



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES EN
ADOLESCENTES DE 14 – 19 AÑOS DEL
ASENTAMIENTO HUMANO TALARITA CASTILLA -
PIURA AÑO 2012**

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

AUTORA

KATIA DE LOS MILAGROS ALVINES CHORRES.

ASESORA

OBST. FLOR DE MARÍA VÁSQUEZ SALDARRIAGA

PIURA – PERÚ

2015

Hoja de firma del jurado y asesor

Lic. Obst. ANITA ELIZABETH PRECIADO MARCHAN
PRESIDENTA

Lic. Obst. AUREA LUCIA PANTA BOGGIO
SECRETARIA

Lic. Obst. SILVIA TERESA CORONADO MORALES
MIEMBRO

Lic. Obst. FLOR DE MARÍA VÁSQUEZ SALDARRIAGA
ASESORA

Agradecimientos

A Dios, Por ser mi guía
y dueño de mi vida; que
me bendice en cada paso
que doy.

A mis Padres

Maria y Luis que son el motor de
Mi vida ; Por su inmenso amor ,
Apoyo , comprensión durante mi
Formación profesional ; a mis
Hermanos y familia que de alguna
manera me han apoyado
incondicionalmente.

A nuestra asesora

Lic. Flor De María Vásquez
Saldarriaga por su paciencia, por
brindarnos sus conocimientos y
guiarnos para poder llegar a
nuestro objetivo.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general describir los conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 - 19 años del Asentamiento Humano Talarita Castilla - Piura año 2012, fue de tipo descriptivo y nivel cuantitativo, para el recojo de la investigación se escogió una muestra que estuvo constituida por 150 adolescentes entre 14 - 19 años de una población de 546 adolescentes, a quienes se les aplicó un cuestionario de conocimientos sexuales, características sociodemográficas y un test de actitudes sexuales, aplicando la técnica de la encuesta. Obteniendo los siguientes resultados: en forma global 60% de los adolescentes no tienen conocimiento sobre sexualidad siendo las dimensiones menos conocidas anatomía y fisiología y métodos anticonceptivos con un 72% y 64,67% respectivamente. Así mismo, el 50,67 % presenta actitudes sexuales desfavorables reflejándose con los mayores porcentajes responsabilidad y prevención con un 62% y un 60% en respeto mutuo. La edad predominante de los entrevistados fue de 16 años con un 30,67% y el 26% ha iniciado su actividad sexual , la edad más frecuente del inicio de su primer coito fue a los 15 años con un 30,77%. Finalmente se concluyó que la mayoría de adolescentes entrevistadas no conocen sobre su sexualidad y presentan actitudes desfavorables frente a ello, lo cual puede conllevar a una conducta sexual irresponsable.

Palabras clave: actitudes, adolescencia, conocimientos y sexualidad.

ABSTRACT

The present research was aimed at describing the overall knowledge and sexual attitudes in adolescents 14 to 19 years talarita Castile – Piura in 2012, was descriptive and quantitative level for the gathering of research 19 years of a population of 546 adolescents, whom sexual knowledge questionnaire, sociodemographic characteristics and sexual attitudes test was applied, using the technique of the survey - a sample consisted of 150 adolescents aged 14 was chosen. With the following results: globally 60% of teens have no knowledge about sexuality being less known dimensions anatomy and physiology and contraception 72% and 64.67% respectively. likewise, the 50,67% have unfavorable sexual attitudes reflected with the highest percentages Accountability and Prevention 62% and 60% in mutual respect. The predominant age of respondents was 16 years with a 30.67% and 26% have initiated sexual activity, the most common age of onset of first intercourse was 15 years with a 30.77%. Finally it was concluded that most adolescents interviewed did not know about their sexuality and have unfavorable attitudes towards it, which can lead to irresponsible sexual behavior.

Keywords: attitudes, adolescence, knowledge and sexuality.

Contenido

1. Título de la tesis (carátula)	i
2. Hoja de firma de jurado y asesor.....	ii
3. Hoja de agradecimiento	iii
4. Resumen y Abstract	iv
5. Contenido (índice).....	vi
6. Índice de gráficos , figuras y cuadros	vii
I. Introducción.....	1
II. Revisión de literatura	7
2.1. Antecedentes	7
2.2. Bases teoricas	15
2.3 Modelo conceptual	27
III. Metodología.....	31
3.1. Tipo y nivel de investigacion	31
3.2. Diseño de la investigación.....	31
3.3 Universo , poblacion y muestra	32
3.4 Definicion operacionalización de las variables	33
3.5 Tecnicas e instrumentos	41
3.6 Plan de analisis	44
IV. Resultados	48
4.1 Resultados.....	48
4.2 Analisis de resultados.....	67
V. Conclusiones	77
Aspectos complementarios	79
Referencias bibliograficas.....	113
Anexo.....	124

Índice de tablas

Tabla 1: Conocimiento sexual global.....	48
Tabla 2: Conocimiento sexual según dimensiones	49
Tabla 3: Conocimiento anatomía y fisiología sexual y reproductiva por ítems.....	50
Tabla 4: Conocimiento respuesta sexual por ítems	52
Tabla 5: Conocimiento prevención de ITS y VIH/SIDA por ítems	54
Tabla 6: Conocimiento metodos anticonceptivos como prevención del embarazo por ítems.....	56
Tabla 7: Actitudes sexuales en general	58
Tabla 8: Actitudes sexuales según dimensión.....	59
Tabla 9: Características sociodemográficas y prácticas sexuales	61
Tabla 10: Datos estadísticos descriptivos de la edad y la edad de inicio de la relación coital.....	66

Índice de figuras

Figura 1 : Gráfico de torta del conocimiento sexual global.....	48
Figura 2: Gráfico de barras del conocimiento sexual según dimensiones en adolescentes.....	49
Figura 3: Gráfico de barras del conocimiento anatomía y fisiología sexual y reproductiva por ítems.....	51
Figura 4: Gráfico de barras del conocimiento respuesta sexual por ítems.....	53
Figura 5 : Gráfico de barras del conocimiento prevención de ITS – VIH/SIDA por ítems.....	55
Figura 6: Gráfico de barras del conocimiento metodología anticonceptiva como prevención del embarazo por ítems.....	57
Figura 7: Gráfico de torta de las actitudes sexuales en general.....	58
Figura 8: Gráfico de barras de las actitudes sexuales según dimensiones.....	60
Figura 9: Gráfico de barras de las características sociodemográficas y prácticas sexuales, edad, edad de inicio de relaciones coitales, sexo, religión, ocupación, estado civil, tienen enamorado, se ha iniciado sexualmente y opción sexual.....	62

Índice de cuadros

Cuadro 1: Visión de la adolescencia en las perspectivas teóricas.....	16
Cuadro 2: Vivencia de una sexualidad responsable del Centro de Asesoría y Consultoría de Colombia.....	29
Cuadro 3: Matriz de operacionalización de la variable conocimientos sexuales.....	37
Cuadro 4: Matriz de operacionalización de la variable actitudes sexuales	38
Cuadro 5: Matriz de operacionalización de la variable característica sociodemográfico.....	39
Cuadro 6: Matriz de operacionalización de la variable características de control....	40

I. Introducción

La adolescencia es el periodo del desarrollo humano comprendido entre la niñez y la edad adulta durante el cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas en el orden físico y psíquico 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 incorporar al mundo de los adultos (1).

Es un fenómeno biológico, cultural y social , por lo tanto sus límites no se asocian Solamente a características físicas. Este conjunto de cambios– psicosociales se da donde el individuo tiene una búsqueda de una propia identidad lo cual lo convierte en una persona que es susceptible a cambiar; repentinamente su forma de actuar está en contra de la injusticia y cree en la justicia pero si puede conseguir la cosas de la manera más fácil no duda en hacerlo , solo por los valores y normas que ha aprendido de la familia, tiene gran interés por lo que ocurre fuera del contexto familiar lo que hace vulnerable a las adicciones si no hay una buena comunicación con su familia (2).

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define adolescencia como la segunda década de la vida, es decir, desde los 10 a los 19 años. Hoy en el mundo entero existen cerca de 1600 millones de adolescentes, lo que corresponde a casi un 30% de la población total. Lo que corresponde en América a 978 millones de adolescentes. Hay más de la mitad de adolescentes que han tenido relaciones sexuales antes de los 16 años. El 10% de los partos acontece en adolescentes. La mortalidad materna es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres de 18 años que en las de 20 a 29 (3).

La problemática de la salud sexual del adolescente se ve reflejada en las siguientes estadísticas mundiales; 16 millones de niñas de edades comprendidas entre 15 y los 19 años dan a luz cada año y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18 % en América Latina y el Caribe. La sumatoria de los partos en adolescentes de los siguientes siete países: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América en todo el mundo, representan por si solos la mitad del total de partos en adolescentes a nivel mundial (4).

Según la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, en el Perú cada año alrededor de 115 mil adolescentes resultan embarazadas ,de los cuales 20% terminan en abortos y el 25% de las muertes por complicaciones en el parto o el puerperio (posterior al parto), éste es uno de los grandes problemas en salud reproductiva del país. Por otro lado, la mortalidad materna entre adolescentes también es elevada. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2000, las muertes maternas de jóvenes entre 15 y 19 años alcanza una tasa de 362 por cien mil nacimientos, éste es un segmento particularmente sensible de nuestra sociedad y el estado debe desarrollar políticas para atender sus necesidades alimenticias y educativas, propiciando un hogar digno (5)

Uno de los departamentos que no es ajeno a esta problemática es Piura, ubicado en el noroeste del Perú, limita por el norte con el departamento de Tumbes y la República del Ecuador; por el sur con el departamento de

Lambayeque; por el este con el departamento de Cajamarca y por el oeste con el Océano Pacífico. Cuenta con una población de 1'676,315 habitantes (6,1%), ocupando el segundo departamento más poblado del Perú. En Piura se concentra una población de adolescentes con un 21,81% de la población total como departamento, la cual según grupos de edades, de 10 a 14 años comprende un 52,6% y de 15 a 19 años comprende el 47,4% de la población total. (6)

Las provincias que presentan los mayores porcentajes de madres adolescentes ocupando el segundo lugar a nivel nacional son: Piura (32,8%), Sullana (19,4%), Morropón (18,1%). En cuanto al porcentaje de madres adolescentes de 15 a 19 años, las provincias que presentan los mayores porcentajes son Piura (36,3%) y Sullana (16,9%) (7)

En Piura, identificamos como parte de esta situación al distrito de Castilla, ubicado al margen izquierdo del río Piura, limita al norte con el distrito de Tambogrande, al sur con el distrito de Catacaos, al este con el distrito de Chulucanas hasta los des poblados de Hualpas y al oeste con el distrito de Piura como líneas divisoras el río de Piura. Cuenta con un total de 12,766 habitantes, de los cuales 146,841 son adolescentes (8).

Siendo mi estudio de muestra el Asentamiento Humano Talarita del Distrito de Castilla–Piura contando con una población de 7,602 habitantes, de los cuales 1,349 son adolescentes, Estos adolescentes según informantes claves evidencian altos índices de embarazos no deseados, abortos provocados, producto del desconocimiento de su sexualidad, y se agrava más aún cuando practican las relaciones cóitales sin protección. Ante tal realidad, lo que se busca son estrategias e intervenciones que permitan mejorar la situación actual de la adolescencia y de la

población en general en materia de sexualidad y reproducción. Tales actividades, se deben enmarcar en la promoción y prevención en salud sexual y reproductiva, educando bajo una amplia perspectiva y metodológica que integre la educación teórica en materia de sexualidad así como la educación en valores para la vida (9).

Por lo tanto frente a la situación problemática se plantea la siguiente interrogante:
¿Qué conocimientos y actitudes sexuales tienen los adolescentes de 14 – 19 años del Asentamiento Humano Talarita Castilla – Piura año 2012?

Para dar respuesta al problema, se ha planteado el siguiente objetivo general: describir los conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 -19 años del Asentamiento Humano Talarita Castilla – Piura, 2012.

Para poder conseguir el objetivo general, se han planteado los siguientes objetivos específicos: (a) describir el conocimiento global sobre sexualidad en adolescentes de 14 – 19 años del Asentamiento Humano Talarita Castilla - Piura 2012 ,(b) describir el conocimiento sexual en las dimensiones: anatomía y fisiología sexual y reproductiva, ciclo de respuesta sexual, prevención de ITS/VIH/SIDA metodología anticonceptiva como prevención del embarazo, en adolescentes de 14 - 19 años del Asentamiento Humano Talarita Castilla - Piura, 2012, (c) determinar los ítems menos conocidos por cada dimensión en adolescentes de 14 – 19 años del Asentamiento Humano Talarita Castilla - Piura, 2012, (d) identificar las actitudes hacia la sexualidad en forma general en adolescentes de 14 - 19 años del Asentamiento Humano Talarita Castilla - Piura 2012, (e) identificar las actitudes hacia la sexualidad en las dimensiones: responsabilidad y prevención del riesgo sexual, libertad para decidir y actuar, autonomía, respeto mutuo y reciprocidad, sexualidad y amor, sexualidad como algo positivo en adolescentes de 14- 19 años del

Asentamiento Humano Talarita Castilla - Piura año 2012, (f) describir características sociodemográficas y prácticas sexuales en adolescentes de 14- 19 años del Asentamiento Humano Talarita Catilla - Piura 2012.

Finalmente la presente investigación se justifica porque la salud de los adolescentes es elemento básico para el avance social, económico y político de un país. Los diferentes cambios que ocurren tanto biológicos, psicológicos y sociales hacen que sea la adolescencia una de las etapas más vulnerables del ciclo vital por lo que debe ser privilegiada y atendida de manera especial, en todos los aspectos Y desde las diferentes dimensiones (10).

Los cambios en el comportamiento sexual de los jóvenes en general y los jóvenes adolescentes en particular acontecidos en las últimas décadas, como un fenómeno de dimensión mundial, han conllevado a un significativo cambio en el comportamiento epidemiológico de muchos países. A causa especialmente de los escasos o nulos conocimientos de sexualidad que tienen los adolescentes de 14 a 19 años, y las actitudes sexuales irresponsables que muestran muchos de ellos en su práctica diaria, las que como sabemos tienen consecuencias serias que comprometen su salud sexual y reproductiva (11).

El presente estudio pretende identificar y describir los conocimientos y actitudes sexuales que tienen los adolescentes, del AA.HH Talarita del distrito de Castilla y que servirá de base para el cambio de estrategias en la eficacia de un programa de información, comunicación y educación dirigidas a mejorar el nivel de conocimiento, el cambio de actitud y la práctica adecuada de conductas sexuales. Una vez identificado el punto donde radica el desconocimiento de la sexualidad, las actitudes y valores de riesgo sexual; se fomentará programas

relacionados con la educación sexual y/o salud reproductiva que conlleven a la vivencia de una sexualidad responsable (12)

Es importante destacar que después del seno familiar, el sistema educativo está destinado a crear recursos didácticos que ayuden a los adolescentes a obtener las formaciones y experiencias necesarias (13).

Otra contribución será proveer de información clave sobre sexualidad a los establecimientos de salud de nuestra región, como insumo para intervenciones estratégicas de promoción y auto cuidado de salud sexual y reproductiva del adolescente. (14).

En la investigación se utilizó un diseño no experimental de corte transversal y tipo descriptivo, el muestreo fue no probabilístico por cuotas, se ejecutó en una muestra de (150) adolescentes de 14 a 19 años que residen en el Asentamiento Humano Talarita del distrito de Castilla - Piura; a quienes se le aplicó un cuestionario para conocimientos y una escala de tipo Liker para medir las actitudes previamente validadas.

Los resultados obtenidos demostraron que el 60% de los adolescentes desconocen de manera global sobre su sexualidad siendo las dimensiones menos conocidas Anatomía y Fisiología y Métodos anticonceptivos con un 72% y 64,67% respectivamente. Así mismo, el 50,67 % presenta actitudes sexuales desfavorables reflejándose con los mayores porcentajes Responsabilidad y Prevencion con un 62% y un 60% en Respeto mutuo . La edad predominante de los entrevistados fue de 16 años con un 30,67% y el 26% ha iniciado su actividad sexual , la edad más frecuente del inicio de su primer coito fue a los 15 años con un 30,77%.

II. Revisión de literatura

2.1 Antecedentes

Chávez (15), realizó un estudio en Costa Rica en el año 2005 logró determinar que los jóvenes tienen conocimientos sobre anatomía y fisiología sexual, sobre métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual; sin embargo, ese conocimiento no los está educando para tomar decisiones en cuanto a la responsabilidad sobre su sexualidad. 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.

También evidenció que el 33.5% de los adolescentes han tenido relaciones sexuales y de estos un 90% iniciaron su actividad sexual antes de los 17 años de edad.

Posada de León (16), en México en el 2008 realizó un estudio denominado *Conocimientos y Actitudes sobre el uso del condón en adolescentes que acuden y no acuden a pláticas de salud*, siendo su muestra 120 adolescentes de los cuales 60 acuden a pláticas de salud y 60 no. De los que acuden a pláticas (AP) son 37 (61%) mujeres y 23 (38.3%) hombres, de los que no acuden a pláticas (NA) son 30 (50%) hombres y 30 (50%) mujeres, edad promedio de los que AP 13.5 y de 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, 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

Para Cáceres y Echevarría en Argentina en el 2009 en su estudio *Nivel de Conocimientos sobre Métodos Anticonceptivos previos al inicio de las relaciones sexuales* encontraron que de los cuales conocían los métodos anticonceptivos previo al IRS (97%) pero tenían alto nivel de desuso o no uso al momento del IRS (68%). Un gran porcentaje recibió información, pero la mayoría no de profesionales en la salud. Actualmente son más los hombres que se cuidan con respecto a las mujeres en las relaciones sexuales. Siendo en ellos preferido el preservativo, y en ellas el uso de ACO combinados o no con preservativos. Todos coincidieron que la información de calidad la obtuvieron en los últimos años de la carrera, en especial en la materia clínica ginecológica. Teniendo en cuenta la edad de IRS es necesario adelantar amplias y masivas actividades y estrategias de educación médica tanto en el ámbito universitario como preuniversitario, las cuales el grupo investigado señaló haber estado interesado en recibirla en su adolescencia por parte de profesionales (17).

Fuentes (18), en Lima en el 2002, realizó un estudio titulado *Conocimiento sobre anatomía y fisiología sexual*, mostrando 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; 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 infecciones 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.

Lozada et al. en el 2009, realizaron una investigación sobre *Conocimientos sobre el VIH en adolescentes* en 30 adolescentes del cercado de Lima mediante una entrevista individual estructurada. Donde el 65,3% de los adolescentes poseían conocimientos adecuados sobre la vía de transmisión del virus. En un elevado porcentaje de ellos hubo prácticas sexuales de riesgo, pues el 69,5% de los que tenían vida sexual activa, no usaban preservativos, el 43% había tenido varias parejas sexuales durante ese año, y el 33,3% poseía más de una pareja de forma simultánea. El hábito de sexo oral fue referido por el 30% de los adolescentes,

respectivamente. El inicio de las relaciones sexuales fue normal en el sexo masculino con una edad media de 14 años y no así en el femenino que fue a los 15 años, lo cual lo consideramos precoz. Se propuso una estrategia educativa con el objetivo de modificar valores y conductas en estos adolescentes. (19)

Salaverry (20), en Lima en el 2010, encontró en adolescentes que se embarazaron a edades menores o iguales a 19 años; que las madres adolescentes tienen de 2 a más hijos; y que los abortos previos al primer embarazo en las madres adolescentes es de 11.6%. La edad promedio de la primera relación sexual en las madres adolescentes es de 15 años, el intervalo entre la primera relación sexual y el primer embarazo en las madres adolescentes es de 7.12 meses. El 75.2% de las madres adolescentes se embarazaron por descuido. En la madre adolescente la primera experiencia sexual estuvo mayormente relacionada con la salida a un paseo, el 45% de las madres adolescentes tuvieron su primera relación sexual dentro de los 12 meses de conocer al padre de su hijo. En el 89% de los casos de las madres adolescentes, el embarazo se produce después de varias relaciones sexuales el 63% de las madres adolescentes no recibieron ningún tipo de educación sexual.

