encontramos la dimensión de Métodos Anticonceptivos como alternativa de prevención de embarazo, donde el 40% de los adolescentes obtuvieron un nivel de conocimiento bajo, un 31.25% de adolescentes un conocimiento regular y el 28.75% un conocimiento alto.

Resultados similares a los de **Troncoso, J (33)**. Quien muestra que el 32% de adolescentes estudiados posee un conocimiento bajo en esta dimensión y el 22% con un nivel de conocimiento alto. Así mismo **Yileika Elías y col, (20)** nos muestra que los métodos más utilizado por los adolescentes sujetos a su estudio, es el condón, con un 46%, sobresaliendo su utilización en el sexo masculino para un 58.3%.

El DIU lo utiliza el 40.7%; y jóvenes de ambos sexos no utiliza ningún anticonceptivo en un 28.6% del total. Esta investigadora hace referencia al estudio realizado por la Dra. Hernández Peterssen que el 80% de los jóvenes no usó anticonceptivos en su primera relación y el 67% no lo usa actualmente; de esta población se reportaron 28 embarazos, 77% de los cuales fueron por no uso de anticonceptivos. De ellos 25 condujeron a abortos provocados, 1 a deserción escolar y 2 a retardo escolar.

Por consiguiente nuestros resultados demuestran que los adolescentes de esta comunidad estudiada poseen un deficiente nivel de conocimiento sobre sexualidad, problemática que tiene como principal factor, la carencia de educación en sexualidad, pese a que esta temática se ha incluido en los programas escolares, la información es insuficiente; al parecer el docente no dedica un tiempo suficiente o brinda información limitada sobre temas como: anatomía y fisiología de los órganos reproductores, la respuesta sexual humana, enfermedades de transmisión sexual como tenemos el VIH/SIDA, métodos anticonceptivos, entre otros.

Además existen carencias en mensajes educativos, pocos programas de control y prevención sobre el tema, poca participación por parte de los centros de salud y muchas veces falta de coordinación por parte de los colegios en conjunto con el centro de salud, para así brindar talleres y charlas sobre estos temas que son fundamentales para los adolescentes.

Basado en estos resultados citamos a **Morris (47)**, quien 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 como forma de enseñanza básica.

Los resultados sobre actitud sexual en general (Tabla N° 3) reporta que 8.75% actitudes desfavorables, mientras que el 91.25% actitudes favorables respecto a la sexualidad.

Resultado que difieren a **Troncoso, J (33)**, Con respecto a las actitudes, se puede evidenciar que el 98% de los adolescentes presentaron actitudes sexuales desfavorables, mientras que solo un 6% muestran actitudes favorables. Además **Morrocó R, et al (29)**, en su estudio [los](#) resultados obtenidos fueron positivos, pues el 95.9% de los adolescentes presentaron menor riesgo en relación con las actitudes sexuales, en comparación con el 4.1% de alumnos que se encuentran en riesgo mediano.

Los resultados sobre actitud sexual en general (Tabla N° 3) reporta que el 8.75% tiene actitudes sexuales desfavorables, mientras que el 91.25% de estos adolescentes tienen actitudes sexuales favorables. Resultados que se

asemejan con los de **Huapaya, P (22)**, quien en su estudio nos muestra que el 91.1% de los adolescentes presentó actitudes sexuales de mediano riesgo y el 4.4% actitudes sexuales de bajo riesgo y el 4.4% tuvo actitudes sexuales de alto riesgo.

El adolescente que no tiene conocimiento de su sexualidad desarrollara actitudes desfavorables hacia ella, hoy en día, el adolescente no se limita solo a recibir conocimiento, el busca y experimenta, es por ello que adquiere conocimiento basado en mitos y creencias, muchas veces errónea sobre sexualidad, la falta de una educación afectiva sexual mancomunada, entre la familia y la escuela ha venido favoreciendo a que los medios se elijan como educadores informales (televisión, internet, revistas, etc.). La forma en que se educa al adolescente, refuerzan el rol tradicional del hombre, el cual le exige muestras de virilidad a través del uso de las mujeres como objeto sexual y su coparticipación en las mismas condiciones, cuando le restringe su capacidad de expresar afecto y miedo y sanciona sus expresiones de ternura y delicadeza. En el caso de las mujeres, esto sucede cuando se la educa para la labor doméstica, se le impide el acceso a información adecuada sobre su cuerpo y su sexualidad y crean en ella una conciencia de desconfianza del varón, tanto en términos de amistad como de pareja, es de este modo que estos adolescentes desarrollan sus actitudes basados en experiencias y educación erróneas brindada por medios no adecuados y basados en los ejemplos que nuestro propio entorno les brinda, sobre todo el entorno familiar.

Los jóvenes necesitan la ayuda de los adultos para lidiar con los pensamientos, sentimientos, y las experiencias que acompañan a la madurez física. Al brindar esta ayuda no fomentamos estilos de vida irresponsables. La evidencia en el mundo entero ha demostrado claramente que el proporcionar información y desarrollar habilidades relacionadas con la sexualidad humana y las relaciones humanas, ayuda a evitar los problemas de la salud y crea actitudes más maduras y responsables en los adolescentes.

En el caso de nuestros adolescentes estudiados muestran actitudes favorables, lo que significa que nuestros adolescentes tienen como base el sistema de valores, y tienen claros sus ideales.

Con respecto a la actitud por dimensiones (Tabla N° 4), observamos que de todas las dimensiones abordadas en el estudio Autonomía obtuvo que el 41.25% de adolescentes estudiados muestran actitudes desfavorables, mientras que el 58.75, tiene actitudes favorables. Mientras que en Sexualidad y Amor el 26.25% muestra actitudes desfavorables, y el 73.75% actitudes favorables. En lo concerniente a libertad para decidir encontramos que el 15% tiene actitudes desfavorables, y el 85% actitudes favorables. Con respecto a responsabilidad y prevención encontramos que el 13.75% de los adolescentes tienen actitudes desfavorables, y el 86.25 muestra actitudes favorables. Así mismo respeto mutuo nos revela que el 7.5% tiene actitudes desfavorables, y el 92.5 % tiene actitudes favorables. Finalmente sexualidad como algo positivo nos revela que el 2.5 % tiene actitudes desfavorables y el 97.5 % revela actitudes favorables.

Esta situación se respalda con los resultados similares a los que obtuvo **Troncoso, J (33)**, Referente a las dimensiones de Actitud, se encontraron que el 100% de los adolescentes reportaron actitudes desfavorable referidas a su Autonomía, Respeto mutuo y reciprocidad, Sexualidad y amor y Sexualidad como algo positivo, seguida de las dimensiones Libertad para decidir y actuar y Responsabilidad y prevención del riesgo sexual con un 96% y 92% respectivamente.

Nuestros resultados reflejan por lo tanto que los adolescentes en estudio muestran actitudes favorables, en todas las dimensiones estudiadas.

Producto de la aplicación del test de características Socio Demográficas (tabla N° 05) se obtuvo que en cuanto al sexo predominó el género masculino en un 60%, mientras que el 40% fueron femeninos.

Al referirnos al estado civil se determinó que el 97.5 % de adolescentes son solteros, de los cuales 32% son del sexo femenino, el 48% masculinos; y el 2.5% de adolescentes conviven. Aunque el porcentaje de adolescentes con

pareja suman 2.5% no deja de ser relevante pues son adolescentes que desconocen sobre sexualidad y que a pesar de ello se encuentran formando una familia, madres y padres que aún no han adquirido la madurez adecuada para ser formadores: la tarea de ser padres. Respecto a la religión los mayores porcentajes se dieron en la religión católica obtuvo 97.5% y la no creyente 2.5%. La heterosexualidad demostró ser la preferencia sexual de los adolescentes al 100%. En lo referente a si ha tenido relaciones sexuales se encontró que del total 40% de adolescentes habían tenido relaciones sexuales (hombres y mujeres), mientras que el 60% no han tenido relaciones sexuales. Presentándose las edades de inicio de relaciones sexuales con porcentajes elevados los 17 años con 35.48 % y 15 años con 22.58 % respectivamente. Resultados similares a los de **Jeanneville (12)**, El 72 % había tenido relaciones sexuales a los 16 años y el 28 % ha tenido más de un compañero sexual.

Troncoso, J (33). En su estudio revela que los adolescentes tienen enamorado según sexo, evidenciándose a las adolescentes mujeres con un 28%, superado por el 44 % de los adolescentes varones; haciendo un total de 72% de adolescentes con vida sexual activa.

Resultados que nos muestran que existe un grupo de adolescentes preocupante que se encuentra expuesto a experimentar sensaciones y sentimientos sin la debida educación ni guía sentimientos que en esta época se viven con mayor furor y adrenalina, producto de que la adolescencia es el momento de la apertura al mundo afectivo y del descubrimiento del otro y del si mismo, es la época de romances y amores efímero, que acaban tan pronto como empiezan, necesita más que nunca ser ayudado, tener padres a la altura de su misión educadora, profesores que comprendan esta compleja problemática de la adolescencia. Por eso el chico más agresivo e impulsivo siente la necesidad de ternura, amparo y cariño. La chica a su vez, siente la necesidad de alguien que la estimule, la comprenda y le de fuerza y apoyo.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.

Según el análisis de los resultados obtenidos de la muestra, sobre conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes del AA.HH Dr. Leoncio Amaya Tume – La Unión – Piura, llegó a las siguientes conclusiones:

- El 65 % de los adolescentes en estudio del AA.HH Dr. Leoncio Amaya Tume – La Unión – Piura, presentan un nivel de conocimiento bajo y regular, en base a su sexualidad en general; y sólo el 35% de estos obtuvieron un nivel de conocimiento alto.
- Al evaluar los conocimientos de los adolescentes por dimensiones, se puede apreciar que la dimensión que mayor desconocimiento obtuvo, fue la de respuesta sexual con un 46.25%, seguida de anatomía y fisiología con un 45%. Por otro lado la dimensión sobre métodos anticonceptivos obtuvo el mayor porcentaje en cuanto al nivel de conocimiento alto constituido por 28.75%.
- Encontramos en la variable actitudes, que el 8.75 % de los adolescentes mantiene una actitud desfavorable en cuanto a su sexualidad, mientras que el 91.25 % una actitud favorable.
- Según la actitud sexual por dimensiones, se encontró que el 91.25% de los adolescentes tienen actitudes favorables para las dimensiones sexualidad como algo positivo (97.5%) seguidas de la dimensión respeto mutuo que reporta un 92.5% de actitudes favorables que se deduce posiblemente al respeto que existe entre pareja.

➤ De acuerdo al resultado de distribución de adolescentes del A.HH Dr. Leoncio Amaya Tume – La Unión – Piura, según características socio demográficas, nos muestra que las edades que más predominan son entre 16 y 17 años, con un total de 32.50 % y 45 %, según sexo, el 60% pertenece al sexo masculino y el 40% sexo femenino. Por otro lado cabe resaltar que en una mayor proporción (97.5%) de los adolescentes son solteros. Respecto a la variable religión se evidencia que el mayor porcentaje (97.5%) pertenecen a la religión católica. En cuanto a la opción sexual; un grupo importante de adolescentes manifestó como opción sexual a la heterosexualidad (100%).

Según los resultados de distribución en base a que si los adolescentes tienen enamorado(a), encontramos que el 62.5% ya tiene enamorado(a), y que el 40% ya inicio su vida sexual, con un edad promedio de 17 años cifra representada por un 35.48%.

5.2. RECOMENDACIONES

- Elaborar talleres como plan de intervención para “formación y capacitación en sexualidad del adolescente” dirigidos a los adolescentes del AA.HH Dr. Leoncio Amaya Tume – La Unión – Piura.
- Hacer reuniones en las instituciones educativas con padres de familia y docentes para dar a conocer la presente investigación y discutir sobre los resultados para que visualicen la problemática existente. Posteriormente capacitarlos en relación a la sexualidad del adolescente para que sean capaces de difundir información adecuada, clara y veraz.

- Coordinar con el establecimiento de salud más accesible al AA.HH Dr. Leoncio Amaya Tume – La Unión – Piura, para que se estudie la posibilidad de adaptar un ambiente apropiado y otorgar un horario de alta cobertura, para la atención de adolescentes y así orientarlos directamente aclarando sus dudas y cubriendo sus necesidades en salud sexual y reproductiva.
- Se sugiere continuar con estudios que complemente el presente, así mismo extender la investigación hacia los adultos que tratan directamente con los adolescentes, para identificar los nudos críticos.
- Impulsar el modelo del centro de asesoría y consultoría del adolescente de Colombia para servicios educativos.
- Plantear reuniones con los jefes de la comunidad para elaborar charlas y campañas cuyo tema principal será abordar temas acerca de la salud sexual y reproductiva, mostrando en ello toda la gama de métodos anticonceptivos, y enfatizando en temas como la prevención de enfermedades de transmisión sexual y como tener una vida sexual saludable y segura, conociéndose, valorándose y aceptándose.

