

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE
CHIMBOTE**

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

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES EN
ADOLESCENTES DE 14-19 AÑOS DEL
ASENTAMIENTO HUMANO SINCHI ROCA
CAMPO POLO SECTOR VIII CASTILLA-
PIURA AÑO 2016.**

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

AUTORA:

CIJAN YANNIRA RAMAL GÓMEZ

ASESORA:

OBST. FLOR DE MARÍA VÁSQUEZ SALDARRIAGA

PIURA - PERU

2016

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgr. Anita Elizabeth Preciado Marchan

Presidenta

Mgr. Aurea Lucia Panta Boggio

Secretaria

Mgr. Silvia Teresa Coronado Morales

Miembro

Agradecimientos

A Dios Y a San Judas Tadeo

Con la ayuda y protección de ambos
llegaré a cumplir las metas que me he
trazado y que ellos han preparado para mí.

A mis Padres

Roxana e Iván pues son y serán siempre mi motor
y motivo para seguir luchando en este camino al
éxito, por su apoyo incondicional, por su ejemplo
y ganas de superación, por tanto amor recibido y
por siempre estar presente en cada paso que doy

A mis Abuelos

Celsy y Juan, por su cariño, ayuda
continúa, siempre guiándome y
aconsejándome ante cada paso.

Son muchas las personas que han formado
parte de mi vida profesional a las que me
encantaría agradecerles su amistad, consejos,
apoyo, ánimo y compañía en los momentos
más difíciles de mi vida, sin importar en donde
estén quiero darles las gracias.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo general describir los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Sinchi Roca, Campo Polo Sector VIII, Castilla- Piura, año 2016 fue de tipo cuantitativa y nivel descriptivo. Se planteó una muestra de 150 adolescentes de 14 a 19 años de una población de 400 adolescentes a quienes se les aplicó un cuestionario para conocimientos sexuales, características socio demográficas y un test de actitudes sexuales; aplicando la técnica de la encuesta, obteniéndose los siguientes resultados: en forma global, el 60% de los adolescentes no tienen conocimiento sobre sexualidad. Según actitudes sexuales solo el 47,33% de este grupo etáreo revelan actitudes favorables. En relación a las características sociodemográficas y sexuales se ha demostrado, que la edad predominante de los adolescentes encuestados es de 14 y 15 años, y el 19% son adolescentes de 18 años, de los cuales el 46,67% son de sexo femenino; en lo concerniente al estado civil el 73,33% son solteros y solo el 10% casados, además que profesan la religión católica el 62%; respecto a la ocupación el 41% son trabajadores. Referente a si tienen o no enamorado(a) el 79,33% respondió que sí; y el 72,66% si han tenido relaciones coitales, siendo la edad de inicio más frecuente a los 15 años con un 26,67%, y finalmente el 100% de adolescentes se consideran heterosexuales. Por consiguiente se concluyó: que la muestra en estudio carece de conocimiento sexual en forma global y presentan actitud desfavorable hacia la sexualidad.

Palabras claves: actitudes, adolescencia, conocimientos, sexualidad.

ABSTRAC

The present research had as general objective to describe the knowledge and sexual attitudes of the adolescents of 14 to 19 years of the Human Settlement Sinchi Roca, Campo Polo Sector VIII, Castilla-Piura, year 2016 was of quantitative type and descriptive level. A sample of 150 adolescents aged 14 to 19 from a population of 400 adolescents who received a questionnaire for sexual knowledge, socio-demographic characteristics and a test of sexual attitudes; Applying the technique of the survey, obtaining the following results: globally, 60% of adolescents do not have knowledge about sexuality. According to sexual attitudes 47.33% of this age group reveal favorable attitudes. Regarding socio-demographic and sexual characteristics, it has been shown that the predominant age of adolescents surveyed is 14 and 15 years, and 19% are adolescents aged 18 years, of which 46.67% are female. Regarding the civil status, 73.33% are single and only 10% are married, in addition they profess the Catholic religion 62%; With regard to employment, 41% are workers. Regarding whether or not they are in love, 79.33% answered yes; And 72.66% if they had intercourse, the age of onset being more frequent at 15 years with 26.67%, and finally 100% of adolescents considered heterosexual. Therefore it was concluded: that the sample under study lacks sexual knowledge in a global way, however, they have an unfavorable attitude toward sexuality.

Key words: Adolescence, sexuality, sexual attitudes, sexual knowledge.

Contenido

1. Título de la tesis	i
2. Hoja de firma del jurado	ii
3. Hoja de agradecimiento y/o dedicatoria	iii
4. Resumen y abstract	iv
5. Contenido	vi
6. Índice de gráficos, tablas y cuadros	vii
I. Introducción	1
II. Revisión de literatura.....	6
III. Metodología	53
3.1 Diseño de la investigación	53
3.2 Población y muestra	53
3.3 Definición y operacionalización de variables e indicadores	55
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	67
3.5 Plan de análisis	67
3.6 Matriz de consistencia	68
3.7 Principios éticos	69
IV Resultados.....	70
4.1 Resultados	70
4.2 Análisis de resultados	89
V Conclusiones	99
Referencias bibliográficas	101
Anexos	108

Índice de tablas

Tabla 1: Conocimiento sexual global	70
Tabla 2: Conocimiento sexual según dimensiones	71
Tabla 3: Conocimiento anatomía y fisiología sexual y reproductiva por ítems	72
Tabla 4: Conocimiento respuesta sexual por ítems	74
Tabla 5: Conocimiento prevención de ITS, VIH//SIDA por ítems	76
Tablas6: Conocimiento metodología anticonceptiva como prevención del embarazo por ítems	78
Tabla 7: Actitudes sexuales en general	80
Tabla 8: Actitudes sexuales según dimensiones	81
Tabla 9: Características sociodemográficas y prácticas sexuales	82
Tabla 10: Valores del tamaño de la muestra, mínimo, máximo, media y desviación estándar de los resultados de la aplicación del cuestionario en los estudiantes	88

Índice de figuras

Figura 1: Gráfico de torta del conocimiento sexual global en adolescentes	70
Figura 2: Gráfico de barra del conocimiento sexual, según dimensiones.....	71
Figura 3: Gráfico de barra del conocimiento anatomía y fisiología sexual y reproductiva por ítems.....	73
Figura 4: Gráfico de barras del conocimiento respuesta sexual por ítems.....	75
Figura 5: Gráfico de barras del conocimiento prevención ITS – VIH / SIDA, por Ítems.....	77
Figura 6: Gráfico de barras del conocimiento metodología anticonceptiva como prevención del embarazo por ítems.....	79
Figura 7: Gráfico de torta de las actitudes sexuales en general.....	80
Figura 8: Gráfico de barras de las actitudes sexuales, según dimensiones.....	81
Figura 9: Gráfico de columna y de tortas de las características socio demográficas y Sexuales	83
Figura 9.1: Gráfico de columna según edad	83
Figura 9.2: Gráfico de torta según su sexo	83
Figura 9.3: Gráfico de columna según estado civil	83
Figura 9.4: Gráfico de columna según su religión	84
Figura 9.5: Gráfico de columna según su ocupación	84
Figura 9.6: Gráfico torta si tiene enamorado(a)	85
Figura 9.7: Gráfico de torta si ha tiene relaciones coitales	85
Figura 9.8: Gráfico de columna según edad de inicio de relación sexuales	86
Figura 9.9: Gráfico de columna según orientación sexual	86

Índice de cuadros

Cuadro 1: Visión de la adolescencia en las perspectivas teóricas	12
Cuadro 2: Vivencia de una sexualidad responsable según el Centro de Asesoría y Consultoría del Adolescente de Colombia	27
Cuadro 3: Matriz de operacionalización de la variable conocimientos sexuales	63
Cuadro 4: Matriz de operacionalización de la variable actitudes sexuales	64
Cuadro5: Matriz de operacionalización de la variable de la característica socio demográficas	65
Cuadro 6: Matriz de operacionalización de la variable características de control	66

I. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

La sexualidad en la adolescencia es aquella en la que el joven se desarrolla física y mentalmente, adquiriendo los caracteres sexuales secundarios (los que no tienen que ver con el órgano reproductor, como la nuez en los hombres o el ensanchamiento de las caderas en las mujeres) y desarrollando el pensamiento maduro; pero también despierta un comportamiento sexual, se transforma en un ser sexual. (1)

Por lo tanto la presente investigación tiene objetivo general, describir los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Sinchi Roca, Campo Polo Sector VIII, Castilla- Piura año 2016. Conjuntamente interesará como pautas para que la parte de salud pueda tomar las medidas necesarias con relación al desarrollo de proyectos incluyendo a los adolescentes como prioridad en esta sociedad.

La investigación será cuantitativa descriptiva con diseño no experimental de corte transversal, para el recojo de la investigación se escogerá una muestra que

estará constituida por 150 adolescentes de 14 a 19 años de una población de 400 adolescentes

Por lo anteriormente expresado, el enunciado del problema de investigación es el siguiente: *¿Qué Conocimientos y Actitudes Sexuales en los Adolescentes de 14 – 19 años del Asentamiento Humano Sinchi Roca, Campo Polo Sector VIII, Castilla-Piura durante el Periodo 2016?*

Para dar respuesta a la problemática; se ha planteado el siguiente objetivo general: Describir los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14-19 años del Asentamiento Humano Sinchi Roca, Campo Polo Sector VIII, Castilla-Piura, durante el periodo 2016.

Para poder conseguir el objetivo general, nos hemos planteado los siguientes objetivos específicos: (a) Describir el conocimiento en general sobre sexualidad de los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Sinchi Roca, Campo Polo Sector VIII, Castilla- Piura, durante el periodo 2016. (b) Describir el conocimiento hacia la sexualidad en las dimensiones: Anatomía y fisiología sexual y reproductiva, ciclo de respuesta sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual-VIH/SIDA, metodología anticonceptiva como prevención del embarazo en los adolescentes de 14 a 19 años de edad del Asentamiento Humano Sinchi Roca, Campo Polo Sector VIII, Castilla- Piura, durante el periodo 2016. (c) Determinar los ítems menos conocidos por cada dimensión en los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Sinchi Roca, Campo Polo Sector VIII, Castilla- Piura, durante el periodo 2016. (d) Identificar las actitudes hacia la sexualidad en forma general de los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Sinchi Roca, Campo Polo

Sector VIII, Castilla- Piura, durante el periodo 2016. (e) Identificar las actitudes hacia la sexualidad en las dimensiones: responsabilidad y prevención de riesgo sexual, libertad para decidir y actuar, autonomía, ,respeto mutuo y reciprocidad, sexualidad y amor, sexualidad como algo positivo en los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Sinchi Roca, Campo Polo Sector VIII, Castilla- Piura, durante el periodo 2016.(f) Describir las características socio demográfico y prácticas sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Sinchi Roca, Campo Polo Sector VIII, Castilla- Piura, durante el periodo 2016.

La presente investigación se justifica en la importancia que requieren los adolescentes frente a los conocimientos y actitudes sexuales, de información objetiva, y de opciones que puedan facilitar un desarrollo armónico y un camino firme hacia la vida adulta. Para lo cual es necesario que el adolescente adquiera la capacidad de tomar decisiones de manera asertiva. Para favorecer esta toma de decisiones de manera libre e informada sobre aspectos de la salud sexual y reproductiva es necesario hablar de sexualidad, de medidas de prevención y de auto cuidado; de conductas de riesgo, de embarazos no planeados, de relaciones de pareja y de anticonceptivos. En primera instancia es necesario escuchar a los adolescentes como protagonistas de su propia expresión sexual, para que a partir de la información sentida se puedan generar estrategias y actividades que favorezcan el disfrute de la sexualidad responsablemente.

La sexualidad del adolescente se expresa en sus relaciones con pares, padres, la sociedad en general y también con el adolescente mismo. Particularmente en la adolescencia cobra gran significación por los múltiples y complejos cambios físicos, cognitivos y psicosociales que ocurren en esta etapa, los que determinan significados y formas de expresión diferentes de la sexualidad. Como consecuencia, la sexualidad

influye significativamente en el modo de vida de los adolescentes y repercute en la problemática de salud que puede aparecer en ese momento o en las sucesivas etapas del ciclo vital. (2)

En el ámbito nacional estudios indican que el inicio de la vida sexual de los adolescentes es entre los 13 a 14 años en varones y a los 15 años en mujeres 7,8, por otra parte investigaciones hechas en zonas rurales reportan que los adolescentes presentan un conocimiento deficiente en el tema de la sexualidad y además una comunicación familiar pobre entre padres e hijos adolescentes.

Nos encontramos, por tanto, ante el periodo en el que las y los adolescentes están iniciando su vida sexual y en el que cambian de pareja con razonable frecuencia una vez que la empiezan; existe un riesgo demostrado de consecuencias no deseadas (embarazos e Infecciones de Transmisión Sexual); los padres y las madres se preocupan, pero no están preparados para intervenir; y existen pruebas de que la educación recibida antes del comienzo de las relaciones sexuales es muy eficaz. La necesidad de proporcionar una educación estructurada en materia de salud sexual y de sus posibles consecuencias es a todas luces evidente (3)

Debido a que actualmente y de forma local no se ha logrado concretar el grado de conocimiento por parte de los y las adolescentes; todo esto es debido al bajo nivel socioeconómico, los tabúes que aún existen y el pensamiento machista que radica en esta sociedad, es que se va a tratar de llegar con esta investigación a generar un interés por parte del sector de salud e instituciones educativas a trabajar de manera conjunta, para así poder hacer llegar un acceso fácil y veraz sobre los temas de educación sexual; así como trabajar de manera ligada con padres, escuelas y puestos de salud de

la mano con ellos.(4)

En la investigación se utilizó un diseño no experimental de corte transversal y de tipo descriptivo, nivel cuantitativo el muestreo fue no probabilístico por cuotas, se ejecutó en una muestra de 150 adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Sinchi Roca, Campo Polo Sector VIII, Castilla- Piura, a quienes se les empleó un cuestionario para conocimiento y una escala tipo Likert con la finalidad de medir las actitudes, previamente validados.

Los resultados obtenidos demostraron que el 60% desconoce aspectos básicos de sexualidad y entre las dimensiones menos conocidas fueron prevención de ITS-VIH/SIDA con un 86,00% y respuesta sexual humana con un 82,00%.

Por otro lado el 52,67% tiene actitudes desfavorables frente a su sexualidad en general y según dimensiones respecto a actitudes desfavorables, arrojaron los mayores porcentajes: responsabilidad y prevención (61,33%), sexualidad algo positivo (58,66%) y el respeto mutuo y reciprocidad (53,34%).

En las características sociodemográficas tenemos que el 20% de estos tienen una edad de 15 años, encontrándose que el sexo predominante es el masculino con 53,33%, en lo concerniente al estado civil el 73,33% son solteros, asimismo profesan la religión católica el 62%. Para lo que respecta a la ocupación se observa el 41,33% son trabajadores; el 79,33% tiene enamorado y el 72,66% si han tenido relaciones coitales, siendo la edad de inicio más frecuente a los 15 años con un 26,67%; y finalmente el 100% de adolescentes se consideran heterosexuales.

II. Revisión de Literatura

2.1 Antecedentes.

Delgado, (5); en su *estudio Nivel de Conocimientos sobre Sexualidad y manifestación de los impulsos sexuales en adolescentes de la Institucion Educativa Jose Granda*, concluye en los resultados lo siguiente: los varones obtienen los conocimientos sobre sexualidad por Internet (30,8%); en cambio las mujeres la obtienen de sus familias (57,6%). Los chicos le dan mucha más importancia a la sexualidad que las chicas. La primera experiencia sexual no coital ocurre a los 13 años. La primera relación sexual coital es a los 15 años para los chicos y a los 16 para las chicas. El motivo de la primera relación sexual coital en las mujeres fue el amor (40,6%) frente a los chicos que refirieron el deseo (24,1%). Las mujeres son más conscientes que los varones ante el riesgo de embarazo (82,7%). Los padres de los adolescentes aceptan que estos tengan relaciones sexuales en el 27% y en cambio solamente en el 7,8% de las adolescentes. El preservativo es el método anticonceptivo más conocido para la totalidad de los encuestados pero poco utilizado (35% en los chicos; 37% en las chicas). Al indagar sí habían tenido al menos una relación sexual, se encontró que el 66,6 % manifestó que sí. En promedio la primera relación fue a los 15 años (DE 1,6 años), y la edad más frecuente fue a los 16 años. Las edades de inicio oscilaron entre los 6 y 20 años. Se encontraron diferencias importantes al diferenciar por sexo: se halló que el 73,4 % de los hombres ya tuvo su primera relación, frente al 62,1 % de las mujeres. También se evidenció que los hombres iniciaron a edades más tempranas: el 8,6 % la tuvo cuando tenían 12 años o menos.; mientras que en las mujeres la edad más baja reportada fue de 13 años. De hecho, el promedio de edad en los hombres se ubicó en 14,1 años (DE 1,83 años),

frente a los 15,4 años (DE 1,26 años) de las mujeres.

Gonzales (6), realizó un estudio descriptivo transversal, sobre *Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Planificación familiar y Sexualidad en Escolares de tercer, cuarto y quinto o de secundaria de los colegios de Tinta Colombia* en donde se evaluó un total de 208 alumnos. La mayoría de los escolares (41,83%) obtuvo el conocimiento solamente en charlas dadas en el Centro Educativo, un 16% de los escolares refirieron diversas fuentes como colegio, amigos, televisión, entre otros; 1% refirió haber obtenido el conocimiento solamente en la casa y en 20% sus conocimientos provenían de la casa, el colegio y la televisión conjuntamente. En lo referente al inicio de relaciones sexuales el 7,2% de los adolescente inicio su actividad sexual, con una edad media de 15,73 años, desviación estándar 1.58, edad mínima 12 años y edad máxima en el grupo estudiado de 18 años. Del total de estudiantes que iniciaron ya su actividad sexual, solo 2 (13%) pertenecieron al sexo femenino.

Romero (7), en su investigación de *Características Sociodemográficas y del Comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes 2012 en Cordoba*; se llegó a la conclusión que la media de edad fue de 17,16 años (intervalo de confianza [IC] del 95%, 17,05-17,26), siendo el 48% varones. El 22,9% reconoce haber mantenido relaciones sexuales completas, destacando en este sentido las mujeres respecto a los varones ($p= 0,001$), la media de edad al inicio de estas fue 16,64 años (IC del 95%, 16,45-16,82), sin apreciar diferencias por sexo ni tipo de centro, el inicio de las relaciones suele ser con la pareja, destacando en este sentido las mujeres ($p<0,001$). El 48% de las mujeres reconoce mantener relaciones sexuales completas con una frecuencia superior a una vez a la semana, dando superior el registro para los varones

(19,5%) ($p < 0,001$). El 82% dice haber usado algún método anticonceptivo en su primera relación, siendo el preservativo el método más utilizado.

Quispe et al. Cusco, en su estudio *Conocimientos, Actitudes y practicas sobre sexualidad en la población adolescente del distrito de Mollepatá - Cusco 2012* su estudio a 108 adolescentes: 47% varones y 53% mujeres. La edad media fue 16.5 años. El lugar de aprendizaje sobre sexualidad fue el Colegio 37.7%, medios de comunicación 32.4%, amigos 19.4%. El 62% acepta las relaciones sexuales prematrimoniales como naturales, el 53.3% acepta las relaciones prematrimoniales con consentimiento mutuo. El 26.8% acepta haberse masturbado. El 51% acepta haber tenido relaciones sexuales, el inicio de relaciones sexuales fue de 15.5 años. El 16.7% desconoce los métodos anticonceptivos, el 19.4% conoce y utiliza estos métodos. El 56.5% de adolescentes demostró buen nivel de conocimientos de sexualidad. El 54.6% demostraron regular actitud hacia la sexualidad. El 59.3% llevaba bajo nivel de prácticas sexuales (40.7% moderado a alto). (8)

Arismendiz (9), en su investigación titulada *Conocimientos y Actitudes en Adolescentes de 14-19 años en el barrio de BellaVista - Sullana año 2013*, obtuvo que en 171 adolescentes según estado civil, eran solteros un 68,7%, convivientes un 19,6% y casados un 11,7%. En la edad del primer coito, se encontró una mediana de 15,5 años y media de 16,3 años en los varones, edades más precoces que en las mujeres cuya mediana fue 16,5 años y la mediana de 17,2 años. Los varones informaron, en su mayoría, que la primera relación sexual fue de común acuerdo (48,7%) mientras que las mujeres lo consideraron por presión o insistencia de la pareja (63,8%), dando a entender a que ellas no hubieran deseado esa relación; los varones indicaron que por presión de ellos fue solo en 26,9% de los casos. El uso del

condón no fue considerado como en la primera relación sexual, un 56% del total de encuestados fue mayor en las mujeres (70,4%) que en los varones (42%).