La mayoría de las madres que recibieron educación sexual, la recibieron en el colegio. El método más usado por la madre adolescente antes de su primer embarazo fue el método del ritmo (32.2%). El 34.7% de las madres adolescentes tienen una actitud negativa sobre su embarazo; y el 44% de las madres adolescentes consideran que su embarazo frustró su desarrollo profesional; el 33% ve con pesimismo su vida futura y el 46% piensa que ellas no lograrán las metas que se habían propuesto en la vida.

Solís (21), realizó un estudio en Chimbote en el año 2010 titulado *Conocimiento*

y actitudes sexuales en adolescentes de la comunidad zonal Magdalena Nueva, Chimbote durante el periodo comprendido entre julio y diciembre del 2007; obtuvo una muestra de 100 adolescentes de 14 y 19 años, a quienes se aplicó un cuestionario estructurado de preguntas cerradas, como resultado la edad promedio de entrevistados 16,5 años; 79% son católicos; 89% estudiantes; 56% tiene enamorado(a); 96% son heterosexuales; 34% inició actividad sexual a los 16 años; 85% desconoce su sexualidad; 41% desconoce su anatomía genital; 43% desconoce los días fértiles; 85% reconoce que el sexo necesita aprendizaje; 53% desconoce uso de preservativos; 28% desconoce métodos de planificación familiar; 75% tiene actitudes desfavorables; 77% no previene el riesgo; 80% no decide libremente; 77% no tiene autonomía ni respeto mutuo; 82% no relaciona la sexualidad con el amor; 76% no percibe la sexualidad como algo positivo. En conclusión, los adolescentes en su mayoría desconocen su sexualidad y presentan actitudes desfavorables para una vida sexualmente responsable y segura.

Mendoza (22), en Piura 2007 en su estudio titulado *Nivel de Conocimiento sobre Sexualidad* informa que el 64% de los adolescentes estudiantes de Enfermería demuestra tener un deficiente conocimiento sobre sexualidad, mientras que un 36% poseen un buen nivel de conocimiento acerca del tema y en la dimensión “Nivel de conocimiento sobre Planificación Familiar demuestra que el 67,4% de los adolescentes Estudiantes de Enfermería poseen un buen nivel de conocimiento sobre el tema; mientras que un 6% poseen un nivel deficiente de conocimiento sobre el tema. Encontrándose que un 72,0% de los adolescentes Estudiantes de Enfermería de la ULADECH poseen un regular nivel de conocimiento en infecciones de Transmisión Sexual; mientras que un 9,3% presentan un deficiente nivel de

conocimientos.

Castillo (23), realizó un estudio en Piura en el 2009, sobre *Conocimientos y actitudes sexuales que tienen los adolescentes de la institución educativa Micaela Bastidas – Piura, durante el año 2009*; determinó que del total de adolescentes entrevistados el 92% presentaron un nivel de conocimiento bajo, seguido de un 6% con nivel de conocimiento medio, y solo el 2% tuvieron un nivel de conocimiento alto. Además un 92% de los adolescentes presentaron actitudes sexuales desfavorables mientras que solo un 8% mostraron actitudes favorables. También demostró que del total de 50 adolescentes entrevistados el mayor porcentaje en edad lo obtienen adolescentes de 15 años con un porcentaje de 42% y el menor porcentaje lo obtiene los de 14 años de edad, en cuanto al mayor porcentaje en sexo lidera el sexo femenino un 68% del total de 50 adolescentes, en opción sexual todos los 50 adolescentes fueron heterosexuales, siendo la heterosexualidad (100%) la orientación sexual predominante y en edad de inicio de actividad sexual un 78% respondieron que no y solo un 22% respondieron que si respectivamente.

Campos (24), en Sullana en el 2009, realizó una investigación en la I.E. Luciano Castillo Coloma del distrito de Bellavista – Sullana donde el 98% de adolescentes encuestados presentaron un nivel de conocimiento bajo sobre sexualidad, seguido de un 2% con nivel de conocimiento medio.

Los resultados del estudio de la dimensión conocimientos sobre el ciclo de la respuesta sexual indican que existe una brecha de adolescentes (67%) que no conocen el comportamiento sexual pues tienen un bajo nivel de conocimientos y solo un 30% medio para la misma dimensión. Por otra parte en su mayoría varones y mujeres adolescentes entrevistados no tienen claro que el VIH /SIDA es una

enfermedad mortal y por lo tanto desconocen las formas de contagio en un 100%. Finalmente los resultados sobre actitudes sexuales reportó que la gran mayoría de los entrevistados presentan una actitud desfavorable (56%).

Escobar (25), en Sullana en el 2009 realizó un estudio sobre los *Conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de la Institución Educativa Ricardo Palma del distrito de Marcavelica*. La población estaba constituida por 82 adolescentes de 14 a 19 años, observándose que el 100% de adolescentes tuvieron un nivel de conocimiento bajo. Sobre las 4 dimensiones de conocimiento se observó que en anatomía y fisiología sexual y reproductiva los adolescentes tuvieron conocimientos bajos, seguida de ciclo de respuesta sexual y metodología anticonceptiva con 98%, el 10% resultaron con un nivel de conocimiento medio en prevención de infecciones de transmisión sexual, seguido de ciclo de respuesta sexual y metodología anticonceptiva como prevención del embarazo con 2%, 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.

Dioses (26), encontró en su investigación *conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 15 a 19 años del Asentamiento Humano "9 de Octubre" del Distrito de Sullana 2010* que la población estuvo constituida por 3,015 adolescentes, observando que el 92.5% de adolescentes tuvieron un nivel de conocimiento bajo sobre sexualidad, mientras que el 6% reporta nivel de conocimiento medio y solo el 2% nivel de conocimiento alto.

Con respecto al nivel de conocimiento en sexualidad por dimensiones, se reporta que la dimensión menos conocida con un nivel de conocimiento bajo es la de metodología anticonceptiva como prevención del embarazo (98%) seguida de anatomía y fisiología sexual y reproductiva (88%), ciclo de respuesta sexual (82%) y finalmente prevención de infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA con el 72%.

Por otro lado se observa que las dimensiones que alcanzaron un nivel de conocimiento alto con mínimo porcentaje de un 8% son anatomía y fisiología sexual y reproductiva, se evidencio también un nivel de conocimiento medio en mínimas porciones en la dimensión de prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA (30%) y ciclo de respuesta sexual con el 10% respectivamente. Los resultados generales de las actitudes hacia la sexualidad de los/las adolescentes demuestra que el (98%) manifiesta una actitud desfavorable hacia la sexualidad, mientras que solo el (2%) presenta una actitud favorable.

Carrasco (27) Realizó un estudio sobre “*Conocimientos y Actitudes Sexuales en Adolescentes de 14-19 años en el AA.HH Manuel Escorza del Distrito de Piura, durante el periodo 2011*”. Muestra el conocimiento global que tienen los adolescentes sobre sexualidad, evidenciándose un 100% de desconocimiento; es decir, no conocen aspectos básicos de la sexualidad en general, dado que no respondieron acertadamente los ítems al interior de cada dimensión, pudiendo inferir que básicamente desconocen sobre anatomía y fisiología sexual y reproductiva, ciclo de respuesta sexual humana, no mencionan las medidas correctas de prevención de ITS- VIH/SIDA; además, no saben sobre metodología anticonceptiva como prevención de embarazo lo que demuestra que desconocen

sobre proceso de fecundación y embarazo y no tienen información básica sobre los diferentes métodos provisionados a través de las instituciones públicas y mucho menos en el mercado; ciclo de respuesta sexual un (96.25%) y prevención de enfermedades de ITS – VIH/SIDA.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Visión de la adolescencia en las perspectivas teóricas

Desde que el hombre tomó conciencia de las diferencias individuales ha insistido en estudiar el desarrollo de su vida a través de las experiencias que vive. Este estudio ha generado una gran diversidad de teorías del desarrollo que tratan de explicar de manera sencilla las etapas por las que pasa el ser humano a través de su vida. Varios teóricos se dieron a la tarea de clasificar el comportamiento humano en diferentes etapas del desarrollo desde diferentes perspectivas de la vida. De este esfuerzo por categorizar el desarrollo se han establecido las teorías más conocidas hoy día, se encuentran las siguientes perspectivas: perspectiva psicoanalítica; perspectiva social; perspectiva cognoscitiva; perspectiva moral (28, 29 ,30). Se debe tomar en consideración que no son las únicas perspectivas del desarrollo humano existentes. Pero, son éstas las más conocidas a nivel mundial.

Cada teoría tiene una visión particular sobre la adolescencia y el comportamiento de las personas que pasan por esta etapa de la vida. Los teóricos han tomado su tiempo en considerar a la adolescencia en sus estudios. Los mismos han dedicado sus esfuerzos en determinar cuáles son las características más predominantes en esta etapa del desarrollo y cada uno de ellos tiene sus propios estatutos al respecto. Tomando en cuenta las perspectivas antes mencionadas la siguiente tabla muestra de manera sencilla las relaciones que cada una de ellas

expone y si utiliza o no etapas como método de medición para establecer patrones de conductas, se presenta el resumen en el cuadro .

CUADRO 1

Teoría de la adolescencia

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

2.2.1.1 La adolescencia: aspectos biológicos, psicológicos y sociales

El desarrollo humano se entiende como una sucesión evolutiva de “momentos” por donde el individuo va transitando, inmerso en un proceso histórico dinámico y a menudo contradictorio. Todo desarrollo humano se realiza en la interdependencia de dos procesos, uno de maduración y otro de mutación o cambio. El primero lleva al segundo y el paso entre ambos corresponde a lo que comúnmente se denomina “crisis”. Éstas, también denominadas estadios o etapas, son a la vez liberadoras y generadoras de conflicto y angustia. Una de estas etapas es la adolescencia período de transición entre la pubertad y el estadio adulto (31).

La palabra adolescencia deriva del latín *adoleceré*”, que nos remite al verbo *adolecer* y que en lengua castellana tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y crecer, Sin embargo cabe mencionar que en nuestra cultura es considerada simplemente como una fase de notables cambios en cuanto al cuerpo, a los sentimientos y sensaciones o como una etapa de metamorfosis de niño a adulto, pero también es cierto que en los tiempos actuales asistimos a cambios acelerados de muchas de las tradiciones, que en el mundo occidental han sido una ayuda para esta transición. El progreso tecnológico, las comunicaciones, las multinacionales de la moda, la música y la imagen, los cambios de valores provocados por el contacto con otras culturas debidos a la migración, el turismo y los medios de comunicación, son algunos de los factores que influyen en los hábitos, costumbres y formas de vida de la adolescencia y juventud. (29)

2.2.1.2 Proceso de la adolescencia: etapas evolutivas

La adolescencia ha de ser entendida, pues, como un proceso universal de cambio, de desprendimiento que se teñirá con connotaciones externas, peculiares de cada cultura, que la favorecerán o dificultarán según las circunstancias. El /la adolescente se encuentra en la búsqueda de su identidad adulta, y en su recorrido se ve obligado a renunciar a su identidad de niño/a. En este recorrido la sexualidad tiene un papel esencial. El ser humano nace sexuado biológicamente, pero su sexualidad se irá construyendo a lo largo de toda la vida y se mostrará de diferentes maneras en cada edad o momento de su evolución (30).

En todo este proceso el/la adolescente necesita de la familia y de la sociedad. Si la familia y la sociedad acogen y consideran sus cambios, el/la adolescente hace su recorrido con mayor tranquilidad, aceptación y seguridad. Caso contrario, el/la adolescente esconde su cuerpo, se encierra en sí mismo o bien “actúa” para llamar la atención, exponiéndose a riesgos innecesarios. El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define adolescencia como “la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo”. Así su comienzo tiene lugar con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando cesa el crecimiento somático (31).

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

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

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

La adolescencia propiamente dicha:

a. Desarrollo cognoscitivo: la adolescencia es la etapa donde madura el pensamiento lógico formal. Así su pensamiento es más objetivo y racional, el adolescente empieza a pensar abstrayendo de las circunstancias presentes, y a elaborar teorías de todas las cosas (31).

La adolescencia es también la edad de la fantasía, sueña con los ojos abiertos ya que el mundo real no ofrece bastante campo ni proporciona suficiente materia a las desmedidas apetencias de sentir y así se refugia en un mundo fantasmagórico donde se mueve a sus anchas. Es también la edad de los ideales. Aunque estos hechos no afecta a todos los adolescentes Depende de la formación recibida (32, 33).

b. Desarrollo motivacional: según (31,32) cita a Schneiders, quien refiere que, en el adolescente sobresalen los siguientes motivos: Necesidad de seguridad, Necesidad de independencia, Necesidad de experiencia, Necesidad de integración (de identidad), Necesidad de afecto.

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

vida del adolescente y su originalidad. La sensibilidad avanza en intensidad, amplitud y profundidad, el adolescente es variado en su humor (31).

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 (34).

A medida que crece, son mayores y más variadas sus experiencias sociales, este mayor contacto con la sociedad favorece un conocimiento más real de la sociedad tiene mayor conciencia de los demás, así como una progresiva conciencia de pertenencia a una clase social. Otras tendencias importantes son la madurez de la adaptación heterosexual, la búsqueda de status en el grupo de compañeros de la misma edad y la emancipación de la familia.

En esta época aparecen rivalidades y luchas para obtener el poder y ejercerlo sobre los demás. Prueba sus fuerzas físicas y así se convierte en agresivo, lo que se manifiesta con ciertos actos exteriores (se golpean unos a otros), palabras agresivas (se insultan), manifestaciones reprimidas y ocultas, agresividad contra sí mismos, agresividad contra las cosas. La situación del adolescente frente a la familia es ambivalente: Por una parte está la emancipación progresiva de la familia, lo que implica un riesgo y por otra, el adolescente percibe que su familia es fuente de seguridad y ayuda, con miedo a perderla.

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

actitud y comportamiento psicosexual (31 - 32,). 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 adolescencia comienza las primeras atracciones heterosexuales, la chica es más corazón y el chico es más cuerpo. La chica es más exhibicionista que el chico (31,32).

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 (31).

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 El grupo de compromiso en la fe ahonda la religiosidad del adolescente y lo abre a los demás (31,32).

2.2.2 Bases teóricas de la sexualidad

La sexualidad es una función básica del ser humano, esta comienza a los tres o cuatro años de edad y se establece definitivamente durante la adolescencia. Los diferentes cambios físicos y psicológicos que ocurren en esta etapa pueden tener un

gran impacto en el comienzo de la sexualidad y las vidas reproductivas de los adolescentes de ambos sexos. Es importante entender las respuestas de los y las adolescentes a estos cambios para poder identificar el comienzo de las necesidades de salud reproductiva y proporcionarles servicios satisfactorios (2). Aquí 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 ^(4,41). 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 (33).

b. Teoría Cognitivo - Evolutiva: según este punto de vista, el desarrollo del género corre paralelo al progreso intelectual del niño ⁽⁴¹⁾. Los niños de muy corta edad tienen una visión exageradamente simplificada del género, equivalente a una estimación no menos estereotipada del mundo en general ya que hasta antes de los 5 años ellos no comprenden que el género es una constante y sólo entonces están en condiciones de configurar una sólida identidad de género (35).

c. La Interacción Biosocial: muchos estudiosos contemplan el surgimiento de la incipiente identidad de género como una sucesión de influencias recíprocas entre los factores biológicos y los psicosociales. En otras palabras, la programación

genética en la fase prenatal, los elementos psicológicos y las reglas sociales influyen a un tiempo en las pautas futuras que el recién nacido desarrolla durante la niñez y la adolescencia. Money y su equipo estiman que los factores que más influyen en la formación del género no son de origen biológico, sino fruto del aprendizaje cultural (36).

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

Desde el enfoque psicobiológico: el concepto de "sexualidad" sería una "construcción cultural". Correspondería a la amalgama subjetiva del comportamiento erótico y la problemática de reproducción. La característica neurobiológico que explicaría la aparición de este fenómeno cultural sería el extremo desarrollo en el ser humano de la neo corteza, estructura que es la sede de las funciones intelectuales superiores (37).

Como vemos existen diversidad de teorías que definen a la sexualidad, así tenemos ésta, que se refiere a las manifestaciones biológicas, psicológicas y sociales del ser hombre y del ser mujeres es decir abarca el conocimiento, creencias, actitudes, valores y comportamientos de los individuos a nivel sexual. Sus dimensiones incluyen la anatomía, psicología y bioquímica del sistema de respuesta sexual; la identidad, orientación, funciones y personalidad; y los pensamientos, sentimientos y relaciones. Los valores éticos, espirituales, culturales y morales influyen en la expresión de la sexualidad (38).

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

2.2.3 Bases Teóricas de la Actitud

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

a) Teorías del aprendizaje: según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás. Al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella.

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

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

Otras situaciones serían aquellas en las que hacemos algo contrario a nuestras creencias más firmes sobre lo que es correcto y apropiado (33).

2.2.3.1 Perspectiva de la actitud

Una actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente. También se define como las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí (39).

Las actitudes son aprendidas en consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Siempre estas son dirigidas hacia un objeto o idea particular (39,40).

Una vez formada, es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen. En efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después. Otras se aprenden de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa ante el robo y el homicidio; por último otras dependen directamente del individuo (39,40)

2.2.4 Teoría del conocimiento

Se entiende como teoría del conocimiento al intento intelectual de explicar la forma en la que adquirimos el conocimiento del mundo y los procedimientos por los que es generado ese conocimiento, de tal forma que pueda ser valorado ya como verdadero o como falso. Como su nombre lo indica, lo que pretende es crear una teoría (Cuerpo sistematizado de ideas sobre una materia) a cerca del conocimiento (41).

a) El conocimiento humano: desde el enfoque epistemológico, el conocimiento es un acto que significa averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Es importante distinguir entonces que la naturaleza y los acontecimientos que en ella suceden, así como el conjunto de hechos y objetos y sus relaciones dadas en el mundo, tienen la posibilidad de ser averiguadas e identificadas por nuestro procesador principal de información: el cerebro. Pero nuestro almacén y procesador de información operan limitadamente y no desde un cálculo total (42)

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

Podemos analizar su funcionamiento o funcionalidad, sus productos (conductas mentales y sus consecuencias), alguna de sus partes en particular o también la finalidad del conocimiento y su continuismo adaptativo. Estos niveles de análisis también pueden ofertarse como conocimientos cotidianos, conocimientos científicos,

conocimientos experienciales, etc. O puede ocurrir que los niveles analíticos se establezcan en orden a las estructuras a analizar: lingüísticas, fisiológicas, cognitivas, sociales, económicas, políticas, etc.

Sugereente 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 como el enfoque estructural, el enfoque conexionista, enfoque integral, enfoque procedimental, enfoque procesal, enfoque relacional, enfoque asociacionista, enfoque dinámico, entre otros sin embargo para el presente estudio del conocimiento sobre sexualidad del adolescente partimos del enfoque constructivista, la cual asegura que el individuo es un agente activo a la hora de codificar, elaborar o transferir información; luego reconstruye' cognitivamente el mundo, haciendo sus propias teorías acerca del mismo, generando hipótesis y siguiendo cursos de acción particulares.

2.3 Modelo Conceptual de la Investigación

El modelo conceptual considerado para el presente estudio y vista la sexualidad en la diversidad de enfoques tiene múltiples abordajes desde las diferentes perspectivas, una de ellas es la trabajada por el Centro de Consultoría y Asesoría del Adolescente de Colombia, la misma que nos servirá de modelo para realizar el

estudio en adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Talarita Castilla - Piura 2012. (Ver cuadro 2).