BIBLIOGRAFIA

1. Rivero MI; Schinini J; Feu MC; Gonzalez E; Villalba MT. Servicio de Tocoginecología, Hospital Llano. Determinar la prevalencia de embarazos adolescentes y su efecto sobre resultados perinatales en el hospital público. [Citada 2010 jun. 21]. [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en:
<http://med.unne.edu.ar/fisiologia/revista3/adolescencia.htm>
2. YESENIA B. LA ADOLESCENCIA [monografías en internet]. Venezuela. Monografias.com S.A; 2005 [citada 2010 jun. 15]. [Alrededor de 30 Pantallas] disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos4/adol/adol.shtml>
3. OMS. Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. 2010 [citada 2010 jun. 15]. [Alrededor de 5 pantallas]. Disponible en:
http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/adolescent/es/index.html
4. Freddy G.Piura – Perú. Piura Aral Editores EIRL.4.2006.5 disponible en: <http://www.piuraperu.com/piura/geografia/freddy@gillen.org>
5. Censo de población y vivienda - CPV 2007 INEI, disponible en:
<http://www.juntos.gob.pe/o-regionales.php?Reg=11>
6. Municipalidad. Diagnostico del distrito de la unión.2010; 10 pág.
7. WaLrond. E, Jones F. et al. Conocimientos y Actitudes de los Adolescentes de Bardados sobre SIDA. Bol. Of Sanit Panam.1993;114 (1): 34
8. Alfaro, B O. conocimiento, actitudes y prácticas sobre planificación familiar en las pacientes adolescentes del servicio de Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales León – Nicaragua. Para optar el titulo de Gineco - Obstetra [Serie en internet]. 2001 [citada 2010 julio 10]. [Alrededor de 60 pantallas] disponible en:
http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/gineco_obstetricia

[/Planificaci%F3n%20familiar.PDF](#)

9. Janeth M, Julio M.D. conocimientos, actitudes y practicas sobre métodos de planificación familiar, ETS/ VIH – SIDA y consumo de medios de comunicación entre adolescentes escolarizados de 12 a 18 años, en Palmira Colombia. [Serie en internet]. 2001 [citada 2010 julio 10]. [Alrededor de 30 pantallas] disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/283/28334405.pdf>
10. Egger. M, Ferrie J. et al: Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del SIDA entre estudiantes de escuelas secundarias de Managua. Bol. Of.Sanit. Panam. 1994; 117 (1): 12.
11. FamilyHealth. International: Estrategias para la modificación del comportamiento que reducen la propagación del SIDA Network en español. 1999, 6 (2): 14-17; 35-39.
12. Jeanneville O. Alfaro B. Analisis de las actividades y conocimientos estadísticos elementales en la formación del profesorado. 2002. Bellaterra. [tesis doctoral]. Disponible desde: http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0502103-191818//maer1de3.pdf
13. [Calero J. Santana F. Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. Rev. cub. Sal. Pub. 2001; 27 \(1\) : 50-57](#)
14. [Rosenblatt R, Robinson K, Larson E, Dobie S A. Mundial students' actitudes toward abortion and other reproductive health services. FamMed, 1999 ; 31 \(3\): 195-199](#)
15. [Arana MT, Calle MC, Promoción y cuidado de la Salud del Adolescente y jóvenes haciendo realidad el derecho a la salud, Lima : ediciones OPS-GTZ- SPAJ; 2004](#)
16. [Pick S, Givaudan M, Saldívar G, La importancia de los factores psicosociales en la educación sexual de los adolescentes. Perinatología](#)

- y Reproducción Humana ,1996; 10 (2): 143-148.
17. Peláez J, Rodríguez A. Aborto en la adolescencia Rev. cub. Sex y soc. 1996; 2 (5): 7-9.
 18. Cortés Alfaro A, et al. Sida, adolescencia y riesgos. Rev. Cub. Med. Gen. Integr. 2000;16(3):253-60.
 19. Gonzáles PL et al . A sexual and reproductive health studyin university students. Healthy lifestyles?. Rev Hum Med 2003; 3 (1)
 20. Elías GY, Guridi GM, Dorta GZ, Noda L, Reyes DZ. Comportamiento de la Sexualidad en un grupo de Adolescentes del Área de Salud de Mulgoba. Rev. Electrónica Psicología Científica.com. 2006.
 21. Berenice M, Medicina Preventiva y Salud Publica , Medicina Familiar y Atención Primaria Publicado: 02/27/2008
 22. Huapaya P, .Impacto de un programa educativo en las actitudes sexuales de riesgo de los adolescentes del 1 y 3er año “a” de secundaria del colegio Manuel González Prada de huaycán, lima, Perú. [Serie en internet]. 2007 [citada 2010 julio 10]. [Alrededor de 10 pantallas] disponible en: <http://posgrado.upeu.edu.pe/revista/filev3/90-95.pdf>
 23. Barella B, Meza I, Cobeñas M. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en adolescentes de nuestro entorno, [serie en internet]. 2002; [citada 2007 junio 28]; [Alrededor de 7 pantallas]. Disponible en:<http://centauro.cmq.edu.mx/dav/libela/pdfS/sexualid/08010809.pdf>
 24. Soto V. Factores asociados al no uso del condón: Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo. An. Fac. med. 2006; 67, (2): 152-159.
 25. Cáceres y et al. SIDA en el Perú, Imágenes de diversidad. Situaciones y perspectivas de la epidemia en Chiclayo, Cuzco e Iquitos. Lima: REDESS Jóvenes; 1998.

26. FamilyHealth. International. Los sentimientos ambivalentes de la madre pueden influir en el desarrollo del lactante, Network en español. 1999; 19 (4): 35-39. Disponible en:http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v19_4/ambivalence.htm
27. Bazán V. y et al. Relación entre uso de métodos anticonceptivos y el embarazo no planificado en adolescentes. Rev. Inst. Espec. Mat. Per. 2004
28. Fuentes AJ. Nivel De Conocimiento Sobre Salud Sexual y Reproductiva En adolescentes de Centros de Educación Nocturna de La Ciudad de Puno,2002. Perú; 2002
29. Macorro R García A, sexualidad saludable, en los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de la Institución educativa secundaria Industrial Perú Birf.[tesis de maestría]. Juliaca universidad peruana unión . 2008.
30. Paredes A. Conocimientos de los Adolescentes sobre sexualidad en el A. A. H. H. San Juan de Lurigancho, Proyectos especiales I Etapa. Lima – Perú 1990.
31. Ricaldo A, Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes de centros educativos de Lima. Proyecto de fortalecimiento ;2006 – sisbib
32. Huachas LL.C, realizo un estudio en los adolescentes de 14 a 19 años del AAHH. “San Valentín” del distrito de castilla – Piura en el año 2010.
33. Troncos J, realizo un estudio acerca de los conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de la I.E. 15027 “Amauta”– Sullana 2009.
34. Mendoza R, realizo un estudio en los adolescentes de la universidad los Ángeles de Chimbote – Piura 2006.
35. Norman J, La visión de la adolescencia en las corrientes teóricas y su fundamentación en la salud Escolar en Puerto Rico , 2005, Lugar de publicación:<http://www.psicovision.com/lic%20deibem.htm>

36. Ardovin B y Jarpa. La jerarquía de necesidades según Maslow. [serie en Internet]. 1998; [citado 2007 junio 14]; [Alrededor de 5 pantallas]. Disponible en:http://www.geocities.com/linds_castillo/20101.html
37. Gala A y Col. La Adolescencia: Consideraciones biológicas, psicológicas y sociales, Tomo I.
38. Salinas GT, Nociones de Psicología. Lima: edic. Adunk SRL; 2003
39. Chueca U. Psicología, Lima: edic. Salesiana; 2003
40. Cerdá E. Una Psicología hoy. Barcelona: Ed. Herder; 2004.
41. Morales J. El comportamiento en las etapas del desarrollo humano. [monografía en Internet]. 2003. [alrededor de 5 pantalla]. Lugar de publicación:<http://www.monografias.com/trabajos16/comportamientohumano/comportamiento-humano.shtml>
42. Petersen AC. Adolescent development. Annual Review of Psychology, Ed., Handbook of adolescent psychology. 39. 117-155
43. Kagan J. Reflexión-Impulsividad: La generalidad y la dinámica conceptual de tiempo. En Psicología, Journal of Abnormal 1996; 71. 17-24.
44. Romero L. Sexualidad y educación sexual irresponsable. [Monografía en Internet]. Colombia: Centro de Asesoría y Consultoría; 2006[citada 2007 Marzo 10]. [al rededor de 10 pantallas]. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos13/sexeduc/sexeduc.shtml>
45. Covarrubias F. Manual de Técnicas y Procedimientos de Investigación Social desde la Epistemología Dialéctica Crítica.
46. Sobrevilla L. Sexualidad Humana. Instituto de Estudios de Población IEPO. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Ed. Saywa. Perú; 1993.
47. Morris L. Sexual Behavior and Reproductive Health of Latin American Adolescents. Presented at the UNFPA Regional Conference on Reproductive Health in Latin America and the Caribbean. [conferencia] Mexico; 1995.

48. **Chirino R, Fernández L, Torres S, Navarro D. Fisiología Reproductiva Femenina: Hormonas Sexuales y sus ciclos. RVFO [serie en Internet]. 2004 [citada 2009 Mayo 16]; 1 (2): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en:**http://www.biocancer.com/?q=system/files/Fisiologia_reproductiva_Femenina
49. Candiotti J, Anatomía y Fisiología Humana. Año 1986
50. Totorá Gerard J. y Grabowski Sandra Reynolds Principios de Anatomía y Fisiología, 9º edición, 2006.
51. Wikipedia. Respuesta sexual humana, [serie en Internet]. 2006.[citado 2007 jun 13] . Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Respuesta_sexual_humana
52. Centro de Municipal de Información Juvenil. Sexualidad. [serie en Internet].Disponible en [:www.coruna.es/cmij/sexualidad/respuesta_sexual_humana.jsp](http://www.coruna.es/cmij/sexualidad/respuesta_sexual_humana.jsp)
53. Quintana A, Hidalgo C. La Salud de los adolescentes en la región andina. Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes: Servicios de salud amigables en Bolivia, Ecuador y Perú. Lima: IES y Washington D.C: Advocates For Youth; 2003. 17-27.
54. Loundgren R. Protocolos de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes varones en América Latina. OPS/FNUAP/Kellogg/ASDI; 2000. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/protocol.pdf>
55. Morris L. Sexual Behavior and Reproductive Health of Latin American Adolescents. Presented at the UNFPA Regional Conference on Reproductive Health in Latin America and the Caribbean. [conferencia] Mexico; 1995.
56. Manuela Ramos. Escuchando las voces de las adolescentes rurales del Perú. Lima: Manuela Ramos; 2006

57. Flavio N, La Responsabilidad. [Monografía en Internet]. 2005.[citado 2008 julio 30]. Lugar de publicación: www.monografias.com/trabajos14/la-responsabilidad/la-responsabilidad.shtml – 38www.bastet.atonra.com/?p=705
58. Cuauhtemoc C. Juventud en Extasis. [monografía en internet]. Argetina: Ediciones Selectas. 2007, [citada Agosto 12]. [al rededor de 4 pantallas]. Disponible en: www.saludfemenina.com.ar
59. Aldara Martos P. El valor del autoestima. [monografía en internet].España, 2006 [citado setiembre 14]. [al rededor de 4 pantallas] . Disponible en: <http://www.discasex.com/Article17.html>
60. Orientacion matrimonial: Reciprocidad [monografía en internet]. españa, 2007[citado 2007 Febrero 19] [al rededor de 3 pantallas], Lugar de. Disponible en : <http://orientacionmatrimonial.wordpress.com/2007/02/07/reciprocidad>
61. Orzú WM. Amor y familia. Guía practica de educación y sexualidad. Madrid-España: Ed. Palabra;1998. pp. 32-36.
62. Noviazgo y matrimonio, Lugar de Publicación http://www.encuentra.com/documento.phpf_doc=1611&f_tipo_doc=9
63. Marco conceptual para el desarrollo y la salud sexual de adolescentes y jóvenes. [monografía en internet].Disponible en : www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-marconceptual.pdf
64. [Martinez L. Hacia una sexualidad integral. blog de aplicaciones.](#)[citado Agosto 23]. Disponible en: [Noviazgohttp://famiiliatec.itesm.mx/publicaciones/docs/boletin8/familia_presente.pdf](http://famiiliatec.itesm.mx/publicaciones/docs/boletin8/familia_presente.pdf)
65. [Méndez C. Sexualidad con naturalidad sabor y salud.](#) [monografía en internet]. [citada 2008 julio 23]. Disponible en: <http://www.saborysalud.com/vidasana21.htm>
66. [Covey Stephen R. Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva: la](#)

[revolución ética en la vida cotidiana .1 ed. " reirnp. Buenos Aires Paidós, 2003. \[En línea\]: <http://scholar.google.com.pe/scholar?q=7+habitos+de+la+gente+altamente+efectiva&hl=es&um=1&ie=UTF-8&oi=scholart>](#)

ANEXOS

III.- RESULTADOS

TABLA N°1

Nivel de Conocimiento en Sexualidad en adolescentes del AAHH Dr.
Leoncio Amaya Tume – La Unión - Piura – 2010

Conocimiento		%
Bajo	26	32.50
Regular	26	32.50
Alto	28	35.00
Total	80	100.00

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el mes de agosto del 2010.

La tabla N° 01 determina que del 100% de los entrevistados, el 65% tienen un nivel de conocimiento entre bajo y regular, acerca de su sexualidad, lo que nos indica que los adolescentes desconocen su anatomía, fisiología sexual y reproductiva; como por ejemplo cómo están conformados los genitales externos tanto del hombre como de la mujer, no saben cómo se da la fecundación; además encontramos el ciclo de respuesta sexual, en el cual desconocen cuáles son las fases de la respuesta sexuales, como vivir una sexualidad responsable y que los valores y actitudes son importantes en la vivencia de la sexualidad; se incluyen temas sobre prevención de infecciones de transmisión sexual VIH\SIDA, ya que la mayoría de adolescentes desconoce que las ITS son infecciones que se transmiten a través de relaciones coitales, y que las úlceras, llagas y heridas en la zona genital corresponden a una ITS y que la sífilis, la gonorrea, el cancroide , el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal, pertenecen a este grupo de enfermedades .También metodología anticonceptiva como prevención del embarazo, en el cual desconocen cuáles son los métodos de planificación familiar, como se dividen y la gran gama que existen de ellos.

Mientras que el 35.00% presentaron un nivel de conocimiento alto.

TABLA N°2

Conocimiento de sexualidad según las respectivas dimensiones en adolescentes del AAHH Dr. Leoncio Amaya Tume – La Unión – Piura – 2010

Dimensión		n	%
Anatomía y fisiología	Bajo	36	45.00
	Regular	24	30.00
	Alto	20	25.00
Total		80	100.00
Respuesta sexual	Bajo	37	46.25
	Regular	23	28.75
	Alto	20	25.00
Total		80	100.00
Prevención de enfermedades	Bajo	34	42.50
	Regular	36	45.00
	Alto	10	12.50
Total		80	100.00
Métodos anticonceptivos	Bajo	32	40.00
	Regular	25	31.25
	Alto	23	28.75
Total		80	100.00

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el mes de agosto del 2010.