Troncoso (10), en Lima en el 2013 realizó una investigación titulada *Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes de Instituciones Educativas en Lima* cuyos resultados fueron a los datos generales la mayoría de los estudiantes son sexualmente activos, tienen 16 años y se encuentran en el quinto año de secundaria, un 60.2 % de los adolescentes tenían un nivel medio de conocimientos, un 51.6% tenía conocimientos sobre la sexualidad en el aspecto biológico y el 49% conocía sobre sexualidad en el aspecto biológico.

Carrasco (11), 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 2012* 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 Infecciones de Transmisión Sexual-Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; 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 Infecciones de Transmisión Sexual-Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de

Inmunodeficiencia Adquirida.

Escobar (12), realizó un estudio titulado *Conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de la Institución educativa “Ricardo Palma” del distrito de Marcavelica Sullana 2013*, encontró que en cuanto al nivel de conocimiento de sexualidad por dimensión, se observa que de las cuatro dimensiones abordadas en el presente estudio, la dimensión Prevención de enfermedades y metodología anticonceptiva como prevención del embarazo, es la más preocupante con respecto al conocimiento que los adolescentes muestran, pues se obtuvo un nivel de conocimiento bajo con un total del 85% y 80% respectivamente, ya que los adolescentes desconocen sobre las características y vías de transmisión de las de Infecciones de Transmisión Sexual, entre las más conocidas son el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida(70.8%), Herpes (10.2%), Sífilis (2.1%), y Gonorrea (0.6%), las cuales pueden adquirirse por tener relaciones sexuales sin condón según y la manera de prevenirlos es conociendo la historia sexual de su pareja o teniendo un compañero sexual estable, en un 7% de respuestas dadas por los adolescentes. Cuando se habla de anticoncepción, debemos entender que es un icono que involucra tanto al hombre como a la mujer, por eso se recomienda que la elección del método sea una decisión de pareja ya que es parte de la organización necesaria para poder mantener una vida sexual plena y sin obstáculos.

Yamunaque, (13), en su estudio *Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 – 19 años, del Asentamiento Humano Consuelo de Velasco sector 2 – Piura, en el años 2013*, encontró que del total de la muestra de estudio el 64% desconocía que un hombre puede infectarse del Virus de la Inmunodeficiencia

Humana, si tiene coito con una sola mujer, así mismo no mencionan ni identifican cuales son las de Infecciones de Transmisión Sexual un 61,33%, además el 56% no conoce que es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida no se contagia por abrazos, besos y contacto con las personas infectadas y un 36.67%, no conoce los síntomas de las de Infecciones de Transmisión Sexual. Cabe indicar que el 88% conoce que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es una enfermedad que amenaza la vida, y que el hombre puede infectarse con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana si tiene coito con una sola mujer el 79.33%.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Visión de la adolescencia en las perspectivas teóricas.

En la actualidad, las concepciones principales sobre la adolescencia se pueden resumir en tres tendencias dominantes: la perspectiva psicoanalítica, la cognitivo-evolutiva y la sociológica. Cada una de ellas resalta un aspecto particular del cambio adolescente partiendo de sus presupuestos teóricos. (14)

Desde el psicoanálisis se parte de considerar la adolescencia el resultado del brote pulsional que se produce por la pubertad (etapa genital), que altera el equilibrio psíquico alcanzado durante la infancia (etapa de latencia). Este desequilibrio incrementa el grado de vulnerabilidad del individuo y puede dar lugar a procesos de desajuste y crisis, en los cuales están implicados mecanismos de defensa psicológicos (fundamentalmente la represión de impulsos amenazantes) en ocasiones inadaptativos. (14)

Desde la perspectiva **cognitivo-evolutiva** (Jean Piaget como autor de referencia) la adolescencia es vista como un periodo en el que se producen importantes cambios en las capacidades cognitivas, y por tanto, en el pensamiento de los jóvenes, asociados a procesos de inserción en la sociedad adulta. Durante esta

etapa los jóvenes acceden en un grado u otro a formas de razonamiento propias de lo que se denomina pensamiento formal. Estas nuevas capacidades cognitivas les capacita para el desarrollo de un pensamiento autónomo, crítico, que aplicará en su perspectiva sobre la sociedad y en la elaboración de proyectos de vida. Desde esta perspectiva la adolescencia se produce, pues, por una interacción entre factores individuales y sociales. (14)

Por último, desde la perspectiva **sociológica**, la adolescencia es el periodo en el que los jóvenes tienen que consumir los procesos de socialización a través de la incorporación de valores y creencias de la sociedad en la que viven y la adopción de determinados papeles o roles social. El sujeto tiene que realizar opciones en este proceso haciendo frente a las exigencias y expectativas adultas. (14)

Teniendo en cuenta las perspectivas anteriormente expuestas, mostramos en la siguiente tabla de manera sencilla las relaciones que cada una de ellas expone y si utiliza o no etapas como método de medición para establecer patrones de conductas, se presenta el resumen en el cuadro N° 1

Cuadro 1

Teorías de la adolescencia

Teoría/Exponente	Perspectiva de la adolescencia	Uso de las etapas
Teoría psicosexual de Freud	Cambios físicos que despiertan la sexualidad.	Sí (Oral, Anal, Fálica, Latente y Genital).
Teoría psicosocial de Erickson	Búsqueda del yo	Sí (8 etapas de confianza vs desconfianza).
Teoría aprendizaje social de Bandura	Imitación moral y búsqueda del yo.	No (Cree que el desarrollo depende del conocimiento mediante modelaje).

Teoría Cognoscitiva de Piaget	Conocimiento mediante operaciones formales.	Sí (Sensorio motriz, pre operacional, operación concreta y operación formal).
Teoría desarrollo moral de Kohlberg	Imitación moral y búsqueda del yo.	Sí (preconvencional, convencional y posconvencional).
Teoría razonamiento moral de Hostos	Uso de la razón mediante la inducción.	Sí (infantil, adolescencia, juvenil y adultez).
Teoría motivacional o de jerarquía de necesidades de Maslow	Cambios físicos, búsqueda del yo, despertar de la sexualidad, pensamiento abstracto y razonamiento.	No (Cree en el desarrollo de las potencialidades mediante el alcance de metas).

2.2.1.1 La Adolescencia: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales

La adolescencia es un periodo de la vida con intensos cambios físicos, psíquicos y sociales, con una gran variación dentro de la normalidad. (15)

El desarrollo puberal es controlado y regulado por múltiples factores neuroendocrinos y hormonas que intervienen en el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal. En la pubertad existe una aceleración y desaceleración del crecimiento, cambios en la composición corporal y la maduración sexual con el desarrollo de las gónadas, órganos reproductores y caracteres sexuales secundarios, siendo más precoz en las mujeres que en los varones. (15)

Adolescencia es un término que tiene su origen en el verbo latino *adolescere*, que significa crecer, desarrollarse. Adolescente deriva del participio presente que es activo, por tanto es el que está creciendo, en oposición al pasado, que se correspondería al sujeto adulto, que ya ha crecido. Otros dos términos que aparecen

relacionados habitualmente con el de adolescencia son pubertad y juventud. Pubertad proviene del latín *pubere* (cubrirse de vello el pubis) y hace referencia fundamentalmente a los cambios biológicos que aparecen en el final de la infancia y que suelen englobarse en una primera fase de la adolescencia. (15)

De hecho, esa es la acepción más obvia y general de este periodo, entendido como la edad situada entre la infancia y la edad adulta. Aún admitiendo que cualquier etapa de la vida se puede entender esencialmente como una suerte de transición, en el caso de la adolescencia esta concepción tiene una relevancia especial, debido a las características de los nuevos procesos biológicos, psicológicos y sociales abiertos en este periodo. (15)

En este sentido, los/as adolescentes no forman un grupo homogéneo sino que presentan una gran diversidad en cuanto al crecimiento biológico, social, emocional e intelectual; los profesionales no debemos olvidar que cada adolescente desde su individualidad, responderá de una forma única y personal a las oportunidades y exigencias de la vida. (15)

2.2.1.2. Proceso de la Adolescencia: Etapas evolutivas

La adolescencia debe ser comprendida como el proceso global de cambios, que se teñirá con connotaciones externas, particulares de cada cultura, que serán favorables o dificultosas según las circunstancias. Los adolescentes se encuentra en la búsqueda constante de su identidad adulta, y en su camino se ve obligado a dejar su identidad de niño/a. En este recorrido la sexualidad tiene un papel muy importante. El ser humano físicamente nace sexuado, pero a lo largo de su vida ira formando su sexualidad y se comportara de diferentes maneras en cada edad o

momento de su evolución. (16)

Durante este proceso el/la adolescente necesita del apoyo familiar y de la sociedad; si ambos acogen y le dan importancias a sus cambios, el/la adolescente hace tendrá mayor confianza en seguir su camino, aceptación y tranquilidad. Caso contrario, el/la adolescente no muestra su cuerpo, se encierra en sí mismo o “actúa de manera rebelde” para llamar la atención, exponiéndose a riesgos innecesarios. (16)

Existen otras descripciones cronológicas distintas, según sean establecidas por psicólogos, sociólogos, endocrinólogos o neurólogos. Pero en vez de situarnos sobre una pirámide etaria, sería más interesante buscar un consenso, por encima de controversias, que contemplara de forma más abierta, el amplio espectro de esta época de grandes metamorfosis. Es importante resaltar que el crecimiento biológico, social, emocional e intelectual de los/las adolescentes, suele ser totalmente asincrónico y con frecuentes períodos de regresión. (16)

Aunque en todas las edades se puede hablar de evolución y cambio, aspectos como la rapidez en las transformaciones y el aumento de estatura son muy superiores en la adolescencia, motivados en gran medida por la eclosión de los cambios fisiológicos y morfológicos, que marcaran una ruptura definitiva con la infancia. A menudo “el espejo” les devuelve una imagen no reconocida o distorsionada, ello exige al chico y a la chica readaptaciones continuas. (16)

La disarmonía en el proceso de crecimiento durante la adolescencia, por el desajuste entre el desarrollo corporal y el desarrollo intelectual y emocional, lleva consigo numerosos conflictos y a menudo conductas de riesgo. Los acontecimientos y problemas que surgen durante este período sorprenden y desconciertan a los padres, a los profesionales de la salud y a los propios adolescentes. (17)

Volviendo a las etapas delimitadas por la OMS, cada una de ellas tiene sus propias características fisiológicas y psico-sociales, aunque no se deben interpretar como compartimentos estancos. La adolescencia sólo podrá ser suficientemente entendida, con carácter de continuidad e interconexión, en íntima relación con el medio familiar y social. La forma en que se irá desarrollando dependerá en gran manera de las estructuras psicológicas y sobre todo de las vivencias individuales de la infancia y en relación al entorno más cercano. (18)

En este sentido, los/as adolescentes no forman un grupo homogéneo sino que presentan una gran diversidad en cuanto al crecimiento biológico, social, emocional e intelectual; los profesionales no debemos olvidar que cada adolescente desde su individualidad, responderá de una forma única y personal a las oportunidades y exigencias de la vida. Para los fines del presente estudio centraremos nuestra atención en la etapa de la “Adolescencia propiamente dicha”. (18)

La Adolescencia propiamente dicha:

a. Desarrollo Cognoscitivo

Es el conjunto de transformaciones que se dan en el transcurso de la vida, por el cual se aumentan los conocimientos y habilidades para percibir, pensar y comprender. Estas habilidades son utilizadas para la resolución de problemas prácticos de la vida cotidiana. (19)

b. Desarrollo motivacional

Según Schneider, quien refiere que, en el adolescente sobresalen los siguientes motivos:

-Necesidad de seguridad: se funda en un sentimiento de certeza en el mundo

interno (estima de sí, de sus habilidades, de su valor intrínseco, de su equilibrio emocional, de su integración física) y externo (económica, su status en la familia y en el grupo).el adolescente puede sufrir inseguridad por los cambios fisiológicos, la incoherencia emotiva o por la falta de confianza en los propios juicios y decisiones.(20)

-Necesidad de independencia: Más que una existencia separada y suficiencia económica, significa, sobre todo, independencia emocional, intelectual, volitiva y libertad de acción. Se trata de una afirmación de sí. (20)

-Necesidad de experiencia: Fruto del desarrollo y la maduración que en todos sus aspectos son dependientes de la experiencia. Este deseo de experiencia se manifiesta claramente en las actividades "vicarias" (TV, radio, conversación, cine, lecturas, juegos, deportes). Por esto mismo se meten en actividades poco recomendables: alcohol, drogas, etc. (20)

c. Desarrollo afectivo

Es difícil determinar a la adolescencia como un periodo de inestabilidad emocional. Pero eso no implica que el adolescente cuente en su vida con riqueza emotiva y su originalidad. La sensibilidad avanza en intensidad, amplitud y profundidad, el/la adolescente es cambiante en su humor. (21)

d. Desarrollo social

Tanto el desarrollo cognoscitivo, como el motivacional y afectivo facilitan el proceso de socializar. (21)

A medida que el ser humano se va desarrollando y avanzando en sus etapas, son mayores y más variadas sus experiencias sociales, el tener mayor convivencia con la sociedad favorece tener 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 de su sexualidad, la búsqueda de pertenecer a un determinado grupo de compañeros de la misma edad y la emancipación de la familia. En esta etapa surge la necesidad de tener el control y ser el más fuerte sobre los demás (se golpean unos a otros), palabras agresivas (se insultan), manifestaciones reprimidas y ocultas, agresividad contra sí mismos, agresividad contra las cosas. (21)

e. Desarrollo sexual

Verse a uno mismo como ser sexual, reconocer la propia orientación sexual, lidiar con los impulsos sexuales y formar vínculos emocionales o sexuales son, todos, parte del proceso del logro de la identidad sexual.(22)

La conciencia de la sexualidad es un aspecto importante de la formación de la identidad y afecta la autoimagen y las relaciones de manera profunda. Aunque este proceso se ve impulsado en sentido biológico, se expresa en parte, en forma cultural. (22)

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. (22)

g. Desarrollo religioso

En la adolescencia se ponen 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. El grupo de

compromiso en la fé ahonda la religiosidad del adolescente. (22)

2.2.2 Bases teóricas de la Sexualidad

La sexualidad es una función básica del ser humano, esta comienza a los tres o cuatro años de edad y se establece definitivamente durante la adolescencia. Los diferentes cambios físicos y psicológicos que ocurren en esta etapa pueden tener un gran impacto en el comienzo de la sexualidad y las vidas reproductivas de los adolescentes de ambos sexos. Es importante entender las respuestas de los y las adolescentes a estos cambios para poder identificar el comienzo de las necesidades de salud reproductiva y proporcionarles servicios satisfactorios. Aquí mencionamos las principales teorías de la sexualidad. (23)

a. Teoría del Aprendizaje: según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás. Al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella. Esta teoría también sostiene que la determinación del género está condicionada por los modelos personales y las influencias socio ambientales a los que el niño se halla expuesto. En los primeros años de vida los modelos a observar e imitar son ante todo los padres. (23)

b. Teoría Cognitivo-Evolutiva: según este punto de vista, el desarrollo del género corre paralelo al progreso intelectual del niño. Los niños de muy corta edad tienen una visión exageradamente simplificada del género, equivalente a una estimación no menos estereotipada del mundo en general ya que hasta antes de los 5 años ellos no comprenden que el género es una constante y sólo entonces están en condiciones de configurar una sólida identidad de género. (23)

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. (23)

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. (23)

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. (23)

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. (23)

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. (24)

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. (25)

2.2.3.1- Principales Teorías

a. Teorías del aprendizaje: según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás. Al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella. (25)

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. (25)

c. Teoría de la disonancia cognitiva: Festinger sostiene que siempre que tenemos dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, estamos en un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo. Esto hace que nos sintamos incómodos psicológicamente y por eso hemos de hacer algo para disminuir esta disonancia. Otras situaciones serían aquellas en las que hacemos algo contrario a nuestras creencias más firmes sobre lo que es correcto y apropiado. (25)

2.2.3.2. 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. (26)

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. (26)

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. (26)

2.2.3. Teoría del Conocimiento

Se entiende como teoría del conocimiento al intento intelectual de explicar la

forma en la que adquirimos el conocimiento del mundo y los procedimientos por los que es generado ese conocimiento, de tal forma que pueda ser valorado ya como verdadero o como falso. Como su nombre lo indica, lo que pretende es crear una teoría (cuerpo sistematizado de ideas sobre una materia) acerca del conocimiento. (27)

La conciencia es la expresión más completa y sintética de lo real, expresa el verdadero ser del sujeto, ya que es la interiorización subjetiva de la abstracción del mundo en la personalidad de dicho sujeto. El conocimiento que va adquiriendo el adolescente sobre la sexualidad se forma a lo largo de su recorrido histórico, lo que lo lleva a definir un comportamiento ante la vida y la sociedad en la que el individuo se desenvuelve, es decir, la conciencia social se condensa en conciencias individuales por medio de referentes que provienen de los modos de apropiación de lo real. (27)

2.2.3.1 El conocimiento humano: desde el enfoque epistemológico, el conocimiento es un acto que significa averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. (27)

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. (27)

2.2.3.2. 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. (27)

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. Sugere nos parece el concepto de enfoque, que focaliza su sistema analítico y realiza operaciones e hipótesis de trabajo sobre esquemas mentales complejos de representación de la realidad. Dentro del término “enfoque”, también encontramos diferentes niveles de enfoques, como el enfoque estructural, el enfoque conexionista, enfoque integral, enfoque procedimental, enfoque procesal, enfoque relacional, enfoque asociacionista, enfoque dinámico, entre otros. (27)

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. (27)

- **Enfoque estructural:** todo sistema tiene una estructura aunque ésta sea que carezca de ella. (27)

- **Enfoque conexionista:** toda estructura cognoscitiva tiene conexiones de transferencia informativa. (27)

• **Enfoque integral:** las estructuras cognitivas funcionan de forma integrada: las partes no se pueden separar del todo, aunque puedan actuar de forma jerárquica. (27)

• **Enfoque procedimental:** toda estructura cognitiva usa uno o varios procedimientos para codificar, almacenar o procesar la información. El procedimiento trata de buscar la eficacia en la transferencia de información. (27)

• **Enfoque procesal:** todas las funciones cognitivas se pueden entender como un proceso de acción, muchas veces retroalimentado y con un control ejecutivo e intencional. (27)

• **Enfoque relacional:** todas las estructuras cognitivas están relacionadas en mayor o menor medida. (27)

• **Enfoque asociacionista:** las partes cerebrales encargadas de la cognición están asociadas entre sí, formando cadenas de transferencia informativa, en virtud del sistema neurológico. (27)

• **Enfoque dinámico:** toda estructura cognitiva cambia de algún modo a lo largo del tiempo. (27)

• **Enfoque constructivista:** el individuo es un agente activo a la hora de codificar, elaborar o transferir información; luego reconstruye' cognitivamente el mundo, haciendo sus propias teorías acerca del mismo, generando hipótesis y siguiendo cursos de acción particulares. (27)

• **Enfoque funcional:** toda estructura cognitiva tiene un modo de funcionamiento característico de la especie humana. Este funcionamiento universal

puede estar diferenciado por los distintos procedimientos que siguen las personas en el acto de la cognición. (27)

• **Enfoque adaptativo:** las estructuras cognitivas parten de la adaptación genética al medio, basculando por las diferenciaciones culturales, sexuales e incluso individuales.(27)

2.3 Modelo conceptual de la investigación

El marco conceptual considerado para el presente estudio y vista la sexualidad en la diversidad de enfoques tiene múltiples abordajes desde las diferentes perspectivas, una de ellas es la trabajada por el Centro de Consultoría y Asesoría del Adolescente. De Colombia, la misma que nos servirá de modelo para realizar el estudio en los adolescentes del Asentamiento Humano Sinchi Roca Campo Polo Sector VIII Castilla- Piura. (28).