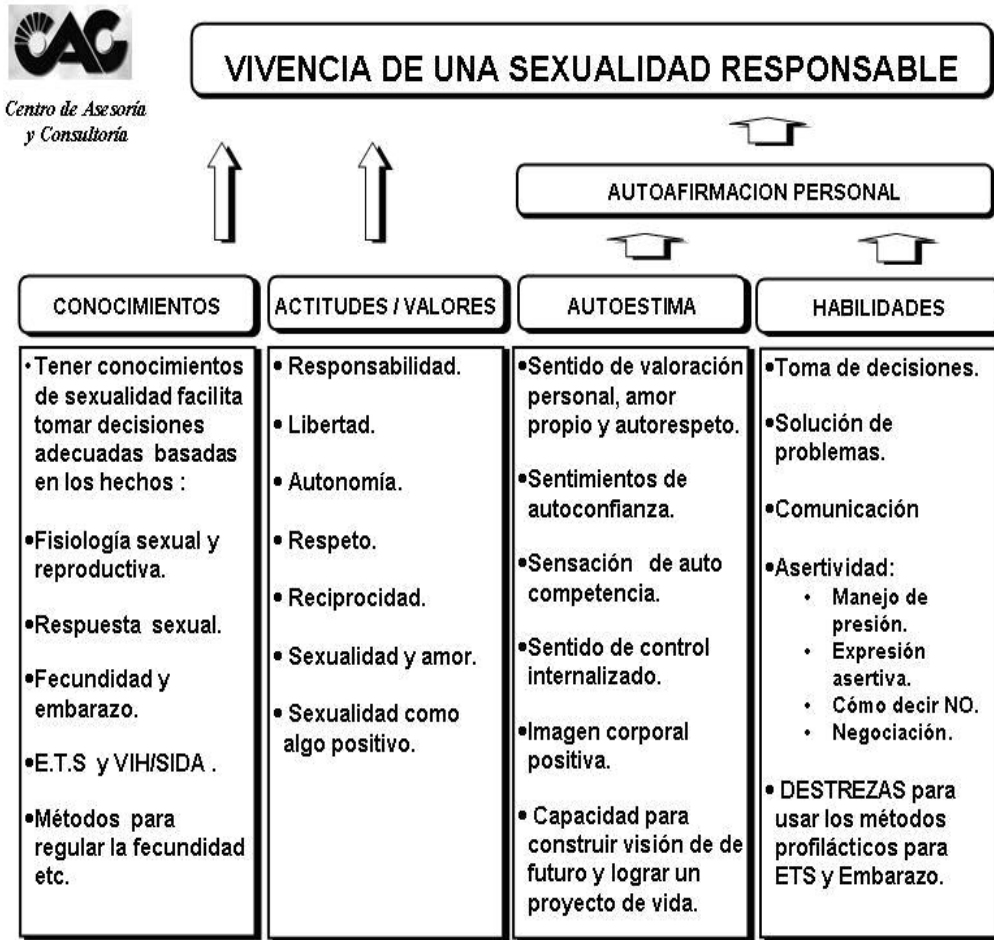
Desde la nueva educación sexual se propone enseñar que "la sexualidad es algo maravilloso que merece vivirse, no de cualquier forma, sino de manera responsable".

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

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

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

CUADRO 2



Desde esta propuesta se ha tomado los tópicos referidos a las dimensiones relacionados con el área cognitiva y actitudinal del adolescente, las mismas que se convertirán en las variables principales que en adelante denominaremos variable conocimientos y variable actitudes(39).

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, realizarte y constructiva, no se podrá esperar que las futuras generaciones tengan una salud superior a la que han tenido las generaciones anteriores (43).

La investigación apunta a describir la variable principal conocimientos sexuales en adolescente del Asentamiento Humano Talarita Castilla , en sus dimensiones:

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

Así mismo la variable principal actitudes sexuales del adolescente del Asentamiento Humano Talarita Castilla en sus dimensiones:

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

III Metodología

3.1 Tipo y nivel de investigación

3.1.1 Tipo de investigación

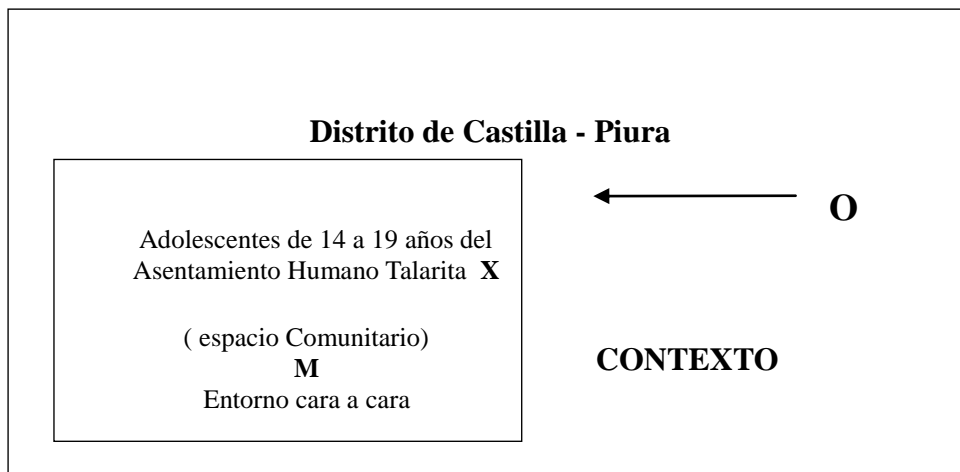
El presente estudio por sus componentes de medición de conceptos y definición de variables reúne las condiciones de una investigación de tipo descriptiva.

3.1.2 Nivel de investigación

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

3.2. Diseño de la investigación.

Diseño no experimental, transversal



Dónde:

M: Es la muestra estudiada.

X: Conocimiento y actitudes

O: Lo que observamos.

3.3. Universo, población y muestra

3.3.1 Universo

La población estuvo constituida por 1346 adolescentes que radican en el Asentamiento Humano Talarita Castilla - Piura año 2012

3.3.2 Población

La población la conforman 546 adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Talarita Castilla- Piura , que reúnen los criterios de inclusión

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Adolescentes de 14-19 años del Asentamiento Humano Talarita Castilla - Piura 2012.
- Saber leer y escribir
- No interesa la condición civil.
- Puede o no tener hijos.
- Aceptación escrita de participar en el estudio, sin importar condición socioeconómica y nivel de escolaridad.

Exclusión:

- Adolescentes transeúntes.
- Adolescentes con capacidad disminuida para comunicarse.
- Adolescentes minusválidos.
- Edad menor a 15 años y mayor de 18 años.
- Adolescentes que pertenecieran a algún programa educativo especializado para adolescentes.

3.3.3 Muestra

El estudio se realizó en una muestra de 150 adolescentes del Asentamiento Humano Talarita Castilla - Piura. La muestra fue ejecutada en el mes de abril - julio del 2012, se seleccionó teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó el muestreo no probabilístico, por cuotas, porque se requirió una cuidadosa y controlada elección de los sujetos con las características especificadas en el planteamiento del problema. Las unidades de análisis fueron cada uno de los adolescentes de 14 a 19 años que viven en el Asentamiento Humano Talarita Castilla-Piura. Para la selección de cada unidad de análisis se realizó primero la selección de manzanas y posteriormente se visitó cada uno de los hogares donde residen este grupo etario.

3.4 Definición operacional de las variables en estudio

A. Variables principales

- **Conocimiento de sexualidad del adolescente**

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

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

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

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

pueden ser suficientes para despertar la libido.

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

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

A. Actitud sexual del adolescente

Es la forma de respuesta ante las siguientes dimensiones:

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

2. Dimensión libertad para decidir y actuar: entendida como el sentir del adolescente para saber responder a las circunstancias favorables o adversas

relacionadas con su sexualidad y sin presión alguna, es decir, saber decir no ante la presión de grupo, debe decidir ella o el cuándo iniciar su actividad sexual, informarse y utilizar MAC, utilizar preservativos.

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

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

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

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

B. Variables secundarias

Características sociodemográficas:

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

C. Variables de control

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

CUADRO 3

Matriz de Operacionalización de la Variable Conocimientos Sexuales

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Conocimientos 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,	<ul style="list-style-type: none"> ○ Conoce las fases del ciclo de respuesta sexual 		Si conoce No conoce
		Prevención de Enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> ○ Identifica las vías de transmisión del VIH/SIDA ○ Conoce los síntomas de la ITS/VIH/SIDA. ○ Medidas de protección y prevención 		Si conoce No conoce
		Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Conoce los diferentes métodos anticonceptivos. ○ Utiliza los métodos. ○ Se protege y previene el embarazo 		Si conoce No conoce

CUADRO 4
Matriz de Operacionalización de la Variable Actitudes Sexuales

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Actitudes sexuales de los adolescentes	Una 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 decidir y 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ Respeta 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 ○ Sentimiento después de una relación coital. ○ Sentimientos después de la masturbación. ○ La sexualidad debe vivirse respetando los principios y valores. ○ La relación sexual debe llevarse respetando las normas. 		Favorable Desfavorable
		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 sientes bien después de realizar el acto sexual 		Favorable Desfavorable

CUADRO 5
Matriz de Operacionalización de la Variable Características Sociodemográficas

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Características socio demográficas	Son las características socio demográficas, de edad y de género de los adolescentes	Religión	○ Religión	Cualitativa nominal	Católico Evangélico Otras 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 coitales	○ Edad de inicio de sus relaciones sexuales	Cuantitativa de razón	Años
		Opción sexual	○ Opción sexual	Cualitativa nominal	Heterosexual Homosexual Bisexual

CUADRO 6
Matriz de Operacionalización de las variables características de control

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

3.5 Técnica e Instrumentos de medición

3.5.1 Técnica

Se utilizó la técnica de la encuesta.

3.5.2. Instrumentos

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

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

Para la medición del nivel de conocimientos sexuales se utilizó el cuestionario previamente estructurado de preguntas cerradas diseñado y validado por la investigadora Mg. Nelly Solís Villanueva (Anexo 1.1), la escala consta de 35 ítems ,con opciones de respuestas dicotómicas si conoce y no conoce, realizadas de manera agrupada según dimensiones, dicho cuestionario contiene 9 ítems que miden los conocimientos de anatomía y fisiología sexual y reproductiva; 8 ítems sobre repuesta sexual ; 9 relacionadas a los conocimientos de prevención de las ITSS/VIH/SIDA, 9 destinados a metodología anticonceptiva como alternativa de prevención del embarazo. Un Si representa un valor de 1 y un No un valor 0. Sumando las respuestas de cada ítem se pueden tener un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 35. Cuyos rangos fueron establecidos de la siguiente manera:

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

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

La Prueba tiene un índice de confiabilidad AlphaCrombach igual a 0.769; siendo confiable (anexo 2.3).

- **Test de actitudes sexuales del adolescente**

Para la medición de las actitudes sexuales del adolescente, se utilizó un test diseñado y validado por la investigadora Mg. Nelly Solís Villanueva en el año 2011 ;un instrumento que consta de 6 dimensiones: responsabilidad y prevención del riesgo sexual con 10 ítems, libertad para decidir y actuar con 6 ítems, autonomía con 5 ítems, respeto mutuo y reciprocidad con 9 ítems, sexualidad y amor con 9 ítems, sexualidad como algo positivo con 11 ítems; afirmaciones narradas, de la forma, que mejor refleje la opinión del adolescente, y comprende una escala de tipo likert, considerando 5 alternativas :

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

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

máximo de 250 puntos.

Se tuvo en cuenta los siguientes rangos:

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

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

La prueba tiene un índice de confiabilidad alpha Crombach igual a 0.845 ; siendo su confiabilidad alta (Anexo 2.3).

- **Características sociodemográficas y sexuales.**

Para la recogida de los datos sociodemográfico, se empleó un cuestionario donde se identifica las variables estado civil, religión, ocupación y lugar de residencia, asimismo si tiene enamorado o enamorada, si ha tenido relaciones sexuales, la edad de inicio de actividad sexual y la opción sexual. También se incluye la edad y el sexo del adolescente (Anexo 1.2).

3.6 Plan de análisis

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

Baremación del Test.

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

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

Lo más usual en las pruebas es realizar baremos en escala de centiles o percentiles. En el presente trabajo de investigación por estudios anteriores

(según Taller de Titulación I), los puntajes para medir los conocimientos y actitudes sexual en cada una de sus dimensiones son las siguientes :

Conocimiento general

Si conoce : mayor a 15 puntos.

No conoce : menor o igual a 15 puntos.

Conocimientos por dimensiones:

Anatomía y fisiología, sexual y productiva del adolescente

Si conoce : mayor a 4 puntos.

No conoce : menor o igual a 4 puntos.

Ciclo de respuesta sexual

Si conoce : mayor a 4 puntos.

No conoce : menor o igual a 4 puntos.

Prevención de infecciones de transmisión sexual - VIH /SIDA

Conoce : mayor a 3 puntos.

No conoce : menor o igual a 5 puntos.

Métodos anticonceptivos como alternativa de prevención del embarazo

Si conoce : mayor a 3 puntos.

No conoce : menor o igual a 3 puntos.

Actitud general

Favorable : mayor a 150 puntos.

Desfavorable : menor o igual a 150 puntos.

Actitudes según dimensiones

Responsabilidad y prevención del riesgo sexual.

Favorable : mayor a 30 puntos.

Desfavorables : menor o igual a 30 puntos.

Libertad para decidir y actuar.

Favorable : mayor a 17 puntos.

Desfavorable : menor o igual a 17 puntos .

Autonomía.

Favorable : mayor de 17 puntos.

Desfavorable : menor o igual a 17 puntos .

Respeto mutuo y reciprocidad.

Favorable : mayor a 26 puntos.

Desfavorable : menor o igual a 26 puntos.

Sexualidad y Amor.

Favorable : mayor a 27 puntos.

Desfavorable : menor o igual a 27 puntos.

Sexualidad como algo positivo.

Favorable : mayor a 34 puntos.

Desfavorable : menor o igual a 34 puntos.

IV. Resultados

4.1 Resultados

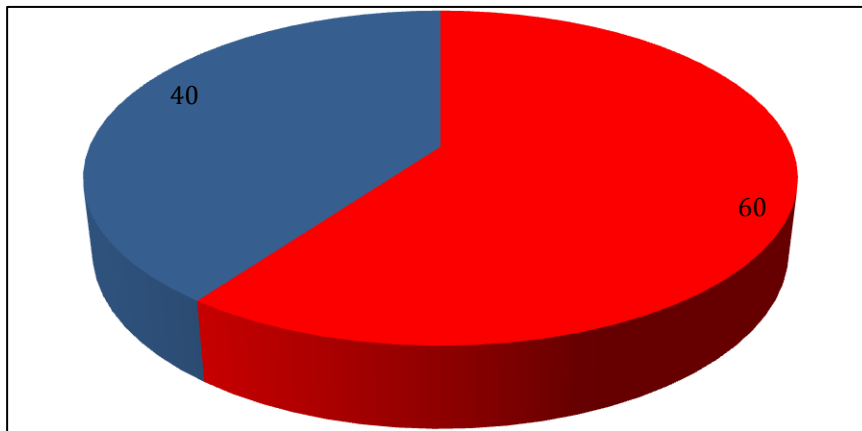
TABLA 1

Conocimiento sexual global.

Conocimiento	n	%
No conoce	90	60,00
Conoce	60	40,00
Total	150	100,00

Fuente: encuesta aplicada en el periodo abril- julio 2012

En la tabla 1 el conocimiento sexual global en adolescentes, se observa que el 60,00% de adolescentes encuestados desconocen aspectos básicos de sexualidad y el 40,00 % conocen.



■ No conoce ■ Conoce

TABLA 2
Conocimientos sexuales por dimensión.

	No conoce		Conoce	
	n	%	n	%
Anatomía y fisiología	108	72,00	42	28,00
Respuesta sexual	94	62,67	56	37,33
Prevención de enfermedades	87	58,00	63	42,00
Métodos anticonceptivos	97	64,67	53	35,33

Fuente: encuesta aplicada en el periodo abril- julio 2012

La tabla 2, nos muestra el nivel de conocimiento sobre sexualidad según dimensiones, se observa que el 72,00% desconoce sobre la dimensión anatomía y fisiología sexual y reproductiva seguida de métodos anticonceptivos con el 64,67% y el 62,67% de adolescentes no conocen sobre sobre la dimensión de respuesta sexual .

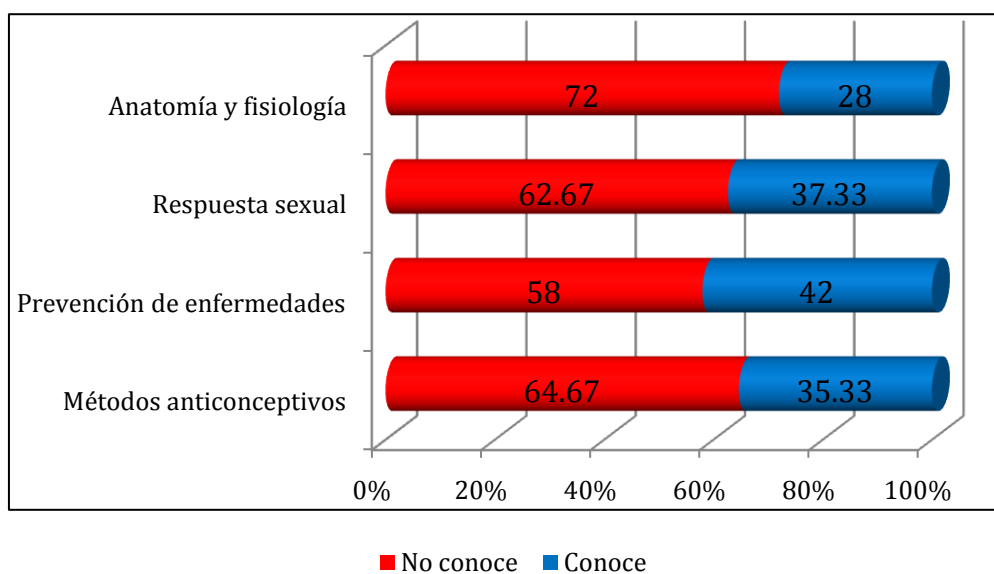


Figura 2: gráfico de barras del conocimiento sexual según dimensión.

TABLA 3
Conocimiento anatomía y fisiología sexual y reproductiva por ítems.

	No conoce		Conoce	
	n	%	n	%
Conoce los genitales externos de mujer.	106	70,67	44	29,33
La fecundación es el ingreso del espermatozoide al ovulo.	72	48,00	78	52,00
El embarazo comienza con la fecundación.	73	48,67	77	51,33
En el embarazo se dan las modificaciones anatómicas y fisiológicas.	79	52,67	71	47,33
Conoce los genitales externos del varón.	92	61,33	58	38,67
Conoce la denominación del extremo final del pene.	100	66,67	50	33,33
Las trompas de Falopio transportan el óvulo hacia el útero.	104	69,33	46	30,67
La mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual.	96	64,00	54	36,00
El sexo es natural y necesita ser aprendido.	67	44,67	83	55,33

Fuente: encuesta aplicada en el periodo 201

En la tabla 3, en la dimensión anatomía y fisiología sexual y reproductiva por ítems , los resultados demuestran que el 70,67% de las adolescentes desconocen acerca de sus órganos genitales externos , asimismo el 69,33% no tienen conocimiento sobre el ítems de las trompas de Falopio transporta el ovulo hacia el útero ; seguido de los órganos externos del varón con un 61,33%.

