



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES DE LOS
ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DEL SECTOR I -
CASERIO DE PAPAYO –DISTRITO DE TAMBOGRANDE
PROVINCIA DE PIURA, DURANTE EL PERIODO 2012-
2015”

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

AUTORA:

MARIA VENERANDA MORENO OBALLE

ASESORA:

LIC.OBST: MARIA ESPERANZA GARCÍA SHIMIZU

SULLANA – PERÚ

2015



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES DE LOS
ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DEL SECTOR I -
CASERIO DE PAPAYO –DISTRITO DE TAMBOGRANDE
PROVINCIA DE PIURA, DURANTE EL PERIODO 2012-
2015”

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

AUTORA:

MARIA VENERANDA MORENO OBALLE

ASESORA:

LIC.OBST: MARIA ESPERANZA GARCÍA SHIMIZU

SULLANA – PERÚ

2015

FIRMA DEL JURADO Y ASESORA

Mg. PRECIADO MARCHAN ANITA ELIZABETH
PRESIDENTA

Mg. PANTA BOGGIO AUREA LUCIA
SECRETARIA

Mg. CORONADO MORALES SILVIA TERESA
MIEMBRO

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco al Padre todo Poderoso Dios por darme la dicha y la satisfacción de hoy estar culminando mis estudios universitarios, por ser el protagonista de mi éxito, por acompañarme en cada alegría y cada tristeza y que siempre estuvimos conectados para un solo fin.

Un agradecimiento especial a la Obs. María Esperanza García Shimizu, asesora de esta tesis porque con su éxito profesional y su enseñanza de calidad y calidez para con nosotros quiso compartir sus conocimientos para el desarrollo del trabajo.

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

A mi familia que uno a uno fue siendo participe de mis proyecto dentro de mis actividades académicas y que fueron ellos los que me incentivaron a ser cada día mejor y a luchar por lo que quiero.

Finalmente a los adolescentes del Sector I Papayo-Tambogrande porque fueron ellos quienes con su participación a responder a las preguntas del estudio de investigación, hicieron posible el desarrollo de nuestro proyecto.

RESUMEN

La adolescencia se califica como una etapa de riesgo debido quizá a la escasez de información sobre salud sexual y reproductiva, esto conlleva a desconocimientos sobre la sexualidad y actitudes desfavorables, por ello la presente investigación tuvo por **Objetivo:** Describir los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura. **Metodología:** Estudio cuantitativa-descriptiva, no experimental, de corte transversal, con una muestra de 100 adolescentes. Entre los hallazgos: 51% desconoce la sexualidad en general, las dimensiones desconocidas: Anatomía y Fisiología sexual y reproductiva 67%, Prevención de infecciones - VIH/SIDA 66%, Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo 66%, Ciclo de respuesta sexual humana 61% y 51% presentó actitud global desfavorable hacia la sexualidad.

La mayoría de adolescentes desconocen sobre sexualidad en general y tienen actitudes desfavorables.

Palabras claves: Adolescencia, Sexualidad, Conocimientos sexuales y actitudes sexuales.

ABSTRACT

Adolescence is described as a stage of risk perhaps because of the paucity of information on sexual and reproductive health, This leads to unknowns about sexuality and unfavorable attitudes, why this research has like. Objective: Describe the knowledge and sexual attitudes of adolescents 14 to 19 years of Sector I – Caserio de Papayo- District Tambogrande Province of Piura. Methodology: quantitative-descriptive, not experimental, cross-sectional, with a sample of 100 adolescents. Among the findings: 51% unknown sexuality in general, unknown dimensions: sexual and reproductive anatomy and physiology 67% Infection Prevention - HIV / AIDS 66% human contraceptive methods and pregnancy prevention 66%, 61 sexual response cycle % and 51% had an unfavorable general attitude toward sexuality.

Most teens know about sex in general and have negative attitudes.

Keywords: Adolescence, sexuality, sexual knowledge and sexual attitudes.