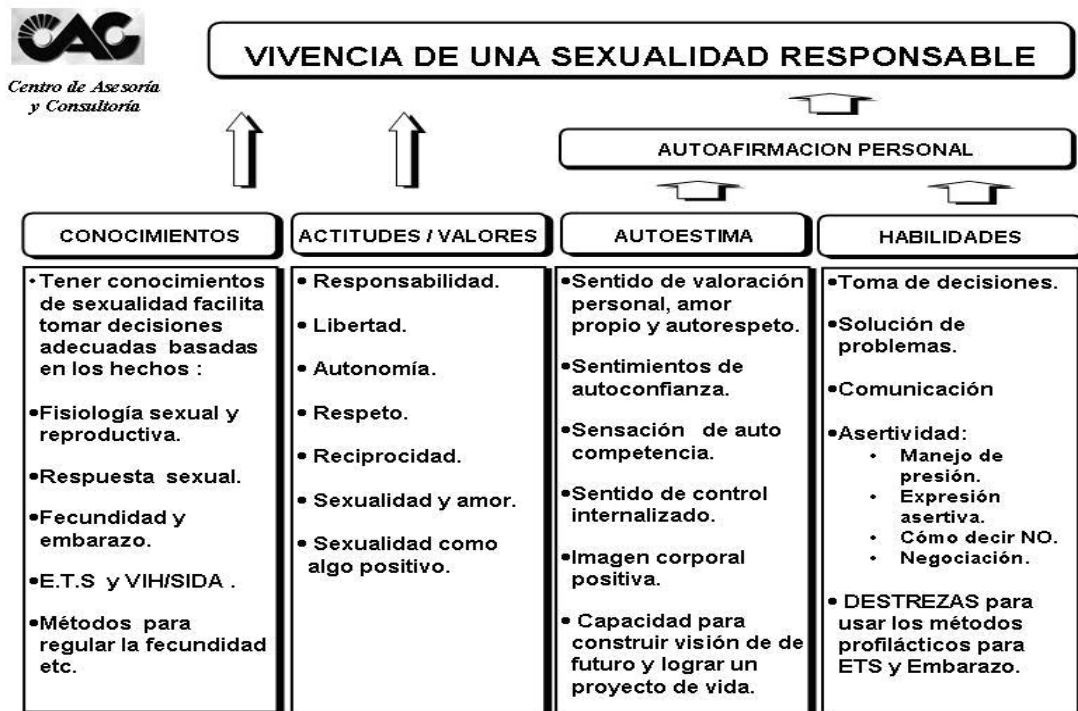
Desde la nueva educación sexual se propone enseñar que "la sexualidad es algo maravilloso que merece vivirse, no de cualquier forma, sino de manera responsable".

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

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

Cuando la vivencia sexual está asociada aun 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. (28)

Cuadro 2



La investigación apunta a describir la variable principal conocimientos sexuales del adolescente del Asentamiento Humano Sinchi Roca Sector VIII, Campo Polo, Castilla-Piura, en sus dimensiones:

- Conocimiento de anatomía y fisiología sexual y reproductiva: ciclo menstrual, fecundación y embarazo.
- Conocimiento del ciclo de respuesta sexual.
- Conocimiento de las infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA.

- Conocimiento de los métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.

Así mismo la variable principal actitudes sexuales del adolescente del Asentamiento Humanos Los Medanos del distrito de 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.

Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva.

Anatomía de los órganos sexuales masculinos y femeninos.

1. Los órganos sexuales femeninos están constituidos por los órganos genitales externos, la vulva y el periné y por los órganos genitales internos, la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios. (29)

1.1 Los genitales externos:

La vulva:

- **Monte del pubis o monte de Venus:** es una eminencia triangular que recubre el hueso pubis, está formado por tejido adiposo cubierto por piel que se pierde en la pared abdominal anterior. . (29)
- **Labios mayores:** son dos estructuras fibroadiposas de piel que se extienden desde el monte del pubis hacia abajo encontrándose en la línea media enfrente del ano. Incluyen la parte terminal de los ligamentos redondos y su piel es rica en glándulas sebáceas apocrinas y ecrinas, tiene pelos hacia las

partes laterales y externas. .(29)

- **Los labios menores:** están situados por dentro de los labios mayores, sus partes más anteriores se unen para formar el prepucio del clítoris. Están recubiertos por piel sin vellosidades con un estroma fibroelástico rico en elementos neurales y vasculares. (29)
- **Clítoris:** es un órgano eréctil que mide unos 2 – 3 cm, es altamente vascular y está cubierto lateralmente por los músculos isquiocavernosos.(29)
- **Meato uretral:** se encuentra inmediatamente por delante del orificio vaginal entre 2 – 3 cm por debajo del clítoris. (29).

1.2. Órganos internos femeninos

1. **La vagina:** es un tubo fibromuscular que va desde el vestíbulo vulvar hasta el útero. En la posición dorsal de litotomía, la vagina se dirige posteriormente hacia el sacro, pero su eje es casi longitudinal en la posición de pie. Se une al útero justamente por encima del cuello. Debido a que la vagina se une al útero en una posición más alta posteriormente que anteriormente, su pared posterior es unos 3 cm más larga que su pared anterior. (29)

La vagina está unida a la pared pelviana lateral con conexiones fasciales al arco tendinoso de la pelvis, que va desde el hueso pubis hasta la espina ciática. (29).

La vagina se compone de tres capas: la capa mucosa está formada por epitelio escamoso estratificado no queratinizado y sin glándulas. La lubricación ocurre básicamente por trasudación con contribuciones de las secreciones cervicales y de las glándulas de Bartolin. La mucosa es

hormonalmente sensitiva y responde a la estimulación por parte de los estrógenos. Esta colonizada por flora bacteriana mixta, predominando el lactobacilo, y su pH está entre 3,5 y 4,5. (29)

La capa muscular de la vagina contiene tejido conjuntivo y musculo liso en capas circulares internas y longitudinales externas. (29)

La capa adventicia es la fascia endopelviana que queda adherida a la capa muscular. (29)

La irrigación viene de las arterias vaginales y de ramas de las uterinas, rectales medias y pudendas internas. (29)

2. **El útero o matriz:** es un órgano fibromuscular dividido en una parte inferior, que es el cuello uterina y otra superior denominada cuerpo uterino. (29)

La porción del cérvix en contacto con la vagina es el exocervix, que tiene una superficie convexa con un orificio que se continua con el canal endocervical formado por glándulas que segregan moco, que a su vez están influenciadas por cambios hormonales, por lo que varía de ser un moco claro y filante alrededor de la ovulación a un moco más bien escaso en la fase postovulatoria. (29)

El cuerpo uterino varía en tamaño y configuración de acuerdo con la actividad hormonal y el embarazo. (29)

3. **Trompas de Falopio:** tienen una longitud de entre 7 y 12 cm y su función consiste en captar el ovulo, poseer un entrono adecuado para la concepción y transportar y nutrir el huevo.(29)

La mucosa tubárica está formada por epitelio cilíndrico, mientras que la muscular consiste en una capa circular interna y otra externa longitudinal de musculatura lisa. (29)

4. **Ovarios:** el tamaño normal de los ovarios puede llegar a 5 x 3 x 3 cm, siendo sus dimensiones el resultado de la producción hormonal, que varía de acuerdo con la edad y con cada ciclo menstrual. (29)

Cada ovario consta de un córtex y de una medula y está recubierto por un epitelio cuboide o columnar bajo que se continúa con el resto del peritoneo. El córtex está formado por un estroma especializado y por folículos en distintos estadios de desarrollo o en proceso de atresia. La medula ocupa una pequeña porción del ovario en su zona hiliar y se compone principalmente de tejido fibromuscular y de vasos sanguíneos. (29)

2. Órganos Sexuales Masculinos

2.1. Genitales Externos: los órganos genitales masculinos incluyen los testículos, los epidídimos, los conductos deferentes y eyaculadores y el pene, junto con algunas estructuras glandulares accesorias: vesículas seminales, próstata y glándulas bulbouretrales. (29)

- **Pene:** es el órgano masculino de la cópula. Está constituido por una porción fija denominada raíz. El cuerpo del pene está compuesto por tres masas alargadas de tejido eréctil capaces de aumentar considerablemente de tamaño cuando son rellenados por la sangre durante la erección del órgano. (29)

Las masas del tejido eréctil reciben el nombre de cuerpos cavernosos derecho e izquierdo, mientras que el cuerpo esponjoso está atravesado a lo

largo de toda su longitud por la porción esponjosa de la uretra y situado en la cara uretral en el surco medio que forman los dos cuerpos cavernosos unidos. El extremo final del pene se expande súbitamente formando un ensanchamiento cónico: es el glande del pene. (29)

La piel que recubre el pene es delgada y su color oscuro; a la altura del cuello del pene esta plegada sobre si misma formando el prepucio, que cubre el glande en una extensión variable. En la cara uretral del glande existe un pequeño pliegue medio que va desde la cara profunda del prepucio hasta la punta del glande inmediatamente inferior al orificio uretral externo: es el frenillo del prepucio. (29)

- **Los Testículos y Escroto:** son los órganos primarios de la reproducción y están suspendidos en el escroto. Cada testículo tiene forma elipsoidea y está compuesto en su mayor parte por túbulos seminíferos bien enrollados que, si se desenrollaran medirían hasta unos 70 cm. Para producir espermatozoides se requieren aproximadamente 74 días, 50 de los cuales transcurren en el túbulo. (29)

Después de abandonar los testículos, los espermatozoides necesitan entre 12 y 21 días para llegar hasta el epidídimo (que tiene una longitud de 5 – 6 m) y aparecer en la eyaculación. El vaso deferente mide entre 30 y 35 cm de largo, comienza en el epidídimo caudal y terminara en el conducto eyaculador próximo a la próstata. El semen está compuesto por secreciones, primero el liquido prostático y los contenidos del vaso deferente distal y luego las secreciones de la vesícula seminal. (29)

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. (29)
- **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.(29)
- **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 (29).

Fisiología Sexual y Reproductiva.

Nos enfocaremos en la definición del marco conceptual teniendo en cuenta los principales indicadores como son el ciclo menstrual, fecundación y embarazo. Dar conocimiento de los órganos sexuales y reproductivos tanto femeninos como masculinos, abarca que los adolescentes conozcan la fisiología de los diferentes procesos por los cuales atravesaran al cambio de cada etapa de vida. (29)

- 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 (30).

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 (30).

b. Ciclo uterino o menstrual: en ausencia de fecundación, unos dos días antes de que termina el ciclo mensual, el cuerpo lúteo ovárico involuciona de forma brusca y la secreción de las hormonas ováricas (estrógenos y progesteronas) disminuye a valores muy bajos, después se produce la menstruación. (31)

La menstruación se debe a la caída brusca de los estrógenos y sobre todo de la progesterona, al final del ciclo ovárico mensual. El primer efecto es la disminución de la estimulación de las células endometriales por estas dos hormonas, seguido de la rápida involuciona del endometrio a un espesor aproximado del 65% del inicial. Después de las 24 horas que preceden al comienzo de la menstruación, los tortuosos

vasos sanguíneos que riegan las capas mucosas del endometrio sufren un vasoespasmo, quizá a causa de algún efecto de la involución, como la liberación de una sustancia vasoconstrictora, quizá una de las prostaglandinas de tipo vasoconstrictor que abundan en ese momento. (31)

El vasoespasmo, la disminución de nutrientes del endometrio y la pérdida de la estimulación hormonal provocan una necrosis incipiente del endometrio, sobre todo de los vasos sanguíneos. Como consecuencia en primer lugar escapa sangre al estrato vascular del endometrio y las áreas hemorrágicas se extienden con rapidez a lo largo de un periodo de 24 a 36 horas. De manera gradual las capas externas necróticas del endometrio se separan del útero en estas zonas de hemorragia hasta que unas 48 horas después del comienzo de la menstruación todas las capas superficiales del endometrio se han descamado. La masa de tejido descamado y la sangre en la cavidad uterina más los efectos contráctiles de las prostaglandinas u otras sustancias del endometrio en degeneración inician las contracciones uterinas que expulsan el contenido uterino. (31)

c. La Fecundación: después de la eyaculación masculina dentro de la vagina durante el coito, algunos espermatozoides atraviesan el útero en 5 a 10 minutos y llegan a las ampollas que se encuentran en el extremo ovárico de las trompas de Falopio, gracias a las contracciones del útero y de las trompas estimuladas por las prostaglandinas existentes en el líquido seminal y por la oxitocina liberada por el lóbulo posterior de la hipófisis y que se produce durante el orgasmo femenino. De casi los 500 millones de espermatozoides depositados en la vagina, solo unos miles consiguen llegar a la ampolla. (31).

La fecundación del ovulo suele producirse en la ampolla una trompa poco

después de que el ovulo y el espermatozoide penetren en ella. Sin embargo antes de que un espermatozoide pueda llegar hasta el ovulo deberá atravesar las numerosas capas de células de la granulosa adheridas a la superficie del ovulo (corona radiada) y además tendrá que adherirse y atravesar la zona pelúcida que rodea el ovulo. (31)

Cuando el espermatozoide penetra en el ovulo (que está todavía en la fase de ovocito secundario de su desarrollo) este se divide para formar el ovulo maduro y expulsar el segundo corpúsculo polar. Este ovulo maduro todavía presenta 23 cromosomas en su núcleo. Uno de estos cromosomas es el cromosoma femenino también denominado cromosoma X. (31)

Mientras tanto el espermatozoide que da lugar a la fecundación también experimenta modificaciones. Al introducirse en el ovulo, su cabeza aumenta de tamaño con rapidez hasta formar un pronúcleo masculino. Después los 23 cromosomas sin pareja del pronúcleo masculino y los 23 cromosomas sin pareja del pronúcleo femenino se alinean para volver a formar una dotación completa de 46 cromosomas (23 pares) en el ovulo fecundado o cigoto. (31)

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 (31).

Factores hormonales en el embarazo: durante el embarazo se forma la placenta esta a su vez forma entre sustancias grandes cantidades de gonadotropina coriónica

humana, estrógenos, progesterona y somatomamotropina coriónica humana, de las cuales las tres primeras y probablemente la cuarta también son esenciales para que el embarazo transcurra con normalidad. (31).

e. Menarquia: es la primera vez que tiene su periodo la niña. Normalmente el periodo dura de tres a siete días, el flujo empieza leve. Puede volverse mas fuerte por dos o tres días y después más leve hasta que se termina. La mayoría de veces empieza de color café, después se vuelve más rojo retornando nuevamente al color café cuando ya está por terminarse. (31).

Un ciclo menstrual normal puede ser tan corto como de 21 días o tan largo como de 35 días; es normal que haya cambios de mes a mes, algunos meses no tendrá un periodo especialmente en el primer o segundo año. (31)

Ciclo de Respuesta Sexual Humana.

La Respuesta Sexual Humana puede describirse esquemáticamente como una secuencia cíclica de etapas o fases características que se facilitan, refuerzan o inhiben entre sí. Los cambios fisiológicos que constituyen la respuesta sexual, bastante similares en realidad en el hombre y la mujer; se suelen agrupar para su análisis y descripción en tres fases principales: excitación, orgasmo y resolución. (32).

➤ ***Fase de excitación.***

La fase de excitación es muy similar en ambo sexos, con diferencias solo en sus aspectos temporales (su desarrollo suele requerir más tiempo en las mujeres). Esta caracterizada por fenómenos de vasodilatación, con considerable aporte de sangre a los órganos pélvicos; consecuencia de ello son los fenómenos de erección del pene y el clítoris, el engrosamiento de los labios menores y de otros órganos, como los

testículos y órganos internos. En la mujer cuando la fase de excitación se encuentra muy avanzada, la congestión del plexo vascular perivaginal empuja hacia la luz vaginal las paredes del tercio más externo de la vagina formando lo que se denomina plataforma orgásmica. Otro fenómeno en la fase de excitación de la mujer es la elevación del útero, que tira hacia arriba de la vagina alargándola. (32)

La respuesta de lubricación vaginal, manifestación característica de la excitación sexual en la mujer que ocurre desde su inicio y aumenta con el progreso de la respuesta sexual, es también resultado de estos procesos. En el varón la próstata y las vesículas seminales incrementan su actividad secretora produciendo un volumen apreciable de los líquidos que, mezclados en su momento con el contenido de los conductos deferentes, formaran el eyaculado. En la mujer las glándulas parauretrales de skene, equivalentes a la próstata masculina, aumentan también su secreción, lo que, en quienes las tienen más desarrolladas y/o estimuladas, puede llevar a que su expulsión sea perceptible durante el orgasmo (se trataría de la célebre eyaculación femenina). (32)

➤ *Fase Orgasmo*

En la respuesta orgásmica se han encontrado diferencias sexuales en cuanto a su frecuencia de reproducción. Generalmente los varones alcanzan el orgasmo tras la estimulación sexual, mientras que en las mujeres la respuesta orgásmica es menos frecuente, sobre todo durante el coito (resulta más fácil inducirla mediante masturbación u otras formas de estimulación táctil por parte de la pareja). Esta fase se caracteriza por contracciones intermitentes tanto de la musculatura lisa de los órganos genitales como de la esquelética, en particular la de los músculos del suelo pélvico, pero también de diversos grupos musculares de otras partes del cuerpo, las

de cuello y abdomen suelen ser las más comunes. (32).