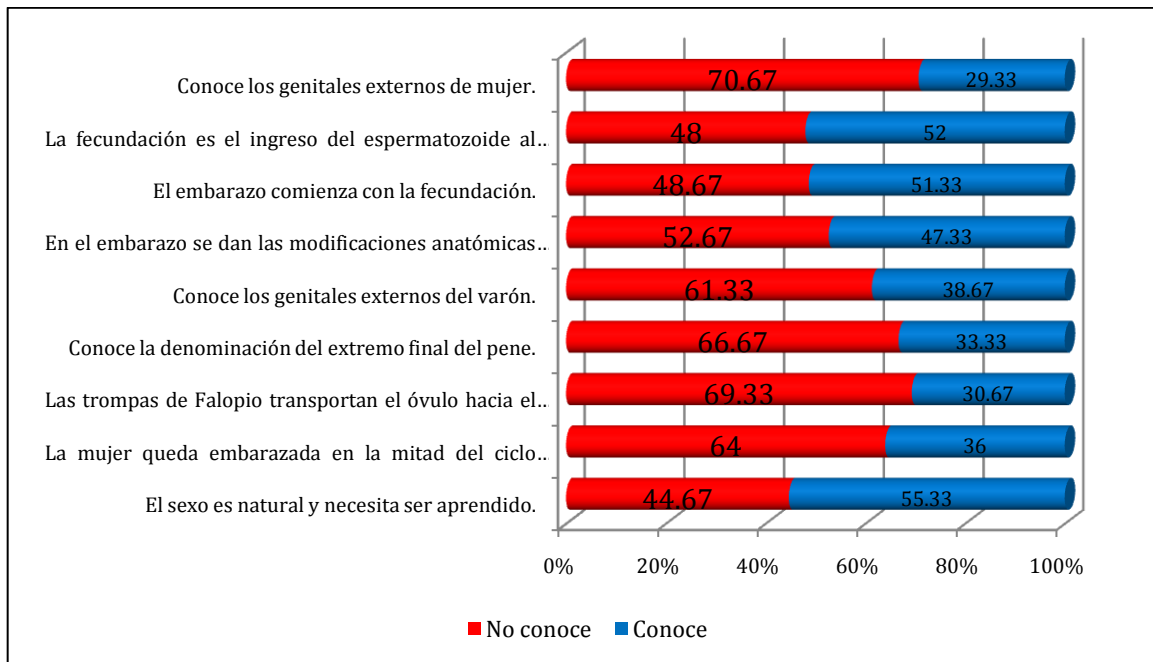


Figura 3: gráfico de barras del conocimiento anatomía y fisiología sexual y reproductiva por ítems .

TABLA 4

Conocimiento respuesta sexual por ítems.

	No conoce		Conoce	
	n	%	n	%
Conoce las fases de la respuesta sexual humana.	111	74,00	39	26,00
La VSR tiene como elemento, la autoafirmación personal.	79	52,67	71	47,33
La VSR implica tener conocimientos de ITS/VIH/SIDA.	93	62,00	57	38,00
La VSR implica actitudes y valores.	80	53,33	70	46,67
Manifestaciones de Madurez sexual: menstruación, masturbación y acercamiento a jóvenes del sexo opuesto.	76	50,67	74	49,33
Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad.	87	58,00	63	42,00
Comportamiento no coital abarca besos, abrazos, caricias y masturbación.	96	64,00	54	36,00
La persona es quien controla su comportamiento sexual.	98	65,33	52	34,67

Fuente: encuesta aplicada en el periodo 2012

Según la tabla 4 ,en la dimensión respuesta sexual por ítems podemos observar que el 74% desconoce las fases de respuesta sexual humana ;no conocen que son ellos quienes controlan su comportamiento sexual ; y el comportamiento no coital con un 65% y 64% respectivamente ; asimismo tiene un nivel de conocimiento bajo sobre la VSR que implica tener conocimientos sobre VIH/SIDA con un 62%.

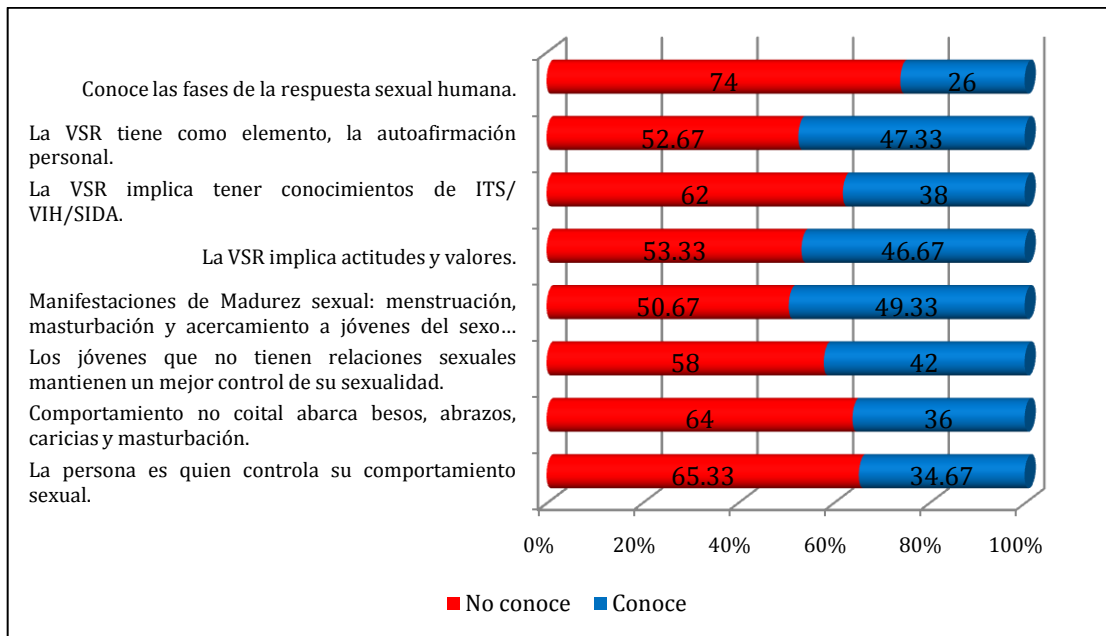


Figura 4: gráfico de barras del conocimiento respuesta sexual por ítems.

TABLA 5

Conocimiento sobre prevención de ITS-VIH/SIDA.

	No conoce		Conoce	
	n	%	n	%
El SIDA es una enfermedad que amenaza la vida.	70	46,67	80	53,33
Conoce las 3 vías de contagio del VIH/SIDA.	91	60,67	59	39,33
Un hombre puede infectarse con VIH si tiene coito con una sola mujer.	113	75,33	37	24,67
El usar preservativos convenientemente en una relación previene el SIDA.	92	61,33	58	38,67
El SIDA se contagia por abrazos, besos y contacto con persona infectada.	76	50,67	74	49,33
Las ITS se transmiten a través de la relación coital.	86	57,33	64	42,67
Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas de ITS.	101	67,33	49	32,67
Conoce y nombra las enfermedades de transmisión sexual.	103	68,67	47	31,33
El uso del preservativo es 100% seguro en la prevención de ITS.	109	72,67	41	27,33

Fuente: encuesta aplicada en el periodo 2012

La tabla 5, nos presenta conocimientos sobre prevención de ITS/VIH/SIDA, se concluye que el 75,30% de los adolescentes señalaron no conocer que el hombre puede infectarse de VIH si tiene contacto sexual solo una mujer, el 72,67% indicaron desconocer que el preservativo es 100% seguro en la prevención de ITS, asimismo el 68,67% desconocen las diferentes ITS y que cuyos síntomas pueden ser úlceras, llagas y heridas en zona genital con un 67,33%. Por ultimo solo el 53,33% de los adolescentes conocen que el Sida es una enfermedad que amenaza la vida .

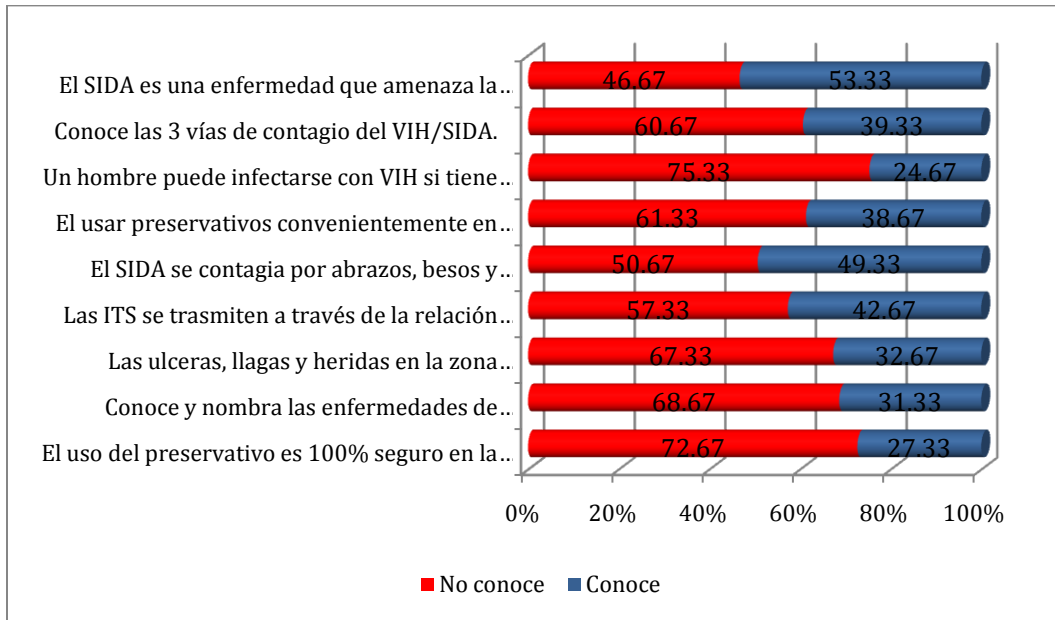


Figura 5: gráfico de barras del conocimiento prevención de ITS – VIH/SIDA por ítems.

TABLA 6

Conocimiento métodos anticonceptivos como prevención del embarazo por ítems.

	No conoce		Conoce	
	n	%	n	%
Una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual.	68	45,33	82	54,67
Los MAC pueden ser naturales y artificiales.	101	67,33	49	32,67
Sabe que píldoras, inyectables, DIU, son métodos anticonceptivos.	98	65,33	52	34,67
Para aplicarse la T de Cu la joven debe ir al médico u obstetris.	93	62,00	57	38,00
La abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.	101	67,33	49	32,67
Utilizar el preservativo es un método de Planificación Familiar.	82	54,67	68	45,33
Los MAC de barrera son: los preservativos, el diafragma y espermicidas.	106	70,67	44	29,33
Los métodos hormonales son: la píldora, inyectable, norplant.	102	68,00	48	32,00
Los MAC para los adolescentes son: el preservativo, diafragma, píldoras, inyectables, DIU.	108	72,00	42	28,00

Fuente: encuesta aplicada en el periodo 2012

La tabla 6, nos muestra la dimensión métodos anticonceptivos como alternativa de prevención del embarazo, se determinó que el 72% desconocen cuáles son los MAC para adolescentes; mientras que el 70,67% no conocen acerca de los MAC de barrera como alternativa de prevención del embarazo ; seguido de los métodos hormonales con un 68% , además desconocen acerca de la clasificación de los MAC y que la abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer con un 67,33% . Por otra parte el 54,67% señalo no tener conocimiento que usar el preservativo es un método de planificación familiar y solo el 54,67% de las adolescentes conocen

que una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual.

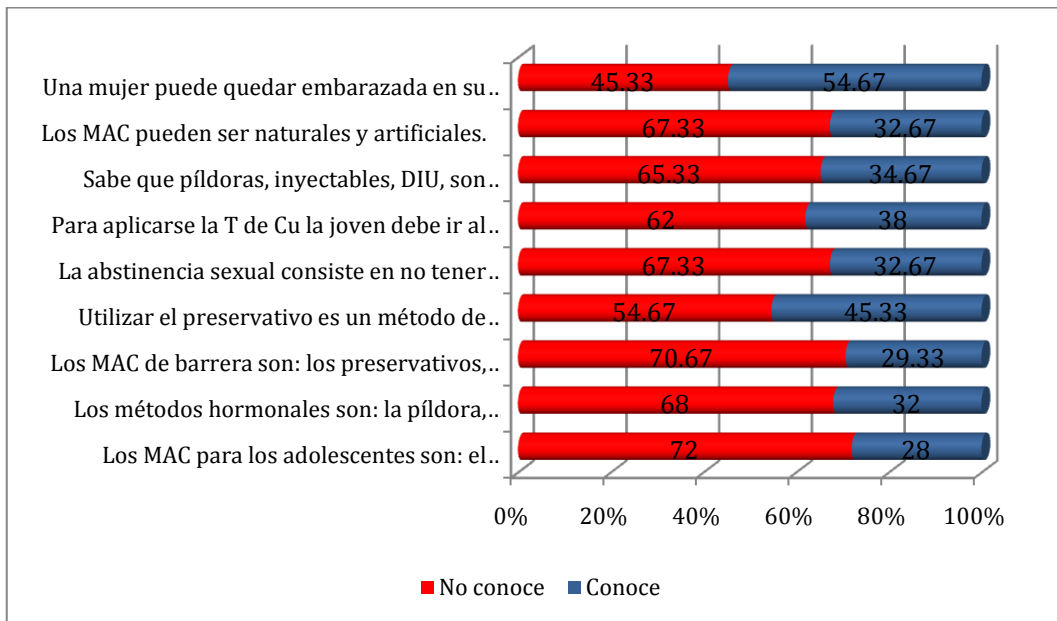


Figura 6 .gráfico de barras del conocimiento métodos anticonceptivos como prevención del embarazo por ítems.

TABLA 7

Actitudes sexuales en general.

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

Fuente: encuesta aplicada en el periodo 2012

En la tabla 7, en relación de actitudes sexuales en forma general, se observó que el 50,67 % del total de la muestra tiene actitudes desfavorables frente a un 49,33 % de actitudes favorables.

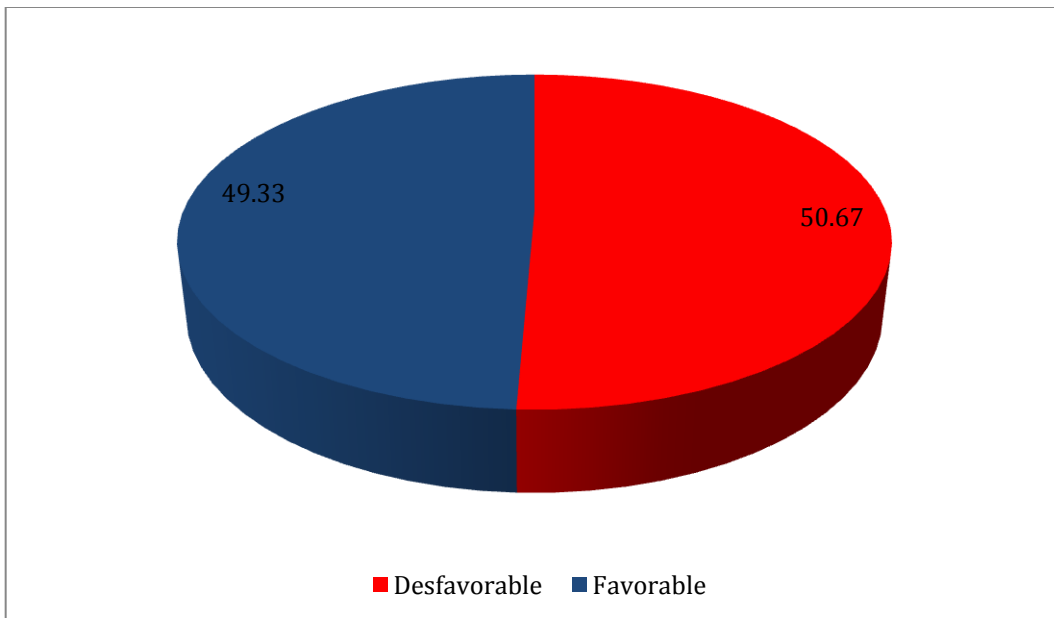


Figura 7: gráfico de torta de las actitudes sexuales en general.

TABLA 8

Actitudes sexuales según dimensiones.

	Desfavorable		Favorable	
	n	%	n	%
Responsabilidad y prevención	93	62,00	57	38,00
Libertad para decidir	90	60,00	60	40,00
Autonomía	84	56,00	66	44,00
Respeto mutuo	78	52,00	72	48,00
Sexualidad y amor	85	56,67	65	43,33
Sexualidad algo positivo	81	54,00	69	46,00

Fuente: encuesta aplicada en el periodo 2012

La tabla 8, actitudes sexuales según dimensiones en adolescentes las de mayor porcentaje en cuanto a actitud desfavorable son Responsabilidad y prevención y libertad para decidir con un 62% y 60% respectivamente . Con respecto a la dimensión sexualidad y amor las adolescentes indicaron del mismo modo tener una actitud desfavorable en un 56,67% .

El 48% de las adolescentes, mostraron actitudes favorables frente al ítem Respeto mutuo .

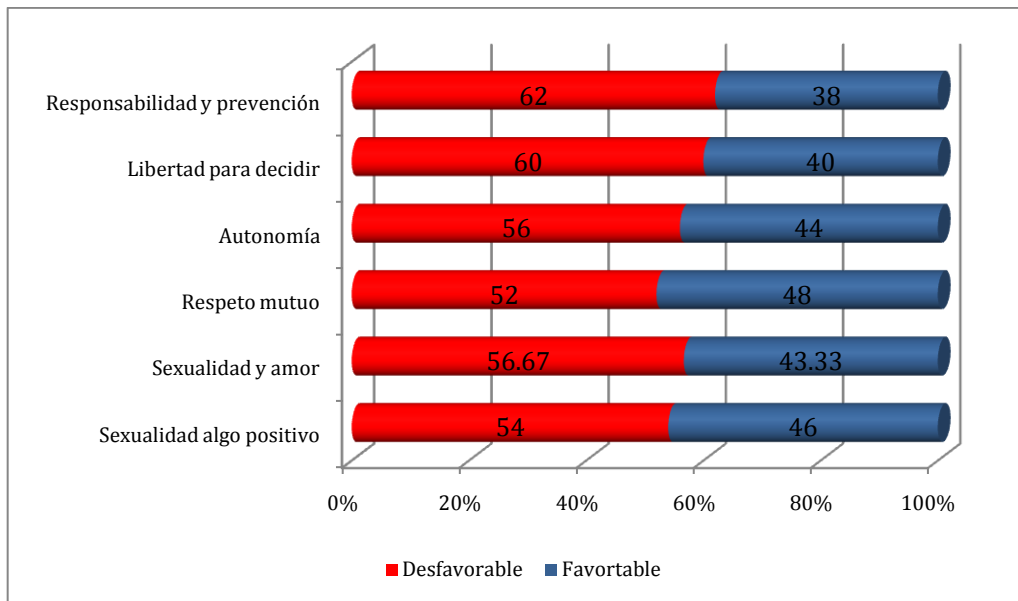


Figura 8: gráfico de barras de las actitudes sexuales por dimensión.

TABLA 9

Características socio-demográficas y sexuales.

Variable		n	%	
Edad	14	12	8,00	
	15	30	20,00	
	16	46	30,67	
	Media=	17	23,33	
	18	13	8,67	
	19	14	9,33	
Genero	Masculino	73	48,67	
	Femenino	77	51,33	
Estado civil	Soltera(o)	144	96,00	
	Casada(o)	2	1,33	
	Conviviente	4	2,67	
Religión	Católica(o)	137	91,33	
	Otro	10	6,67	
	No creyente	3	2,00	
Ocupación	Estudiante	103	68,67	
	Trabajador	10	6,67	
	Estudiante/trabajador	27	18,00	
	No estudia/ no trabaja	3	2,00	
	Ama de casa	7	4,67	
Enamorada	Si tiene enamorada(o)	78	52,00	
	No tiene enamorada(o)	72	48,00	
Relaciones coitales	Si	39	26,00	
	No	111	74,00	
n=	12	0	,00	
	13	0	,00	
	14	3	7,69	
	Media=	15	30,77	
	Edad de Inicio	16	7	17,95
	de relación coital	17	10	25,64
Orientación sexual	18	6	15,38	
	19	1	2,56	
	Heterosexual	150	100,00	
	Homosexual	0	,00	
	Bisexual	0	,00	

Fuente: encuesta aplicada en el periodo 2012.

En la tabla 9, se evidencia que dentro de las características sociodemográficas el 100% son heterosexuales, seguido de un 96% solteros, el 68,67% son estudiantes y la religión que predomina con un 91,33% es la católica, su edad de mayor representación es de 16 años con 30.70%, el 52% refieren tener enamorado, solo un 26% se han iniciado sexualmente, siendo la edad de inicio que predomina 15 años con 8.00%.