En la tabla N° 02 se observa que de las cuatro dimensiones abordadas en el presente estudio, la dimensión ciclo de respuesta sexual, es la más preocupante con respecto al conocimiento que muestran, pues se obtuvo un nivel de conocimiento bajo con un total de 46.25%, pues los adolescentes

desconocen las fases en la respuesta sexual humana, además desconocen sobre como vivir una sexualidad responsable y sus manifestaciones de madurez sexual y lo que abarca un comportamiento sexual no coital. Sólo el 25% obtuvo conocimiento alto

Seguida de la dimensión anatomía y fisiología sexual, que arrojó un 45% de adolescentes que desconocen sobre el tema de genitales tanto femeninos como masculinos, el ciclo menstrual, el proceso de fecundación y de embarazo. El 25% de adolescentes tienen un nivel de conocimiento alto lo que equivale que reconocen que durante el embarazo la mujer experimenta modificaciones anatómicas y fisiológicas.

La dimensión de enfermedades de transmisión sexual y VIH\SIDA obtuvo un 42.50% de adolescentes que desconocen, en especial sobre las formas de contagio de estas enfermedades y más aún como prevenirlas. Existe un pequeño porcentaje en cuanto al nivel de conocimiento alto 12.50%, de adolescentes que si saben que el SIDA es una enfermedad que amenaza su vida y que usar preservativo convenientemente en una relación previene su contagio.

Por último la dimensión con menos porcentaje fue la dimensión métodos anticonceptivos mostrándonos 40% de los adolescentes desconocen sobre métodos de planificación familiar, su clasificación y las variedades de métodos que existen. Mientras que el 28.75% obtuvo conocimiento alto, pues consideran al preservativo como un método de planificación familiar.

TABLA N°3

Nivel de actitud sexual en adolescentes del AAHH Dr. Leoncio Amaya

Tume – La Unión – Piura – 2010

Actitudes		%
Desfavorable	7	8.75
Favorable	73	91.25

Total 80 100.00

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el mes de agosto del 2010

En la tabla N° 03 podemos apreciar que en cuanto a las variables actitudes sexuales el 8.75% de los adolescentes mostró una actitud desfavorable en relación a su sexualidad , lo que demuestra que la población de estudio no tienen autonomía suficiente para expresarse ante los demás

Por otro lado el 91.25 % de los adolescentes muestran una actitud favorable, por lo tanto ellos 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.

TABLA N° 4

Nivel y dimensiones de aptitudes sexuales en adolescentes del AAHH Dr.
Leoncio Amaya Tume – La Unión - Piura - 2010

Dimensión		n	%
Responsabilidad y prevención	Desfavorable	11	13.75
	Favorable	69	86.25
Total		80	100.00
Libertad para decidir	Desfavorable	12	15.00
	Favorable	68	85.00
Total		80	100.00
Autonomía	Desfavorable	33	41.25
	Favorable	47	58.75
Total		80	100.00
Respeto mutuo	Desfavorable	6	7.50

	Favorable	74	92.50
Total		80	100.00
Sexualidad y amor	Desfavorable	21	26.25
	Favorable	59	73.75
Total		80	100.00
Sexualidad algo positivo	Desfavorable	2	2.50
	Favorable	78	97.50
Total		80	100.00

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el mes de agosto del 2010.

En la tabla N° 04 observamos que todas las dimensiones estudiadas en base a la variable actitudes, la de mayor porcentaje en cuanto a la actitud desfavorable fue la dimensión de autonomía con un 41.25%, pues los adolescentes piensan que no pueden ser libres de tomar sus propias decisiones y no mantienen un control sobre su cuerpo; por otro lado el 58.75% mostró una actitud favorable ya que saben que el ser humano es autónomo y libre de expresar sus ideas, pensamientos y que son libre de decidir, ellos pueden decidir con quién y donde realizar su vida sexual y que son los únicos que mandan sobre su cuerpo, pues les pertenece.

Seguida de la dimensión sexualidad y amor, que muestra una actitud desfavorable con un 26.25% pues los adolescentes no tienen una relación estable con su pareja. Mientras que el 73.75% obtuvo una actitud favorable, pues piensan que en una relación sexual el amor está de por medio, y ser mutuamente fieles, es actuar con responsabilidad y respeto, además saben que las fantasías sexuales son muy normales en personas jóvenes.

En la dimensión Libertad para decidir el 15% de los adolescentes mostró una actitud desfavorable lo que demuestra que este porcentaje de adolescentes cada vez que toman decisiones hay personas que intervienen en ellas, como los padres por ejemplo. En tanto el 85% muestra actitudes favorables, pues consideran que cuando se desea tener relaciones sexuales debe ser por decisión y aceptación de ambos, y además las mantiene por su propia voluntad. Como última dimensión que mantuvo un mayor porcentaje en

cuanto a la actitud desfavorable es Responsabilidad y prevención del riesgo sexual con un 13.75% de los adolescentes encuestados, algunos no cumplen con sus obligaciones en el hogar. El 86.25% mantuvo una actitud favorable considerando que la conducta sexual es cosa suya y nadie debe hacer juicios sobre ella y piensan que una relación entre ellos debe ser aceptada y que ambos deben estar de acuerdo.

Asimismo Respeto mutuo arrojó 92.50% de adolescentes con actitud favorable, a diferencia del 7.50% que no las tiene. Finalmente Sexualidad como algo positivo nos revela que el 2.5%, tiene actitudes desfavorables y el 97.5% revela actitudes favorables.

Esta situación se respalda con los resultados que nos muestra Troncos, los cuales difieren a los nuestros; mostrándonos que referente a las dimensiones de actitud, se encontraron que el 100% de los adolescentes reportaron actitudes desfavorables referentes a su autonomía, Respeto mutuo y Reciprocidad; Sexualidad y amor y Sexualidad como algo positivo, seguida de la dimensión Libertad para decidir y actuar, Responsabilidad, y Prevención del riesgo sexual con un 96% y 92% respectivamente.

Nuestros resultados reflejan por lo tanto, que nuestros adolescentes muestran actitudes favorables en todas las dimensiones estudiadas.

TABLA N° 5

Características socio demográficas según el género en adolescentes del
AAHH Dr. Leoncio Amaya Tume – La Unión – Piura 2010

Factores		Genero				Total	
		Masculino		Femenino		n	%
		n	%	n	%		
Edad	14.00	3	3.75	1	1.25	4	5.00
	15.00	2	2.50	3	3.75	5	6.25
	16.00	15	18.75	11	13.75	26	32.50
	17.00	22	27.50	14	17.50	36	45.00
	18.00	4	5.00	3	3.75	7	8.75
	19.00	2	2.50	0	.00	2	2.50
Total			60.00	32	40.00	80	100.00
Estado civil	Soltero	47	58.75	31	38.75	78	97.50
	Conviviente	1	1.25	1	1.25	2	2.50
Total		48	60.00	32	40.00	80	100.00
Religión	Católico	46	57.50	32	40.00	78	97.50
	No creyente	2	2.50	0	.00	2	2.50
Total		48	60.00	32	40.00	80	100.00
Ocupación	Estudiante	41	51.25	31	38.75	72	90.00
	Estudiante/trabajador	7	8.75	1	1.25	8	10.00
Total		48	60.00	32	40.00	80	100.00
Enamorada	Si	31	38.75	19	23.75	50	62.50
	No	17	21.25	13	16.25	30	37.50
Total		48	60.00	32	40.00	80	100.00
Relaciones sexuales	Si	25	31.25	6	7.50	32	40.00
	No	23	28.75	26	32.50	48	60.00
Total		48	60.00	32	40.00	80	100.00
Edad de Inicio de relación sexual	13.00	2	6.45	0	.00	2	6.45
	14.00	1	3.23	1	3.23	2	6.45
	15.00	7	22.58	0	.00	7	22.58
	16.00	3	9.68	2	6.45	5	16.13
	17.00	9	29.03	2	6.45	11	35.48
	18.00	2	6.45	1	3.23	3	9.68
	19.00	1	3.23	0	.00	1	3.23
	No ha tenido	23	28.75	26	32.50	49	61.25
Total		25	80.65	6	19.35	31	100.00

Opción sexual Heterosexual	48	60.00	32	40.00	80	100.00
Total	48	60.00	32	40.00	80	100.00

Podemos determinar que del 100% de los adolescentes encuestados, el 40% son del género femenino, mientras que el 60% son masculinos.

También se encontró que el 45% de estos tienen 17 años de los cuales el 27.50% son masculinos, mientras el 17.50 son femeninos.

Con respecto al estado civil se determinó un alto porcentaje de adolescentes solteros, esto se denota por el 97.50%, mientras que el 2.50% conviven; además encontramos que el 97.50% de los adolescentes son católicos, mientras que el 2.50% no lo son. Del 62.50% que tiene enamorado(a), el 38.75% son de género masculino y el 23.75 son de género femenino. El 60% de los adolescentes no ha tenido relaciones sexuales con su pareja, mientras que el 40% sí ha tenido relaciones sexuales. La edad promedio de los adolescentes que han iniciado su vida sexual oscila entre 15 y 17 años.

Además encontramos que el 100% de los adolescentes son heterosexuales

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

General

Alfa de	N de
Cronbach	elementos
.946	85

Conocimiento

Alfa de	N de
Cronbach	elementos
.841	35

Actitud

Alfa de	N de
Cronbach	elementos
.942	50

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
a1	162.7500	485.886	.465	.941
a2	163.1250	485.427	.506	.941
a3	162.8375	485.404	.366	.942
a4	163.7750	487.721	.315	.942
a5	162.7250	472.354	.668	.940
a6	163.5875	483.613	.420	.942
a7	162.3375	487.037	.357	.942
a8	162.3750	477.731	.729	.940
a9	162.7000	486.314	.339	.942
a10	162.3500	479.901	.515	.941
a11	163.0250	490.531	.266	.942
a12	164.0250	501.645	-.048	.944
a13	162.4125	474.321	.656	.940
a14	163.1250	473.174	.449	.942
a15	162.2625	476.069	.625	.940
a16	163.9000	519.433	-.364	.948
a17	162.1000	477.154	.585	.940
a18	162.3125	483.762	.527	.941
a19	163.5625	486.680	.369	.942
a20	162.1500	476.104	.580	.941

a21	163.7000	493.808	.217	.942
a22	162.4750	464.050	.801	.939
a23	162.4875	473.468	.695	.940
a24	163.1250	467.554	.658	.940
a25	162.4750	476.607	.624	.940
a26	163.0875	480.613	.453	.941
a27	162.4875	474.456	.646	.940
a28	163.7375	481.285	.408	.942
a29	163.0375	478.720	.576	.941
a30	164.2625	479.183	.470	.941
a31	162.2500	473.911	.615	.940
a32	163.7375	504.449	-.137	.944
a33	162.6250	492.718	.181	.943
a34	162.2000	478.795	.628	.940
a35	162.7000	471.554	.624	.940
a36	162.4250	475.665	.690	.940
a37	162.3875	473.050	.653	.940
a38	163.3500	491.496	.235	.943
a39	163.7375	473.386	.518	.941
a40	162.4875	481.038	.567	.941
a41	162.7125	472.587	.732	.940
a42	162.4250	474.982	.775	.940
a43	162.3750	476.972	.754	.940
a44	162.6875	469.509	.776	.939
a45	162.4125	474.802	.751	.940
a46	163.2750	483.341	.516	.941
a47	162.5375	479.543	.615	.940
a48	162.8375	477.682	.679	.940
a49	163.4500	491.365	.260	.942
a50	163.4875	489.063	.324	.942

BAREMACIONES

Nivel		
Conocimiento	Bajo	Menos de 18
	Regular	18 – 23
	Alto	23 a más
Total		
Anatomía y fisiología	Bajo	Menos de 4
	Regular	4 a 6
	Alto	6 a más
Total		
Respuesta sexual	Bajo	Menos de 4
	Regular	4 a 5
	Alto	5 a más
Total		
Prevención de enfermedades	Bajo	Menos de 6
	Regular	6 a 8
	Alto	8 a más
Total		
Métodos anticonceptivos	Bajo	Menos de 4
	Regular	4 a 6
	Alto	6ª más
Total		

Nivel		
Actitudes	Desfavorable	Menos de 127
	Favorable	127 a más
Total		
Responsabilidad y prevención	Desfavorable	Menos de 33
	Favorable	33 a más

Total		
Libertad para decidir	Desfavorable	Menos de 18
	Favorable	18 a más
Total		
Autonomía	Desfavorable	Menos de 17
	Favorable	17 a más
Total		
Respeto mutuo	Desfavorable	Menos de 28
	Favorable	28 a más
Total		
Sexualidad y amor	Desfavorable	Menos de 30
	Favorable	30 a más
Total		
Sexualidad algo positivo	Desfavorable	Menos de 38
	Favorable	38 a más
Total		

IV. DISCUSIÓN

Los problemas relacionados a la salud sexual del adolescente son diversos, difíciles y desconcertantes; es por ello que al adolescente es vulnerable ante problemas como embarazo de riesgo, embarazo no deseado, ITS/VIH/SIDA, conflictos familiares y sociales, etc. La falta de conocimiento sobre dichas cuestiones sexuales, es considerada el principal motivo de la vulnerabilidad del adolescente, como lo reflejan los resultados obtenidos en esta investigación realizada en el AA.HH Leoncio Amaya Tume – La Unión – Piura, en donde encontramos los resultados de (tabla y gráfico N° 01), que el nivel de conocimiento en general en adolescentes, se torna preocupante, dado que el 26% y 26% de estos presentaron entre un nivel bajo y regular respectivamente, mientras que el 28% alcanzó un nivel alto, poniéndolos así en una situación de riesgo sexual. Resultados que se asemejan sólo en el nivel de conocimiento general a los de **Ricaldo R, (31)**, quien en su investigación encontró que el 60.2% de adolescentes presentan conocimientos medio, un 20.7% conocimientos bajos y mientras el 19.1% conocimientos altos.

Algunos estudios muestran resultados que difieren a los nuestros, tal como es el caso de **MENDOZA, R (34)**, En el estudio que realizó informa que el 72 % de los adolescentes estudiantes de enfermería de la Universidad los Ángeles de Chimbote poseían un regular nivel de conocimientos sobre sexualidad , mientras que un 9.3% presentaron un deficiente conocimiento. Esta diferencia está influenciada por el grado de instrucción de esa población en estudio, lo que difiere de los adolescentes del AAHH Dr. Leoncio Amaya Tume – La Unión – Piura, quienes viven en una realidad diferente, los cuales reciben poca y muchas veces errada información en la escuela, por parte de sus padres, de los medios de comunicación y de la sociedad.