En el hombre el fenómeno más característico de la respuesta orgásmica es la eyaculación, que consta de dos etapas: emisión seminal y expulsión. La primera consiste en la contracción de la musculatura lisa del conducto deferente, la próstata y las vesículas seminales, lo que hace que inyecten sus secreciones en el segmento posterior de la uretra “bulbo”, donde, al mezclarse forman el líquido seminal. Esto se acompaña de la sensación de inminencia e inevitabilidad eyaculatoria por que la distensión del bulbo uretral por el semen recién formado, allí dispara automáticamente el reflejo de expulsión. (32)

➤ ***Fase de resolución.***

Consiste en el retorno a los niveles funcionales iniciales, con reducción de la vasocongestión pélvica y relajación muscular. Se acompaña de un periodo refractario, durante el que es difícil producir una nueva respuesta sexual. Dura varios minutos y se alarga progresivamente con la edad. (32)

Este fenómeno es más característico del varón. En la mujer se pueden producir estados similares de refractariedad, especialmente tras orgasmos muy intensos, pero tras el orgasmo femenino a menudo se regresa a un nivel todavía alto de excitación sobre el que se pueden superponer sucesivamente algunos otros orgasmos si persiste la estimulación (respuesta multiorgásmica). (32)

Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA

Las infecciones de transmisión sexual tienen una estrecha relación con la salud reproductiva del ser humano. Entre estas infecciones tenemos: el VIH, sífilis,

gonorrea etc. El VIH actualmente se considera la infección de transmisión sexual con más alto porcentaje de contagio a nivel mundial, causando grandes efectos sobre la salud reproductiva en general. Las ITS, anteriormente denominadas venéreas, como su mismo nombre lo dice son infecciones que se transmiten mediante el contacto sexual, conociendo así de esta manera los grandes riesgos que originan al tener relaciones sexuales sin protección. (33)

A continuación mencionaremos las infecciones de transmisión sexuales más castigadas por la sociedad:

1. **Sífilis:** es una infección de transmisión sexual que puede ser crónica o aguda, es producida por el *treponema pallidum*, microorganismos espiral del grupo de espiroquetas, que penetra la piel y las mucosas a través de pequeñas abrasiones, multiplicándose en el punto de penetración y alrededor para invadir los ganglios, los linfáticos, vasos sanguíneos y la sangre, diseminándose rápidamente antes de que se manifieste la lesión primaria. (33)
2. **Chancroide:** conocido como chancro blando causado por una bacteria gram negativa llamada *Haemophilus ducreyi*. Se manifiesta frecuentemente a modo de ulcera genital simulando un chancro de carácter sifilítico. Se diferencia de este por ser doloroso y de aspecto sucio. (33)

Después de un periodo de incubación de un día o dos semanas, el chancroide comienza con una pequeña hinchazón que se torna en una ulcera después de un día de aparición, tiene bordes irregulares y bordes mellados, tiene una base cubierta con material gris amarillento, es muy dolorosa. (33)

El chancro blando puede complicarse con la rotura del bubón y la formación consiguiente de fístulas. Cuando la lesión es en el meato urinario puede producir estenosis. (33)

3. **Gonorrea:** es la ITS más prevalente. También denominado blenorragia, blenorrea y uretritis gonococia, es una infección de transmisión sexual provocada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* o gonococo. (33)

Es una enfermedad mundialmente frecuente y a veces con carácter epidémico que se transmite de persona a persona. El síntoma más frecuente es una secreción uretral mucosa blanquecina, clara o purulenta (gruesa, amarillenta), ubicada en la punta del pene. Otros síntomas son dolor al orinar, sensación de quemazón en la uretra, dolor o inflamación de los testículos. En el varón este germen provoca uretritis y prostatitis. (33)

En las mujeres, la infección suele cursar de forma asintomática. Sin embargo, pueden presentarse signos y síntomas tales como: una secreción vaginal, aumento de ganas de orinar y molestias urinarias (disuria). La expansión del germen hacia las trompas de Falopio puede producir dolor en la zona baja del abdomen, fiebre, náuseas y los síntomas generalizados de cuando se tiene una infección bacteriana. En una madre que tiene gonorrea puede contagiar a su bebé durante el parto, causándole ceguera. (33)

4. **Tricomonirosis:** afecta a hombres y mujeres. Su agente causal es un protozoo unicelular, anaeróbico conocido como *trichomona* vaginales. Afecta no solo vagina, sino también al tracto genitourinario inferior, en ambos sexos. (33)

Desemboca en una vulvovaginitis con leucorrea, prurito vulvar y ardor vaginal. Aparecen petequias y se producen secreciones amarillentas en la fase aguda y blanquecina en la fase crónica. (34)

En el varón en este caso, el parásito no encuentra unas condiciones óptimas para su desarrollo por lo que es considerado portador. (34)

5. **Papiloma Humano:** es una infección de transmisión sexual siendo su agente causal el Virus del papiloma humano que produce lesiones cutáneas conocidas como condilomas (verrugas), las cuales se presentan en vulva, vagina, cérvix y recto. (33)

Se conocen cerca de 15 variedades de papiloma humano que infecta el sistema genital, pero las más frecuentes son VPH-6 y VPH -11; se ha relacionado neoplasia cervical con los VPH-16 y VPH -18.

Las lesiones verrugosas se ubican en el cuerpo o la corona del pene de los hombres; también es posible que se desarrollen lesiones en la uretra o en el recto. (33)

Las mujeres desarrollan lesiones verrugosas en cualquier superficie mucosa genital en la parte interna o externa. En general la infección es asintomática en ellas y solo se detecta por citología o exploración física. (33)

6. **Herpes Genital:** la infección herpética de los genitales es producida por un virus de la familia de los herpes virus, considerándose actualmente como una infección de transmisión sexual. Es la causa más frecuente de úlceras genitales visibles. Su agente causal es el virus del herpes simple de tipo I. (33)

En relación a sus signos y síntomas en las mujeres la infección primaria suele incluir la vulva, vagina y cuello uterino. En varones son más frecuentes las lesiones en el glande, prepucio o el cuerpo del pene. En ambos sexos, la afección primaria ocurre con fiebre, malestar, adenopatía inguinal lateral. (33)

7. **Clamidia:** las infecciones por clamidia pueden afectar tanto a las mujeres como a los hombres. Las infecciones pueden causar un flujo genital anormal de color blanco y con un aspecto de leche cortado acompañado de ardor al orinar. (33)

En las mujeres las infecciones que no tienen tratamiento pueden conllevar a la enfermedad inflamatoria pélvica. (33)

8. **SIDA:** es producido por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una infección transmisible de elevada mortalidad y rápido aumento a nivel mundial que origina profunda depresión del sistema inmunológico, especialmente de los linfocitos T condicionando el desarrollo de graves infecciones por gérmenes oportunistas, como *Pneumocystis Carini*, tumoraciones como el sarcoma de Kaposi y linfomas que llevan a la muerte a personas infectadas. (33)

Se describe como manifestaciones precoces a fiebre, diarrea, fatiga, linfadenopatía generalizada, anorexia, pérdida de peso y sudoraciones nocturnas. (33)

La persona recibirá un diagnóstico de VIH solamente si tiene dos pruebas de Elisa positiva y la de Western blot que es la prueba confirmatoria. (33)

Como prevenir Las Infecciones de Transmisión Sexual.

En la actualidad observamos con gran preocupación como los adolescente están iniciando cada vez más a temprana edad las relaciones sexuales, lo cual es muy complejo de analizar debido a sus múltiples causas. Controlar las ITS se torna complicado a causa de las conductas instintivas e irresponsables que muchas veces tienen los adolescentes de hoy en día. Son las únicas infecciones cuyo contagio es diseminado directamente por la principal necesidad del ser humano de compartir intimidad sexual y reproducirse. Estar expuestos a cualquiera de estas infecciones es consecuencia directa de la sexualidad de cada persona, teniendo conocimiento general que a mayor número de parejas sexuales aumenta el riesgo de contagio. (33)

El uso de anticoncepción y una conducta más responsable por parte del ser humano disminuyen los riesgos de adquirir una ITS. (33)

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. (33)

Estas infecciones en conjunto constituyen un gran problema de salud pública, ya que no solo afecta a los seres humanos como pareja, sino también a los futuros hijos nacidos y no nacidos mediante la reproducción. Es por eso la importancia de tomar conciencia de que esta información sea aplicada por la población en general principalmente por la mujer para disminuir el riesgo de contagio de ITS y sus posteriores efectos. (33)

. Métodos anticonceptivos:

Los métodos anticonceptivos son objetos, sustancias y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva con el fin de evitar un embarazo no deseado. (34)

Se clasifican en dos grandes grupos: métodos temporales y definitivos. Los temporales son aquellos cuyo efecto dura el tiempo que se emplea. Si la pareja desea tener hijos, la mujer puede embarazarse al suspender su uso. (34)

Los definitivos evitan el embarazo de manera permanente y se recurre a ellos cuando la pareja tiene la paridad satisfecha. (34)

Dentro de los métodos anticonceptivos temporales tenemos: los hormonales, dispositivos intrauterinos, de barrera y naturales. Métodos anticonceptivos definitivos: oclusión tubárica bilateral (en la mujer) y vasectomía (en el varón). (34)

Clasificación de los Métodos anticonceptivos.

✚ Métodos Naturales:

- ❖ **Método del Ritmo o calendario:** se basa en la fisiología hormonal normal de la mujer, en los cuales hay abstinencia de hacer relaciones sexuales durante la ovulación. El ciclo ovárico de la mujer empieza con la menstruación. Todo el ciclo dura aproximadamente 28 días. (34)

La ovulación se da a mitad del ciclo aproximadamente (día 14), que se acompaña de un discreto aumento de la temperatura corporal en relación a los días pre- ovulatorios del ciclo, y que la secreción vaginal se vuelve más viscosa (el moco es más abundante, espeso y claro y se extiende con mayor facilidad). Es la etapa con mayor posibilidad que la mujer salga embarazada, permite hacer relaciones sexuales 5 días después de iniciada la menstruación y

5 días antes de la fecha próxima probable. (34)

❖ **Método de Billings o del moco cervical:** el Billings tiene en cuenta los cambios tanto cuantitativos como cualitativos de la secreción mucosa del cérvix y lo relaciona con los distintos cambios hormonales que tiene lugar en el ciclo. Los estrógenos incrementan la cantidad y la filancia del moco cervical, mientras que los gestagenos (progesterona) disminuye la cantidad y lo hace espeso y turbio. Para poder utilizar este método la mujer puede tomarse muestras de secreción vaginal diariamente con sus dedos índice o pulgar. Si al unir o separar los dedos se produce hilos o filamentos quiere decir que el tapón mucoso que normalmente cierra el cuello uterino se ha vuelto más líquido y filamentoso, lo cual indica que esta cerca la ovulación. (34)

❖ **Método de la lactancia materna o Amenorrea (MELA):** consiste en alimentar exclusivamente con leche materna al bebe, por lo menos 10 a 12 veces por día durante los primeros 6 meses. Es efectivo mientras la usuaria no tenga menstruación. (34)

Métodos Hormonales:

❖ **Anticonceptivos Orales:**

Monofásicos:

- De 28 píldoras

- De 21 píldoras (34)

Trifásicos: contienen la misma dosis de estrógenos para los seis primeros días y los últimos, mientras que en el intervalo media la dosis es algo superior. El aumento de gestágenos se realiza de forma escalonada. (34)

Progestágenos: contiene solo una de las hormonas femenina. (34)

- ❖ **Parches:** las hormonas pasan a través de la piel: con 6 mg de norelgestromina y 0.6 mg de etinilestradiol.

El anticonceptivo consiste en un parche matricial transdérmico fino, pequeño de tres capas y de color beige, se colocan sobre la piel en una zona musculosa y la hormona es liberada lentamente durante la semana.(34)

- ❖ **Anticonceptivos inyectables:** existen dos tipos de anticonceptivos inyectables: el mensual, es aquel que posee dos tipos de hormonas (estrógeno y progestágeno), el trimestral que incluyen solamente una hormona (progestágeno). Generalmente producen alteraciones en el ciclo menstrual, con irregularidades de hasta 6 meses y la fertilidad tarde en recuperarse. (34)

✚ **Métodos Mecánicos:**

- ❖ **Dispositivos Intrauterinos (DIU):** es un pequeño dispositivo plástico que tiene forma de “T” con un depósito de progestina o sin él. Debe ser colocado por un médico dentro del útero. Los DIUS asociados a hormonas en pequeñas cantidades de un progestágeno, que se va liberando lentamente e impide el paso de los espermatozoides hasta las trompas de Falopio a través del útero. (34)

✚ **Métodos de Barrera:**

Son aquellos que impiden el ascenso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina, ya sea formando una barrera mecánica (preservativo, diafragma) o química (óvulos vaginales, jaleas etc.) o la combinación de

ambos. (34)

❖ **El Preservativo o Condón masculino:** es una funda de goma de látex o poliuretano que se coloca sobre el pene en erección cubriéndolo totalmente. Además de evitar el embarazo, el preservativo es el mejor método para prevenir infecciones de transmisión sexual (herpes genital, SIDA. etc). No tiene ningún efecto secundario ni contraindicaciones. Son de un solo uso. (34)

❖ **Preservativo femenino:** es un preservativo desechable, especialmente diseñado para proteger mediante un total recubrimiento de la vagina. Esta prelubricado y adopta inmediatamente la temperatura corporal. (34)

✚ **Métodos Quirúrgicos o Definitivos:**

❖ **Bloqueo tubárico bilateral:** consiste en una operación sencilla para bloquear los conductos que comunican los ovarios con la matriz, impidiendo la unión entre el ovulo con los espermatozoides. Es un método definitivo. (34)

❖ **Vasectomía:** consiste en bloquear los conductos por donde pasan los espermatozoides, impidiendo su salida y evitando así de esta manera la unión con el óvulo. Este método es definitivo para los hombres que ya no desean tener más hijos. (34)

Responsabilidad y prevención de riesgo sexual.

La libertad está íntimamente ligada con la responsabilidad, ya que una persona que cuente con una absoluta libertad es capaz de asumir con responsabilidad las consecuencias de sus acciones, ya sean correctas o incorrectas. (35)

Libertad significa que el ser humano tiene el poder de decidir cómo actuar en

base a su voluntad, siendo nosotros los seres humanos los únicos que podemos gozar de este privilegio. Desde pequeño el hombre con el desarrollo de la razón tiene la libertad de poder elegir y a medida que va creciendo en base a los conocimientos que va adquiriendo el ser humano empieza a tener mejor percepción de lo que la libertad implica; ya que teniendo en cuenta la libertad que tiene al realizar sus acciones en base a lo que es bueno o malo tendrá que asumir las consecuencias de cada una de ellas implica. (35)

Por ejemplo siendo los padres el núcleo del hogar y los principales formadores de disciplina y valores iniciales en el ser humano tienen del deber de inculcar en sus hijos la responsabilidad y esta se enseña mediante la asignación de pequeñas tareas como: ordenar su cuarto, lavar su plato, hacer su tarea entre otras; caso contrario si el niño incumpliera con estas tareas por razones innecesarias (salir a jugar con sus amigos, dormir), también se le debe enseñar a asumir la consecuencia de sus elecciones y la poca responsabilidad que pone en sus acciones. Los padres deben orientar a sus hijos sobre lo que la libertad con responsabilidad implica, enseñándoles lo que es bueno y lo que es malo, para que de esta manera ellos puedan decidir libremente asumiendo sus ventajas y desventajas de las decisiones buenas o malas que puedan tomar. (35)

Por otra parte en el presente no es extraño que los adolescentes en sus relaciones de pareja busquen incluir el contacto sexual, pero esto no implica que ellos se encuentren emocionalmente preparados para asumir una relación estable (noviazgo, comprometerse). (35)

Hoy en día la adolescencia se deja llevar básicamente por sus instintos más que por sus emociones principalmente el hombre, es por eso que cuando un galán con el

que una chica comienza a salir le pide sexo, puede ser muy bien que sea lo única que está buscando de ella, pasar solo un buen rato placentero antes que estrechar vínculos más profundos. (35)

Así mismo también hay hombres capaces realmente de amar y para quienes llevar la relación a la intimidad implica hacerla más fuerte y significativa. (35)

Reflejando irresponsabilidad por parte de los adolescentes cuando de asumir una relación de pareja e iniciar una vida sexual activa se trata, ya que lo hacen solo por la búsqueda generalmente de obtener placer, sin pensar en fortalecer lazos más profundos y las consecuencias que provocan el inicio precoz de las relaciones sexuales sin responsabilidad. (35)

Libertad para decidir y autonomía

Libertad significa que el ser humano tiene el poder de decidir cómo actuar en base a su voluntad, siendo nosotros los seres humanos los únicos que podemos gozar de este privilegio. Desde pequeño el hombre con el desarrollo de la razón tiene la libertad de poder elegir y a medida que va creciendo en base a los conocimientos que va adquiriendo el ser humano empieza a tener mejor percepción de lo que la libertad implica; ya que teniendo en cuenta la libertad que tiene al realizar sus acciones en base a lo que es bueno o malo tendrá que asumir las consecuencias de cada una de ellas implica. (36)

Está ligada a la autonomía, que es la capacidad de asumir responsabilidades impuestas por uno mismo, sin la necesidad de ser presionados externa o internamente para su cumplimiento. (36)

En sexualidad es importante tener autoestima por el motivo de que es un aspecto

íntimo que solo nos concierne a nosotros mismos, el tener seguridad y aceptación hace que nos desarrollemos de una manera más libre, de esta manera empezamos a aceptarnos nosotros mismos tal y como somos, sin reparos a la hora explorar nuestro cuerpo, acariciarlo, mostrarnos desnudos ante nuestra pareja y así poder disfrutar de una relación sexual plena; sin complejos ni pensamientos negativos que solo existen en nuestra cabeza mientras que nuestra pareja nos ve maravillosos. (36)

Probablemente durante la exploración de nosotros mismos podemos encontrar algunas cosas que nos gusten menos y otras más, pero eso no implica que vayamos a encerrarnos en aquello que no nos gusta de una manera obsesiva y perjudicial para nosotros, ya que puede conllevar a que tengamos ideas equivocadas (que por ello vamos a hacer rechazados) y crear un muro entre nosotros y los demás (aislarnos). Romper este muro significa: libertad, experiencias y sensaciones únicas porque todos tenemos derecho a disfrutar. (36)

Respeto mutuo y reciprocidad.

El respeto es casi lo más importante para la convivencia entre las personas, sin el todo el mundo estaría en guerra, en peleas permanentes. Hay que tenerse respeto mutuo, en las sociedades antiguas la reciprocidad o el respeto hacia la pareja (mujer) no se daba ya que el sexo femenino era considerado como un ser inferior convirtiéndose en propiedad del hombre, el cual tenía sobre ella la facultad de ejercer poder y hacer su voluntad. Con el paso del tiempo se fueron dando muchos cambios entre ellos la igualdad de género donde la mujer tiene las mismas capacidades y oportunidades que el hombre; donde el respeto tanto para el hombre como para la mujer se debe dar de igual manera. (36)

El respeto mutuo la reciprocidad en la sexualidad es una base importante para que la pareja evolucione, ya que la comprensión, el cariño y sensibilidad que la persona pueda mostrarle a su pareja ayuda que la relación no se base solo en el coito sino experimenten nuevas cosas que los haga sentirse plenos y puedan tener una sexualidad satisfecha para ambos. (36)

Sexualidad como algo positivo.

Apreciar la sexualidad como una etapa positiva de nuestras vidas lo hace más agradable, es por eso que para ejercer nuestra sexualidad como una nueva oportunidad de sentir placer y bienestar, es aceptar que nuestro cuerpo es un mundo nuevo listo para ser explorado donde nuestros deseos y emociones sexuales son dignos motivos de alegría y no algo negativo que nos origine represiones. (37)

La sexualidad se va construyendo en base a componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales; siendo los sociales el principal componente, debido a que la sociedad impone ciertas conductas para el ser humano. Con frecuencia encontramos que las normas sociales no se ajustan a las necesidades de las personas concretas, son por tanto reglas que no tienen sentido. (37)

Los prejuicios y tabúes acerca de la sexualidad deben desaparecer, ya que el ser humano tiene el derecho de ver la sexualidad como algo natural y espontaneo principal en nuestro ciclo de vida, información que debe ser brindada por los mayores fortaleciéndola con el ejemplo de una relación de pareja basada en el amor, respeto y comprensión, los hijos guiados por lo que ven en sus hogares crecerán viendo la sexualidad como algo natural, positivo y normal. (37)

El poder hablar sobre sexualidad es el primer paso para una salud sexual

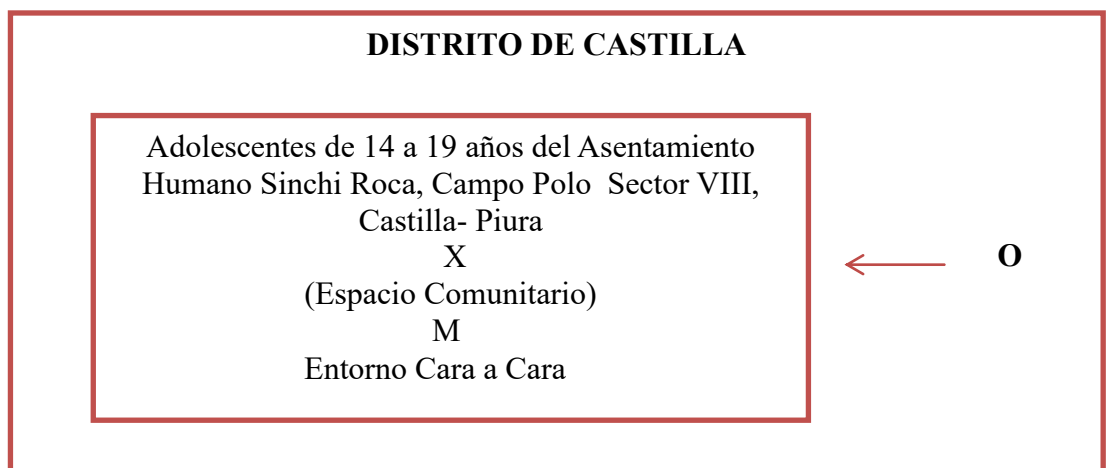
integral, pues además de poder transmitir mejor la información y aclarar dudas y opiniones, permite a los jóvenes tomar conciencia de su propia postura y tener un mejor cuidado y respeto en el manejo de su sexualidad. (37)

III. Metodología

3.1 Diseño de la investigación.

Diseño no experimental, transversal

ESQUEMA



Dónde:

M: es la muestra estudiada.