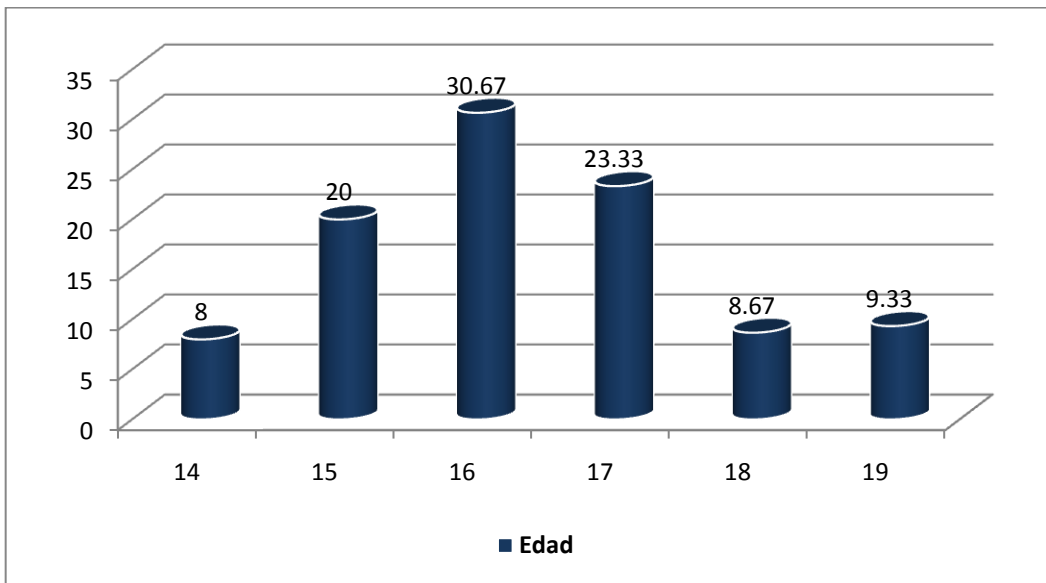


Figura 9.1: gráfico de barras del porcentaje de investigadores según la edad .

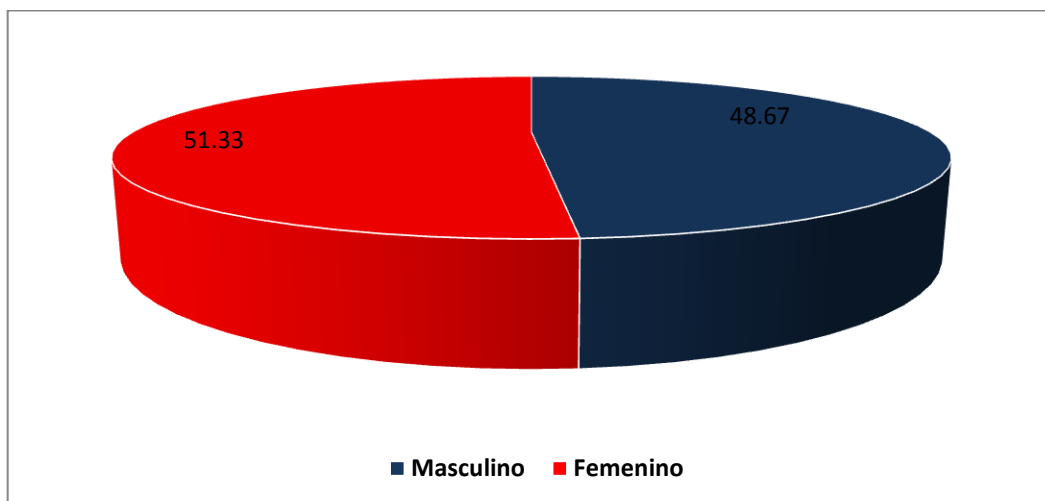


Figura 9.2: gráfico de barras del porcentaje de investigadores según sexo .

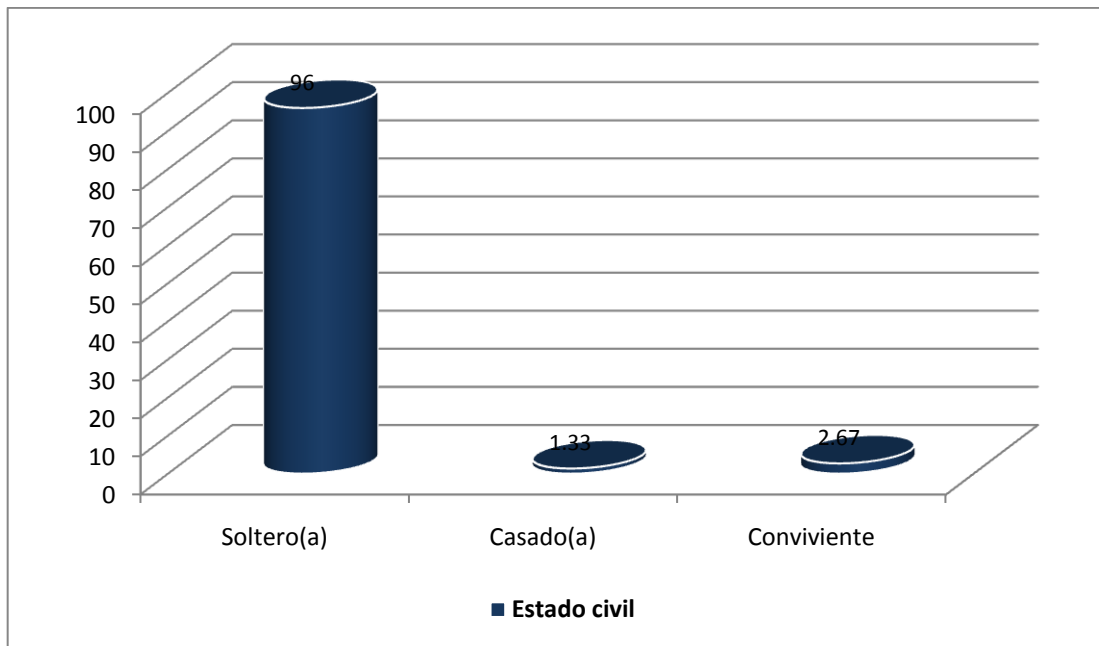


Figura 9.3: gráfico de barras del porcentaje de investigados según estado civil.

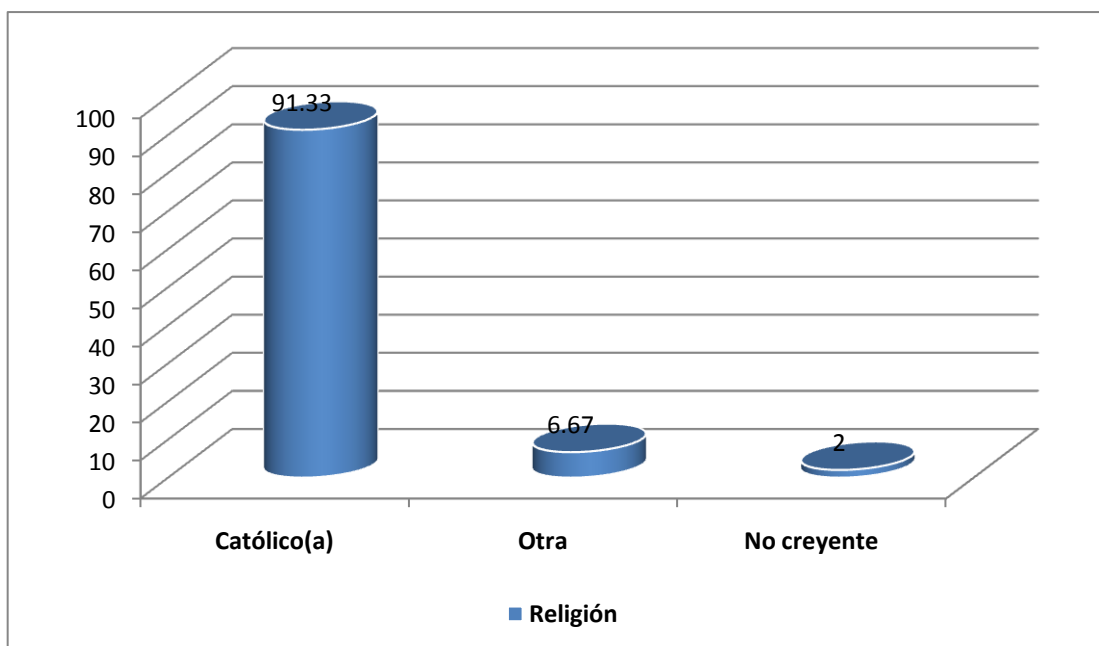


Figura 9.4: gráfico de barra del Porcentaje de investigados según su religión.

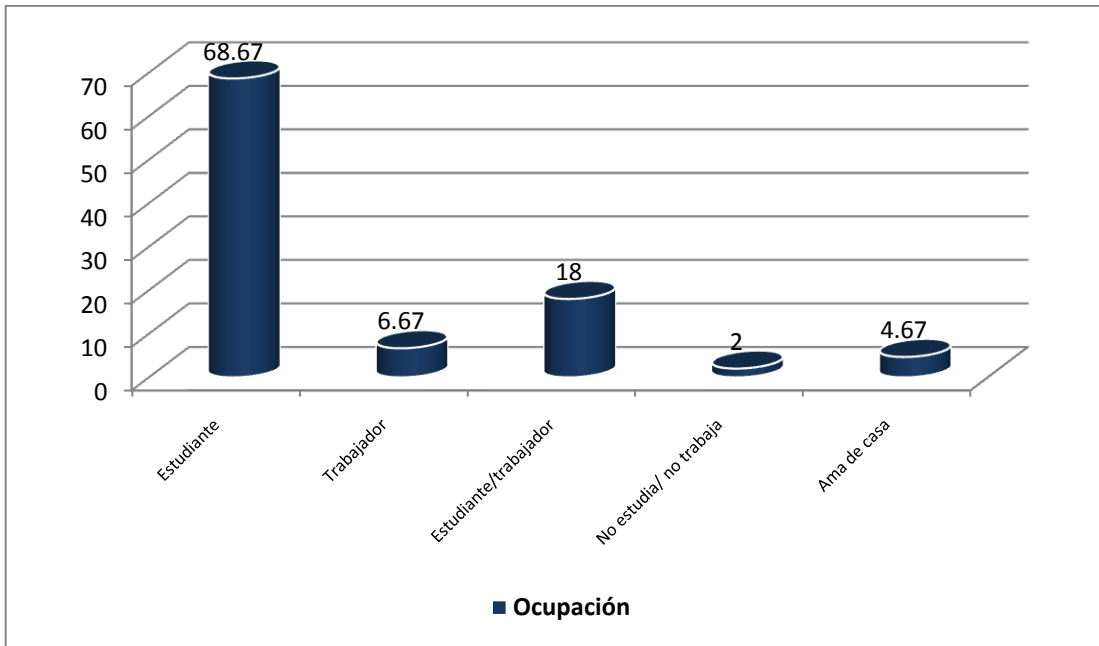


Figura 9.5: gráfico de barras del porcentaje investigado según su ocupación

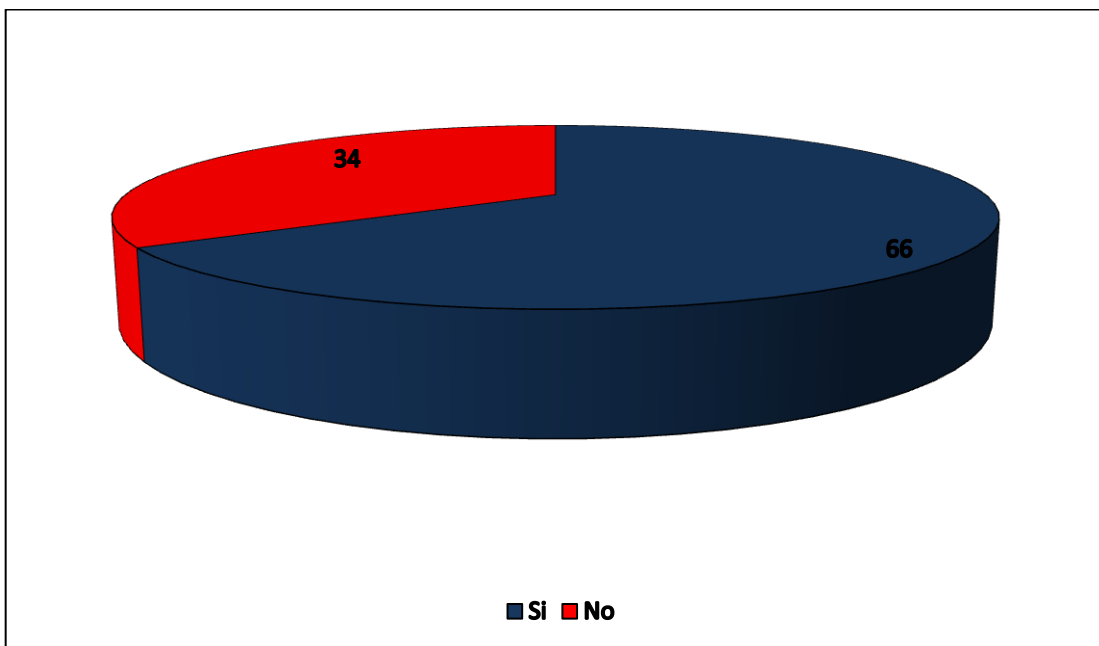


Figura 9.6: gráfico de tortas del porcentaje investigado según si tiene enamorado(a)

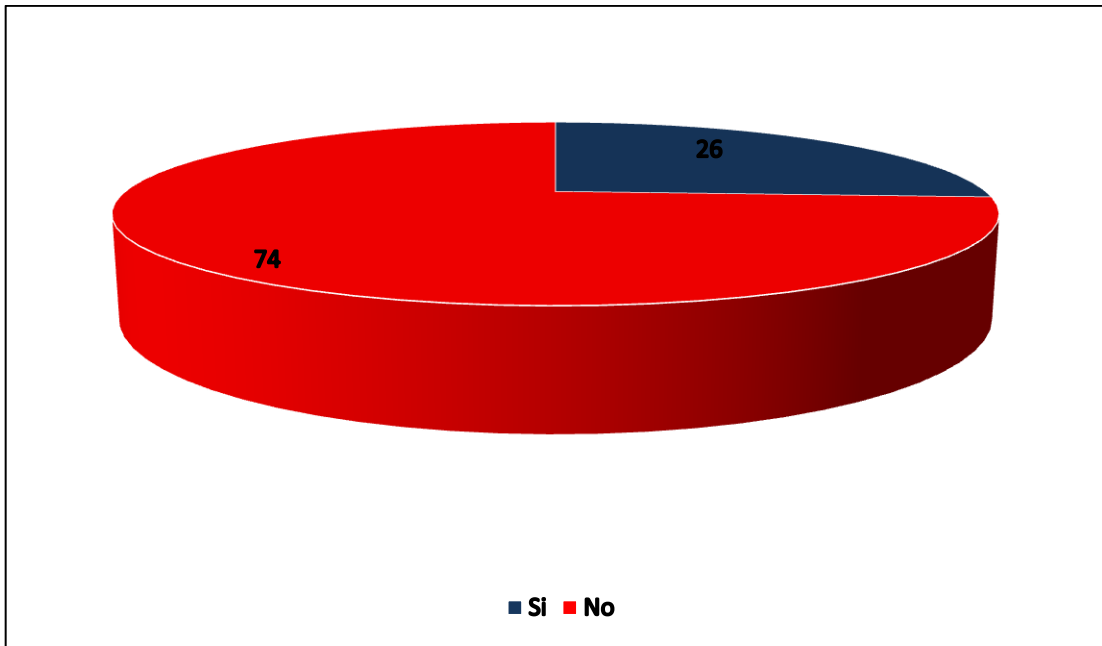


Figura 9.7: gráfico de torta del porcentaje de investigados según si tiene relaciones coitales

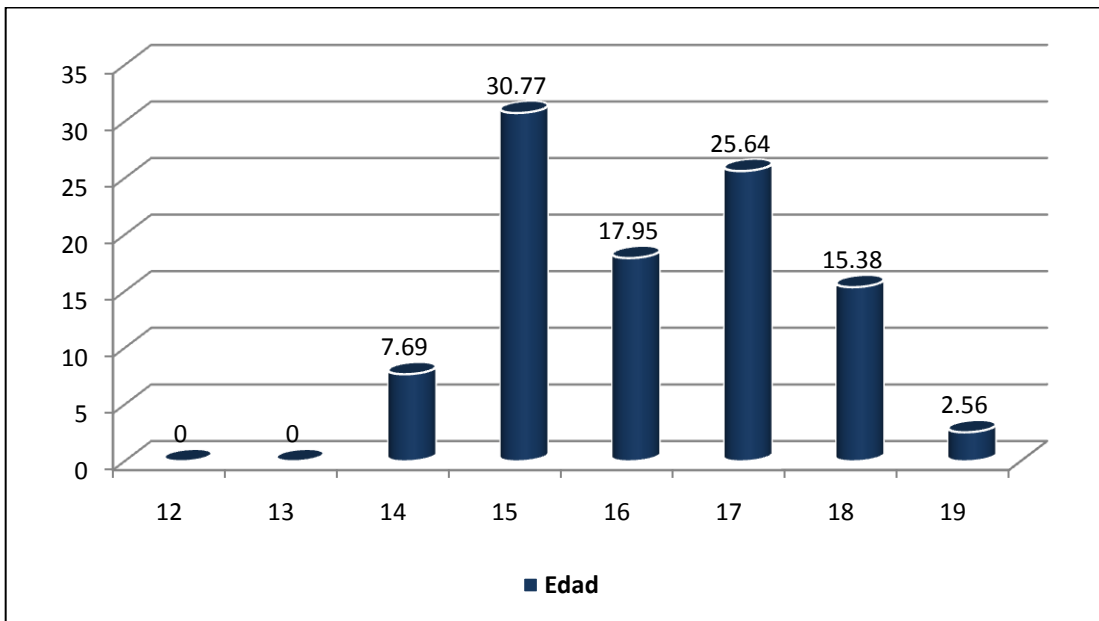


Figura 9.8 porcentaje de investigados según su edad de inicio de relación sexual

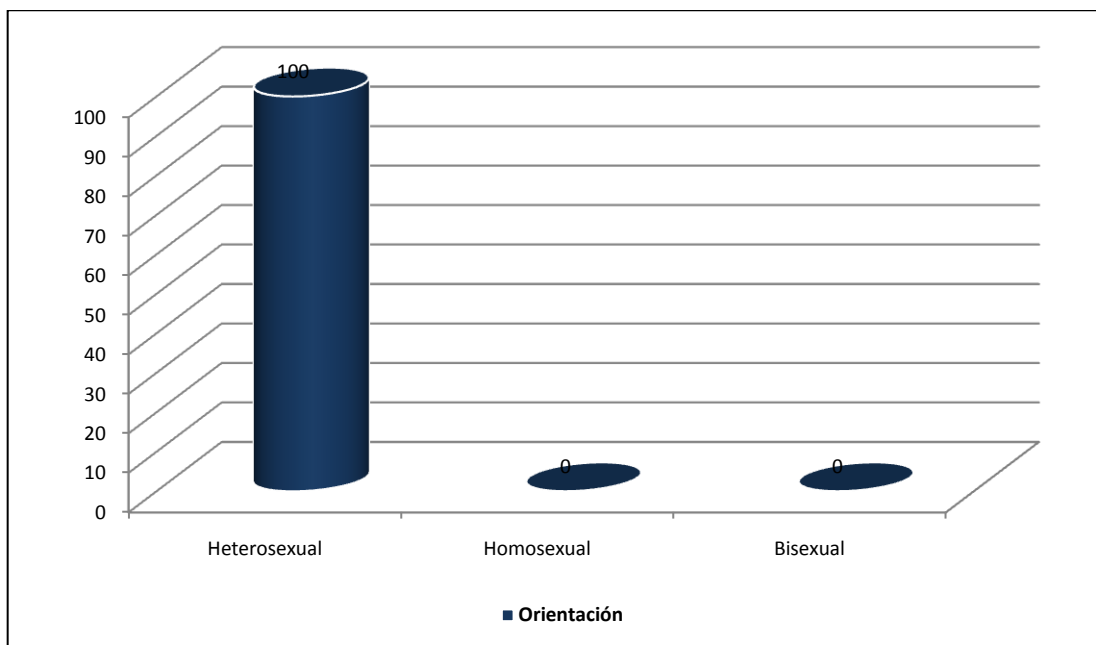


Figura 9.8: gráfico de barras del porcentaje investigado según su orientación sexual

TABLA 10

Datos estadísticos descriptivos de la edad y la edad de inicio de relación coital

	n	Mín	Máx	M	D.E.
Edad	150	14	19	16,33	1,359
Edad de Inicio de relación coital	39	14	19	16,18	1,315

Fuente: encuesta aplicada en el periodo 2012

En la tabla 10 nos muestra que la edad media de los adolescentes es de 16.33 años, mientras que la edad de inicio de relaciones coitales es de 16.18 años.