Esta situación se respalda pues CHUECA (39), nos dice que la adolescencia es una etapa de cambios donde el adolescente adquiere nuevos conocimientos, experimenta sensaciones y sentimientos, de ahí la importancia de la familia, del amor y el apoyo de los padres, de la responsable orientación de los maestros, de la [calidad](#) humana de los amigos, en general de la sociedad en la que el adolescente vive, para evitar que estos se expongan a riesgos innecesarios.

Con respecto al nivel de conocimiento de sexualidad por dimensiones(tabla y gráfico N° 02), se evidencia que de las cuatro dimensiones estudiadas, la más preocupante respecto al nivel de conocimiento que los adolescentes revelaron, es la dimensión ciclo de respuesta sexual, pues se obtuvo un nivel de conocimiento bajo con un total de 46.25%, resaltando el nivel regular que obtuvo un 28.75%, por lo tanto sumados estos resultados nos arroja que el 75% de estos adolescentes se ubican en el grupo de riesgo sexual y sólo el 25% obtuvo conocimiento alto en esta dimensión.

Resultados que se asemejan a **Troncoso J (33)** quien en su estudio encontró que el 58 % de los adolescentes obtuvieron un nivel de conocimiento bajo, el 32% un nivel de conocimiento medio y el 10% un nivel de conocimiento alto. En la dimensión anatomía y fisiología sexual y reproductiva el 45% obtuvo

un nivel bajo, el 30% un conocimiento regular y el 25% un conocimiento alto, resultados que difieren a los de **Fuentes J (28)**, quien nos muestra en su estudio que el 38.18% de los adolescentes, tienen nivel de conocimiento regular sobre "Diferencia de órganos Sexuales del Varón, sin embargo sobre "Diferencia de órganos sexuales de la mujer en el 35.45% es deficiente. Respecto al nivel de conocimiento sobre "Cambios Anatómicos y Fisiológicos del Varón" en el 41.36% de los adolescentes es deficiente y sobre los "Cambios Anatómicos y Fisiológicos de la mujer" en el 39.09% de adolescentes es regular. El nivel de conocimiento sobre sexualidad en los adolescentes es: El 45.45% de adolescentes tienen conocimiento deficiente sobre " Identidad sexual ", respecto al " Rol sexual" en el 41.82% es regular, así como en el 50.0% en "Fecundidad", 53.63% sobre "Menstruación" y en el 45.0% sobre "Duración del ciclo menstrual" respectivamente.

Así mismo evidenciamos en la dimensión Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, el 42.50% con un nivel bajo, el 45% con un nivel regular y el 12.5% con un nivel alto.

Resultados contradictorios, ya que **Yileika Elías y col, (20)**, demostró que destaca el SIDA como conocido por el 100% de estos jóvenes, siguiéndole la gonorrea (65%) y la sífilis, con un 63.4%. sin embargo, esos conocimientos no se traducen automáticamente en una conducta sexual segura. Mientras que **Janeth M (9)**, nos dice que el (70.4%) de los adolescentes encuestados reconocieron al condón como un método para evitar el contagio de VIH – SIDA; el (18.1%) no lo considera así; mientras que (11.5%) expresó no saber si el condón es un medio para evitar dicha enfermedad. Tener una sola pareja sexual fue considerado como la mejor forma de prevenir la transmisión de ETS (56.5%); como forma de contagio del SIDA el tener relaciones con cualquier persona ocupó el primer lugar (44.8%).

Finalmente encontramos la dimensión de Métodos Anticonceptivos como alternativa de prevención de embarazo, donde el 40% de los adolescentes obtuvieron un nivel de conocimiento bajo, un 31.25% de adolescentes un

conocimiento regular y el 28.75% un conocimiento alto.

Resultados similares a los de **Troncoso, J (33)**. Quien muestra que el 32% de adolescentes estudiados posee un conocimiento bajo en esta dimensión y el 22% con un nivel de conocimiento alto. Así mismo **Yileika Elías y col, (20)** nos muestra que los métodos más utilizado por los adolescentes sujetos a su estudio, es el condón, con un 46%, sobresaliendo su utilización en el sexo masculino para un 58.3%.

El DIU lo utiliza el 40.7%; y jóvenes de ambos sexos no utiliza ningún anticonceptivo en un 28.6% del total. Esta investigadora hace referencia al estudio realizado por la Dra. Hernández Peterssen que el 80% de los jóvenes no usó anticonceptivos en su primera relación y el 67% no lo usa actualmente; de esta población se reportaron 28 embarazos, 77% de los cuales fueron por no uso de anticonceptivos. De ellos 25 condujeron a abortos provocados, 1 a deserción escolar y 2 a retardo escolar.

Por consiguiente nuestros resultados demuestran que los adolescentes de esta comunidad estudiada poseen un deficiente nivel de conocimiento sobre sexualidad, problemática que tiene como principal factor, la carencia de educación en sexualidad, pese a que esta temática se ha incluido en los programas escolares, la información es insuficiente; al parecer el docente no dedica un tiempo suficiente o brinda información limitada sobre temas como: anatomía y fisiología de los órganos reproductores, la respuesta sexual humana, enfermedades de transmisión sexual como tenemos el VIH/SIDA, métodos anticonceptivos, entre otros.

Además existen carencias en mensajes educativos, pocos programas de control y prevención sobre el tema, poca participación por parte de los centros de salud y muchas veces falta de coordinación por parte de los colegios en conjunto con el centro de salud, para así brindar talleres y charlas sobre estos temas que son fundamentales para los adolescentes.

Basado en estos resultados citamos a **Morris (47)**, quien 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 como forma de enseñanza básica.

Los resultados sobre actitud sexual en general (Tabla N° 3) reporta que 8.75% actitudes desfavorables, mientras que el 91.25% actitudes favorables respecto a la sexualidad.

Resultado que difieren a **Troncoso, J (33)**, Con respecto a las actitudes, se puede evidenciar que el 98% de los adolescentes presentaron actitudes sexuales desfavorables, mientras que solo un 6% muestran actitudes favorables. Además **Morrocó R, et al (29)**, en su estudio [los](#) resultados obtenidos fueron positivos, pues el 95.9% de los adolescentes presentaron menor riesgo en relación con las actitudes sexuales, en comparación con el 4.1% de alumnos que se encuentran en riesgo mediano.

Los resultados sobre actitud sexual en general (Tabla N° 3) reporta que el 8.75% tiene actitudes sexuales desfavorables, mientras que el 91.25% de estos adolescentes tienen actitudes sexuales favorables. Resultados que se asemejan con los de **Huapaya, P (22)**, quien en su estudio nos muestra que el 91.1% de los adolescentes presentó actitudes sexuales de mediano riesgo y el 4.4% actitudes sexuales de bajo riesgo y el 4.4% tuvo actitudes sexuales de alto riesgo.

El adolescente que no tiene conocimiento de su sexualidad desarrollara actitudes desfavorables hacia ella, hoy en día, el adolescente no se limita solo a recibir conocimiento, el busca y experimenta, es por ello que adquiere conocimiento basado en mitos y creencias, muchas veces errónea sobre sexualidad, la falta de una educación afectiva sexual mancomunada, entre la familia y la escuela ha venido favoreciendo a que los medios se eligieran como educadores informales (televisión, internet, revistas, etc.). La forma en que se educa al adolescente, refuerzan el rol tradicional del hombre, el cual le exige muestras de virilidad a través del uso de las mujeres como objeto sexual y su coparticipación en las mismas condiciones, cuando le restringe su capacidad de expresar afecto y miedo y sanciona sus expresiones de ternura y delicadeza. En el caso de las mujeres, esto sucede cuando se la educa para la labor doméstica, se le impide el acceso a

información adecuada sobre su cuerpo y su sexualidad y crean en ella una conciencia de desconfianza del varón, tanto en términos de amistad como de pareja, es de este modo que estos adolescentes desarrollan sus actitudes basados en experiencias y educación erróneas brindada por medios no adecuados y basados en los ejemplos que nuestro propio entorno les brinda, sobre todo el entorno familiar.

Los jóvenes necesitan la ayuda de los adultos para lidiar con los pensamientos, sentimientos, y las experiencias que acompañan a la madurez física. Al brindar esta ayuda no fomentamos estilos de vida irresponsables. La evidencia en el mundo entero ha demostrado claramente que el proporcionar información y desarrollar habilidades relacionadas con la sexualidad humana y las relaciones humanas, ayuda a evitar los problemas de la salud y crea actitudes más maduras y responsables en los adolescentes.

En el caso de nuestros adolescentes estudiados muestran actitudes favorables, lo que significa que nuestros adolescentes tienen como base el sistema de valores, y tienen claros sus ideales.

Con respecto a la actitud por dimensiones (Tabla N° 4), observamos que de todas las dimensiones abordadas en el estudio Autonomía obtuvo que el 41.25% de adolescentes estudiados muestran actitudes desfavorables, mientras que el 58.75, tiene actitudes favorables. Mientras que en Sexualidad y Amor el 26.25% muestra actitudes desfavorables, y el 73.75% actitudes favorables. En lo concerniente a libertad para decidir encontramos que el 15% tiene actitudes desfavorables, y el 85% actitudes favorables. Con respecto a responsabilidad y prevención encontramos que el 13.75% de los adolescentes tienen actitudes desfavorables, y el 86.25 muestra actitudes favorables. Así mismo respeto mutuo nos revela que el 7.5% tiene actitudes desfavorables, y el 92.5 % tiene actitudes favorables. Finalmente sexualidad como algo positivo nos revela que el 2.5 % tiene actitudes desfavorables y el 97.5 % revela actitudes favorables.

Esta situación se respalda con los resultados similares a los que obtuvo

Troncoso, J (33), Referente a las dimensiones de Actitud, se encontraron que el 100% de los adolescentes reportaron actitudes desfavorable referidas a su Autonomía, Respeto mutuo y reciprocidad, Sexualidad y amor y Sexualidad como algo positivo, seguida de las dimensiones Libertad para decidir y actuar y Responsabilidad y prevención del riesgo sexual con un 96% y 92% respectivamente.

Nuestros resultados reflejan por lo tanto que los adolescentes en estudio muestran actitudes favorables, en todas las dimensiones estudiadas.

Producto de la aplicación del test de características Socio Demográficas (tabla N° 05) se obtuvo que en cuanto al sexo predominó el género masculino en un 60%, mientras que el 40% fueron femeninos.

Al referirnos al estado civil se determinó que el 97.5 % de adolescentes son solteros, de los cuales 32% son del sexo femenino, el 48% masculinos; y el 2.5% de adolescentes conviven. Aunque el porcentaje de adolescentes con pareja suman 2.5% no deja de ser relevante pues son adolescentes que desconocen sobre sexualidad y que a pesar de ello se encuentran formando una familia, madres y padres que aún no han adquirido la madurez adecuada para ser formadores: la tarea de ser padres. Respecto a la religión los mayores porcentajes se dieron en la religión católica obtuvo 97.5% y la no creyente 2.5%. La heterosexualidad demostró ser la preferencia sexual de los adolescentes al 100%. En lo referente a si ha tenido relaciones sexuales se encontró que del total 40% de adolescentes habían tenido relaciones sexuales (hombres y mujeres), mientras que el 60% no han tenido relaciones sexuales. Presentándose las edades de inicio de relaciones sexuales con porcentajes elevados los 17 años con 35.48 % y 15 años con 22.58 % respectivamente.

Resultados similares a los de **Jeanneville (12)**, El 72 % había tenido relaciones sexuales a los 16 años y el 28 % ha tenido más de un compañero sexual.

Troncoso, J (33). En su estudio revela que los adolescentes tienen enamorado según sexo, evidenciándose a las adolescentes mujeres con un

28%, superado por el 44 % de los adolescentes varones; haciendo un total de 72% de adolescentes con vida sexual activa.

Resultados que nos muestran que existe un grupo de adolescentes preocupante que se encuentra expuesto a experimentar sensaciones y sentimientos sin la debida educación ni guía sentimientos que en esta época se viven con mayor furor y adrenalina, producto de que la adolescencia es el momento de la apertura al mundo afectivo y del descubrimiento del otro y del si mismo, es la época de romances y amores efímero, que acaban tan pronto como empiezan, necesita más que nunca ser ayudado, tener padres a la altura de su misión educadora, profesores que comprendan esta compleja problemática de la adolescencia. Por eso el chico más agresivo e impulsivo siente la necesidad de ternura, amparo y cariño. La chica a su vez, siente la necesidad de alguien que la estimule, la comprenda y le de fuerza y apoyo.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.

Según el análisis de los resultados obtenidos de la muestra, sobre conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes del AA.HH Dr. Leoncio Amaya Tume – La Unión – Piura, llegó a las siguientes conclusiones:

- El 65 % de los adolescentes en estudio del AA.HH Dr. Leoncio Amaya Tume – La Unión – Piura, presentan un nivel de conocimiento bajo y regular, en base a su sexualidad en general; y sólo el 35% de estos obtuvieron un nivel de conocimiento alto.
- Al evaluar los conocimientos de los adolescentes por dimensiones, se puede apreciar que la dimensión que mayor desconocimiento obtuvo, fue la de respuesta sexual con un 46.25%, seguida de anatomía y fisiología con un 45%. Por otro lado la dimensión sobre métodos anticonceptivos

obtuvo el mayor porcentaje en cuanto al nivel de conocimiento alto constituido por 28.75%.

- Encontramos en la variable actitudes, que el 8.75 % de los adolescentes mantiene una actitud desfavorable en cuanto a su sexualidad, mientras que el 91.25 % una actitud favorable.
- Según la actitud sexual por dimensiones, se encontró que el 91.25% de los adolescentes tienen actitudes favorables para las dimensiones sexualidad como algo positivo (97.5%) seguidas de la dimensión respeto mutuo que reporta un 92.5% de actitudes favorables que se deduce posiblemente al respeto que existe entre pareja.
- De acuerdo al resultado de distribución de adolescentes del A.HH Dr. Leoncio Amaya Tume – La Unión – Piura, según características socio demográficas, nos muestra que las edades que más predominan son entre 16 y 17 años, con un total de 32.50 % y 45 %, según sexo, el 60% pertenece al sexo masculino y el 40% sexo femenino. Por otro lado cabe resaltar que en una mayor proporción (97.5%) de los adolescentes son solteros. Respecto a la variable religión se evidencia que el mayor porcentaje (97.5%) pertenecen a la religión católica. En cuanto a la opción sexual; un grupo importante de adolescentes manifestó como opción sexual a la heterosexualidad (100%).