X: conocimiento y actitudes

O: lo que observamos

3.2. Población y muestra

3.2.1 Población

La población estuvo constituida por 400 adolescentes de 14-19 años que radican en el Asentamiento Humano Sinchi Roca, Campo Polo Sector VIII, Castilla- Piura 2016

Criterios de Inclusión y Exclusión.

Inclusión:

- Adolescentes hombres y mujeres de 14 - 19 años cumplidos, que viven o residen con permanencia por lo menos un año en el Asentamiento Humano Sinchi Roca Campo Polo Sector VIII, Castilla-Piura.
- Saber leer y escribir
- No interesa la condición civil.
- Puede o no tener hijos.
- Aceptación escrita de participar en el estudio, sin importar condición socioeconómica y nivel de escolaridad.

Exclusión:

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

3.2.2 Muestra

El estudio se realizó en una muestra de 150 adolescentes del Asentamiento Humano Sinchi Roca, Campo Polo Sector VIII, Castilla- Piura. La muestra fue ejecutada en el mes de noviembre del 2016, se seleccionó teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Las unidades de análisis fueron cada uno de los jóvenes adolescentes de 14 - 19 años que viven en el Asentamiento Humano Sinchi Roca, Campo Polo Sector VIII,

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

3.3 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: definida como el conocimiento que tiene el adolescente de cualquier dispositivo o medicamento, como ej. Preservativo, píldora, dispositivo intrauterino, etc. utilizado por la pareja para posibilitar el coito

sin riesgo de concepción.

- **Actitud Sexual del Adolescente**

Es la forma de respuesta ante las siguientes Dimensiones:

1. Dimensión responsabilidad y prevención del riesgo sexual: entendida así a:

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

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

B. 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.

3.4. Técnica e Instrumentos de recolección de datos.

3.4.1 Técnica: Se utilizó la técnica de la encuesta.

3.4.2 Instrumentos: Los instrumentos fueron aplicados a los adolescentes que se encuentran entre las edades de 14 a 19 años que residen en el Asentamiento Humano Sinchi Roca, Campo Polo Sector VIII, del distrito de Castilla – Piura que

conforman la muestra.

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

Para la medición del conocimiento sobre sexualidad se utilizará el cuestionario previamente estructurado de preguntas cerradas diseñado y validado por el docente investigadora Mg. Nelly Solís Villanueva (Anexo 3.1), la escala consta de 35 ítems, con opciones de respuestas dicotómicas si conoce y no conoce, realizadas de manera agrupada según dimensiones, dicho cuestionario contiene 9 ítems que miden los conocimientos de Anatomía y fisiología sexual y reproductiva; 8 ítems sobre repuesta sexual; 9 relacionadas a los conocimientos de prevención de las ITS/VIH/SIDA, 9 destinados a metodología anticonceptiva como alternativa de prevención del embarazo. Un 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 1.1).

La Prueba tiene un índice de confiabilidad Alpha Crombach igual a 0,65 siendo su confiabilidad alta (Anexo 4.1).

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

Para la medición de las actitudes sexuales del adolescente, se utilizó un test diseñado y validado por la por el docente investigadora Mg. Nelly Solís Villanueva (Anexo 1.3); el instrumento que consta de 6 dimensiones: responsabilidad y prevención del riesgo sexual con 10 ítems, libertad para decidir y actuar con 6 ítems, autonomía con 5 ítems, respeto mutuo y reciprocidad con 9 ítems, sexualidad y amor con 9 ítems y sexualidad como algo positivo con 11 ítems; afirmaciones narradas, de la forma, que mejor refleje la opinión del adolescente, y comprende una escala de tipo Likert, considerando 5 alternativas (Anexo 3.3):

- Completamente en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Opinión intermedia
- Bastante de acuerdo
- Completamente de acuerdo

Con un total de 50 preguntas, teniendo un puntaje mínimo 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 4.2).

La Prueba tiene un índice de confiabilidad Alpha Crombach igual a ,937; siendo su confiabilidad alta (Anexo 4.3).

▪ **Características Sociodemográficas y principales prácticas sexuales**

Para la recogida de los datos socio demográficas, 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 coitales, la edad de inicio de actividad sexual y la opción sexual. También se incluye la edad y el sexo del adolescente (Anexo 3.2).

Baremación del Test.

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

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

Lo más usual en las pruebas es realizar baremos en escala de Centiles o Percentiles. En el presente trabajo de investigación por estudios anteriores (según Taller de Titulación I), los puntajes para medir el nivel de conocimientos y actitud sexual en cada una de sus dimensiones son los siguientes:

Conocimiento general:

Si conoce : Más de 17.

No conoce : 17 o menos.

Conocimiento por dimensiones:

Anatomía y fisiología, sexual y reproductiva del adolescente.

Si conoce : Más de 5.

No conoce : 5 o menos.

Ciclo de Respuesta Sexual.

Si conoce : Más de 4.

No conoce : 4 o menos.

Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual – VIH/SIDA.

Si conoce : Más de 5.

No conoce : 5 o menos.

Métodos anticonceptivos como alternativa de prevención del embarazo.

Si conoce : Más de 3

No conoce : 3 o menos.

Actitud general:

Favorable : Más de 155.

Desfavorable : 155 o menos.

Actitud según dimensiones:

Responsabilidad y prevención del riesgo sexual.

Favorable : Más de 28.

Desfavorable : 28 o menos.

Libertad para decidir y actuar.

Favorable : Más de 16.

Desfavorable : 16 o menos.

Autonomía.

Favorable : Más de 21.

Desfavorable : 21 o menos.

Respeto mutuo y reciprocidad.

Favorable : Más de 25.

Desfavorable : 25 o menos.

Sexualidad y amor.

Favorable : Más de 34.

Desfavorable : 34 o menos.

Sexualidad como algo positivo.

Favorable : Más de 34.

Desfavorable : 34 o menos.

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 Socio-demográficas.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Características socio demográficas	Son las características socio demográficas, de edad y de género de los adolescentes	Religión	○ Religión	Cualitativa nominal	Católico Evangélico Otras 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 la Variable Características de Control.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
EDAD	Son la 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. Plan de Análisis

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

Anexo 3: Matriz de consistencia

Título: Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 – 19 años del Asentamiento Humano Sinchi Roca, Campo Polo Sector II, del distrito de Castilla – Piura año 2016

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES
<p>¿Qué conocimientos y actitudes tienen los adolescentes de 14–19 años del Asentamiento Humano Sinchi Roca, Campo Polo Sector II, Castilla- Piura Año 2016?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Describir los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de los Asentamiento Humano Sinchi Roca, Campo Polo Sector VIII, Castilla – Piura Año 2016</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: (1) describir el conocimiento global sobre sexualidad en adolescentes del Asentamiento Humano Sinchi Roca, Campo Polo Sector VIII, Castilla – Piura Año 2016. (b) describir el conocimiento sexual en las dimensiones: anatomía y fisiología sexual reproductiva, ciclo de respuesta sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual Y VIH/SIDA, metodología anticonceptiva como prevención del embarazo, en adolescentes del Asentamiento Humano Sinchi Roca , Campo polo Sector VIII Castilla – Piura Año 2016 (c)determinar los ítems menos conocidos por cada dimensión en adolescentes del Asentamiento Humano Sinchi Roca, Campo Polo Sector VIII, del distrito de Castilla – Piura Año 2016. (d)Identificar las actitudes hacia la sexualidad en forma general en adolescentes del Asentamiento Humano Sinchi Roca Campo Polo Sector VIII, Castilla – Piura Año 2016. (e) identificar las actitudes hacia la sexualidad en las dimensiones: responsabilidad y prevención del riesgo sexual, libertad para decidir y actuar, autonomía, respeto mutuo y reciprocidad, sexualidad y amor, sexualidad como algo positivo en adolescentes del Asentamiento Humano Sinchi Roca, Campo Polo Sector VIII, Castilla – Piura Año2016. (f) describir características socio demográfico y práctico sexuales en adolescentes del Asentamiento Humano Sinchi Roca, Campo Polo Sector VIII,Castilla – Piura Año 2016</p>	<p>VARIABLES PRINCIPALES: -Conocimiento sexual: Conjunto de ideas, conceptos, y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del adolescente, referida a su sexualidad. -Actitud sexual: Una forma de respuesta, a alguien o a algo, aprendida y relativamente permanente.</p> <p>VARIABLES SECUNDARIAS: -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.</p> <p>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.</p>

3.7. Principios Éticos.

Se contó con la previa autorización previa en la comunidad, donde se realizará las encuestas a los adolescentes y explicará los objetivos de la investigación, asegurándoles que se manejara de manera anónima la información obtenida de los mismos.

Para seguridad de los entrevistados se le hizo firmar un consentimiento informado, de manera que, si rehusó, se los excluyo del estudio sin ningún perjuicio para ellos.

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: Elaboración propia.

La Tabla 1 se determina el conocimiento sexual global de los adolescentes que el 60% desconoce aspectos básicos de su sexualidad en general mientras que el 40% si conoce.

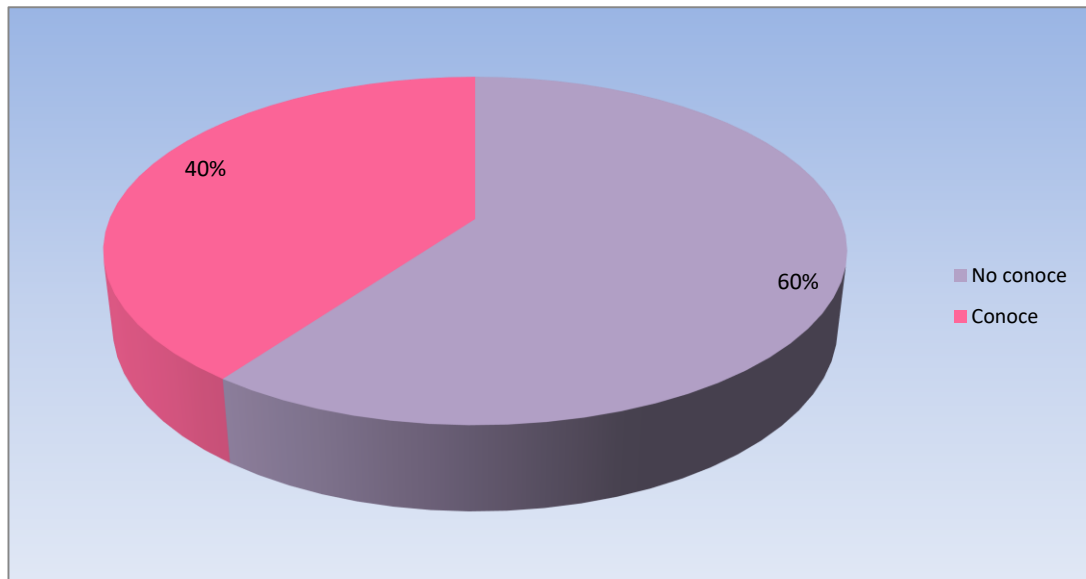


Figura 1: Gráfico de torta del conocimiento sexual global.

TABLA 2

Conocimientos sexuales según dimensión en adolescentes

DIMENSIONES	No conoce		Conoce	
	N	%	n	%
Anatomía y fisiología sexual y reproductiva	47	47,00	53	53,00
Respuesta sexual Humana	82	82,00	18	18,00
Prevención de ITS – VIH/SIDA	86	86,00	14	14,00
Métodos anticonceptivos	48	48,00	52	52,00

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2 se observa el conocimiento sexual según dimensiones, mostrando el desconocimiento del 86% de los adolescentes en la dimensión prevención de ITS y VIH/SIDA, seguido sobre respuesta sexual humana un 82%.

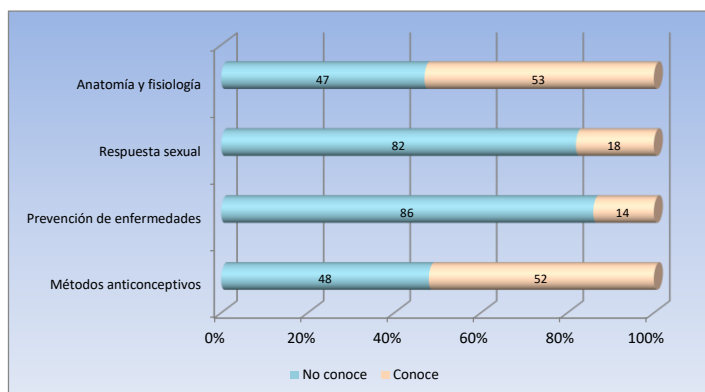


Figura 2: gráfico de barras de conocimientos sexuales por dimensión.

TABLA 3

Conocimiento sobre anatomía y fisiología sexual y reproductiva por ítem

ITEMS	No conoce		Conoce	
	n	%	N	%
Conoce los genitales externos de mujer.	137	91,34	13	8,66
La fecundación es el ingreso del espermatozoide al ovulo.	98	65,33	52	34,67
El embarazo comienza con la fecundación.	20	13,34	130	86,66
En el embarazo se dan las modificaciones anatómicas y fisiológicas.	138	92,00	32	8,00
Conoce los genitales externos del varón.	25	16,67	125	83,33
Conoce la denominación del extremo final del pene.	98	65,40	52	35,60
Las trompas de Falopio transportan el óvulo hacia el útero.	51	34,00	99	66,00
La mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual.	100	66,67	50	33,33
El sexo es natural y necesita ser aprendido.	15	10,00	135	90,00

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 3, se observa que el 92% no conocen las modificaciones anatómicas y fisiológicas que ocurren en el embarazo; seguido del 91,34% no identifican los genitales externos de mujer.

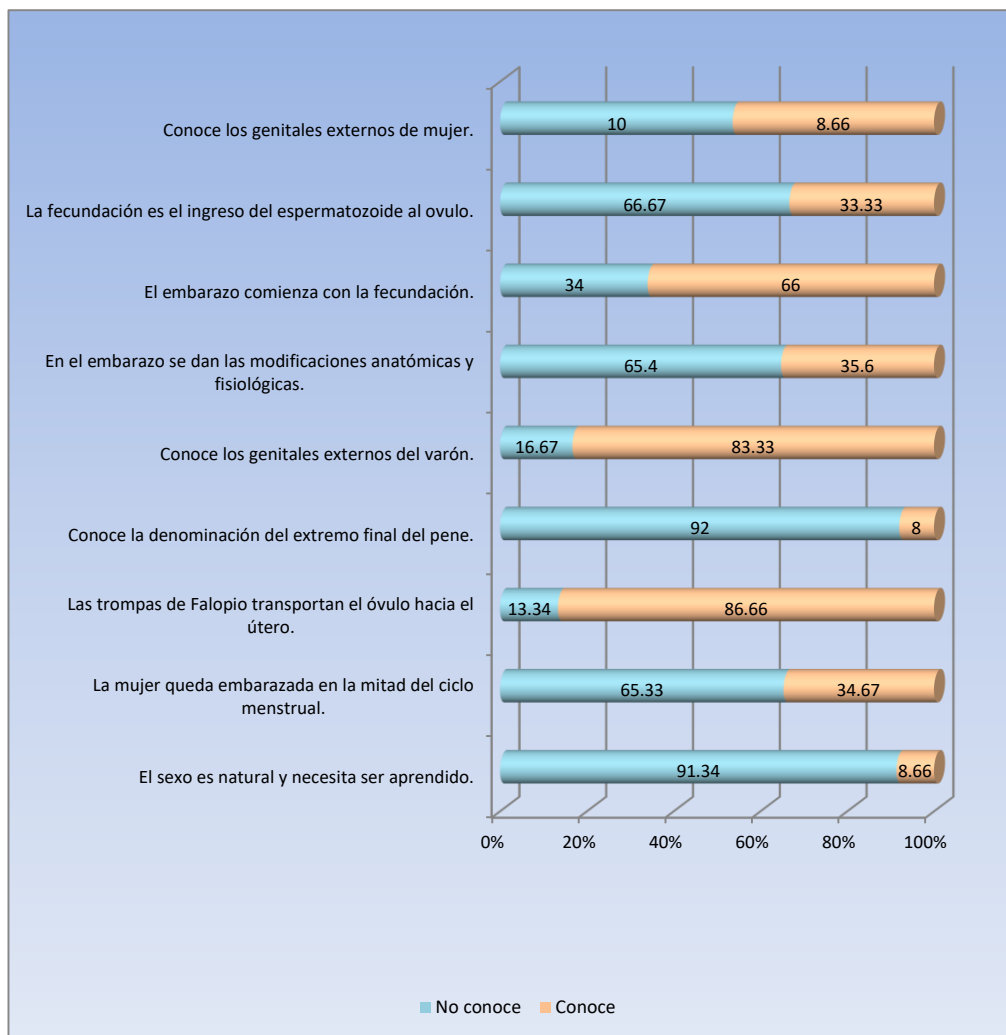


Figura 3: Gráfico de barras del conocimiento sobre anatomía y fisiología sexual y reproductiva por ítems.

TABLA 4

Conocimiento sobre respuesta sexual por ítems, en adolescentes

ITEMS	No conoce		Conoce	
	n	%	n	%
Conoce las fases de la respuesta sexual humana.	97	64,67	53	35,30
La VSR tiene como elemento, la autoafirmación personal.	120	80,00	30	20,00
La VSR implica tener conocimientos de ITS/ VIH/SIDA.	118	78,67	32	21,33
La VSR implica actitudes y valores.	59	39,33	91	60,67
Manifestaciones de Madurez sexual: menstruación, masturbación y acercamiento a jóvenes del sexo opuesto.	100	66,66	50	33,34
Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad.	97	64,67	53	35,33
Comportamiento no coital abarca besos, abrazos, caricias y masturbación.	100	66,67	50	33,33
La persona es quien controla su comportamiento sexual.	106	70,66	44	29,34

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 4 se aprecia, respecto a la vivencia de una sexualidad responsable el 80% no tiene conocimiento; además el 78,67% desconoce que la vivencia de una sexualidad responsable implica tener conocimientos de ITS/ VIH/SIDA; también el

70,66% no reconoce que la persona es quien controla su comportamiento sexual y el 66,67% no identifica que el comportamiento no coital abarca besos, abrazos, caricias y masturbación.