CONTENIDO

1. Título de la tesis	iv
2. Hoja de firma del jurado y asesor	v
3. Hoja de agradecimiento y/o dedicatoria (opcional)	vi
4. Resumen y abstract	viii
5. Contenido	ix
6. Índice de gráficos, tablas y cuadro	1
I. Introducción	7
II. Revisión de Literatura	7
2.1. Antecedentes	33
2.2. Bases teóricas	95
III. Metodología	95
3.1. Diseño de la investigación	96
3.2. Población y muestra	97
3.3. Definición operacional de variables e indicadores	105
3.4. Técnicas e instrumentos de medición	110
3.5. Plan de análisis	112
3.6. Matriz de consistencia	113
3.7. Principios éticos	114
IV. Resultados	114
4.1. Resultados	132
4.2. Análisis de resultados	140
V. Conclusiones	142
Recomendaciones.	143
Referencias bibliográficas.	158
Anexos	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01: Conocimiento sexual en general de los adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.	114
Tabla 02: Conocimientos de sexualidad según dimensiones en adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.	116
Tabla 03: Ítems menos conocidos de la dimensión anatomía y fisiología sexual y reproductiva de los adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.	118
Tabla 04: Ítems menos conocidos de la dimensión respuesta sexual de los adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.	120
Tabla 05: Ítems menos conocidos de la dimensión prevención de ITS-VIH/SIDA de los adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.	122

Tabla 06: Ítems menos conocidos de la dimensión métodos anticonceptivos como prevención del embarazo de los adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura. **124**

Tabla 07: Actitudes sexuales en general en adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura. **126**

Tabla 08: Actitudes sexuales por dimensiones en adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura. **128**

Tabla 09: Características sociodemográficas y Principales prácticas sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura. **130**

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Distribución porcentual del Conocimiento sexual en general de los adolescentes de 14 a 19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.	115
Gráfico 02: Distribución porcentual de los Conocimientos de sexualidad según dimensiones en adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.	117
Gráfico 03: Distribución porcentual según ítems menos conocidos de la dimensión anatomía y fisiología sexual y reproductiva de los adolescentes de 14 a 19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.	119
Gráfico 04: Distribución porcentual de los ítems menos conocidos de la dimensión respuesta sexual de los adolescentes de 14 a 19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.	121
Gráfico 05: Distribución porcentual de los ítems menos conocidos de la dimensión prevención de ITS-VIH/SIDA de los adolescentes de 14 a 19 del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.	123

Gráfico 06: Distribución porcentual de los ítems menos conocidos de la dimensión métodos anticonceptivos como prevención del embarazo de los adolescentes de 14 a 19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.

Gráfico 07: Distribución porcentual de las Actitudes sexuales en general en adolescentes de 14 a 19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.

Gráfico 08: Distribución porcentual de las Actitudes sexuales por dimensiones en adolescentes de 14 a 19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período de vida comprendido entre los 10 y 19 años, según la OMS (Organización Mundial de la Salud) (1), siendo catalogado como período más saludable del ciclo de vida y etapa de construcción de identidad individual y colectiva (2). En esta etapa, surgen sensaciones e impulsos de tipo sexual relacionados con los cambios biológicos que enfrentan todos los adolescentes. Los cambios hormonales, provocan que se quiera sentir placer físico a través del propio cuerpo y del cuerpo de otros (3), por lo tanto, está llena de cambios físicos y cognoscitivos; presentando un mayor o menor grado de crisis de desarrollo (4).

En la adolescencia interfieren serios obstáculos para acceder a los anticonceptivos y medidas de prevención de ITS, lo cual puede acarrear consecuencias alarmantes como: embarazos no deseados en menores de edad, riesgos de aborto, sumado a esto el contagio de infecciones de transmisión sexual como el SIDA; por otro lado la sexualidad se refiere a una dimensión fundamental del ser humano basada en el sexo, género, identidad de sexo, orientación sexual, erotismo, vinculación afectiva, amor y la reproducción (5), que es a la vez factor importante que hace aumentar el riesgo de las ITS y VIH/SIDA. (6). Acuña conducta sexual de riesgo como la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud (7).