Según los resultados de distribución en base a que si los adolescentes tienen enamorado(a), encontramos que el 62.5% ya tiene enamorado(a), y que el 40% ya inicio su vida sexual, con un edad promedio de 17 años cifra representada por un 35.48%.

5.2. RECOMENDACIONES

- Elaborar talleres como plan de intervención para “formación y capacitación en sexualidad del adolescente” dirigidos a los adolescentes del AA.HH Dr. Leoncio Amaya Tume – La Unión – Piura.
- Hacer reuniones en las instituciones educativas con padres de familia y docentes para dar a conocer la presente investigación y discutir sobre los resultados para que visualicen la problemática existente. Posteriormente capacitarlos en relación a la sexualidad del adolescente para que sean capaces de difundir información adecuada, clara y veraz.
- Coordinar con el establecimiento de salud más accesible al AA.HH Dr. Leoncio Amaya Tume – La Unión – Piura, para que se estudie la posibilidad de adaptar un ambiente apropiado y otorgar un horario de alta cobertura, para la atención de adolescentes y así orientarlos directamente aclarando sus dudas y cubriendo sus necesidades en salud sexual y reproductiva.
- Se sugiere continuar con estudios que complemente el presente, así mismo extender la investigación hacia los adultos que tratan directamente con los adolescentes, para identificar los nudos críticos.
- Impulsar el modelo del centro de asesoría y consultoría del adolescente de Colombia para servicios educativos.
- Plantear reuniones con los jefes de la comunidad para elaborar charlas y campañas cuyo tema principal será abordar temas acerca de la salud sexual y reproductiva, mostrando en ello toda la gama de métodos anticonceptivos, y enfatizando en temas como la prevención de enfermedades de transmisión sexual y como tener una vida sexual saludable y segura, conociéndose, valorándose y aceptándose.

BIBLIOGRAFIA

1. Rivero MI; Schinini J; Feu MC; Gonzalez E; Villalba MT. Servicio de Tocoginecología, Hospital Llano. Determinar la prevalencia de embarazos adolescentes y su efecto sobre resultados perinatales en el hospital público. [Citada 2010 jun. 21]. [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/fisiologia/revista3/adolescencia.htm>
2. YESENIA B. LA ADOLESCENCIA [monografías en internet]. Venezuela. Monografias.com S.A; 2005 [citada 2010 jun. 15]. [Alrededor de 30 Pantallas] disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos4/adol/adol.shtml>
3. OMS. Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. 2010 [citada 2010 jun. 15]. [Alrededor de 5 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/adolescent/es/index.html
4. Freddy G.Piura – Perú. Piura Aral Editores EIRL.4.2006.5 disponible en: <http://www.piuraperu.com/piura/geografia/freddy@gillen.org>
5. Censo de población y vivienda - CPV 2007 INEI, disponible en: <http://www.juntos.gob.pe/o-regionales.php?Reg=11>
6. Municipalidad. Diagnostico del distrito de la unión.2010; 10 pág.
7. WaLrond. E, Jones F. et al. Conocimientos y Actitudes de los Adolescentes de Bardados sobre SIDA. Bol. Of Sanit Panam.1993;114 (1): 34
8. Alfaro, B O. conocimiento, actitudes y prácticas sobre planificación familiar en las pacientes adolescentes del servicio de Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales León – Nicaragua. Para optar el titulo de Gineco - Obstetra [Serie en internet]. 2001 [citada 2010 julio 10]. [Alrededor de 60 pantallas] disponible en: http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/gineco_obstetricia/Planificaci%F3n%20familiar.PDF

9. Janeth M, Julio M.D. conocimientos, actitudes y practicas sobre métodos de planificación familiar, ETS/ VIH – SIDA y consumo de medios de comunicación entre adolescentes escolarizados de 12 a 18 años, en Palmira Colombia. [Serie en internet]. 2001 [citada 2010 julio 10]. [Alrededor de 30 pantallas] disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/283/28334405.pdf>
10. Egger. M, Ferrie J. et al: Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del SIDA entre estudiantes de escuelas secundarias de Managua. Bol. Of.Sanit. Panam. 1994; 117 (1): 12.
11. FamilyHealth. International: Estrategias para la modificación del comportamiento que reducen la propagación del SIDA Network en español. 1999, 6 (2): 14-17; 35-39.
12. Jeanneville O. Alfaro B. Analisis de las actividades y conocimientos estadísticos elementales en la formación del profesorado. 2002. Bellaterra. [tesis doctoral]. Disponible desde: http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0502103-191818//maer1de3.pdf
13. [Calero J. Santana F. Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. Rev. cub. Sal. Pub. 2001; 27 \(1\) : 50-57](#)
14. [Rosenblatt R, Robinson K, Larson E, Dobie S A. Mundial students' attitudes toward abortion and other reproductive health services. FamMed, 1999 ; 31 \(3\): 195-199](#)
15. [Arana MT, Calle MC, Promoción y cuidado de la Salud del Adolescente y jóvenes haciendo realidad el derecho a la salud, Lima : ediciones OPS-GTZ- SPAJ; 2004](#)
16. [Pick S, Givaudan M, Saldívar G, La importancia de los factores psicosociales en la educación sexual de los adolescentes. Perinatología y Reproducción Humana ,1996; 10 \(2\): 143-148.](#)

17. Peláez J, Rodríguez A. Aborto en la adolescencia Rev. cub. Sex y soc. 1996; 2 (5): 7-9.
18. Cortés Alfaro A, et al. Sida, adolescencia y riesgos. Rev. Cub. Med. Gen. Integr. 2000;16(3):253-60.
19. González PL et al . A sexual and reproductive health study in university students. Healthy lifestyles?. Rev Hum Med 2003; 3 (1)
20. Elías GY, Guridi GM, Dorta GZ, Noda L, Reyes DZ. Comportamiento de la Sexualidad en un grupo de Adolescentes del Área de Salud de Mulgoba. Rev. Electrónica Psicología Científica.com. 2006.
21. [Berenice M, Medicina Preventiva y Salud Publica , Medicina Familiar y Atención Primaria](#) Publicado: 02/27/2008
22. Huapaya P, .Impacto de un programa educativo en las actitudes sexuales de riesgo de los adolescentes del 1 y 3er año “a” de secundaria del colegio Manuel González Prada de huaycán, lima, Perú. [Serie en internet]. 2007 [citada 2010 julio 10]. [Alrededor de 10 pantallas] disponible en: <http://posgrado.upeu.edu.pe/revista/filev3/90-95.pdf>
23. Barella B, Meza I, Cobeñas M. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en adolescentes de nuestro entorno, [serie en internet]. 2002; [citada 2007 junio 28]; [Alrededor de 7 pantallas]. Disponible en:<http://centauro.cmq.edu.mx/dav/libela/pdfS/sexualid/08010809.pdf>
24. Soto V. Factores asociados al no uso del condón: Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo. An. Fac. med. 2006; 67, (2): 152-159.
25. Cáceres y et al. SIDA en el Perú, Imágenes de diversidad. Situaciones y perspectivas de la epidemia en Chiclayo, Cuzco e Iquitos. Lima: REDESS Jóvenes; 1998.
26. FamilyHealth. International. Los sentimientos ambivalentes de la

- madre pueden influir en el desarrollo del lactante, Network en español. 1999; 19 (4): 35-39. Disponible en:http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v19_4/ambivalence.htm
27. Bazán V. y et al. Relación entre uso de métodos anticonceptivos y el embarazo no planificado en adolescentes. Rev. Inst. Espec. Mat. Per. 2004
 28. Fuentes AJ. Nivel De Conocimiento Sobre Salud Sexual y Reproductiva En adolescentes de Centros de Educación Nocturna de La Ciudad de Puno,2002. Perú; 2002
 29. Macorro R García A, sexualidad saludable, en los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de la Institución educativa secundaria Industrial Perú Birf.[tesis de maestría]. Juliaca universidad peruana unión . 2008.
 30. Paredes A. Conocimientos de los Adolescentes sobre sexualidad en el A. A. H. H. San Juan de Lurigancho, Proyectos especiales I Etapa. Lima – Perú 1990.
 31. Ricaldo A, Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes de centros educativos de Lima. Proyecto de fortalecimiento ;2006 – sisbib
 32. Huachas LL.C, realizo un estudio en los adolescentes de 14 a 19 años del AAHH. “San Valentín” del distrito de castilla – Piura en el año 2010.
 33. Troncos J, realizo un estudio acerca de los conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de la I.E. 15027 “Amauta”– Sullana 2009.
 34. Mendoza R, realizo un estudio en los adolescentes de la universidad los Ángeles de Chimbote – Piura 2006.
 35. Norman J, La visión de la adolescencia en las corrientes teóricas y su fundamentación en la salud Escolar en Puerto Rico , 2005, Lugar de publicación:<http://www.psicovision.com/lic%20deibem.htm>
 36. Ardovin B y Jarpa. La jerarquía de necesidades según Maslow. [serie

- en Internet]. 1998; [citado 2007 junio 14]; [Alrededor de 5 pantallas].
Disponible en:http://www.geocities.com/linds_castillo/20101.html
37. Gala A y Col. La Adolescencia: Consideraciones biológicas, psicológicas y sociales, Tomo I.
 38. Salinas GT, Nociones de Psicología. Lima: edic. Adunk SRL; 2003
 39. Chueca U. Psicología, Lima: edic. Salesiana; 2003
 40. Cerdá E. Una Psicología hoy. Barcelona: Ed. Herder; 2004.
 41. Morales J. El comportamiento en las etapas del desarrollo humano. [monografía en Internet]. 2003. [alrededor de 5 pantalla]. Lugar de publicación:<http://www.monografias.com/trabajos16/comportamientohumano/comportamiento-humano.shtml>
 42. Petersen AC. Adolescent development. Annual Review of Psychology, Ed., Handbook of adolescent psychology. 39. 117-155
 43. Kagan J. Reflexión-Impulsividad: La generalidad y la dinámica conceptual de tiempo. En Psicología, Journal of Abnormal 1996; 71. 17-24.
 44. Romero L. Sexualidad y educación sexual irresponsable. [Monografía en Internet]. Colombia: Centro de Asesoría y Consultoría; 2006[citada 2007 Marzo 10]. [al rededor de 10 pantallas]. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos13/sexeduc/sexeduc.shtml>
 45. Covarrubias F. Manual de Técnicas y Procedimientos de Investigación Social desde la Epistemología Dialéctica Crítica.
 46. Sobrevilla L. Sexualidad Humana. Instituto de Estudios de Población IEPO. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Ed. Saywa. Perú; 1993.
 47. Morris L. Sexual Behavior and Reproductive Health of Latin American Adolescents. Presented at the UNFPA Regional Conference on Reproductive Health in Latin America and the Caribbean. [conferencia] Mexico; 1995.

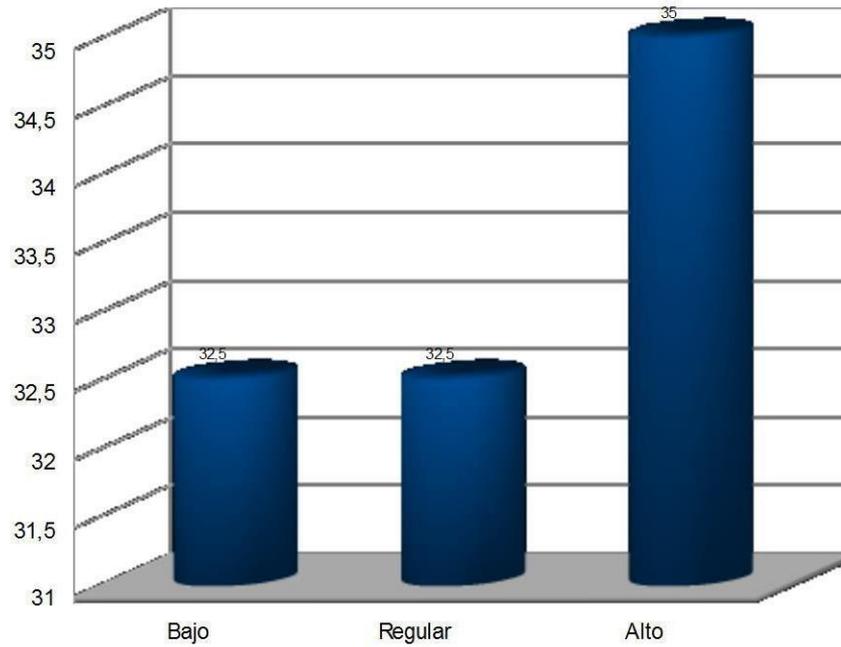
48. **Chirino R, Fernández L, Torres S, Navarro D. Fisiología Reproductiva Femenina: Hormonas Sexuales y sus ciclos. RVFO [serie en Internet]. 2004 [citada 2009 Mayo 16]; 1 (2): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en:**http://www.biocancer.com/?q=system/files/Fisiologia_reproductiva_Femenina
49. Candiotti J, Anatomía y Fisiología Humana. Año 1986
50. Totorá Gerard J. y Grabowski Sandra Reynolds Principios de Anatomía y Fisiología, 9º edición, 2006.
51. Wikipedia. Respuesta sexual humana, [serie en Internet]. 2006.[citado 2007 jun 13] . Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Respuesta_sexual_humana
52. Centro de Municipal de Información Juvenil. Sexualidad. [serie en Internet].Disponible en [:www.coruna.es/cmij/sexualidad/respuesta_sexual_humana.jsp](http://www.coruna.es/cmij/sexualidad/respuesta_sexual_humana.jsp)
53. Quintana A, Hidalgo C. La Salud de los adolescentes en la región andina. Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes: Servicios de salud amigables en Bolivia, Ecuador y Perú. Lima: IES y Washington D.C: Advocates For Youth; 2003.17-27.
54. Loundgren R. Protocolos de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes varones en América Latina. OPS/FNUAP/Kellogg/ASDI; 2000. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/protocol.pdf>
55. Morris L. Sexual Behavior and Reproductive Health of Latin American Adolescents. Presented at the UNFPA Regional Conference on Reproductive Health in Latin America and the Caribbean. [conferencia] Mexico; 1995.
56. Manuela Ramos. Escuchando las voces de las adolescentes rurales del Perú. Lima: Manuela Ramos; 2006