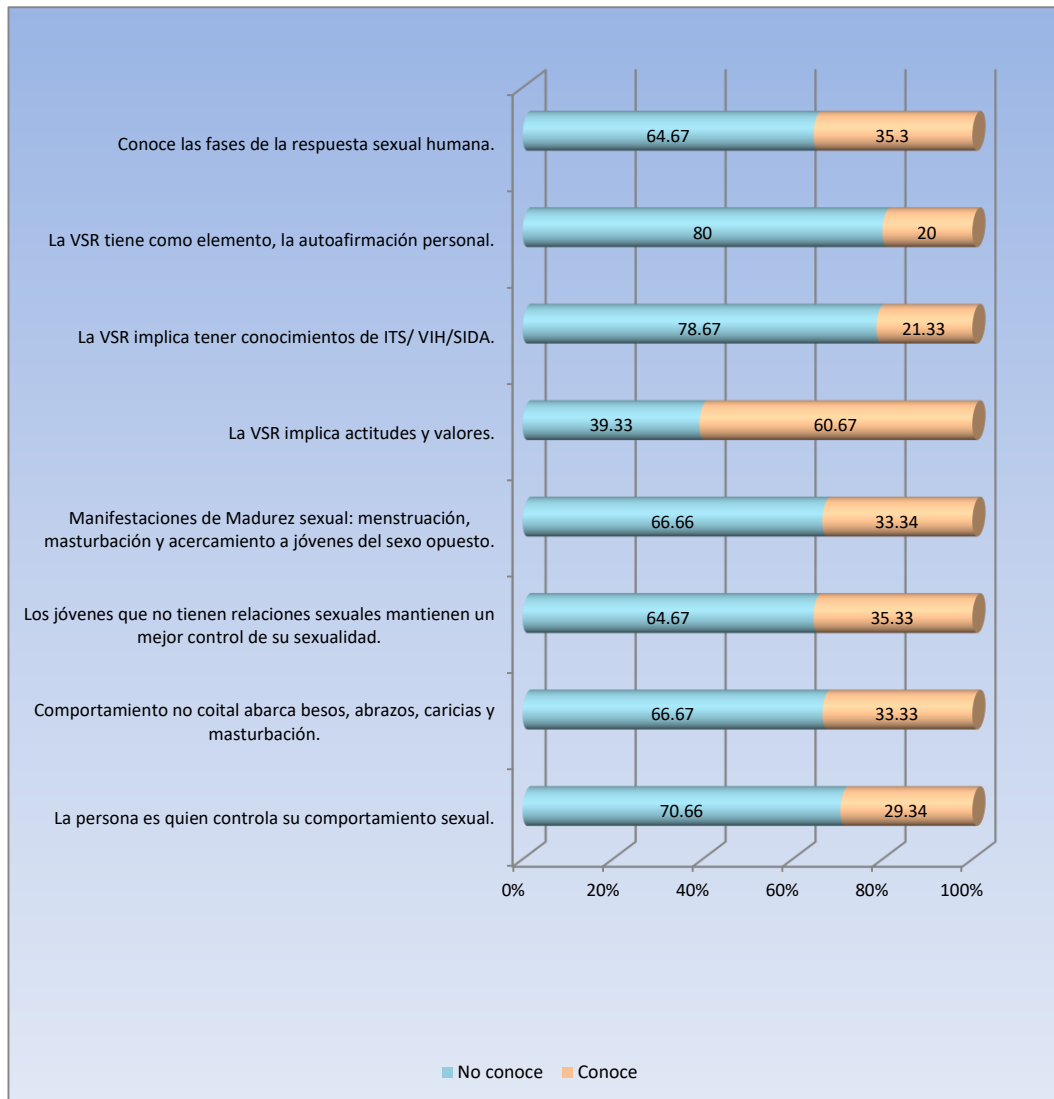


Figura 4: Gráfico de barras del conocimiento sobre respuesta sexual por ítems.

TABLA 5

Conocimiento sobre prevención de ITS-VIH/SIDA por ítems

ITEMS	No conoce		Conoce	
	n	%	N	%
El SIDA es una enfermedad que amenaza la vida.	28	18,67	122	81,33
Conoce las 3 vías de contagio del VIH/SIDA.	35	23,33	115	76,67
Un hombre puede infectarse con VIH si tiene coito con una sola mujer.	58	38,67	92	61,33
El usar preservativos convenientemente en una relación previene el SIDA.	36	36,00	64	64,00
El SIDA se contagia por abrazos, besos y contacto con persona infectada.	48	32,00	102	68,00
Las ITS se transmiten a través de la relación coital.	55	36,67	95	63,33
Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas de ITS.	62	41,34	88	58,66
Conoce y nombra las enfermedades de transmisión sexual.	92	61,33	58	38,67
El uso del preservativo es 100% seguro en la prevención de ITS.	90	60,00	60	40,00

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 5 se observa los resultados del conocimiento de prevención de ITS VIH/SIDA por ítems donde se muestra que el 61,33% no conocen y no nombran las enfermedades de transmisión sexual; el 60% no saben

que el uso del preservativo es 100% seguro en la prevención de ITS. Además un 41,34% desconocen que las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas de ITS y un 38,67% no tiene conocimiento que un hombre puede infectarse con VIH si tiene coito con una sola mujer.

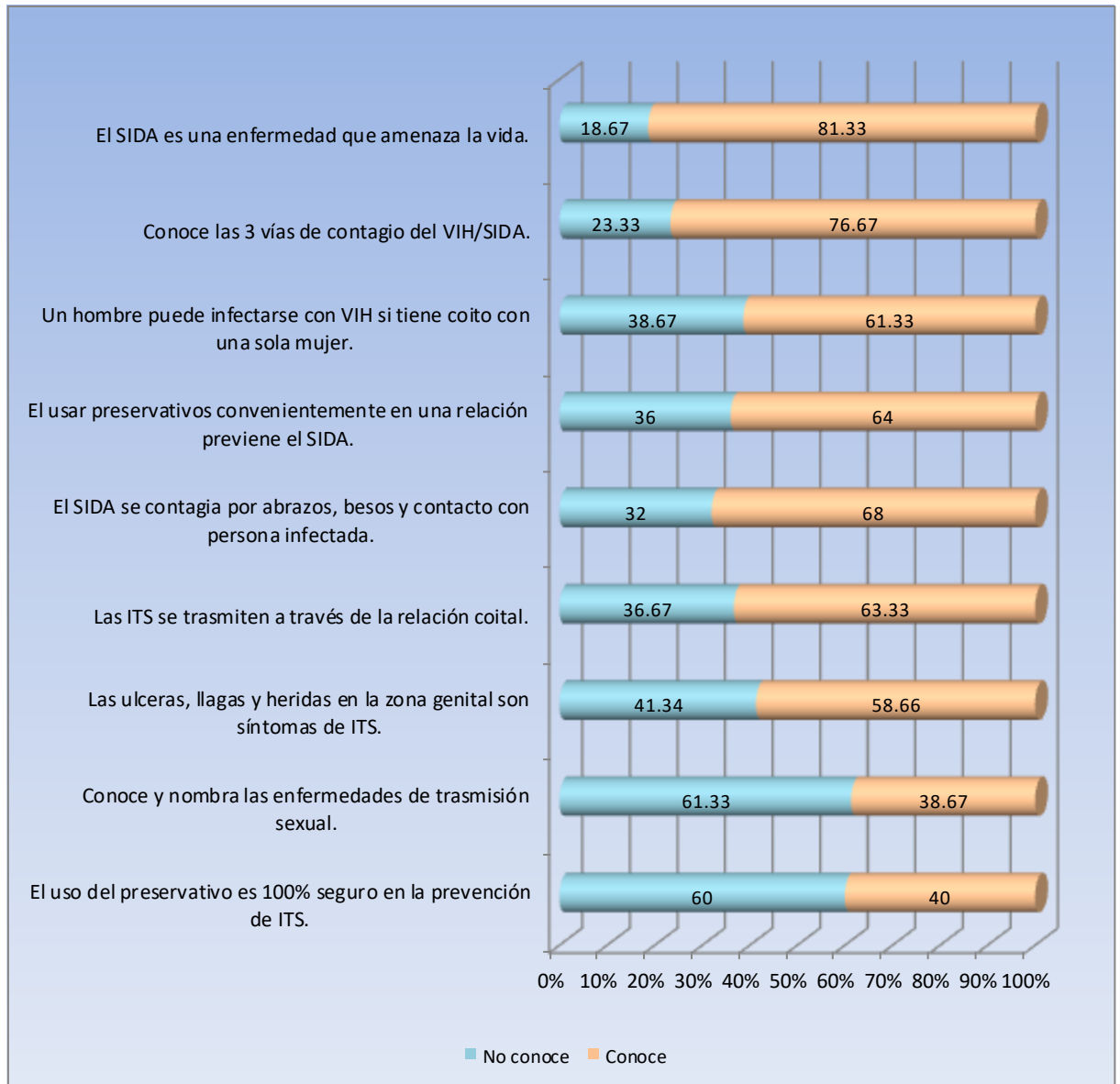


Figura 5: gráfico de barras del conocimiento sobre prevención de ITS-VIH/SIDA por ítems.

TABLA 6

Conocimiento sobre métodos anticonceptivos como prevención del embarazo por ítems.

ITEMS	No conoce		Conoce	
	n	%	n	%
Una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual.	22	14,67	128	85,33
Los MAC pueden ser naturales y artificiales.	58	38,67	92	61,33
Sabe que píldoras, inyectables, DIU, son métodos anticonceptivos.	62	41,33	88	58,67
Para aplicarse la T de Cu la joven debe ir al médico u obstetriz.	12	8,00	138	92,00
La abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.	98	65,33	522	34,67
Utilizar el preservativo es un método de Planificación Familiar.	96	64,00	54	36,00
Los MAC de barrera son: los preservativos, el diafragma y espermicidas.	132	88,00	18	12,00
Los métodos hormonales son: la píldora, inyectable, Norplant.	116	77,33	34	22,67
Los MAC para los adolescentes son: el preservativo, diafragma, píldoras, inyectables, DIU.	126	84,00	24	16,00

Según la encuesta aplicada, en la tabla 6, se describen los resultados en la dimensión sobre métodos anticonceptivos como alternativa de prevención del embarazo, observándose que el 88,00% de los participantes desconocen los MAC de barrera son: los preservativos, el diafragma y espermicidas; además el 84,00% no tiene conocimiento sobre los MAC para los adolescentes son: el preservativo, diafragma, píldoras, inyectables, DIU.; seguido del 77,33% le falta conocimientos sobre los métodos hormonales son: la píldora, inyectable, Norplant y para finalizar el 65,33% desconocen que la abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.

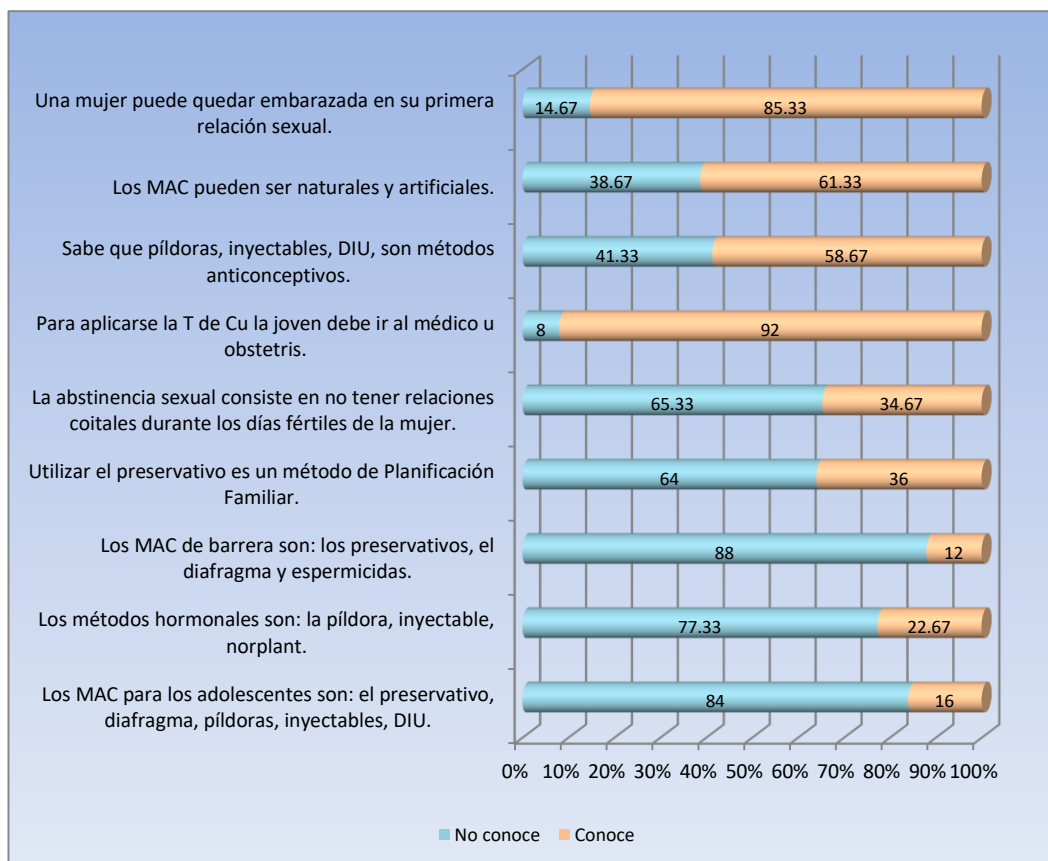


Figura 6: grafico de barras del conocimiento sobre métodos anticonceptivos como prevención del embarazo por ítems.

TABLA 7

Actitudes sexuales en general.

Actitudes	n	%
Desfavorable	79	52.67
Favorable	71	47,33
Total	150	100,00

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 7 se observó los adolescentes en estudio muestran actitudes sexuales en un 51,33% favorables y desfavorables 48,67%

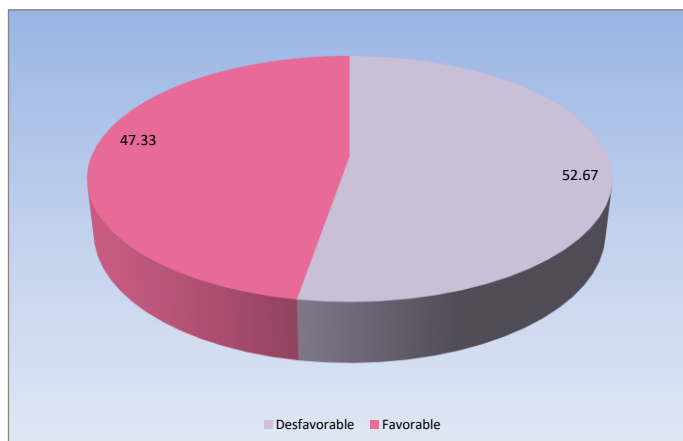


Figura 7: Grafico de torta de las actitudes sexuales en general.

TABLA 8

Actitudes sexuales según dimensión

DIMENSIONES	Desfavorable		Favorable	
	n	%	n	%
Responsabilidad y prevención del riesgo sexual	92	61,33	58	38,67
Libertad para decidir	82	54,67	68	45,33
Autonomía	61	40,66	89	59,34
Respeto mutuo y reciprocidad	80	53,34	70	46,66
Sexualidad y amor	72	48,00	78	52,00
Sexualidad como algo positivo	88	58,66	62	41,34

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 8 se observa del total de encuestados reflejan actitudes desfavorables siendo las que arrojaron los mayores porcentajes: responsabilidad y prevención 61,33% y sexualidad algo positivo 58,66%

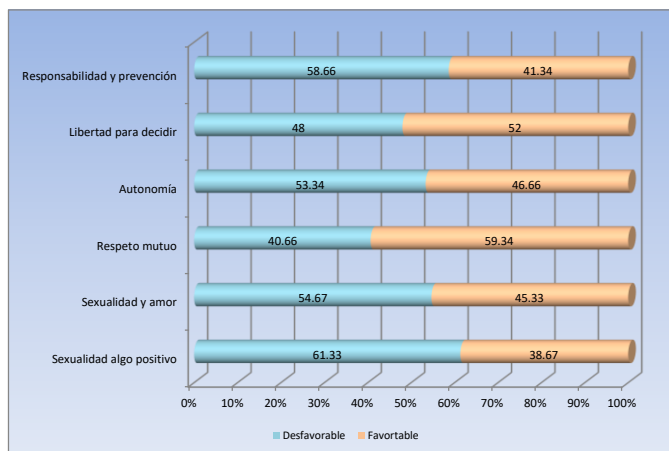


Figura 8: grafico de barras de las actitudes sexuales según dimensión.

TABLA 9

Características socio-demográficas y sexuales

Variable		n	%
Edad Media= 16,07	14	29	19,33
	15	30	20,00
	16	28	18,67
	17	21	14,00
	18	19	12,66
	19	23	15,34
Sexo	Masculino	80	53,33
	Femenino	70	46,67
Estado civil	Soltera(o)	110	73,33
	Casada(o)	18	10,00
	Conviviente	22	14,67
Religión	Católica(o)	93	62,00
	Otro	50	33,33
	No creyente	7	4,67
Ocupación	Estudiante	53	35,33
	Trabajador	62	41,33
	Estudiante/trabajador	15	10,00
	No estudia/ no trabaja	12	8,00
	Ama de casa	8	5,34
Enamorada	Si tiene enamorada(o)	119	79,33
	No tiene enamorada(o)	31	20,67
Relaciones coitales	Si	109	72,66
	No	41	27,34
Edad de Inicio de relación coital n= 58 Media= 15,50	12	0	0,00
	13	5	3,33
	14	38	25,33
	15	40	26,67
	16	33	22,00
	17	12	8,00
Orientación sexual	18	14	9,33
	19	8	5,34
	Heterosexual	150	100,00
	Homosexual	0	0
	Bisexual	0	0

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 9, se evidencia que la edad predominante de los adolescentes encuestados es de 15 años con un 20%, el 12,66% son adolescentes de 18 años; en cuanto al género predominante tenemos que el 46,67 % son del sexo femenino y el 53,33% masculinos; en lo concerniente al estado civil se determinó que el 73,33% de adolescentes son solteros. El 62% de los encuestados profesan la religión católica, el 4,67% son no creyentes y el 33,33% profesan otras religiones. Cabe resaltar que el 41,33% de los adolescentes son estudiantes, el 5,34% son amas de casas. Referente a si tienen o no enamorado(a) el 79,33% respondió que sí y el 20,67% no; con respecto a relaciones coitales el 30% no ha tenido relaciones coitales y el 79,33% sí, obteniendo que la edad predominante de los adolescentes que han iniciado su vida sexual es de 15 años con un 26,67%, y finalmente el 100% de adolescentes se consideran heterosexuales.

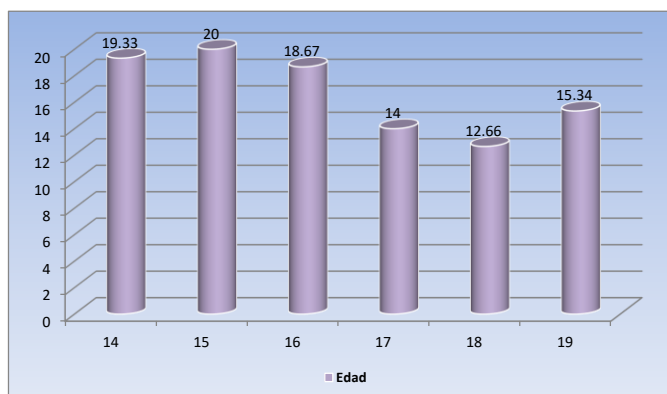


Figura 9: Grafico de barras del porcentaje según su edad.

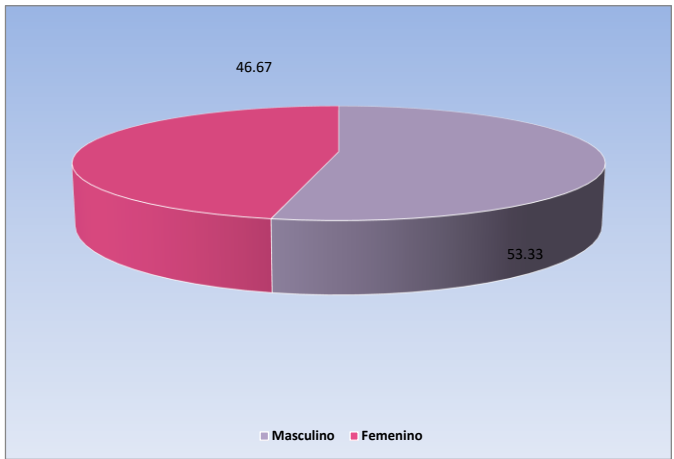


Figura 10: Grafico de torta del porcentaje de investigadores según su sexo.