Meramente, se menciona a la familia como parte importante en el desarrollo de la sexualidad humana, convirtiéndose en modelos repetitivos de machismo en el trato con la mujer; situaciones de promiscuidad que provocan desajustes en la educación sexual de los hijos (8).

Asimismo, la actitud de los adolescentes hacia la sexualidad, varía según el nivel cultural, las creencias religiosas, las relaciones afectivas con los padres y la edad de los adolescentes (9). Para tal fin la falta de comunicación por parte de padres y maestros, los adolescentes llegan a iniciar más tempranamente las relaciones sexuales sin la debida protección. (10) no obstante, en África subsahariana el comportamiento sexual, se considera que al menos el 80% de los adolescentes han tenido alguna relación sexual antes de los veinte años (11). Madiedo, de una investigación con 400 adolescentes varones de 13 a 18 años, sobre el grado de conocimiento, utilización y responsabilidad sexual, encuentra una disociación entre el conocimiento y la utilización de los métodos anticonceptivos (8).

Por otra parte, en México se estima que el embarazo adolescente puede representar un riesgo biopsicosocial para la madre y el recién nacido, como una mayor mortalidad materno infantil. También puede conducir a menores posibilidades de educación formal (12). De manera consecutiva nuestro país que para el año 2009, según el censo, cuenta con una población de 28.220.764 habitantes (13), que de acuerdo a la situación actual del adolescente; la causa principal es la iniciación sexual precoz sin protección, asociada a la falta de información (14). Se estima que el 22% de las adolescentes y 67% de las jóvenes se habrían iniciado sexualmente, antes de los 15 años; con respecto a la pareja en el inicio sexual, la tendencia sería iniciarse con parejas con dos años de diferencia de edad y no con personas mayores o con trabajadoras sexuales (15).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI 2007), se registró 2,5 mil de mujeres adolescentes entre 12 a 19 años de edad, de las cuales el 7,3 % son madres adolescentes. Conllevando a que en nuestra sociedad exista un manejo inadecuado de la información sobre sexualidad (16). Este problema se hace más intenso en las adolescentes analfabetas; cabe señalar que en nuestro país el riesgo de la mujer de morir, a causa del embarazo es de 1 en 85 (15). Así el 57% de mujeres casadas y solteras de 15 a 19 años tienen relaciones sexuales sin protección (17).

Paralelamente, las ITS constituyen un grupo de infecciones endémicas, de múltiples etiologías, que tienen en común su transmisión durante la actividad sexual. Cabe recalcar que algunos estudios indican que alrededor del 20% de los adultos jóvenes y adolescentes sexualmente activos contraen una ITS cada año (18). Según las cifras de 2008 publicadas por la OMS, hay actualmente 33,4 millones de afectados por el VIH con relación al África subsahariana que continúa siendo la región más afectada por el VIH. En el año 2008, dicha región tenía el 67% de las infecciones por VIH a nivel mundial (19).

Por otro lado la región Piura, que cuenta con una población estimada de 1 754 791 habitantes (20); presenta un total de 9 966 madres adolescentes de 12 a 19 años (21), cuya causa de muerte en los adolescentes y jóvenes son: los accidentes de transporte terrestre, VIH/SIDA, el ahogamiento y los eventos violentos; así como también la muerte materna durante el embarazo, parto y puerperio (22).

De éste panorama se involucra Sullana, cuya población referida es de 304, 997 habitantes (23). Respecto a la zona de estudio: del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, de los cuales 230 son adolescentes entre las edades de 14 a 19 años (Población 2011 DISA SULLANA), los cuales la mayoría no tienen conocimientos básicos sobre sus cambios relacionados con su etapa, debido a los bajos recursos económicos el cual es el impedimento más común para que se desarrollen de acuerdo a su edad, así mismo es que ellos no cuentan con mucho personal capacitado para ayudarles a los mismo.

Según personajes importantes del lugar refieren, que los adolescentes se dedican a la asistencia del colegio; trabajo en parcelas, además existe poco fomento de diálogo concerniente a sexualidad entre padres e hijos. Por otro lado es raro encontrar casos de delincuencia y/o pandillaje.