57. Flavio N, La Responsabilidad. [Monografía en Internet]. 2005.[citado 2008 julio 30]. Lugar de publicación: www.monografias.com/trabajos14/la-responsabilidad/la-responsabilidad.shtml – 38www.bastet.atonra.com/?p=705
58. Cuauhtemoc C. Juventud en Extasis. [monografía en internet]. Argetina: Ediciones Selectas. 2007, [citada Agosto 12]. [al rededor de 4 pantallas]. Disponible en: www.saludfemenina.com.ar
59. Aldara Martos P. El valor del autoestima. [monografía en internet].España, 2006 [citado setiembre 14]. [al rededor de 4 pantallas] . Disponible en: <http://www.disease.com/Article17.html>
60. Orientacion matrimonial: Reciprocidad [monografía en internet]. españa, 2007[citado 2007 Febrero 19] [al rededor de 3 pantallas], Lugar de. Disponible en : <http://orientacionmatrimonial.wordpress.com/2007/02/07/reciprocidad>
61. Orzú WM. Amor y familia. Guía practica de educación y sexualidad. Madrid-España: Ed. Palabra;1998. pp. 32-36.
62. Noviazgo y matrimonio, Lugar de Publicación http://www.encuentra.com/documento.phpf_doc=1611&f_tipo_doc=9
63. Marco conceptual para el desarrollo y la salud sexual de adolescentes y jóvenes. [monografía en internet].Disponible en : www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-marconceptual.pdf
64. [Martinez L. Hacia una sexualidad integral. blog de aplicaciones.](#)[citado Agosto 23]. Disponible en: [Noviazgohttp://famiiliatec.itesm.mx/publicaciones/docs/boletin8/familia_presente.pdf](http://famiiliatec.itesm.mx/publicaciones/docs/boletin8/familia_presente.pdf)
65. [Méndez C. Sexualidad con naturalidad sabor y salud.](#) [monografía en internet]. [citada 2008 julio 23]. Disponible en: <http://www.saborysalud.com/vidasana21.htm>
66. [Covey Stephen R. Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva: la](#)

[revolución ética en la vida cotidiana .1 ed. " reirnp. Buenos Aires Paidós, 2003. \[En línea\]: <http://scholar.google.com.pe/scholar?q=7+habitos+de+la+gente+altamente+efectiva&hl=es&um=1&ie=UTF-8&oi=scholart>](#)

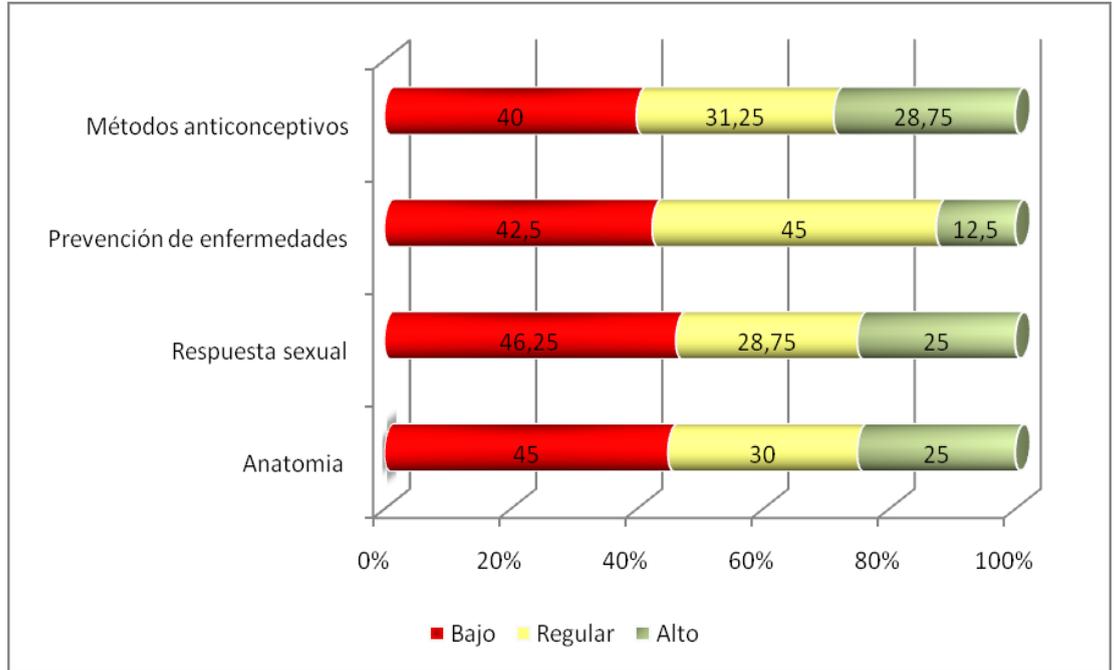


Porcentaje de adolescentes según su nivel de conocimiento sobre sexualidad del AAHH Dr. Leoncio Amaya Tume – La Unión - Piura – 2010.



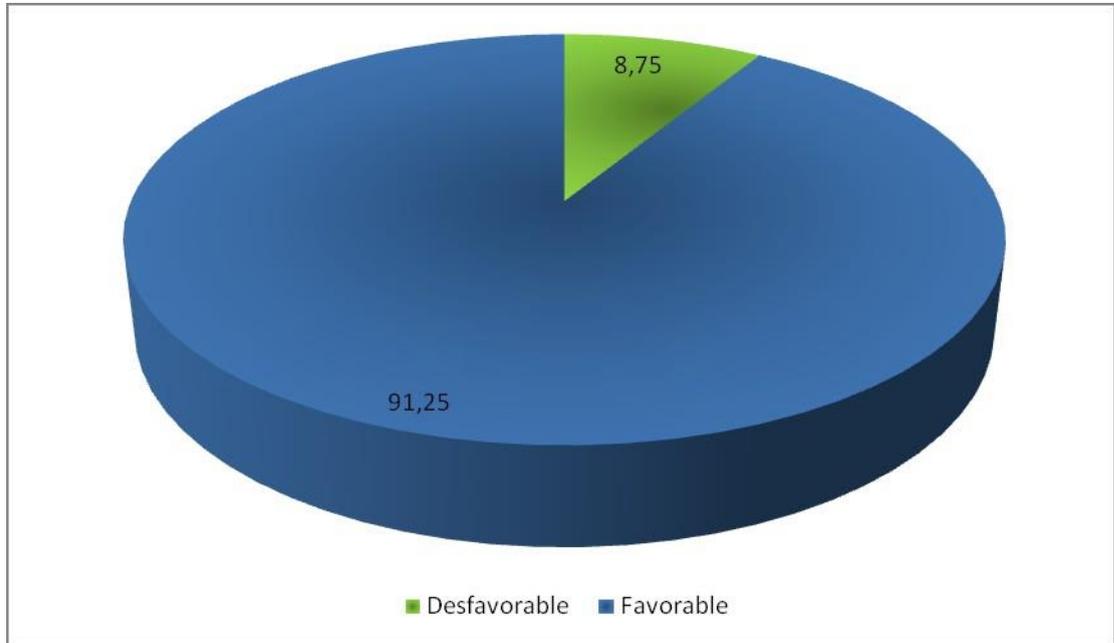
Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el mes de agosto 2010.

Porcentaje de adolescentes según el nivel de conocimiento en sexualidad y sus dimensiones del AAHH Dr. Leoncio Amaya Tume – La Unión - Piura - 2010



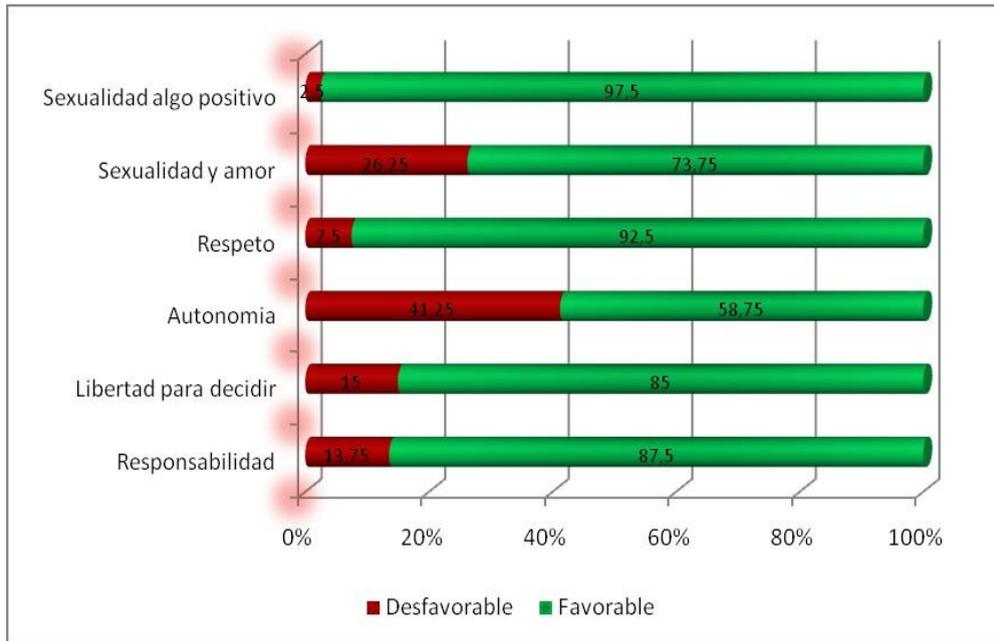
Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el mes de agosto 2010.

Porcentaje sobre el nivel de actitud sexual en adolescentes del AAHH
Dr. Leoncio Amaya Tume – La Unión – Piura – 2010



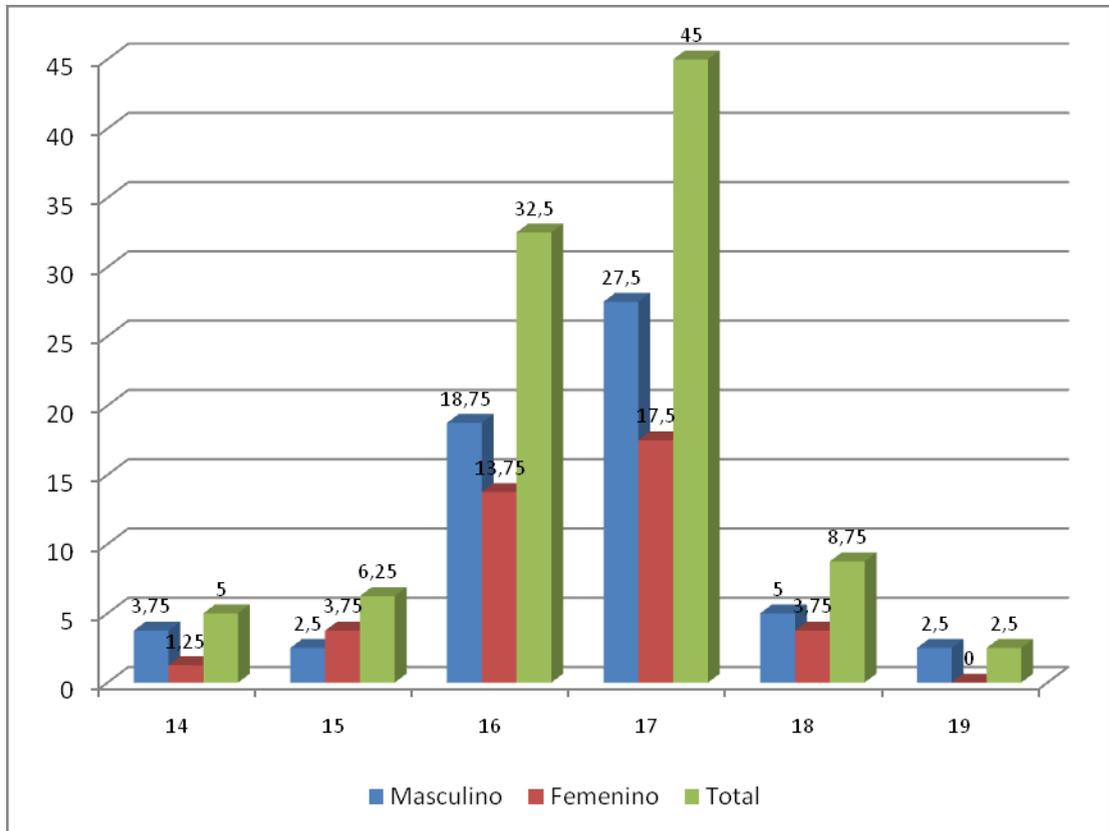
Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el mes de agosto del 2010

Porcentaje de adolescentes según el nivel de actitudes de sexualidad y sus dimensiones en el AAHH DR. Leoncio Amaya Tume – La Unión - PIURA 2010



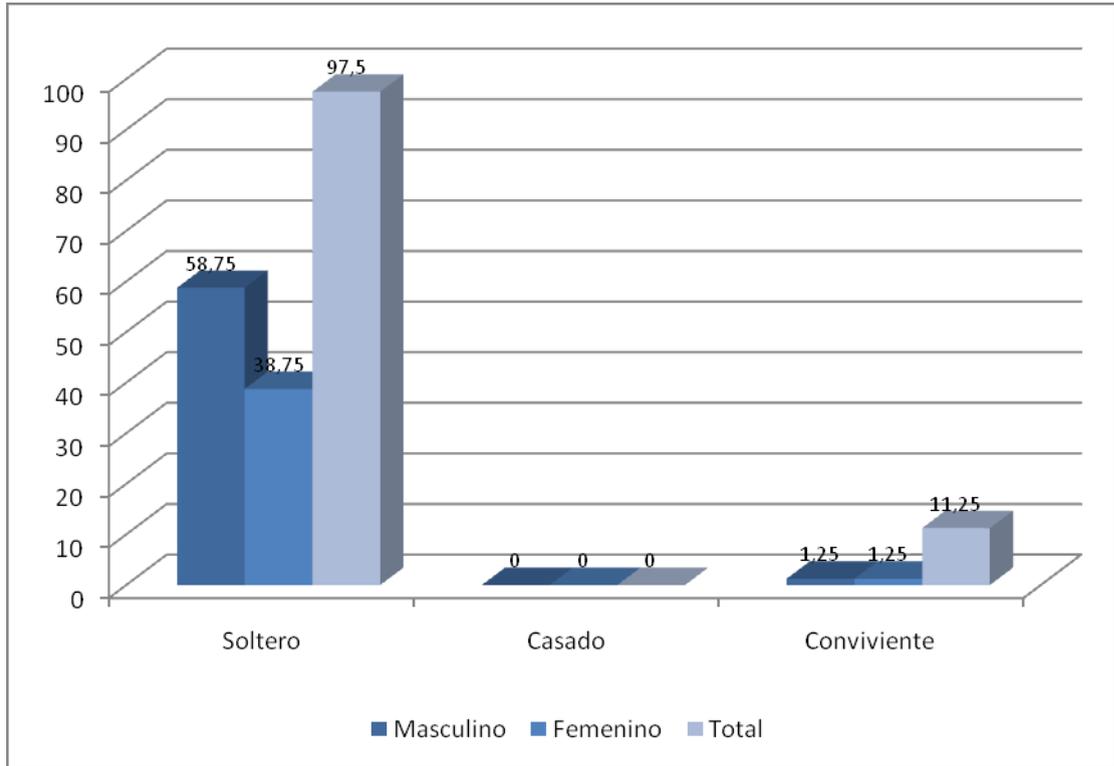
Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el mes de agosto del 2010.