4.2. Análisis de resultados

En el curso de la vida, la adolescencia representa un periodo que transcurre entre la infancia y la edad adulta caracterizada por importantes cambios físicos, psicológicos, sexuales y sociales. Estos cambios requieren promover la construcción de conocimientos y de valores sustentados en sólidos vínculos de afecto, confianza, respeto, comprensión, claridad y realidad. Es imperativo abordar los temas relacionados con la sexualidad de las y los adolescentes dentro de un enfoque integral, con la finalidad de ofrecerles información que les permita tomar decisiones para prevenir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual.

Cada individuo experimenta la sexualidad de forma distinta pues depende tanto de vivencias personales como de patrones públicos y sociales, para favorecer la construcción de la nueva identidad. La salud, así como la sexualidad, forman parte de nuestra personalidad e identidad, una necesidad humana que se canaliza a través del cuerpo, y está íntimamente relacionada con la feminidad o masculinidad, en auto imagen y la autoconciencia.

Tal situación se refleja en los resultados obtenidos en la presente investigación en el Asentamiento Humano Talarita Castilla –Piura, donde podemos observar según Tabla y Grafico N° 01, que existe un importante desconocimiento global sobre aspectos básicos de sexualidad en los adolescentes con un 60%, y que solo el 40 % conoce temas como Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva, Ciclo de Respuesta Sexual ,Prevención de infecciones de Transmisión Sexual/VIH/SIDA y Métodos Anticonceptivos como Prevención del embarazo ,resultados que se asemejan a los de Mendoza (22), en Piura 2007 en su

estudio titulado *Nivel de Conocimiento sobre Sexualidad* informa que el 64 % de los adolescentes estudiantes de Enfermería demuestra tener un deficiente conocimiento sobre sexualidad, mientras que un 36% poseen un buen nivel de conocimiento acerca del tema.

Posiblemente los resultados obtenidos son producto de la falta de orientación e información que tienen los adolescentes sobre su sexualidad, situación que nos lleva a pensar que no se está brindando de forma adecuada y correcta la información a los adolescentes, a causa del poco o ausente compromiso de padres y educadores, debiéndose esto a los prejuicios que tengan algunas personas hacia temas de sexualidad por ello los adolescentes sienten vergüenza y temor de ser criticados por las personas mayores cuando intenten disipar dudas acerca de su sexualidad,

En la siguiente **tabla y figura 2** se muestra alarmantemente que de la población en estudio el 72% desconoce conceptos básicos de anatomía - fisiología sexual y reproductiva .seguido de un 64,67% de adolescentes que no conocen sobre los MAC como prevención de riesgo. Asimismo podemos observar a la dimensión respuesta sexual ,con un 64,67% de desconocimiento Y finalmente el 58% no conocen conceptos básicos de prevención de ITS VIH/SIDA .resultados que guardan similitud con el estudiorealizado por Escobar (25) sobre *conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de la Institución Educativa Ricardo Palma del distrito de Marcavelica - Sullana*, donde el 100% de adolescentes tuvieron un nivel de conocimiento bajo. Sobre las 4 dimensiones de conocimiento se observó que en anatomía y fisiología sexual y reproductiva los adolescentes tuvieron conocimientos bajos, seguida de ciclo de respuesta Sexual y metodología anticonceptiva con 98%, el 10% resultaron con un nivel de conocimiento medio en Prevención de enfermedades

de transmisión sexual, seguido de ciclo de respuesta sexual y metodología anticonceptiva como prevención del embarazo con 2%.

Resulta evidente que el desconocimientos acerca de temas de salud sexual y reproductiva afecta a los adolescentes de ambos estudios, quizá la educación sexual está dada pero esta no llega con facilidad al adolescente, si empezamos desde el hogar por cuestiones de tabúes y no descartar que los padres ignoren acerca de temas sexuales ,puesto que ellos posiblemente vienen de familias conservadoras, o puede ser a las restricciones que puede haber en distintos centros educativos donde muchas veces se tamiza la información que debe darse al adolescente volviéndola deficiente.

En cuanto la **tabla y figura 3** la dimensión anatomía y fisiología sexual y reproductiva se observa que los ítems menos conocidos, con un 70,67% fueron al preguntárseles cual eran sus órganos genitales externos , de esta manera el 69,33% tiene un conocimiento muy bajo sobre el ítems de las trompas de Falopio transporta el ovulo hacia el útero ;seguido de los órganos externos del varón con un 61,33% Diferentes fueron los resultados al preguntárseles si el sexo es natural y que necesita ser aprendido con un importante 44,67%, que indican la fundamental necesidad de aprender que tienen, acerca de su sexualidad. Así mismo un 48,67% reconoce que el embarazo comienza con la fecundación.

Resultados que guardan similitud con el estudio realizado por Chávez (15) en Costa Rica en el año 2005 donde se puede observar que el el 38.18% de los adolescentes, tienen nivel de conocimiento regular sobre diferencia de órganos sexuales del varón, y 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.

Probablemente se deba que la información no es la adecuada en sus centros educativos y/o familias. Asimismo existen medios de comunicación que facilitan esta información como por ejemplo el internet pero estos son mal utilizados por los adolescentes, es preciso decir que estas fuentes de información no son las más confiables, estas ideas se ven influidas en gran medida por el contexto sociocultural en el que están inmerso y obviamente repercuten en el adolescente.

En la **tabla y figura 4** en la dimensión respuesta sexual por ítems se identificó que el 74 % de los adolescentes encuestados no conoce las fases de respuesta sexual, de esta manera no conocen que son ellos quienes controlan su comportamiento sexual; y el comportamiento no coital con un 65.33% y 64% respectivamente ;asimismo tiene un nivel de conocimiento muy bajo sobre la VSR que implica tener conocimientos sobre VIH/SIDA con un 62%. Finalmente solo el 50,67% de las adolescentes manifestó conocer acerca de las manifestaciones de la madurez sexual; seguido del 47,33% que señaló que tenía conocimiento que el elemento principal para VSR es la Autoafirmación .

Resultados que se asemejan a el estudio realizado por Fuentes (18), en Lima en el 2002, titulado *Conocimiento sobre anatomía y fisiología sexual*, donde se demostró que el 53.63% desconocen sobre "menstruación" y en el 45% sobre "duración del ciclo menstrual".

Ante los resultados obtenidos, cabe recalcar que a pesar del ámbito diferente en que se desarrollaron éstos estudios los resultados son similares, posiblemente esto sea producto de que en nuestra sociedad no se vive la sexualidad con naturalidad y de

manera responsable, pues aún se mantiene los tabúes en donde hablar de masturbación, besos, caricias, fantasías sexuales es pecaminoso y que el adolescentes no tiene debe saberlo porque quizá consideran que si ellos conocen están incentivando a ir de la teoría a la práctica o que puede despertar en ellos sensaciones diferentes.

Según la **tabla y figura 5** nos presenta conocimientos sobre prevención de ITS/VIH/SIDA donde se reflejan los ítems menos conocidos por los adolescentes, se concluye que el 75,33% de los adolescentes señalaron no conocer que el hombre puede infectarse de VIH si tiene contacto sexual con tan solo una mujer, del mismo modo el 72,67% indicaron desconocer que el preservativo es 100% seguro en la prevención de ITS, asimismo el 67,33% desconocen las diferentes ITS y que cuyos síntomas pueden ser úlceras , llagas y heridas en zona genital . Por ultimo solo el 46,67% de los adolescentes conocen que el Sida es una enfermedad que amenaza la vida .

Resultados que se asemejan al estudio que realizo Lozada et al (19) en su investigación sobre “Conocimientos sobre el VIH en adolescentes” en 30 adolescentes del cercado de Lima mediante una entrevista individual estructurada. Donde el 65,3% de los adolescentes poseían conocimientos adecuados sobre la vía de transmisión del virus. En un elevado porcentaje de ellos hubo prácticas sexuales de riesgo, pues el 69,5% de los que tenían vida sexual el inicio de las relaciones sexuales fue normal en el sexo masculino con una edad media de 14 años y no en el femenino que fue a los 15 años, lo cual consideramos precoz.

En esta dimensión se observa que existe gran porcentaje de desconocimiento no obstante conocen que el sida es una enfermedad mortal y también conocen sus vías

de contagio ya que existe difusión continua de esta enfermedad mortal, tal es así que existen programas que buscan informar al adolescente al mismo tiempo que este se comporte de manera responsable en su sexualidad de tal manera que proteja su propia salud, pues la promiscuidad y la falta de responsabilidad de los jóvenes frente a una relación sexual hacen que estas sean los principales factores de riesgo de las ITS.

Por consiguiente en la **tabla y figura 6** nos muestra la dimensión métodos anticonceptivos como alternativa de prevención del embarazo, encontrándose que el 72% desconocen sobre los MAC para adolescentes ;seguido del 70,67% que no conocen acerca de los MAC de barrera como alternativa de prevención del embarazo; de los métodos hormonales con un 68% seguido de un 67,33% que desconocen acerca de la clasificación de los MAC y que las adolescentes desconoce que la abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer ; el 62% señaló desconocer con quién y donde asistir para la colocación de la T de Cu. Por otra parte el 54,70% señalo no tener conocimiento que usar el preservativo es un método de planificación familiar y solo el 45,33% de las adolescentes conocen que una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual .

Resultados que guardan relación al estudio realizado por Cáceres y Echevarría. (17), en Argentina en el 2009 *Nivel de Conocimientos sobre Métodos Anticonceptivos previos al inicio de las relaciones sexuales*. De los cuales conocían los métodos anticonceptivos previo al IRS (97%) pero tenían alto nivel de desuso o no uso al momento del IRS (68%)

Estos resultados se asemejan con la presente investigación donde se demuestran el alto índice de desconocimiento de los adolescentes respecto a esta dimensión y sus

ítems, más aún cuando el uso adecuado y oportuno de los métodos anticonceptivos puede prevenir los embarazos no planificados. Esto se debe probablemente a que la información y los servicios de planificación familiar no se brinda a todos por igual, siendo el período de la adolescencia el más expuesto a la falta de información; que favorecen los altos niveles de embarazo precoz, tasas significativas de aborto, etc. La información de los métodos anticonceptivos existentes, es poco accesible para la población adolescente a causa de tabúes socioculturales, barreras económicas, falta de servicios confidenciales, entre otros.

Las actitudes es la forma de actuar de un individuo, el comportamiento de este frente a una circunstancia, esta puede ser favorable o desfavorable según la **tabla y figura 7** podemos observar que el 50,67 % del total de la muestra tiene actitudes desfavorables , seguido de un 49,33 % de actitudes favorables. Resultados que tienen similitud con el estudio Dioses (26), encontró en su investigación *conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 15 a 19 años del Asentamiento Humano “9 de Octubre” del Distrito de Sullana 2010* que la población estuvo constituida por 3,015 adolescentes, los resultados generales de las actitudes hacia la sexualidad de los/las adolescentes demuestra que el 98% manifiesta una actitud desfavorable hacia la sexualidad, mientras que solo el 2% presenta una actitud favorable.

Estos resultados nos indican que, quizá no son los adolescentes quienes de manera autónoma toman una actitud frente a una situación de riesgo sexual, si no que muchas veces necesitan la intervención de otras personas para poder hacerlo, pudiendo relacionarse esta actitud, con temor, vergüenza, baja autoestima o experiencias negativas vividas, por lo tanto estos adolescentes tienen dificultad para

expresarse libremente y para solicitar información sobre temas tan básicos y esenciales sobre sexualidad.

Mientras que en la **tabla y figura 8** observamos que las actitudes según dimensión todas muestran ser desfavorables siendo las que arrojan mayores porcentajes: responsabilidad y prevención y libertad para decidir con un 62% y 60% respectivamente. Con respecto a la dimensión sexualidad y amor y autonomía las adolescentes indicaron del mismo modo tener una actitud desfavorable en un 56,67%. Por otra parte, tan solo el 48% de las adolescentes entrevistadas, mostraron actitudes favorables frente al ítem Respeto mutuo, similares resultados obtuvo el estudio realizado en el año 2009 *Conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de la Institución Educativa Ricardo Palma del distrito de Marcavelica*, por Escobar (25) la población estaba constituida por 82 adolescentes de 14 a 19 años, 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

Estos resultados demuestran que los adolescentes no toman sus decisiones, lo cual se presenta por la falta de información, vivencias negativas, deficiente autoestima, entre otros; la actitud desfavorable hacia la autonomía conlleva a una deficiente libertad para decidir y por tanto, a una respuesta negativa de responsabilidad y prevención del riesgo sexual; todo ello se traduce en la exposición a problemas de salud como: embarazo precoz, ITS, VIH/SIDA. Es decir que los comportamientos desfavorables respecto a las actitudes sexuales en los adolescentes

los exponen a riesgos de salud.

Según la **tabla y figura 9** muestra las características sociodemográficas de los adolescentes encuestados, en donde se evidencia que la edad predominante de los adolescentes encuestados es de 15 y 16 años con un 20% y 30,67% respectivamente; el género más resaltante es el femenino con 51,33 %, en relación al estado civil 96 % de adolescentes son solteros, 91,33% de los encuestados profesa la religión católica; Respecto a la ocupación el 68,67% manifestó ser estudiante. así mismo que el 52% si ha tenido enamorada(o), El 39 de las entrevistadas manifestó, haber iniciado actividad coital entre los 14 y 19 años de edad, siendo las edades con mayor porcentaje 15 y 16 años (8%; 6,675 respectivamente) .

Finalmente, el 100% de adolescentes encuestados se consideran heterosexuales. Estos resultados tienen similitud al estudio realizado por Solís (21) quien realizó un estudio en Chimbote en el año 2010, titulado *Conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la comunidad zonal Magdalena Nueva, Chimbote durante el periodo comprendido entre julio y diciembre del 2007*; obtuvo una muestra de 100 adolescentes de 14 y 19 años, a quienes se aplicó un cuestionario estructurado de preguntas cerradas, como resultado la edad promedio de entrevistados 16,5 años; 79% son católicos; 89% estudiantes; 56% tiene enamorado(a); 96% son heterosexuales; 34% inició actividad sexual a los 16 años.

Respecto de los resultados en comparación, podemos inferir que la coincidencia de edad de inicio de relación sexuales en edad temprana es cada vez más temprana se argumentan en la precocidad del desarrollo sexual, porque se encuentran en la etapa de experimentar sensaciones y sentimientos pero sin la educación adecuada en salud sexual y reproductiva, las prácticas sexuales solo los exponen a más riesgos

innecesarios, situación preocupante porque a esto se suma la situación socio económica, mientras más pobreza exista en una familia más temprano es el abandono de los adolescentes en las escuelas, de alguna manera se le presiona a emprender un trabajo y la formación de su propia familia, en la cual van a educar a sus hijos con los mismos conocimientos errados, valores y actitudes desfavorable.

V. Conclusiones

Se concluye en el análisis de los resultados obtenidos de la muestra de conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14-19 años del Asentamiento Humano Talarita Castilla – Piura 2012.

- En forma global el 60% de los adolescentes encuestados reporta desconocimiento sobre sexualidad en temas básicos.
- La totalidad de las dimensiones en estudio muestran desconocimiento siendo las menos conocidas: con un 72% anatomía y fisiología , seguida de un 64,67% de la dimensión MAC como prevención del embarazo , y un 62,67% en respuesta sexual seguida de la dimensión de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual con un 58% .
- Al evaluar las dimensiones por ítems; observamos que los adolescentes con un porcentaje de 70,67% no conoce los órganos genitales externos de la mujer , al igual desconocen que las trompas de falopio transportan el ovulo hacia el útero con un 69,33% ,y que una mujer puede quedar embarazada en la mitad del ciclo menstrual con un 64 % , otro 50,67 %; ignoran las manifestaciones de madurez sexual los síntomas de las ITS y que estas se pueden transmitir por una relación coital con un 57,33% mientras que otro 45,33% desconoce que una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual.

- Los resultados del estudio demostraron que el 50,67% de los adolescentes presentaron actitudes desfavorables en relación a su sexualidad.
- Las actitudes según dimensiones todas muestran ser desfavorables siendo las que arrojan mayores porcentajes: con 62 %: la dimensión Responsabilidad y prevención , seguida de un 60% en la dimensión libertad para decidir .
- Dentro de las características sociodemográficas, el estudio realizado nos ha demostrado que la edad de mayor representación fue de 16 años con 30.67%, seguido del 51,33% son de género masculino , con respecto al estado civil 96% son solteros, y solo 52% refieren tener enamorado, y de ellos el 26% se han iniciado sexualmente, siendo la edad de inicio que predomina 15 años con 30,77% ,la religión que predomina es la católica con un 91,33%, en relación a la opción sexual el 100% de los adolescentes se consideran heterosexuales.

Aspectos complementarios

Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva

Anatomía de los órganos sexuales masculinos y femeninos

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

1.1. Los genitales externos:

También llamados vulva, tienen las siguientes estructuras: monte de venus, labios mayores, labios menores, clítoris, meato uretral, orificio vaginal e himen (45).

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

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

- **Meato uretral:** pequeño agujero donde termina la uretra y por el que sale la orina. Se localiza entre el clítoris y el orificio vaginal (45).

1.2. Órganos internos femeninos

- **La vagina:** órgano tubular por el cual penetra el pene durante el coito, así mismo es la vía de paso del bebé durante el parto, por lo que sus paredes son muy elásticas, por la parte externa comienza con el orificio o entrada vaginal, y por la parte interna termina en el cuello del útero. En estado de reposo sus paredes están plegadas una contra la otra, pero durante la excitación se expanden dando espacio al pene. Tienen terminaciones nerviosas sobre todo en su tercio externo, que es sensible a la estimulación erótica. Es también el órgano por el cual sale al exterior el flujo menstrual (46).
- **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 (46).

2. Órganos sexuales masculinos .

2.1. Genitales externos. según Sobrevilla

- **Pene:** tiene importantes funciones en la reproducción y eliminación de la orina. Tiene forma de tubo, y termina en el glande. La abertura en la punta es el orificio urinario, por el que discurre la orina durante la micción y el semen durante la eyaculación. El borde del glande se llama corona, aunque todo el pene es

sensible, el glande y la corona son mucho más. El prepucio es la capucha de piel que cubre el glande. En la corona del glande existen glándulas que producen blanquecina llamada esmegma, que tiende acumularse, y que por ello requiere aseo permanente, lo que es posible desplazando el prepucio en condiciones normales (37).

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

2.2. Órganos Internos masculinos

- **Conductos deferentes:** conducto cilindroide, en número par, sigue a la cola del epidídimo y se extiende hasta la vesícula seminal, en la que su diámetro aumenta formando la ampolla del conducto deferente, la cual se une con el conducto de la vesícula seminal para formar el conducto eyaculador.
- **Vesículas seminales:** glándulas que producen líquidos que van a formar parte del semen.
- **La próstata:** se encuentra debajo de la vejiga y rodea a la porción interna de la uretra originada en ésta. Tiene forma de castaña. Está constituida por músculo y

tejido glandular, crece durante la pubertad y se encoge en la vejez, puede endurecerse e interferir con la micción en el hombre mayor, en cuyo caso requiere de cirugía.