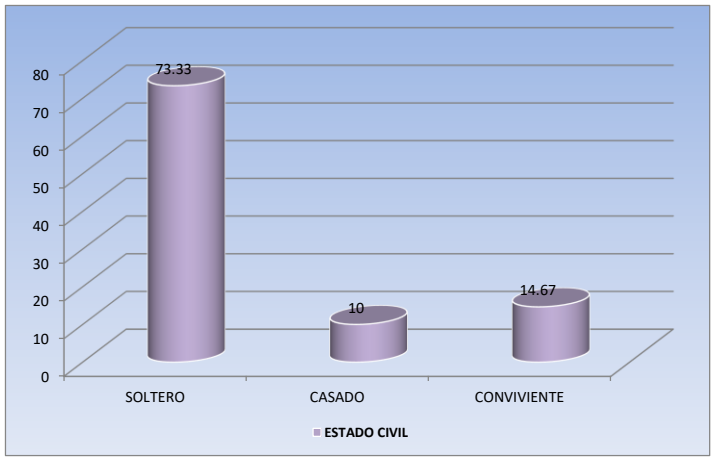


Figura 11: Grafico de barras del porcentaje de investigadores según estado civil.

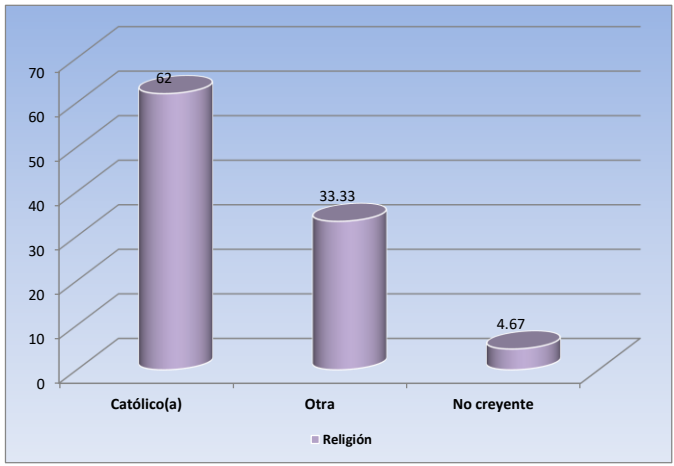


Figura 12: Grafico de barras del porcentaje de investigados según su religión

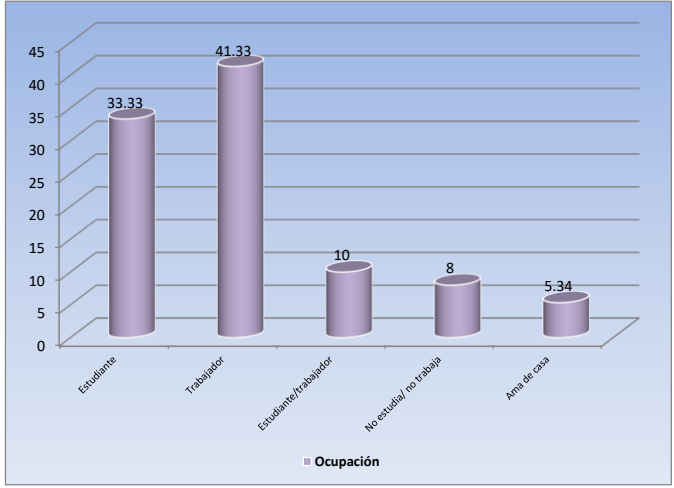


Figura 13: Grafico de barras del porcentaje de investigados según la ocupación.

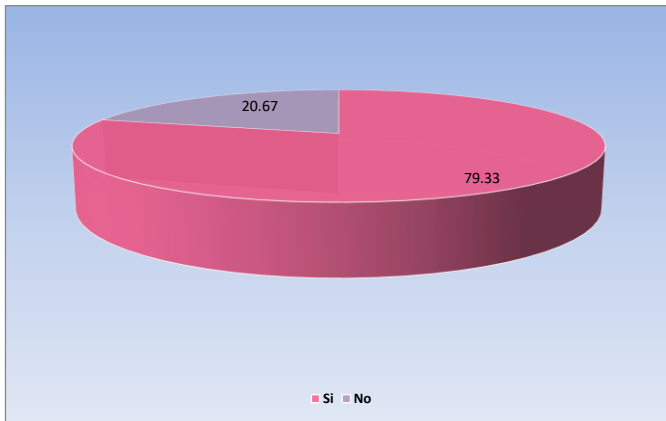


Figura 14: Grafico de torta del porcentaje de investigados según si tiene enamorado(a).

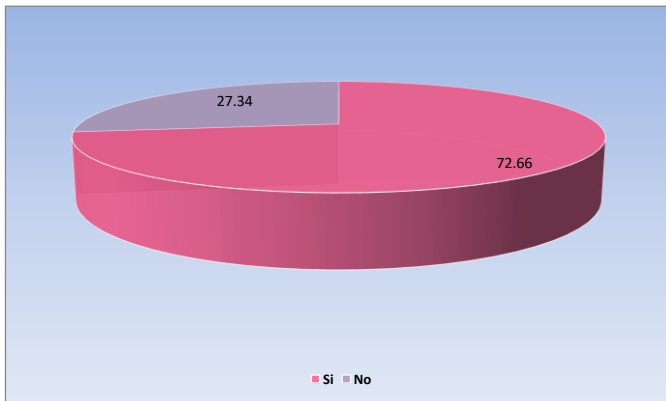


Figura 15: Grafico de torta del porcentaje de investigados según si tiene relaciones coitales.

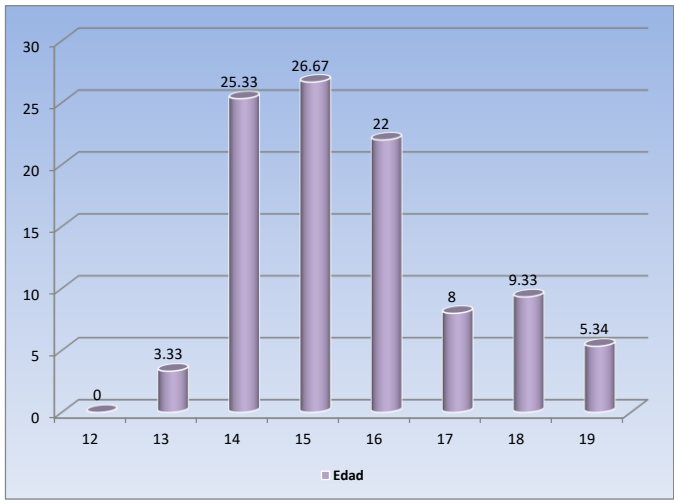


Figura 16: Grafico de barra del porcentaje de investigados según su edad de inicio de relación coital

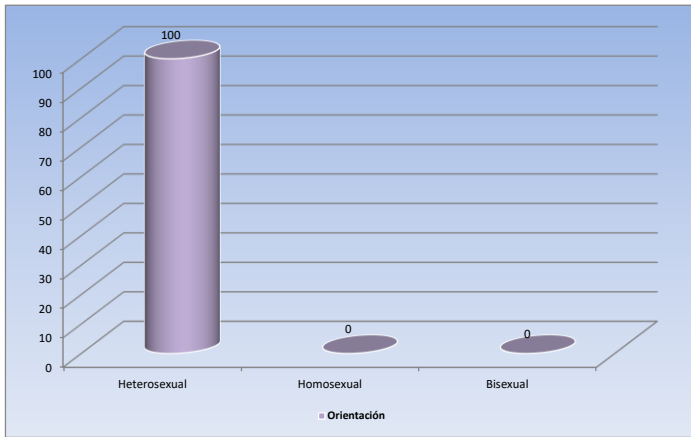


Figura 17: Grafico barra del porcentaje de investigados según su opción sexual.

TABLA 10

Datos estadísticos descriptivos de la edad y la edad de inicio de relaciones sexuales

	n	Mín	Máx	m	D.E.
Edad	150	12	19	15,50	,934
Edad de Inicio de relación coital	150	13	19	16,00	,999

En la tabla 10 observamos los datos estadísticos en edad media de los adolescentes encuestados que es de 15,50 años. Mientras que la edad promedio de inicio de las relaciones coitales es de 16,00 años.

4.2. Análisis de resultados.

La sexualidad es parte fundamental de la salud sexual y reproductiva de los seres humanos e involucra sensaciones, emociones, sentimientos, es necesario que las personas asuman su vida sexual y reproductiva en forma saludable y responsable, pues es de suma relevancia para su desarrollo integral, siendo preponderante en la niñez y en la adolescencia porque son etapas donde se interiorizan hábitos, valores, y se consolida la personalidad, por ello es preocupante la iniciación sexual a temprana edad, incremento de embarazos precoces, el incremento de la oferta sexual a través de las nuevas tecnologías de información y comunicación, incremento de casos de ITS - VIH/SIDA debido a la irresponsabilidad sexual, disminución de la demanda de servicios de salud a pesar del incremento de la población adolescente, etc.

Situación que por ende conlleva a toda una problemática que afecta a la salud sexual y reproductiva del adolescente, y que dicha realidad se evidencia en los resultados de la presente investigación; observándose que del total de encuestados según **(tabla y figura 1)**, el 60% desconoce aspectos básicos de su sexualidad en general mientras que el 40% si conoce.

Resultados que asemejan a la investigación de Navarro, denominada *Conocimientos y actitudes con respecto a la sexualidad e inicio de la actividad sexual en adolescentes de secundaria de la I.E. Jorge Martorell Flores de Tacna 2013* de una muestra de 150 adolescentes, encontró que el 49.90% conoce sobre sexualidad y el 50.1% desconoce.

La similitud de ambos estudios probablemente se encuentre marcada por las características socio culturales de los adolescentes o por la existencia de tabús sobre sexo heredado de una generación a otra como norma que los niños, adolescentes y jóvenes no deben conocer estos temas, como forma de protegerlos pues se cree erróneamente que al ignorar esta información se bloquearían impulsos, se inhibiría la curiosidad por experimentar y por lo consiguiente la búsqueda de una relación sexual.

En la **tabla y figura 2** muestran el desconocimiento del 86% de los adolescentes en la dimensión prevención de ITS y VIH/SIDA, seguido sobre Respuesta Sexual Humana un 82% y finalmente en la dimensión de métodos anticonceptivos el 48% desconoce del tema.

Podemos nombrar el estudio realizado por Mori, sobre *Conocimientos y Actitudes Sexuales de los Adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH. Talara del Distrito de Castilla-Piura, año 2013*, quien determinó que el 100% de los entrevistados obtuvo un (51%) que tienen un nivel bajo de conocimiento en sexualidad, dando los items más bajos: Prevención de I.T.S - VIH/SIDA con un (79,89%), seguido por la dimensión de métodos anticonceptivos como alternativa de prevención del embarazo con un (65%) y la dimensión de ciclo de la respuesta sexual humana con (52%) de conocimiento bajo.

La similitud de ambos resultados se debe a la poca capacitación de los docentes sobre temas de sexualidad, debido a que tiene solo conocimientos básicos o vagos sobre este tema, los cuales al momento de esparcir en los adolescentes generan dudas o a veces brindan una información desorientada; generando insatisfacción para ellos.

En la (**tabla y figura 3**) dimensión anatomía, fisiología sexual y reproductiva, se encuentra que el 92% no conocen las modificaciones anatómicas y fisiológicas que ocurren en el embarazo; seguido del 91,34% no identifican los genitales externos de mujer; también el 65,40% no conoce la denominación del extremo final del pene; mientras que un 65,33% si reconoce que la fecundación es el ingreso del espermatozoide al óvulo.

En estudio realizado por López, titulado *Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la Urbanización Las Palmeras. Periodo Junio-setiembre 2012*, estuvo constituido por una muestra de 179 adolescentes, donde se obtuvo que el 70.9% con un nivel de desconocimiento como Anatomía y Fisiología Sexual, el 89.90 % identifican los genitales externos de mujer; el 53.0%; sobre la denominación del extremo final del pene; a pesar de esto; el 77,56% si reconoce lo que es la fecundación.

En ambos estudios nos da a conocer que las instituciones educativas al momento de brindar información; ya sea en clases o talleres educativos, se da de una forma limitada; escasa y no veraz debido al protocolo y la poca capacitación del personal para poder hablar sobre estos temas. ; Además se le suma los problemas de comunicación y desinformación por parte de los padres debido a que la educación no es acorde con la realidad de nuestra situación nacional, y regional.

En la siguiente (**tabla y figura 4**) según la dimensión de conocimientos sobre ciclo de respuesta sexual humana de los adolescentes en estudio, se identificó respecto a la vivencia de una sexualidad responsable que el 80% no tiene conocimiento sobre una vivencia sexual responsable como autoafirmación personal;

además el 78,67% desconoce que la vivencia de una sexualidad responsable implica tener conocimientos de ITS/ VIH/SIDA; también el 70,66% no reconoce que la persona es quien controla su comportamiento sexual y el 66,67% no identifica que el comportamiento no coital abarca besos, abrazos, caricias y masturbación.

En un estudio realizado por Alvarado, denominada “*Conocimientos y Actitudes Sexuales en Adolescentes de 14– 19 años del Asentamiento Humano Cesar Vallejo del Distrito de Sullana, durante el periodo 2012*” de una muestra de 120 adolescentes, encontró que en la dimensión respuesta sexual humana, se muestra un 86 % de los adolescentes no afirmando que es el propio individuo quien controla su comportamiento sexual, además el 81.33% desconoce que la vivencia de una sexualidad responsable se debe tener conocimientos de ITS/ VIH/SIDA. Por otro lado existe el desconocimiento de los adolescentes con un 78.67% los cuales no identifica que el comportamiento no coital abarca besos, abrazos, caricias y masturbación.

Estos resultados obtenidos durante el año 2012, se debe al nivel educacional dicha población, posiblemente no reciben la información para ejercer la respuesta sexual responsable sobre conocimientos de madurez y el control de su sexualidad practicando actitudes y valores; cabe resaltar, que educar sobre sexualidad no es sinónimo de incentivar a los y las adolescentes a iniciar sus prácticas sexuales coitales, por el contrario es la forma de prevenir actos irresponsables que impliquen consecuencias graves de la salud; por esas limitaciones y complejos que trasmitimos a nuestros hijos y estudiantes es que los adolescentes de nuestro estudio tiene mayores porcentajes de desconocimiento sobre su sexualidad, debido al temor, miedo y vergüenza al

creer que es malo adquirir aquellos conocimientos.

En la **(tabla y figura 5)** nos señala sobre la dimensión de prevención ITS y VIH/SIDA, por Ítems y se observa que del total de adolescentes encuestados, que el 61,33% no conocen y no nombran las enfermedades de transmisión sexual; el 60% no saben que el uso del preservativo es 100% seguro en la prevención de ITS. Además un 41,34% desconocen que las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas de ITS y un 38,67% no tiene conocimiento que un hombre puede infectarse con VIH si tiene coito con una sola mujer.

Investigación, cuyos resultados se asemejan al estudio que realizó Morocho, denominado *Conocimientos y Actitudes Sexuales en los Adolescentes de 14 – 19 años del Asentamiento Humano los Algarrobos- Piura, durante el año 2012*” se determinó que el 55,33% no conocen y no nombran las enfermedades de transmisión sexual; el 79,98% no saben que el uso del preservativo es 100% seguro en la prevención de ITS. Además un 33,34% desconocen que las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas de ITS.

Al analizar ambos estudios se puede inferir que es evidente la desinformación respecto al mecanismo de contagio y prevención de las ITS – VIH/SIDA, al desconocer cómo vivir una sexualidad responsable lleva a los adolescentes a mantener conductas de riesgo por su variabilidad e inestabilidad de pareja, no solo afecta su salud sexual y reproductiva sino también para su vida, por lo que es importante que los servicios de salud públicos faciliten el acceso de información a los adolescentes a través de mejores estrategias para educar y orientar a los adolescentes sobre el tema de prevención de ITS/VIH.

En la última dimensión referida al conocimiento que tienen los adolescentes

según ítems sobre métodos anticonceptivos como prevención del embarazo (**tabla y figura 6**) se describen los resultados en la dimensión sobre métodos anticonceptivos como alternativa de prevención del embarazo, observándose que el 88,00% de los participantes desconocen los MAC de barrera son: los preservativos, el diafragma y espermicidas; además el 84,00% no tiene conocimiento sobre los MAC para los adolescentes son: el preservativo, diafragma, píldoras, inyectables, DIU.; seguido del 77,33% le falta conocimientos sobre los métodos hormonales son: la píldora, inyectable, Norplant y para finalizar el 65,33% desconocen que la abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.

Resultados que se relacionan al estudio realizado por Pacherez., denominada *Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de 14 - 19 años del AA.HH. Chiclayito Sector A del distrito de Castilla - Piura, durante el período 2013*, se determinó observándose que 78,87% de los participantes desconocen los MAC de barrera son: los preservativos, el diafragma y espermicidas; además el 98,07% no tiene conocimiento sobre los MAC para los adolescentes son: el preservativo, diafragma, píldoras, inyectables, DIU.; seguido del 56.67% le falta conocimientos sobre los métodos hormonales son: la píldora, inyectable, Norplant y para finalizar el 54,33% desconocen que la abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.

En ambos estudios presumimos que en nuestro país la instrucción es muy delimitada sobre temas de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, debido a que nuestra cultura aún se mantiene con una mentalidad guardiana y habitual, para complementar esta situación se suma el déficit de programas sobre educación; la falta de interés por parte de las Instituciones educativas y el poco apoyo de los padres

hacia los adolescentes en este ámbito de información.

La actitud es el comportamiento, desenvolvimiento y forma de actuar de las personas que sobrellevan a reacciones positivas o negativas ante la sociedad; y frente a ello se tomó un test de actitudes sexuales; donde se muestra las actitudes sexuales en general en la **(tabla y figura 7)**, hallándose de los 150 entrevistados del Asentamiento Humano Sinchi Roca del distrito Castilla – Piura, distrito de Castilla, referente a las actitudes sexuales en general, el resultado de un 47,33% favorables y un 52.67% desfavorables.

Similitud hallada en los estudios de Bayona, *Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de 14 - 17 años de la institución educativa privada Dr. Leoncio Amaya Tume del distrito La Unión - Piura, 2012*, estudio que mostro respecto a las actitudes sexuales del adolescente, se evidencia que el 78,98% mostraron actitudes sexuales desfavorables, lo cual los conlleva a comportamientos y situaciones de riesgo, y solo un 22.47% de adolescentes tuvieron una actitud hacia su sexualidad favorable.

Estos resultados indican que más de la mitad de adolescentes en estudio tienen actitudes desfavorables tal vez debido a la falta de dialogo, interés y conocimientos básico de los padres hacia los adolescentes, además se observa que aún vivimos en una sociedad estereotipada en la cual predomina los tabúes y prejuicios sociales al hablar sobre sexualidad ocasionando que se tomen o formen actitudes favorables o desfavorables en determinación a su salud sexual.

También se logra observar en la **(tabla y Figura 8)** en relación a la actitud sexual por dimensión abordadas en el estudio hallándose que los mayores porcentaje

de acuerdo a las actitudes sexuales son: responsabilidad y prevención 61,33% y sexualidad algo positivo 58,66%

Comparación similar al estudio de Guerrero, en su estudio titulado *Conocimientos y Actitudes sexuales de los adolescentes del mercado de Castilla – Piura, año 2013*, los resultados según la dimensión autonomía nos muestra actitudes desfavorables en el 100% de los adolescentes, seguida por las dimensiones sexualidad y amor, y sexualidad como algo positivo con 87,98% y por último no saben vivir la sexualidad como algo positivo un 78,33%.

En ambos estudios se ve reflejado en las actitudes por dimensiones que los adolescentes tienen comportamientos y actitudes inadecuadas respecto al ejercicio de su sexualidad; mostrándose que no son motivados a desarrollar sus habilidades personales, como una autoestima positiva, asertividad, el control sobre sí mismo, la libertad para decidir sin exceder de ella, la capacidad de negociación y se sigue enfatizando las creencias, mitos, tabúes; lo que no les permite tener un dialogo abierto acerca del tema sexual lo cual impide mejorar su desempeño académico y promover un ajuste social positivo.