Edad y genero de los adolescentes del AAHH Dr. Leoncio Amaya
Tume – La Unión – PIURA 2010



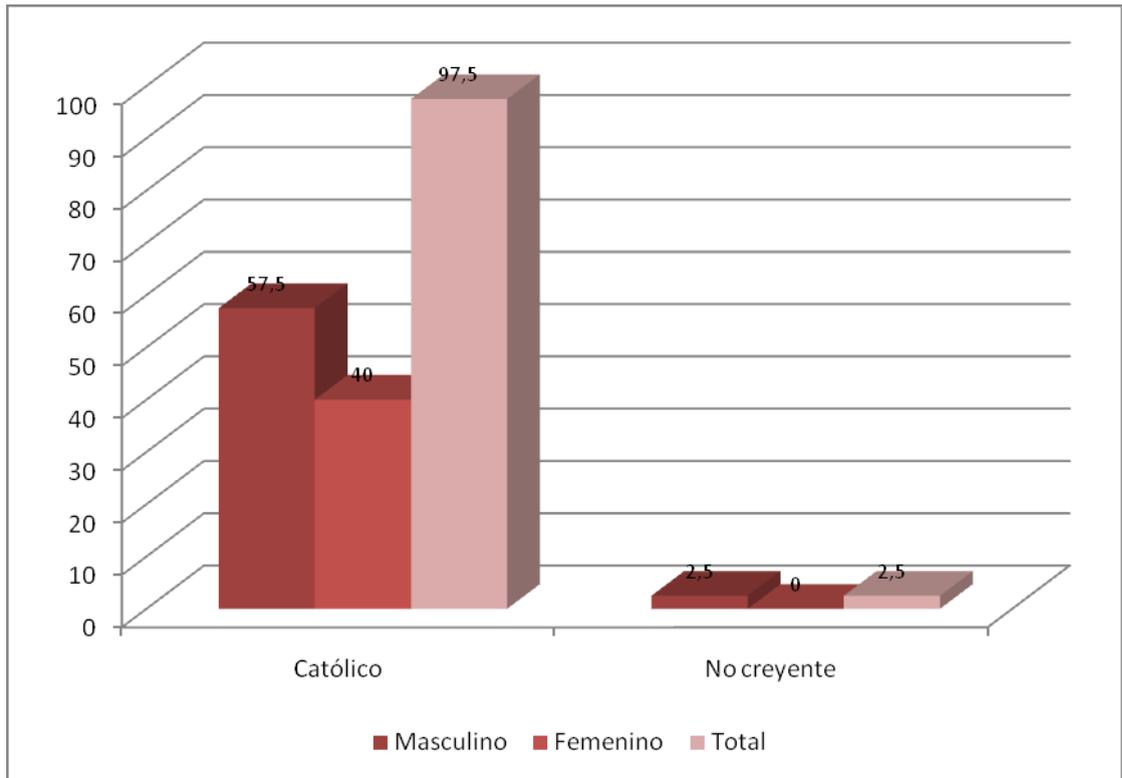
Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el mes de agosto del 2010

Estado civil y genero de los adolescentes del AAHH Dr. Leoncio
Amaya Tume – La Unión – PIURA 2010



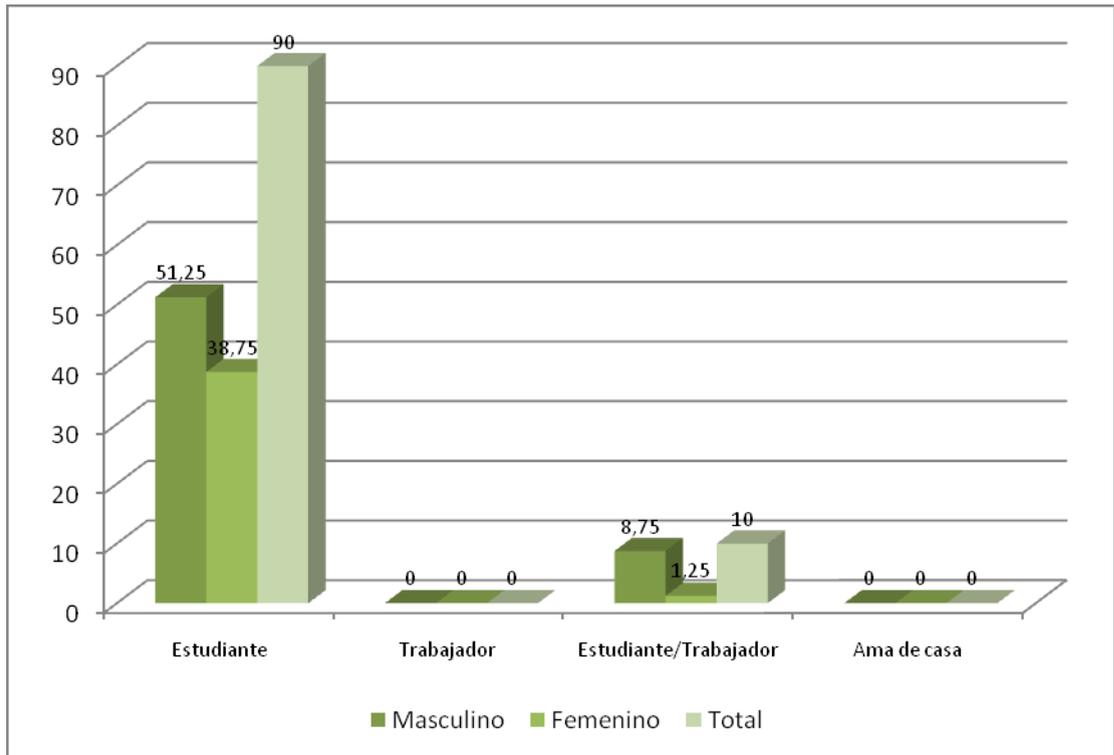
Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el mes de agosto del 2010.

Religion y genero de los adolescentes del AAHH Dr. Leoncio Amaya
Tume – La Unión – PIURA 2010



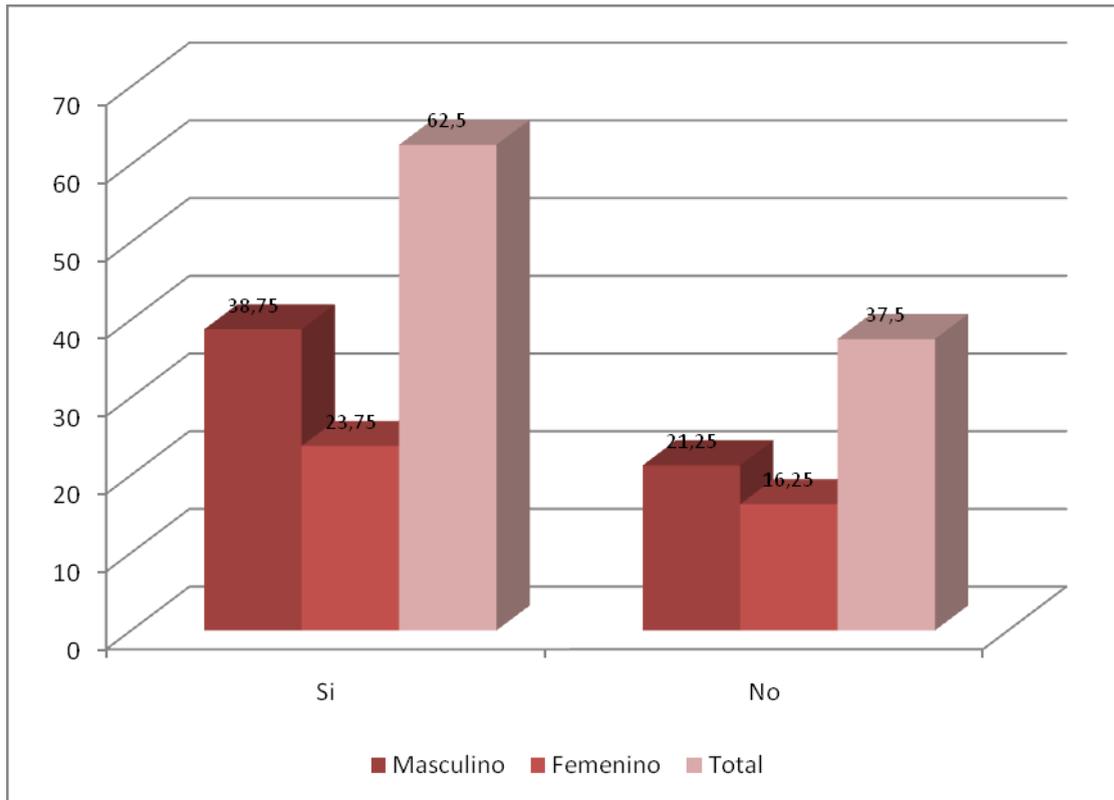
Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el mes de agosto del 2010.

Ocupación y genero de los adolescentes del AAHH Dr. Leoncio
Amaya Tume – La Unión – PIURA 2010



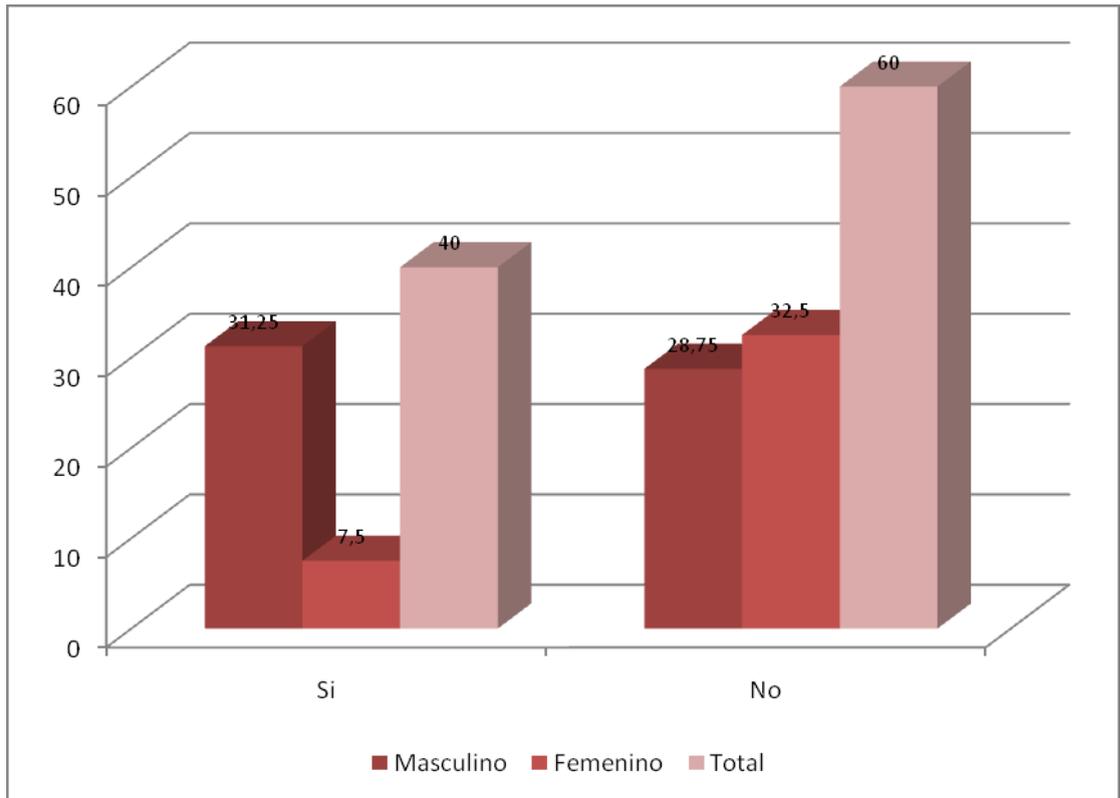
Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el mes de agosto del 2010.