- **Glándula de Cowper:** son dos pequeñas formaciones del tamaño de una arveja que se encuentran situadas a los lados de la uretra por debajo de la próstata que también contribuyen con el líquido seminal. Cuando el orgasmo es inminente, estas glándulas se contraen y vierten un líquido alcalino claro, que sale al exterior inmediatamente antes de la salida de la eyaculación y en algunos casos puede llevar espermatozoides (47).

Fisiología Sexual y Reproductiva

Para efectos de la medición de la dimensión fisiología sexual y reproductiva nos centraremos a definir el marco conceptual de los principales indicadores como son el ciclo menstrual, fecundación y embarazo. El conocimiento de los órganos sexuales y reproductivos, implica que los adolescentes de ambos sexos conozcan la fisiología del ciclo menstrual, la fecundación y embarazo. El conocer el periodo menstrual o también llamado *la menstruación* o *regla*. Es una señal que la adolescente está creciendo. Quiere decir que su cuerpo está saludable y normal. Esto sucede cuando el cuerpo de la adolescente está convirtiéndose en un cuerpo de mujer.

a. Ciclo ovárico: los ovarios están constituidos por un estroma y una gran cantidad de folículos (200.000 por ovario). Los folículos están formados por una pared de

células estromales conocida como teca, que rodea a una capa de células foliculares conocida como granulosa, que segrega estrógenos. La porción central del folículo está ocupada por un ovocito, que por división meiótica durante la maduración del mismo, dará lugar a un óvulo. A partir de la pubertad, comienzan a madurar varios folículos cada mes, pero habitualmente sólo uno completa el proceso de maduración. Los folículos maduros se llaman folículos de Graaf. El interior del folículo está ocupado por el líquido folicular (46).

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 (47).

b. Ciclo uterino o menstrual: mientras que para Sobrevilla, el ciclo menstrual es un ciclo biológico que involucra a los órganos reproductivos de la mujer y que depende de los niveles de hormonas femeninas (estrógenos y progesterona. El ciclo menstrual se cuenta en días, y se ha decidido llamar día 1° de este ciclo al primer día de la menstruación, ya que es más fácil de identificar (47).

Chirino R. profundiza y refiere que en esta fase del final de la menstruación, sólo se conservan las capas más profundas del endometrio, que es la mucosa que recubre el interior del útero. Los estrógenos del folículo en desarrollo hacen que el endometrio crezca y aumente de espesor. Tras la ovulación, el cuerpo lúteo segrega estrógenos y

progesterona; esta última hace que las glándulas endometriales comiencen a segregar, de tal forma que el endometrio se vuelve edematoso, ideal para la implantación del embrión. Si no hay embarazo el cuerpo lúteo degenera; dejan de producirse estrógenos y progesterona, y sobreviene la menstruación: las arterias uterinas se abren y el flujo de sangre hacia el exterior arrastra consigo los restos de este endometrio neo formado (47).

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

d. El embarazo : es el proceso de concepción y desarrollo del nuevo ser en el aparato reproductor femenino que culmina en el parto, es el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, su duración aproximada es de 280 días, (de 36 a 40 semanas, 10 meses lunares o casi 9 meses de calendario solar). Durante éste tiempo la gestante experimentará modificaciones anatómicas y fisiológicas y la mayoría de las cuales se revertirán durante las etapas del puerperio y la lactancia (48).

Entre los cambios físicos más relevantes podemos encontrar: El útero aumenta de 500 a 1.000 veces su capacidad y pasa de pesar unos 60 grs. a 1.000 grs. al final del embarazo. En el cuello uterino se forma el llamado tapón mucoso que va a sellar

el conducto endocervical, evitando de esta forma el paso de bacterias u otras sustancias hacia el interior del útero, este tampón mucoso se expulsa cuando se inicia la dilatación cervical antes del parto. La vagina aumenta su elasticidad la secreción de flujo. Las mamas aumentan de tamaño para la preparación de la lactancia, los pezones se vuelven más eréctiles y aumenta la pigmentación de las areolas (49).

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

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

Ciclo de respuesta sexual humana

La respuesta sexual humana es una sucesión de acontecimientos fisiológicos

cuyo fin es el adecuado desempeño de la actividad sexual. Para que ésta sea posible, los órganos genitales han de experimentar cambios importantes en su forma y su función a través de un proceso de excitación, de tal modo que el coito es imposible si el pene permanece flácido o la vagina está seca y no se ha dilatado. Conviene destacar que el coito vaginal no es el fin del proceso de respuesta sexual. Aunque así suceda en buena parte de los encuentros sexuales heterosexuales, los procesos fisiológicos denominados respuesta sexual acontecen igualmente en cualquier otra forma de actividad sexual placentera, con independencia de si ésta alcanza alguna o algunas descargas orgásmicas (50).

Hasta hace pocos años se tenía la idea de que en la respuesta sexual humana se producía una única fase que abarcaba todo, sin límites entre el deseo y el orgasmo. Como consecuencia de ello, todos los trastornos sexuales se consideraban una única entidad clínica, sin diferenciar entre eyaculación precoz o disfunción eréctil y anorgasmia. El hombre incapaz de desempeñar la actividad sexual, con independencia del origen del problema, era incluido dentro del grupo de hombres con problemas de impotencia. Lo mismo ocurría con las mujeres, cuyos problemas sexuales se englobaban dentro del grupo que padecía frigidez, denominados respuesta sexual (50).

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

publicaron en el *libro respuesta sexual humana* las conclusiones de sus investigaciones. Algunas de ellas fueron:

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

El descubrimiento de que la mujer no experimenta periodo refractario y el de su capacidad multiorgásmica impactaron fuertemente en la sociedad de la época y sirvieron para desinflar el mito de la superioridad sexual masculina. Máster y Jonson (incluso después de casarse). Diferenciaron 4 fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución (50).

Sin embargo también refiere la literatura que para que se de estas 4 fases, se presenta una fase antes que éstas, llamada fase de deseo así define el autor siguiente: La respuesta sexual es la forma de responder ante los estímulos que provocan el

deseo, tanto desde un punto de vista físico, como desde un punto de vista más íntimo y personal. La respuesta sexual consta de varias fases. No son fases *automáticas*; es decir, sólo porque te *pongas en marcha* no tienes por qué llegar al último paso necesariamente. Se requiere un flujo constante de excitación y estimulación para ir pasando de una fase a otra.

1. Fase de deseo

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

2. Fase de excitación

La excitación es la primera fase, se puede provocar por muchos estímulos diferentes: la visión de un cuerpo desnudo, una caricia, una mirada, la lista puede ser infinita. Aún no se ha podido clasificar de manera diferenciada si hay algo que excite a hombres y mujeres por separado, aunque las creencias populares son que el hombre se excita más por la visión y las mujeres más por el tacto, la mirada, una palabra o un gesto. Durante la excitación, en los hombres el pene se agranda y endurece, se pone erecto. En las mujeres la vagina se lubrica, la vulva se hincha. El cerebro envía mensajes que producen ciertos cambios en el cuerpo, que son involuntarios y nos indican el comienzo de la excitación. Los más importantes son (50).

En la Mujer, comienza la lubricación vaginal, es decir, la vagina se humedece. La parte interna de la vagina se expande. Los labios mayores se abren y crecen. Afluencia de sangre a los genitales, que hace que el clítoris se hinche y se acerque al hueso púbico. Cuando está excitado, el clítoris es mucho más sensible al tacto. Los

pezones también pueden hincharse y quedar erectos. La respiración se acelera, aumenta el ritmo cardíaco y se produce tensión muscular.

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

3. Fase de meseta

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

4. Fase de orgasmo

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

En la Mujer, a menudo se producen unas contracciones involuntarias que irradian desde los genitales, el útero y el ano. Se acompañan de una gran sensación de placer, que cada mujer puede vivir y describir de formas distintas: como un calambre, como una acumulación de tensión y rigidez seguida de una explosión, como un alivio,

como una corriente de sensaciones cálidas. En el hombre, se expulsa el semen, gracias a las contracciones de los genitales internos, acompañadas también de una intensa sensación de placer. El orgasmo suele coincidir con la eyaculación (51).

5. Fase de resolución

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

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

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

Infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA.

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

El VIH, epidemia de la actualidad, es un grave problema de salud en todo el mundo. Tiene, además, grandes efectos sobre la salud reproductiva en general, las enfermedades de transmisión sexual o ITS, antes denominadas venéreas, son infecciones transmisibles con contacto sexual sin casi excepción. Estas enfermedades poseen una valoración social especial (42).

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

- **Sífilis:** es causada por una bacteria llamada *treponema pallidum*, generalmente se transmite por las mucosas. La vagina y el glande son las puertas de entrada más frecuentes, aunque se han visto casos en los que entra por heridas. En la sífilis temprana sintomática (ya que también existe sífilis tardía) se presenta el famoso chancro. Es considerada como una infección bacteriana se encuentra dentro de las primeras infecciones de transmisión sexual descritas. Su tratamiento con antimicrobianos es eficiente pero su efectividad depende de una detección temprana. La sífilis causa graves consecuencias para la función reproductiva del hombre. Al infectar a la mujer puede provocar severos daños congénitos en el bebé en órganos vitales como el cerebro y el corazón. El control higiénico sanitario, evitar la promiscuidad, adicciones y hábitos negativos en el vestir, una correcta alimentación, entre otras medidas son fundamentales para lograr una correcta salud reproductiva (46).

- **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 (35).

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

- **Candidiasis:** es producida por hongos generalmente el *Cándida Albicans*. La mayoría de veces se transmite por contacto sexual, pero no se considera exactamente como una ITS.

- **Herpes genital:** se produce por un virus llamado como su nombre. Casi en un 95% de veces, es transmitido por contacto sexual. Sus síntomas son: la aparición de granitos o vejigas muy juntas.

- **Uretritis no gonocócica:** es la inflamación de la uretra, conocida también como uretritis inespecífica. Se transmite por contacto sexual y sus síntomas son como los de la gonorrea pero más leves.

- **Chancroide:** es producida por una bacteria llamada *Haenophiles Ducrey*. Se presenta una lesión en el pene o en la vagina semejante a una ampolla.

- **SIDA:** enfermedad incurable y fatal que se transmite por contacto de algún líquido corporal infectado con otro (intercambio de sangre, semen o flujo vaginal). Los primeros síntomas son: fiebre y sudoración nocturna, nódulos linfáticos inflamados el menos en tres lugares del cuerpo: pérdida de peso; diarrea crónica, disminución del número de glóbulos blancos.

Como prevenir Las infecciones de Transmisión Sexual

Actualmente se observa con preocupación el incremento del inicio precoz de la actividad sexual, lo que es un fenómeno complejo de analizar por su multicausalidad, sin embargo no podemos dejar pasar el tiempo dada la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). La incidencia más alta de infecciones de transmisión sexual se encuentra en el grupo de 20 a 24 años de edad, seguida de los grupos de 15 a 19 y, después, aquellos entre 25 y 29 años de edad. Al menos la mitad de los infectados por el VIH tienen 24 años (51).

El control de las infecciones de transmisión sexual se complica por factores de conducta instintiva e individual y por la gran diversidad de estas infecciones, en comparación con otras enfermedades transmisibles. Son las únicas enfermedades cuya propagación es diseminada directamente por la necesidad humana básica de compartir la intimidad sexual y reproducirse. La exposición a cualquiera de las infecciones de transmisión sexual es consecuencia directa de la sexualidad de una

persona. Aunque en general las personas entienden que el tener un mayor número de compañeros sexuales aumenta el riesgo de contraer cualquiera de las infecciones de transmisión sexual (51).

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

El conjunto de estas 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 infecciones de transmisión sexual y sus consecuencias. Su frecuencia y variedad incluyen esterilidad, infecciones perinatales, cáncer genital femenino y tal vez la muerte, deben ser conocidas tanto por las mujeres como por sus parejas sexuales. Los cambios simples como la restricción de contactos sexuales y el uso adecuado de condones, pueden disminuir espectacularmente el riesgo de contagio personal de estas enfermedades (51).

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 (51).

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 (52).

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 (53).

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

Cuando hablamos de anticoncepción, debemos entender que es un icono que involucra tanto al hombre como a la mujer, por eso la elección del método debería ser una decisión de pareja ya que es parte de la organización necesaria para poder

mantener una vida sexual plena y sin obstáculos. Existen diversos tipos de anticonceptivos así como múltiples clasificaciones. Para su mejor organización los presentamos como: anticonceptivos naturales y anticonceptivos artificiales.

Según la bibliografía revisada se puede concluir que no hay ningún método que sea 100 % seguro (excepto las ligaduras de trompas, la vasectomía, y la abstinencia, hay métodos más eficaces o menos eficaces según cada caso particular, por ej. Un método que es bueno para una mujer, puede no serlo para otra. Puede influir la edad, escala de valores, religión, estado de salud, situación económica (53)

Clasificación de los métodos anticonceptivos:

a. Métodos naturales:

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

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

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

b.- Métodos de barrera:

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

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

c. Métodos hormonales:

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

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

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

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

d. Métodos mecánicos:

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

e. Métodos quirúrgicos o definitivos:

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

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

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

Responsabilidad y prevención de riesgo sexual

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

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

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

Sin embargo la responsabilidad no es solo el hecho de elegir, lo más importante, es elegir el bien ante el mal, pero si elegimos la segunda, hacer el mal, habrá una falta de responsabilidad sobre nuestra elección, y esto lo debemos pagar con un precio que puede ser elevado o pequeño según la maldad de nuestro acto. Todo acto que hagamos trae sus consecuencias, las cuales pueden ser buenas o malas dependiendo de la responsabilidad que le entreguemos al acto. Pero si actuamos con responsabilidad, seguramente las consecuencias del acto serán buenas (46). Por otra parte no es de extrañar que los chicos busquen desde muy jóvenes incluir la actividad sexual como parte de sus relaciones de pareja; pero ojo, esto no quiere decir que estén listos para un noviazgo serio y comprometido. Cuando un galán con el que sale una chica le pide sexo, puede muy bien ser que eso sea lo único que está buscando: pasar un buen rato en la cama, antes que buscar una comunicación más profunda o estrechar los vínculos amorosos entre los dos (46).

Así mismo hay hombres capaces de decir cualquier cosa para lograr lo que quieren, mientras hay otros que realmente aman y para quienes llevar la relación a la intimidad implica hacerla más fuerte y significativa. Esto muestra una irresponsabilidad por parte de los jóvenes adolescentes respecto a la vivencia de su sexualidad. Para otros autores la responsabilidad está dada por el conocimiento que tienen los adolescentes para entender lo que necesitan: necesitan aptitudes y confianza en sí mismos para abstenerse o reducir riesgos (47).

Libertad para decidir y autonomía

Como se mencionó en la dimensión anterior; la libertad es el poder que tiene el hombre de obrar o de no obrar según su voluntad, además nosotros los seres humanos somos los únicos poseedores de la misma. A partir del desarrollo de la razón, la persona comienza a tener libertad excepto que la misma sea obstruida, y este desarrollo se hace responsable de sus acciones. En cada una de esas acciones que se hacen libremente, la elección entre el bien y el mal está implicada, y según la elección la responsabilidad del acto será mayor o menor (56).

Está muy ligada también a la autonomía, que dicho sea de paso, es un concepto de la filosofía y la psicología evolutiva que expresa la capacidad para darse normas a uno mismo sin influencia de presiones externas o internas. También se usa como sinónimo de autogobierno de núcleos o sectores sociales. Según Coulbalut C. Divide a la autonomía en tres áreas, que la componen: la autonomía personal ante necesidades materiales, autonomía en desplazamientos y en relaciones amicales y autonomía ideológica y de decisión. En este sentido realiza un estudio para la fiabilidad de la escala. Así los resultados muestran una acentuada subordinación del adolescente al núcleo familiar, que en función del sexo aparece aún más marcada en unas u otras áreas. Las chicas son más autónomas en aquellas actividades que implican más obligaciones y mayor responsabilidad en el hogar, en tanto que los chicos disponen de mayor independencia y libertad para realizar actividades fuera del hogar sin la compañía de los padres .

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 (57).

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 (56).

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 (58).

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

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

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

Sin embargo, la sexualidad es un verdadero barómetro de la reciprocidad! Es una expresión corporal de numerosos principios espirituales, entre los que se cuenta la reciprocidad. La ley de la reciprocidad es similar a la equidad y la justicia: si es correcto que tú recibas, entonces también lo es que yo reciba. Si quieres expresar lo que sientes, ¿no sería justo que yo también pudiese expresar lo que siento? Si tú tienes derecho a satisfacer tus ansias y deseos, ¿no es también apropiado que yo dé respuesta a los míos? Si un día yo no tengo el deseo ni la necesidad, ¿no sería adecuado que lo aceptaras, ya que parece dar por sentado que a veces tú también

estás atareado, preocupado, cansado o distraído? si, en unas, tu amor se expresa con serenidad, y en otras con ternura, o de forma más enérgica y apasionada, ¿no puedes imaginar que yo también atravesase esas diversas modulaciones de necesidades y estados de ánimo sin querer por ello ofenderte ni rechazarte? ¿Acaso no es esto reciprocidad? (57).

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 (59).

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 (57).

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 (60).

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 (57).

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 (57).

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 (59).

Cuando las personas aprendemos cómo somos y cómo vamos cambiando, podemos tener más confianza y más seguridad en lo que creemos y vivimos. En relación con la sexualidad, convertirnos en buenos amantes (amarnos a nosotros mismos) requiere algo más que conocer la anatomía y la respuesta sexual. Puede implicar la capacidad de sentirnos cómodos con nosotros mismos y con otra persona, y también abrirnos a otras ideas y creencias. Los primeros 4 minutos entre dos personas son importantísimos. Es este breve tiempo procesamos el aspecto, el cuerpo, la edad y, por supuesto, el atractivo de otra persona. La postura y su

expresión facial dan una indicación de su humor y personalidad. Y así nos formamos una imagen de esa persona (en el amor, sobre un nuevo amigo, un compañero de trabajo, el cajero del supermercado, sobre una profesora, etc.).

El amor es una de esas palabras cargadas de los más variados sentidos a cometerla con un cierto rigor no es tarea fácil. De ella existe un auténtico abuso. En ella se dan cita un conjunto de significados que es preciso matizar. Hay razones de peso para abandonar la tarea, sobre todo si echamos una mirada a nuestro alrededor y vemos cómo es tratada en los grandes medios de comunicación social. El uso, abuso, falsificación, manipulación, adulteración y cosificación del término amor, ha ido conduciendo a una cierta ceremonia de desconcierto (59).

Sexualidad como algo positivo

La sexualidad es algo positivo, que hace agradables nuestras vidas. Por lo tanto lo primero para ejercer nuestra sexualidad como una oportunidad de placer y bienestar, es asumir que nuestro cuerpo y nuestros deseos sexuales son digno motivo de alegría y no una manifestación de pecado o un motivo de castigo. Nuestra sexualidad tiene componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. En especial los elementos sociales van construyendo nuestra sexualidad de acuerdo a las normas que en nuestra sociedad aprueban determinados comportamientos y rechazan otros. Frecuentemente encontramos que las normas sociales no se ajustan a las necesidades de las personas concretas, son por tanto reglas que no tienen sentido (60).

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 (61).

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

El poder hablar sobre sexualidad es el primer paso para una salud sexual integral, pues además de poder transmitir mejor la información y aclarar dudas y opiniones, permite a los jóvenes tomar conciencia de su propia postura y tener un mejor cuidado y respeto en el manejo de su sexualidad (61).