En la **(tabla y figura 9)**, se observan las características sociodemográficas en adolescentes del Asentamiento Humano Los Sinchi Roca *del* distrito Castilla – Piura, donde se evidencia que la edad predominante de los adolescentes encuestados es de 15 años con un 20%, el 12,66% son adolescentes de 18 años; en cuanto al género predominante tenemos que el 46,67 % son del sexo femenino y el 53,33% masculinos; en lo concerniente al estado civil se determinó que el 73,33% de adolescentes son solteros. El 62% de los encuestados profesan la religión católica, el 4,67% son no creyentes y el 33,33% profesan otras religiones.

Cabe resaltar que el 41,33% de los adolescentes son estudiantes, el 5,34% son amas de casas. Referente a si tienen o no enamorado(a) el 79,33% respondió que sí y el 20,67% no; con respecto a relaciones coitales el 30% no ha tenido relaciones coitales y el 79,33% sí, obteniendo que la edad predominante de los adolescentes que han iniciado su vida sexual es de 15 años con un 26,67%, y finalmente el 100% de adolescentes se consideran heterosexuales

En un estudio realizado por Loro, *titulado Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de 14-19 años del A.H. Quinta Julia del distrito de Piura – Piura, durante el período 2012*, el 67 % de las adolescentes son procedentes del área urbana y el 33% del área rural. Se obtiene que un 66.8% de las pacientes son solteras y el 17.2% casadas, se observó que el 42% son estudiantes, 22.4% ama de casa, el 22.8% obreras.

Siendo resultado similares a los de Navarro y López que realizaron un estudios en Tarapoto titulado *Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la Urbanización Las Palmeras. Periodo Junio-setiembre 2012*, estuvo constituido por 79 adolescentes de 14 a 19 años. Los resultados abordados fueron los siguientes: el 50.6% de los adolescentes se ubican en el grupo de edad de 14 a 16 años; el 68.4%, son estudiantes; el 60.8% tienen pareja; y el 54.7% inició sus actividades sexuales entre las edades de 12 - 15 años.

Al analizar los resultados podemos evidenciar que la edad de inicio de relaciones sexuales cada vez más temprana y comparativa a nuestros resultados, donde influencia la educación recibida en la familia, en las escuelas y en el entorno social, la cual se refleja en las diferentes actitudes que los individuos aprenden de sus padres, si estos siguen callando y evitando hablar de sexualidad con los adolescentes

encontrarán información errónea y la mayoría de veces negativa. Lo que traería como consecuencia que los adolescentes no vivan una sexualidad responsable y segura, empujándolos a tomar conductas de riesgo. La implementación de programas preventivos en los centros educativos y en la comunidad debería ser prioritaria dar información sanitaria a los adolescentes en temas referidos a la sexualidad, para disminuir el inicio temprano en las relaciones sexuales.

V Conclusiones:

- En forma global se logró observar que un 60% desconoce aspectos básicos de su sexualidad en general, mientras que el 40% si conoce.
- Al analizar los conocimientos sexuales según dimensiones, mostrando el desconocimiento del 86% de los adolescentes en la dimensión prevención de ITS y VIH/SIDA, seguido sobre respuesta sexual humana un 82%.
- Al evaluar los ítems menos conocidos arrojó que el 92% no conocen las modificaciones anatómicas y fisiológicas que ocurren en el embarazo; respecto a la vivencia de una sexualidad responsable el 80% no tiene conocimiento; además el 78,67% desconoce que la vivencia de una sexualidad responsable implica tener conocimientos de ITS/ VIH/SIDA; el 61,33% no conocen y no nombran las enfermedades de transmisión sexual; y finalmente sobre métodos anticonceptivos como alternativa de prevención del embarazo, observándose que el 88,00% de los participantes desconocen los MAC de barrera son: los preservativos, el diafragma y espermicidas.
- Al analizar las actitudes desfavorable, arrojaron los mayores porcentajes: responsabilidad y prevención 61,33% y sexualidad algo positivo 58,66%.
- Y para finalizar en el ítems de características sociodemográficas y sexuales, se evidencia que la edad predominante de los adolescentes encuestados es de 15 años con un 20%; en cuanto al género predominante tenemos que el 53,33% masculinos; en lo concerniente al estado civil se determinó que el 73,33% de adolescentes son solteros. El 62% de los encuestados profesan la religión católica; cabe resaltar que el 41,33% de los adolescentes son estudiantes. Referente a si tienen o no enamorado(a) el 79,33% respondió

que sí; con respecto a relaciones coitales el 30% no ha tenido relaciones coitales y el 79,33% sí, obteniendo que la edad predominante de los adolescentes que han iniciado su vida sexual es de 15 años con un 26,67%, y finalmente el 100% de adolescentes se consideran heterosexuales.

Referencias Bibliográficas

1. <http://www.pemex.com/servicios/salud/TuSalud/MedicinaPreventiva/Documents/adolescencia.pdf>
2. Caricote Á. La salud sexual en la adolescencia. Educere. . España 2014.
3. Montero A, González E, Molina T. "Salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescentes en Chile". Rev Chil Salud Pública 2014; 12 (1): 42-73. Noguera N, Alvarado H. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. Rev Colom enfer. [Serie en Internet]. 2012 Jun [Citado 02 set. 2016]; 7 (7): 152. Disponible en: <http://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/viewFile/1459/1065>
3. Coleman J, Hendry L. Psicología de la Adolescencia. 4th ed. Madrid: Morata; 2013. Disponible en: http://www.slideshare.net/cic_ucab/estado-de-salud-de-las-mujeres-pobres-en-el-peru.com
- 4.- Luis U; Sexta Encuesta Nacional de Juventud, Rev. Chilena[Serie en internet] 2012, Agosto.
5. Delgado A. Nivel de Conocimientos sobre Sexualidad y manifestación de los impulsos sexuales en adolescentes de la Institución Educativa José Granda, 2013[Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería] Colombia: Universidad La Sabana, 2014.
6. Gonzales A. Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Planificación familiar y Sexualidad en Escolares de tercer, cuarto y quinto o de secundaria de los colegios de Tinta Colombia. [Tesis para optar título de licencia de Enfermería], Colombia: Universidad Católica de Colombia; 2012.
7. Romero R. Características Sociodemográficas, comportamiento sexual y

reproductivo en adolescentes de Córdoba [Tesis Doctoral]. España: Universidad Autónoma de Córdoba; 2012.

8. Quispe W, et al; Conocimientos, actitudes y practicas sobre sexualidad en la población adolescente del distrito de Mollepata, Cusco [Tesis para optar título de enfermería]. Cuzo: Universidad Nacional de San Antonio de Abad; 2012. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/situa/2004_n1/Pdf/a09.pdf

9. Arismendiz D. Conocimientos y Actitudes Sexuales en los Adolescentes de 14-19 años del Barrio El Porvenir del Distrito de Bellavista – Sullana. [Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.

10. Troncoso J. Elma A. “Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes de la Institución Educativas en Lima [Tesis para obtener Licenciatura en enfermería] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos: 2013.

11. 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. 2012.

12. 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; 2010.

13. Yamunaque, S “Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14-19 años en el Asentamiento Humano Consuelo de Velasco Sector 2 Piura, 2013 [Tesis para obtener el tirulo profesional de Licencia en Obstetricia]. Piura: ULADECH 2013.

14. López P, Jane L; Rodríguez S, Aliosha N. Conocimientos y actitudes sexuales en

los adolescentes 15-19 años del AA.HH. 9 de Octubre del Distrito de Sullana – Piura durante el año 2012 [Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014.

15. Arteaga D. Conocimientos y Actitudes Sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano .Vicente Chunga Aldana del Distrito de Sechura – Piura 2011 [Tesis para optar el título de licenciatura en Obstetricia] Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2012.

16. Juárez S. Conocimientos y actitudes sexuales que tienen los adolescentes de 14-16 años de la I.E. “Juan Pablo II” del Distrito de Paita-Piura 2012. [Trabajo para optar el título de licenciatura de Obstetricia]. Piura: Universidad los Ángeles de Chimbote; 2013.

17. Vargas C. Conocimientos sobre Respuesta Sexual y Comportamientos Sexuales en el Asentamiento Humano “Micaela Bastidas” del distrito de Chulucanas 2010 [Tesis para obtener el título profesional de obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2012.

18 OMS [Página de internet].España: centro de prensa: OMS 2013 [actualizado nov. 2012; citado 6 de mayo 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>

19. *Ramírez K. Nivel de conocimientos de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes de Illimo Lambayeque - Perú Rev. Salud y vida Sipanense. 2012; 1(2):52-62*

20. *Delgado A. Nivel de conocimientos acerca del síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) en los estudiantes del 5° año de secundaria de las instituciones educativas de la Ugel N° 05 San Juan de Lurigancho, Lima – Perú 2011 [Tesis para*

obtener el título Licenciada en obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

21. Serrano d. Rodríguez N. Embarazo en adolescentes. Hospital “Dr. Raúl leoni otero”. San Félix. Edo. Bolívar 2010. [Tesis de grado]. Ciudad Bolívar: Universidad de Oriente Núcleo Bolívar.; 2010.

22. Albarracín G, Tapia K, Vázquez P. “Conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes medios del Colegio Nacional mixto San Joaquín sobre discapacidades en los recién nacidos. Cuenca año lectivo 2011 – 2012.” [Tesis previa a la obtención de título de licenciatura en estimulación temprana en salud]. Cuenca-Ecuador: Universidad de cuenca; 2012.

23. Mafaldo R. Actitud del adolescente de cuarto y quinto de educación secundaria frente al consumo de alcohol en la Institución Educativa Nacional “República del Perú”-Villa El Salvador. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2012.

24. Murillo S, Orellana A, Sarmiento M. Evaluación y modificación de los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de la facultad de artes, escuelas de artes aplicadas y artes escénicas-comunes, en la Universidad de Cuenca, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA. [Tesis previa a la obtención del título de Médico]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2009-2010.

25. Muchcco L. Conocimientos, actitudes y comunicación familiar frente al inicio temprano de las relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de dos Instituciones Educativas Nacionales 2012. [Tesis Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.

26. Flores E. Conocimientos, prácticas sexuales y actitud del adolescente hacia la sexualidad responsable y embarazo precoz. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciatura en Enfermería]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2012.
27. Remuzgo S. Programa de promoción de salud sexual reproductiva y el nivel de conocimientos, actitudes y percepciones en estudiantes y docentes de Instituciones Educativas de Lima. [Tesis para optar el grado académico de doctor en Educación]. Lima: Instituto para la calidad de la Educación Sección de Postgrado; 2013.
28. Chavéz N. Nivel de conocimientos acerca de las formas de transmisión y medidas preventivas del VIH/SIDA en los adolescentes de la Institución Educativa Julio César Tello del distrito de Ate Vitarte: Lima - Perú, 2010. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional de San Marcos; 2012.
29. Jeanneville O. Dioses J. Conocimientos Y Actitudes Sexuales En La Adolescencia En El Periodo 2010. [Tesis para optar El Título De Licenciada En Psicología]. Colombia: Universidad Privada De Colombia, 2010.
30. Villanueva M. Conocimientos Y Actitudes Sexuales En Adolescentes Menores De 19 Años De La Escuela Profesional De Ingeniería Sistemas De La Uladech De Octubre De 2009 A Febrero 2010 Chimbote. [Tesis Para Optar El Grado Académico De Magíster En Obstetricia Con Mención En Docencia Universitaria]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote; 2011.
31. Castillo S. Conocimientos Y Actitudes Sexuales De Los Adolescentes De 14 A 19 Años Del Asentamiento Humano El Indio Del Distrito De Castilla-Piura Durante El Periodo 2009-2010. [Tesis Para Optar El Título De Licenciada En Obstetricia]. Piura. Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote; 2011.

32. Alvarado L. Conocimientos Y Actitudes Sexuales En Adolescentes De 14–19 Años Del Asentamiento Humano Cesar Vallejo Del Distrito De Sullana, Durante El Periodo 2011. [Tesis Para Optar El Título De Licenciada En Obstetricia]. Sullana: Universidad Los Ángeles De Chimbote, 2012.
33. Domínguez MI. Conocimientos Y Actitudes Sexuales En Los Adolescentes De 14 A 19 Años Del Centro Poblado Villa María Cieneguillo Centro Sullana, Durante El Periodo 2011 [Tesis Para Optar El Título De Licenciada En Obstetricia].Sullana: Universidad Los Ángeles De Chimbote, 2011.
34. Quintana A, Hidalgo C. La Salud de los adolescentes en la región andina. Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes: Servicios de salud amigables en Bolivia, Ecuador y Perú. Lima: IES y Washington D.C: Advocates For Youth; 2003. 17-27. 42
35. 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; 2008. [monografía en Internet] [citada 12 Set.2016] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/protocol.pdf> 43
36. Morris L. Sexual Behavior and Reproductive Health of Latin American Adolescents. Presented at the UNFPA Regional Conference on Reproductive Health in Latin America and the Caribbean. [conferencia] Mexico; 1995. 44
37. Nuñez N, La Responsabilidad. *[Monografía en Internet]. 2009 [citado 11Set. 2016]. Lugar de publicación: www.monografias.com/trabajos14/laresponsabilidad/laresponsabilidad.shtml – 38www.bastet.atonra.com/?p=705
38. Cuauhtémoc C. Juventud en Éxtasis. [monografía en internet]. Argentina: Ediciones electas. 2007, [citada 12 Set. 2016]. [alrededor de 4 pantallas]. Disponible

en: www.saludfemenina.com.ar.

39. Martos P. El valor de la autoestima.[monografía en internet].España, 2008 [citado 12 Set. 2016]. [alrededor de 4 pantallas].

40. Orzú M. Amor y familia. [Monografía de internet]. Madrid-España: Orientación matrimonial; 2007 [citado 13 Set. 2016]. Disponible en: <http://orientacionmatrimonial.wordpress.com/2007/02/07/reciprocidad>.

41. Álvarez E. Noviazgo y matrimonio. Estilo de Salud.2006; 79(2):206-217.

42. Méndez F. El desarrollo y la salud sexual de adolescentes y jóvenes. [monografía en internet].Colombia: Desarrollo del conocimiento sexual; 2005. [citado 14 Set. 2016]. Disponible en: www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-marconceptual.pdf.

43. Martínez L. Hacia una sexualidad integral. blog de aplicaciones, [monografía en Internet][citado 14 Set. 2016]. Disponible en: <http://famiiliatec.itesm.mx/publicaciones/docs/boletin8/familiapresente.pdf>

44. Méndez C. Sexualidad con naturalidad sabor y salud. [Monografía en internet][citado 15 Set. 2016]. Disponible en: <http://www.saborysalud.com/vidasana21.ht>

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 el casillero que refleje más la forma de pensar o de sentir del encuestado.
3. Por favor, no deje ninguna pregunta sin contestar.

Anexo 1.1 CONOCIMIENTOS

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

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

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

**Anexo 1.2: CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADOLESCENTES**

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

1. Edad: Años	2. Género: 1. Masculino () 2. Femenino ()	3. Estado civil: 1. Soltero () 2. Casado () 3. conviviente ()
4. Religión: 1. Católico () 2. Otras () 3. No creyentes ()	5. Tiene enamorado (a): 1. Si () 2. No ()	
6. Ocupación: 1. Estudiante () 2. Trabaja () 3. Trabaja/estudia () 4. No trabaja / no estudia () 5. Ama de casa ()		
7. Has tenido relaciones sexuales coitales alguna vez: 1. Si () Pase a la pregunta 8; 2. No (), pase a la pregunta 9		
8. A 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 ha 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 tu 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 coítales se dan casualmente.					
3. La pérdida de la virginidad de la mujer antes del matrimonio no deber ser mal vista por la sociedad.					
4. La relación sentimental que inicia una pareja debe ser relativamente estable.					
5. Las relación con tu pareja es estable.					
6. El amor que sientes por tu pareja es correspondido de la misma manera que tú lo haces					
7. Ser mutuamente fieles es actuar con responsabilidad y respeto mutuo.					
8. Las fantasías sexuales son muy normales entre personas jóvenes.					
9. Crees que Las/los jóvenes que se masturban llevan a cabo una conducta normalmente saludable.					
SEXUALIDAD COMO ALGO POSITIVO					
1. Sientes y crees que tener relaciones sexuales es una decisión individual y voluntaria de la persona.					
2. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista deseo sexual.					
3. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista amor.					
4. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista respeto.					
5. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista comunicación.					
6. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista responsabilidad y cuidado.					
7. Cuando decidimos tener relaciones sexuales debemos aceptar a nuestros sentimientos sin culpa ni vergüenza.					
8. La sexualidad es compartida por esa razón debe ser cuidada por ambos protegiéndose y utilizando anticonceptivos.					
9. Antes de tener relaciones sexuales debemos pensar, si nos sentimos bien al hacerlo.					
10. Las mujeres vemos a la sexualidad como algo malo porque nuestros padres nos transmitieron ese concepto.					
11. Las mujeres que sienten temor a la sexualidad es por la mala información que recibió en su infancia, ya sea de sus padres, adultos, y por experiencias negativas que fueron víctimas.					

Anexo 2: Validez y Confiabilidad del instrumento

Anexo 2.1: Reporte de validación y cuestionario de conocimientos sexuales

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

Anexo 2.2: Reporte de validación de cuestionario de actitudes sexuales.

REPORTE DE VALIDACIÓN DE ESCALA DE LIKERT 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 a algo, aprendida y relativamente permanente
Duración	No tiene límite, como promedio 20 minutos
Confiabilidad	La confiabilidad con el Método de Alfa Cronbachs es de 0.88 (Alta confiabilidad).
Validez	La Escala ha sido sometida a criterio de Jueces expertos para calificar su validez de contenido teniendo resultados favorables.

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

**CONFIABILIDAD
TOTAL**

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,937	35

**CONOCIMIENTO
Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,888	35

ACTITUDES

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,857	50

Estadísticos de los elementos

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

Baremaciones

Nivel		
Conocimiento	No conoce	17 o menos
	Conoce	Más de 17
Anatomía y fisiología	No conoce	5 o menos
	Conoce	Más de 5
Respuesta sexual	No conoce	4 o menos
	Conoce	Más de 4
Prevención de enfermedades	No conoce	5 o menos
	Conoce	Más de 5
Métodos anticonceptivos	No conoce	3 o menos
	Conoce	Más de 3

Nivel		
Actitudes	Desfavorable	155 o menos
	Favorable	Más de 155
Responsabilidad y prevención	Desfavorable	28 o menos
	Favorable	Más de 28
Libertad para decidir	Desfavorable	16 o menos
	Favorable	Más de 16
Autonomía	Desfavorable	21 o menos
	Favorable	Más de 21
Respeto mutuo	Desfavorable	25 o menos
	Favorable	Más de 25
Sexualidad y amor	Desfavorable	34 o menos
	Favorable	Más de 34
Sexualidad algo positivo	Desfavorable	34 o menos
	Favorable	Más de 34

Anexo 5: 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 Sinchi Roca Campo Polo Sector VIII, Castilla-Piura, durante el periodo 2016; tiene como finalidad describir los conocimientos y las actitudes sexuales que tienen los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Sinchi Roca Campo Polo Sector VIII, 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

Cijan Y. Ramal Gómez
Tesista

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

Docente Tutor

Celular: 999699148

Oficina del Dpto. Investigación: 327933

Tesista celular: 976107365

**ANEXO 6: FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
DEL PARTICIPANTE**

Yo, como sujeto de investigación, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, **EXPONGO:** Que he sido debidamente **INFORMADO/A** por los responsables de realizar la presente investigación científica titulada Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Sinchi Roca , Campo Polo Sector VIII, Castilla -Piura, durante el periodo 2016; 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 de Participante.

Fecha