Enamorada(o) y genero de los adolescentes DEL AAHH Dr. Leoncio
Amaya Tume – La Unión – PIURA 2010



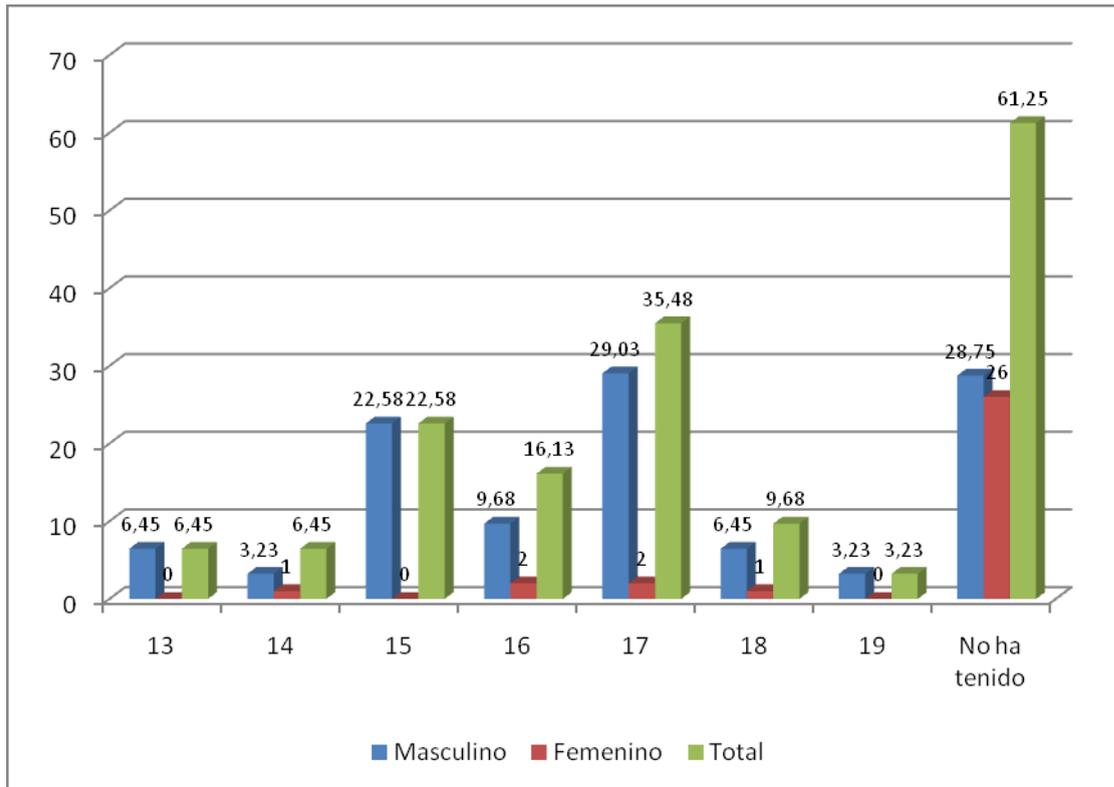
Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el mes de agosto del 2010.

Relaciones sexuales y genero de los adolescentes del AAHH Dr.
Leoncio Amaya Tume – La Unión – PIURA 2010



Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el mes de agosto del 2010.

Edad de inicio de relaciones sexuales y genero de los adolescentes del
AAHH Dr. Leoncio Amaya Tume – La Unión – PIURA 2010



Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el mes de agosto del 2010.

MAPA DEL DISTRITO DE LA UNION - PIURA



ANEXO 1- A

SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE

Autora: Mg. Nelly Solís Villanueva

ANATOMIA Y FISIOLOGIA, SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE	SI	NO
1. Los genitales externos de la mujer esta conformado por: Marque con una X solo la respuesta correcta Los labios mayores y menores (), el clítoris (), orificio de la uretra () y la abertura de la vagina ()		
2. ¿La fecundación se da cuando el espermatozoide ingresa al 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 testículos y las bolsas escrotales		
6. ¿El glande es el extremo final (la punta) del pene?		
7. ¿Las trompas de Falopio trasportan el ovulo hacia el útero ?		
8. Una mujer puede quedar embarazada en la mitad del ciclo menstrual +- 3 días		
9. El sexo es una conducta natural y por tanto las personas necesitan aprender como hacerlo		
CICLO DE RESPUESTA SEXUAL HUMANA		
➤ Las fases en la respuesta sexual son : Deseo, excitación, meseta, orgasmo, y resolución		
➤ La vivencia de una sexualidad responsable tiene como elemento principal La autoafirmación personal (ejercer control sobre la vida sexual)		
➤ Vivir una sexualidad responsable es tener conocimientos de ITS y VIH/SIDA, y métodos de planificación familiar		
➤ Las actitudes y valores de los jóvenes son importantes en la vivencia de la sexualidad		
➤ Son manifestaciones de madurez sexual: menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto, masturbación		
➤ Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad		
➤ Conoces el comportamiento sexual coital y no coital : mencioname las no coitales: besos abrazos caricias, masturbación		
➤ La persona es quien controla su propio comportamiento sexual		
PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL – VIH/SIDA		
• ¿ Sabes que el sida es una enfermedad que amenaza la vida?		
• Las vías de contagio de la infección por el virus del VIH/SIDA esta dada por vía sanguínea, (transfusiones sanguíneas), relación coital, trasmisión de madre ahijo		
• Un hombre puede infectarse con el virus del VIH si tiene coito con una sola mujer		
• El usar preservativos convenientemente en una relación te previene del contagio del SIDA		
• El SIDA se contagia por los abrazos, los besos y el contacto con una personas infectadas (-)		
• Las ITS son infecciones que se trasmiten a través de las relaciones coitales		
• Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas que corresponden a una infección de transmisión sexual.		
• la sífilis, la gonorrea, el chancroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal. Son infecciones de trasmisión sexual		
• El uso de preservativo es 100% seguro para la prevención de las ITS		
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS COMO ALTERNATIVA DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO		
En su primera relación coital una mujer puede quedar embarazada		
Los métodos de planificación familiar están divididos en: métodos naturales y artificiales		

La píldora, los inyectables y el DIU, son métodos anticonceptivos		
Para usar la T de cobre la chica debe ir al médico u obstetra		
El método de abstinencia sexual consiste en no tener las relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer		
El preservativo es un método de planificación familiar		
Conoces los métodos de barrera ,menciónalos : los preservativos masculinos y femeninos, los diafragmas, los espermicidas		
Conoces los métodos hormonales? menciónalos: la píldora (), los inyectables () y el norplant ().		
Conoces los anticonceptivos para regular la fecundidad del adolescente menciónalos Marca con una X el que menciona : el preservativo (), el diafragma (), las píldoras (), los inyectables (), el DIU ().		

ANEXO 2-A

TEST DE ACTITUDES SEXUALES DEL ADOLESCENTE

Para cada una de las siguientes frases o afirmaciones indica si estas :

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
RESPONSABILIDAD Y PREVENCIÓN DEL RIESGO SEXUAL					
★ Cumpro con mis obligaciones					
★ Me considero obediente					
★ Llego a mis clases puntualmente					
★ Ayudo en las tareas de la casa					
★ Tener relaciones sexuales (coitales) me expone a problemas de salud como: embarazo precoz y las ITS /VIH/SIDA.					
★ Preveo y me preparo para enfrentar las consecuencias de mis actos como salir embarazada/embarazar a una chica o adquirir ITS /VIH/SIDA.					
★ La conducta sexual de una persona es cosa suya y nadie debe hacer juicios de valor sobre ella.					
★ Una persona que va a tener una conducta coital, debe buscar información y consejos sobre anticoncepción.					
★ Las relaciones sexuales entre personas jóvenes es aceptable , si hay afecto entre ellos y si ambos están de acuerdo.					
★ crees que hoy en día todos deben usar los preservativos para protegerse de ITS/VIH/SIDA					
LIBERTAD PARA DECIDIR					
✓ Cuando tomo una decisión, lo hago por mi propia voluntad					
✓ Siempre que voy a decidir por algo, necesito la intervención de otras personas.					
✓ Cuando una pareja desea tener relaciones coitales, debe ser por que ambos lo deseen y lo acepten					
✓ Al iniciar la actividad sexual, se utiliza un método de planificación familiar					
✓ Mantengo relaciones sexuales por mi propia voluntad					
✓ Inicio mi actividad sexual por presión de mis amigos					
AUTONOMIA					
✓ Tengo derecho a elegir con quien y en donde realizar mi vida sexual					
✓ Crees que es necesario recibir información sobre sexualidad cuando tu lo solicites.					
✓ Es fácil expresar mi opinión ante los demás					
✓ Mi cuerpo me pertenece, por eso solo yo soy el/la único/a responsable de mi integridad corporal.					
✓ Yo decido por el control de mi cuerpo, por ello realizo deportes, busco espacios de distracción etc.					
RESPECTO MUTUO Y RECIPROCIDAD					
• Yo y mi pareja nos consideramos iguales					
• Crees que el sexo debe ser compartido únicamente con alguien que conozcas mucho.					
• Cuando estoy frente a un problema de salud sexual mi pareja responde					

conjuntamente conmigo en la solución del problema.					
• Mi pareja respeta la decisión de no tener el acto sexual, cuando no lo deseo					
• Mi pareja respeta mi espacio con mis amigos					
• Mi pareja entiende que estoy en días de peligro y no podemos tener relaciones coitales.					
• Mi pareja conversa conmigo acerca de las consecuencias que trae la conducta sexual irresponsable.					
• Converso con mi pareja sobre el desarrollo personal de ambos					
• Acuerdo con mi pareja situaciones para ejercer nuestra sexualidad sin riesgos					
SEXUALIDAD Y AMOR					
1. Crees que en una relación sexual debe haber amor de por medio					
2. Las relaciones coitales se dan casualmente					
3. La pérdida de la virginidad de la mujer antes del matrimonio no deber ser mal vista por la sociedad					
4. La relación sentimental que inicia una pareja debe ser relativamente estable					
5. Las 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. Crees que Las / los jóvenes que se masturban llevan a cabo una conducta normalmente saludable					
SEXUALIDAD COMO ALGO POSITIVO					
1. Sientes y crees que tener relaciones sexuales es una decisión individual y voluntaria de la persona					
2. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista deseo sexual,					
3. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista amor					
4. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista respeto					
5. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista comunicación					
6. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista responsabilidad y cuidado					
7. Cuando decidimos tener relaciones sexuales debemos aceptar a nuestros sentimientos sin culpa ni vergüenza					
8. La sexualidad es compartida por esa razón debe ser cuidada por ambos protegiéndose y utilizando anticonceptivos					
9. Antes de tener relaciones sexuales debemos pensar, si nos sentimos bien al hacerlo.					
10. Las mujeres ven a la sexualidad como algo malo por que 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 que fueron víctimas					

ANEXO 3

**CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LOS
ADOLESCENTES**

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

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

General

Alfa de	N de
Cronbach	elementos
<hr/>	<hr/>
.946	85
<hr/>	<hr/>

Conocimiento

Alfa de	N de
Cronbach	elementos
<hr/>	<hr/>
.841	35
<hr/>	<hr/>

Actitud

Alfa de	N de
Cronbach	elementos
<hr/>	<hr/>
.942	50
<hr/>	<hr/>

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
a1	162.7500	485.886	.465	.941
a2	163.1250	485.427	.506	.941
a3	162.8375	485.404	.366	.942
a4	163.7750	487.721	.315	.942
a5	162.7250	472.354	.668	.940
a6	163.5875	483.613	.420	.942
a7	162.3375	487.037	.357	.942
a8	162.3750	477.731	.729	.940
a9	162.7000	486.314	.339	.942
a10	162.3500	479.901	.515	.941
a11	163.0250	490.531	.266	.942
a12	164.0250	501.645	-.048	.944
a13	162.4125	474.321	.656	.940
a14	163.1250	473.174	.449	.942
a15	162.2625	476.069	.625	.940
a16	163.9000	519.433	-.364	.948
a17	162.1000	477.154	.585	.940
a18	162.3125	483.762	.527	.941
a19	163.5625	486.680	.369	.942
a20	162.1500	476.104	.580	.941
a21	163.7000	493.808	.217	.942
a22	162.4750	464.050	.801	.939
a23	162.4875	473.468	.695	.940
a24	163.1250	467.554	.658	.940
a25	162.4750	476.607	.624	.940
a26	163.0875	480.613	.453	.941
a27	162.4875	474.456	.646	.940
a28	163.7375	481.285	.408	.942
a29	163.0375	478.720	.576	.941
a30	164.2625	479.183	.470	.941
a31	162.2500	473.911	.615	.940
a32	163.7375	504.449	-.137	.944
a33	162.6250	492.718	.181	.943
a34	162.2000	478.795	.628	.940
a35	162.7000	471.554	.624	.940

a36	162.4250	475.665	.690	.940
a37	162.3875	473.050	.653	.940
a38	163.3500	491.496	.235	.943
a39	163.7375	473.386	.518	.941
a40	162.4875	481.038	.567	.941
a41	162.7125	472.587	.732	.940
a42	162.4250	474.982	.775	.940
a43	162.3750	476.972	.754	.940
a44	162.6875	469.509	.776	.939
a45	162.4125	474.802	.751	.940
a46	163.2750	483.341	.516	.941
a47	162.5375	479.543	.615	.940
a48	162.8375	477.682	.679	.940
a49	163.4500	491.365	.260	.942
a50	163.4875	489.063	.324	.942

BAREMACIONES

Nivel		
Conocimiento	Bajo	Menos de 18
	Regular	18 – 23
	Alto	23 a mas
Total		
Anatomía y fisiología	Bajo	Menos de 4
	Regular	4 a 6
	Alto	6 a mas
Total		
Respuesta sexual	Bajo	Menos de 4
	Regular	4 a 5
	Alto	5 a mas
Total		
Prevención de enfermedades	Bajo	Menos de 6
	Regular	6 a 8
	Alto	8 a más
Total		
Métodos anticonceptivos	Bajo	Menos de 4
	Regular	4 a 6
	Alto	6ª más
Total		

Nivel		
Actitudes	Desfavorable	Menos de 127
	Favorable	127 a más
Total		
Responsabilidad y prevención	Desfavorable	Menos de 33
	Favorable	33 a más
Total		
Libertad para decidir	Desfavorable	Menos de 18
	Favorable	18 a más
Total		
Autonomía	Desfavorable	Menos de 17
	Favorable	17 a más
Total		
Respeto mutuo	Desfavorable	Menos de 28
	Favorable	28 a más
Total		
Sexualidad y amor	Desfavorable	Menos de 30
	Favorable	30 a más
Total		
Sexualidad algo positivo	Desfavorable	Menos de 38
	Favorable	38 a más
Total		