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

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

La responsabilidad es una actitud de suma importancia en este aspecto, pues al mismo tiempo tenemos el poder para elegir y el compromiso de nuestra respuesta ante uno mismo y ante los demás, y esto nos compromete en el ejercicio de la libertad. La autoestima va unida a un desarrollo de una sexualidad integradora. La autoestima es la valoración positiva que la persona tiene de sí misma, sin juicio destructivo alguno. El tema de la autoestima ha sido muy comentado; sin embargo, lo tenemos claro en conceptos y a veces no lo ponemos en práctica, pues la sociedad nos invita a no pensar en nosotros mismos y a preocuparnos primero por los demás, a identificar los aspectos negativos para poder mejorar, antes de valorar los factores positivos y aceptarlos(61)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López. J . Psicología de la Educación para padres y profesionales. [Monografía en Internet]. Panamá Edición 1°.2007. [citada 2010 enero 10] . [alrededor de 8 pantalla] Lugar de publicación : <http://psicopedagogia.com/adolescencia>.
2. Secretaria de Salud .Dirección General de Información en Salud Adolescente Mortality . [serie en internet] . Bol .Med .Hosp .Infant .Mex2005 ,vol . 62 , no . 3 [citada 2011 Enero 22] . Disponible en ; es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia .
3. Federación internacional de planificación familiar. Programa de Prevención a jóvenes en salud sexual. [Serie en internet]. España [alrededor de una pantalla]. Disponible en: <http://www.fpfe.org/jovenes/programa.htm>
4. Kaplan , H ; Sadock , B ; Grebb, J . Sinopsis de PsiquiatriaArgentina . Editorial Panamericana ; 1997
5. Távara L. Contribución de las adolescentes a la muerte Materna en el Perú “ [revista de internet] 2004 [citada el 2011 setiembre11] disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevista/ginecologiavol50n2/a06.htm>
6. Solis N. Conocimientos y Actitudes sexuales de los adolescentes. CZMNChimbote;2007-04-02

7. Palomino L. Análisis de Situación de Salud de las y los adolescentes. Ubicándonos y ubicándolos, monografía en internet. Perú: Ministerio de Salud. 2009. Alrededor de 40 pantallas. Disponibles en: http://www.elregionalpiura.com.pe/archivonoticias_2009/marzo_2009/marzo_10_regionales_10j.htm
8. Arana M, calle M. Promoción y cuidado de la salud del adolescente y jóvenes haciendo realidad el derecho a la salud. SPEJ-OPS-GTZ.; PP.334. Disponible en: http://BVS.www.minsa.gob.pe/archivos/dgsp/98_POLIT.ADOLES.pdf
9. Municipalidad Distrital de Castilla, Datos obtenidos de la Biblioteca Municipal de Castilla.
10. Gladis rojas salas " La adolescencia en el Perú " 2005 [serie de internet] [citado 2011 enero 11] disponible en: <http://www.guamanpoma.org/escuela%20lideres/II%20congreso/adolescencia.pdf>
11. Acosta P. Propuesta de un taller de educación sexual dirigido a Alumnos del 6to grado A del turno de mañana de la segunda etapa de Educación básica de la unidad de educación nacional, República de Panamá [trabajo para optar el título de licencia en Educación Integral] Caracas. Universidad Nacional Abierta. 2003.
12. Noticias locales, edición electrónica, Diario El Regional de Piura Copyright 2010 [serie de internet] [citada 2011 enero 11] Disponible En:

<http://www.elregionalpiura.com.pe>

13. OPS. Proyecto de Desarrollo y Salud Integral de adolescente y Jóvenes en América latina y el Caribe 1997-2000. Washington: OPS; 1998

14. 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>

15. Chávez J. Perspectiva sexual de los adolescentes. Revista Inter Sedes. Universidad de Costa Rica. VolumenVNúmero7 2009[Internet], citado en Octubre2013; Disponible en:http://www.intersede.ucr.ac.cr/07-art_07.html

16. Posada M. Conocimientos y Actitudes sobre el uso del condón en adolescentes que acuden y no acuden a pláticas de salud. 2007 Feb. Tamaulipas: Instituto Mexicano del seguro Social: 2008

17. Cáceres G, Echevarría M. Nivel de Conocimientos sobre métodos anticonceptivos previos al inicio de las relaciones sexuales. Rev. de post grado de la vía cátedra de medicina.2009.190: 3-5

18. Fuentes J. Nivel De Conocimiento Sobre Salud Sexual y Reproductiva En

adolescentes de Centros de Educación Nocturna de La Ciudad de Puno – 2002.
[Serie en internet]Puno. 2002. [citado el 24 May. 2011]. [Alrededor de 02 pantallas].
Disponible en: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/20879.pdf>

19. Lozada M, Escobar P ,Rozabal A, Hernandez H, Coello D, Cauvo F, Infanzon M. Conocimientos sobre el VIH en adolescentes, Imbiomed, 2009,9, (2), 1.

20 Salaverry O. Embarazo en adolescentes en lima, 2010, 5: 2 -4

21. Solís N. Conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la comunidad zonal Magdalena Nueva, Chimbote durante el periodo comprendido entre julio y diciembre del 2007. Portal revista peruana. 2010. [Citada 12 Abr.2012]; 1(1) 2-21.
Disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/incres/v1n1/a07v1n1.pdf>

22. Mendoza L. Conocimientos y Actitudes sobre Sexualidad de los Adolescentes Estudiantes de Enfermería. [tesis para obtener el título profesional de obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2009.

23. Castillo H. Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de la institución educativa “Micaela Bastidas”. [tesis para optar el título de licenciatura en Obstetricia]. Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2009.

24. Campos M. Conocimientos y Actitudes Sexuales que tienen los Adolescentes de la Institución Educativa Luciano Castillo Colomna del Distrito de Bellavista –

Sullana [tesis para obtener el título profesional de obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2009.

25. Escobar L. Conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de la Institución Educativa "Ricardo Palma" del Distrito de Marcavelica –Sullana" [tesis para obtener el título profesional de obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2009, 8,2,5-6.

26. . Dioses C. Conocimientos y actitudes sexuales que tienen los adolescentes del Asentamiento Humano "9 de Octubre" del Distrito de Sullana [tesis para obtener el título profesional de Obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2010.

27. Carrasco L. Conocimientos y Actitudes Sexuales que tienen los Adolescentes del Asentamiento Humano "9 de Octubre" del Distrito de Sullana [tesis para 10 obtener el título profesional de obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 201

28. Ardovin B y Jarpa. La jerarquía de necesidades según Maslow. [serie en Internet]. 1998; [citado 2011 enero 25]; [Alrededor de 5 pantallas]. Disponible en [:http://www.geocities.com/linds_castillo/20101.html](http://www.geocities.com/linds_castillo/20101.html)

29. Gutiérrez R. Pensamientos filosóficos y literarios de Hostos. UPR. PR [serie en internet]. 2004 [citada 2011 setiembre 14]. Disponible en:

<http://www.redbetances.com>.

30. Gala A y Col. La Adolescencia: Consideraciones biológicas, psicológicas y sociales, psicología. 2009,10: 7-12.

31. Arieu P. Teoría del conocimiento /epistemología [monografía en Internet]. España: pauloarieu en Filosofía Comments. [Citado 2011 enero 25]. [alrededor de 17 pantallas]. Disponible en: <http://mujercristianaylatina.wordpress.com/2009/03/22/teoria-del-conocimiento-epistemologia>.

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

33. Moreno C. Teoría del conocimiento: Introducción a la epistemología [monografía en Internet]. España: WiKipedia; 2001 [citado 2011 enero 25] [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible desde: <http://www.ciencia.net/VerArticulo/Teoria-del-conocimiento?idArticulo=dsfjuvb78mvlxioz602c4>

34. Sobrevilla L. Sexualidad Humana. Instituto de Estudios de Población IEPO.Universidad Peruana Cayetano Heredia. Ed. Saywa. Perú; 1993.

35. Romero L. Sexualidad y educación sexual irresponsable. [Monografía en Internet]. Colombia: Centro de Asesoría y Consultoría; 2006 [citado 2011 enero 25]. [al rededor de 10 pantallas]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos13/sexyeduc/sexyeduc.shtml>

36. Chirino R, Fernández L, Torres S, Navarro D. Fisiología Reproductiva Femenina: Hormonas Sexuales y sus ciclos. RVFO [serie en Internet]. 2004 [citado 2011 enero 25]; 1 (2): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: http://www.biocancer.com/?q=system/files/Fisiologia_reproductivaFemenina.

37. Totorá Gerard J. y Grabowski Sandra Reynolds Principios de Anatomía y Fisiología, 9º edición, 2006.

38. Wikipedia. Respuesta sexual humana, [serie en Internet]. 2006. [citado 2011 enero 25]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Respuesta_sexual_humana

39. 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>.

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

41. Flavio N, La Responsabilidad. [Monografía en Internet]. 2005. [citado 2011 enero 25]. Lugar de publicación: www.monografias.com/trabajos14/la-responsabilidad/la-responsabilidad.shtml – 38www.bastet.atonra.com/?p=705

42. Cuauhtemoc C. Juventud en Éxtasis. [Monografía en Internet]. Argentina: Ediciones Selectas. 2007, [citada Agosto 12]. [Alrededor de 4 pantallas]. Disponible en: www.saludfemenina.com.ar

43. Aldara Martos P. El valor de la autoestima. [Monografía en Internet]. España, 2006 [citado 2011 enero 25]. [Alrededor de 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.disease.com/Article17.html>

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

45. Orientación matrimonial: Reciprocidad [monografía en Internet]. España, 2007 [citado 2007 Febrero 19] [alrededor de 3 pantallas], Lugar de. Disponible en: <http://orientacionmatrimonial.wordpress.com/2007/02/07/reciprocidad>.

46. 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.

47. Noviazgo y matrimonio, Lugar de
Publicación

http://www.encuentra.com/documento.phpf_doc=1611&f_tipo_doc=9.

48. Martínez L. Hacia una sexualidad integral. Blog de aplicaciones, [citado 2011 enero25].

Disponiblen:Noviazgo<http://familiatec.itesm.mx/publicaciones/docs/boletin8/familiapresente.pdf>.

49. Méndez C. Sexualidad con naturalidad sabor y salud. [Monografía en Internet]. [Citado 2011 enero 25]. Disponible en: <http://www.saborysalud.com/vidasana21.htm>

50. Castillo Valdés, Ivon E. Psicología. Conducta. Factores psicológicos. Adolescentes. Proyecto de investigación, Pág. 58

51. 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

52. Gutiérrez R. Pensamientos filosóficos y literarios de Hostos. UPR. PR [serie en Internet]. 2004 [citada 2007 Junio 14]. Disponible en: <http://www.redbetances.com>

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

54. MINSA, Salud Sexual y Reproductiva en el Programa de promoción de la salud en las instituciones educativas; Lima, Perú, 2005.

55. Departamento de Educación de Puerto Rico. (2000). Estándares del programa de salud escolar. Puerto Rico: D.E..

56. Chueca U. Psicología, Lima: edic. Salesiana; 2003.

57. Petersen AC. Adolescent development. Annual Review of Psychology, Ed., Handbook of adolescent psychology.39.117-155.

58. 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>.

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

60. Kagan J. Reflexión-Impulsividad: La generalidad y la dinámica conceptual de tiempo. En Psicología, Journal of Abnormal 1996; 71. 17-24.

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

Anexos
Anexo 1: Instrumento de recolección de la información.

ENCUESTA PARA ADOLESCENTES



Código: _____

Fecha ____/____/____

Hora:

Autora: Mg. Nelly Solís Villanueva

Estimada y estimado adolescente:

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

Instrucciones:

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

Anexo 1.1: Conocimientos

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

ANATOMIA Y FISIOLOGIA, SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE	SI	NO
Los genitales externos de la mujer está conformado por: Marque con una X solo la respuesta correcta Los labios mayores y menores (<input type="checkbox"/>), el clítoris (<input type="checkbox"/>), orificio de la uretra (<input type="checkbox"/>) y la abertura de la vagina(<input type="checkbox"/>)		
¿La fecundación se da cuando el espermatozoide ingresa al ovulo?		
El embarazo comienza con la fecundación		
Durante el embarazo la mujer experimenta modificaciones anatómicas y fisiológicas		
Los genitales externos del hombre está conformado por : El pene, los testículos y las bolsas escrotales		
¿El glande es el extremo final (la punta) del pene?		
¿Las trompas de Falopio trasportan el ovulo hacia el útero?		
Una mujer puede quedar embarazada en la mitad del ciclo menstrual +- 3 días		
El sexo es una conducta natural y por tanto las personas necesitan aprender cómo hacerlo		
CICLO DE RESPUESTA SEXUAL HUMANA		
<p>Marque con una X, solo la respuesta o respuestas que a su parecer son correctas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las fases en la respuesta sexual son : Deseo (<input type="checkbox"/>) excitación(<input type="checkbox"/>) meseta(<input type="checkbox"/>) orgasmo(<input type="checkbox"/>) resolución (<input type="checkbox"/>) 		
<ul style="list-style-type: none"> • La vivencia de una sexualidad responsable tiene como elemento principal La autoafirmación personal (ejercer control sobre la vida sexual) 		
<ul style="list-style-type: none"> • Vivir una sexualidad responsable es tener conocimientos de ITS y VIH/SIDA , y métodos de planificación familiar 		
<ul style="list-style-type: none"> • Las actitudes y valores de los jóvenes son importantes en la vivencia de la sexualidad 		
<ul style="list-style-type: none"> • Son manifestaciones de madurez sexual: menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto, masturbación 		
<ul style="list-style-type: none"> • Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad 		
<p>Marca con una X las respuesta que creas correcta;</p> <ul style="list-style-type: none"> • El comportamiento sexual no coital es cuando se practica los : besos abrazos (<input type="checkbox"/>) caricias (<input type="checkbox"/>) masturbación(<input type="checkbox"/>) 		

<ul style="list-style-type: none"> • 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 está dada por vía sanguínea, (transfusiones sanguíneas), relación coital, trasmisión de madre a hijo		
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 transmisión 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 1.2: Cuestionario de características socio demográficas en adolescentes

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

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

Anexo 1.3 Test de actitudes sexuales del adolescente

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

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

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

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

Anexo 2: validez y confiabilidad del instrumento

Anexo 2.1: reporte de validación del cuestionario de conocimientos sexuales

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

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

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

Anexo 2.3: Reporte de validación de la prueba de conocimientos y actitudes sexuales.

CONOCIMIENTO

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,769	35

ACTITUDES

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,845	50

Baremaciones

Nivel		
Conocimiento	No conoce	12,50 o menos
	Conoce	Más de 12,50
Anatomía y fisiología	No conoce	4 o menos
	Conoce	Más de 4
Respuesta sexual	No conoce	3 o menos
	Conoce	Más de 3
Prevención de enfermedades	No conoce	3 o menos
	Conoce	Más de 3
Métodos anticonceptivos	No conoce	3 o menos
	Conoce	Más de 3

Nivel		
Actitudes	Desfavorable	153 o menos
	Favorable	Más de 153
Responsabilidad y prevención	Desfavorable	31 o menos
	Favorable	Más de 31
Libertad para decidir	Desfavorable	17 o menos
	Favorable	Más de 17
Autonomía	Desfavorable	17 o menos
	Favorable	Más de 17
Respeto mutuo	Desfavorable	27 o menos
	Favorable	Más de 27
Sexualidad y amor	Desfavorable	26 o menos
	Favorable	Más de 26
Sexualidad algo positivo	Desfavorable	36 o menos
	Favorable	Más de 36

Anexo 3
Matriz De Consistencia

Título: Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 - 19 años del Asentamiento Humanos Vate Manrique Chulucanas – Piura 2011

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES
<p>¿Qué conocimiento y actitudes tienen los adolescentes de 14 – 19 años del Asentamiento Humano Talarita del distrito de castilla – Piura 2012?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Describir los conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14-19 años del Asentamiento Humano talarita del distrito de Castilla - Piura 2012.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</p> <p>1) describir el conocimiento global sobre sexualidad en adolescentes del Asentamiento Humano Talarita del distrito de castilla - Piura 2012?</p> <p>2) describir el conocimiento sexual en las dimensiones: anatomía y fisiología Sexual reproductiva, ciclo de respuesta sexual, Prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, metodología anticonceptiva como prevención del embarazo, en adolescentes del Asentamiento Humano Talarita del distrito de Castilla- Piura 2012?</p> <p>3) determinar los ítems menos conocidos por cada dimensión en adolescentes de 14-19 años del Asentamiento Humano Talarita del distrito de Castilla Piura 2012?</p> <p>4) identificar las actitudes hacia la sexualidad en forma general en adolescentes de 14-19 años del Asentamiento Humano Talarita del distrito de Castilla-Piura 2012?</p> <p>5) identificar las actitudes hacia la sexualidad en las dimensiones: responsabilidad y prevención del riesgo sexual, libertad para decidir y actuar, autonomía, respeto mutuo y reciprocidad, sexualidad y amor, sexualidad como algo positivo en adolescentes de 14-19 años del Asentamiento Humano Talarita del distrito de Castilla- Piura 2012?</p> <p>6) describir características socio demográfico y prácticas sexuales en adolescentes de 14-19 años del Asentamiento Humano Talarita del distrito de Castilla - Piura 2012?</p>	<p>VARIABLES PRINCIPALES:</p> <p>1. Conocimientos sexuales: es el conocimiento que tiene el adolescente respecto a su sexualidad</p> <p>2. Actitudes sexuales: es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente.</p> <p>VARIABLES SECUNDARIAS:</p> <p>1. Características socio demográficas:</p> <p>a) Estado civil: conjunto de cualidades que distingue al individuo de la sociedad y en la familia.</p> <p>b) Ocupación: actividad que realiza el encuestado en los últimos treinta días.</p> <p>c) Religión: tipo de religión que profesa.</p> <p>d) Edad de inicio de la primera relación sexual: edad que se inicia sexualmente.</p> <p>VARIABLES DE CONTROL:</p> <p>Edad: tiempo vivido por el adolescente, expresada en 14 a 19 años cumplidos.</p> <p>Sexo: condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.</p>

METODOLOGÍA			
TIPO,NIVEL,DISEÑO	POBLACION Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS
<p>Tipo: descriptiva.</p> <p>Nivel de Investigación</p> <p>Por el grado de cuantificación se trata de un estudio cuantitativo.</p> <p>Diseño de la investigación.</p> <p>Diseño no experimental, transversal</p>	<p>Población:</p> <p>La población la conforman total de 1390 adolescentes que residen en del Asentamiento Humano Talarita del distrito de castillas - Piura.</p> <p>Muestra: El estudio se realizó con una muestra de 150 adolescentes del Asentamiento Humano Talarita del distrito de Castilla- Piura.</p>	<p>Técnicas:</p> <p>La encuesta.</p> <p>Instrumentos:</p> <p>*Cuestionario de conocimientos de la sexualidad del adolescente de 14 a 19 años.</p> <p>Conoce No conoce</p> <p>*Cuestionario de características sociodemográficas</p> <p>*Test de actitudes sexuales del adolescente.</p> <p>-Completamente en desacuerdo -Bastante en desacuerdo -Opinión intermedia -Bastante de acuerdo -Completamente de acuerdo</p>	<p>Para el plan de análisis se hizo uso de la estadística descriptiva , utilizando figuras y tablas</p>

Anexo 04: Consentimiento informado
INFORMACIÓN PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr. Padre de Familia:

La presente investigación científica de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Departamento Académico de Metodología de la Investigación Científica (DEMI), Escuela Profesional de Obstetricia, titulada: Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Talarita Castilla-Piura, durante el periodo 2012; tiene como finalidad describir los conocimientos y las actitudes sexuales que tienen los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Talarita Castilla- Piura. Para lo cual se aplicará un cuestionario a su menor hijo adolescente. Dicho cuestionario será anónimo para proteger la identidad del participante informante y se desarrollará dentro de un ambiente de respeto mutuo, confidencialidad y responsabilidad, con el compromiso de no utilizar esta información para otros fines que puedan perjudicar a los sujetos de estudio.

Cordialmente

Obst. Flor de María Vásquez Saldarriaga
Docente Tutor

Katia de los Milagros Alvines Chorres
Tesista

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

Docente Tutor: Celular: 999699148

Oficina del Dpto. Investigación: 327933

Tesista

Celular: 964625821

Anexo 5

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

Yo, como sujeto de investigación, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, **EXPONGO:** Que he sido debidamente **INFORMADO/A** por los responsables de realizar la presente investigación científica titulada Conocimientos y actitudes sexuales en adolescente del Asentamiento Humano Talarita Castilla siendo importante mi participación en una encuesta para contribuir a dicho trabajo de investigación.

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

MANIFIESTO:

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

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

Firma del Participante

Fecha: _____