Este panorama, ha hecho evidente la necesidad de determinar cuáles son los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años del Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande, donde se planteó el siguiente problema a investigar. Por lo anteriormente expresado, el enunciado del problema de investigación es el siguiente: **¿Qué Conocimientos y Actitudes sexuales tienen los adolescentes de 14 a 19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, durante el periodo 2012-2015?**

Para dar respuesta al problema, se ha planteado el siguiente objetivo general:
Describir los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, durante el periodo 2012-2015.

Para poder conseguir el objetivo general, nos hemos planteado los siguientes objetivos específicos:

1. Describir el conocimiento sexual en general sobre sexualidad de los adolescentes de 14 a 19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, durante el periodo 2012-2015.
2. Describir el conocimiento sexual en las dimensiones de Anatomía y fisiología sexual y reproductiva , ciclo de respuesta sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, metodología anticonceptiva como prevención del embarazo, en los Adolescentes de 14 a 19 años del Sector I - Caserío de Papayo –Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, durante el periodo 2012-2015.
3. Determinar los ítems menos conocidos por cada dimensión en los adolescentes de 14 a 19 años del Sector I - Caserío de Papayo –Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, durante el periodo 2012-2015.

4. Identificar las actitudes hacia la sexualidad en forma general de los Adolescentes de 14 a 19 años del Sector I - Caserío de Papayo –Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, durante el periodo 2012-2015.
5. Identificar las actitudes sexuales en las dimensiones responsabilidad y prevención del riesgo sexual, Libertad para decidir y actuar, Autonomía, respeto mutuo y reciprocidad, Sexualidad y amor, Sexualidad como algo positivo de los Adolescentes de 14 a 19 años del Sector I - Caserío de Papayo –Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, durante el periodo 2012-2015.
6. Describir características socio demográficas y principales prácticas sexuales en los adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo –Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, durante el periodo 2012-2015.

Finalmente la investigación se justifica porque el ser humano atraviesa por una serie de etapas de desarrollo, pero por consiguiente ninguna ha sido estudiada como la adolescencia. Es precisamente en la adolescencia se atraviesa o experimenta sucesos de carácter vital y determinantes, como el inicio de la vida sexual y por ende encierra el riesgo de tener embarazos no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual hasta incluso el VIH, comprometiendo a otros riesgos para su salud sexual y reproductiva. Estos riesgos comúnmente se dan por la falta de información; es así que la ignorancia juega un papel desfavorable para su conocimiento; cabe recalcar que la salud sexual adolescente proyecta un completo bienestar y constituye un elemento importante para el avance fidedigno de los aspectos social, económico y político.

El presente estudio cobra importancia también para el desempeño de los profesionales de la salud que establezcan espacios de atención especialmente adecuados a este grupo poblacional. Y sobre todo que se brinde una atención adecuada con calidad y calidez. Una contribución importante después del seno familiar, es el sistema educativo la agencia que está destinada a crear recursos

didácticos que ayuden a los adolescentes a obtener las formaciones y experiencias necesarias y aprender de las mismas. Dentro de las escuelas y demás instituciones educativas debe existir un currículo que este dirigido a enseñar la importancia de conocerse a sí mismos y el auto control de las emociones personales y sociales.

Otra contribución será proveer de información clave sobre sexualidad a los establecimientos de salud de nuestra región, como insumo para intervenciones estratégicas de promoción y auto cuidado de salud sexual y reproductiva del adolescente. Las comunidades de aprendizaje será nuestra línea de base para proponer intervenciones de abordaje al adolescente, incluyendo la temática a tratarse en los programas educativos, en los colegios inmersos en el ámbito de estudio, en una primera etapa, con el objetivo de contribuir en la disminución de los indicadores negativos en éste componente de la salud, y ayudar al desarrollo integral del adolescente.

II. REVISION DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes

Diversos estudios han abordado esta problemática así a nivel Internacional podemos citar:

Hurtado M. México, 2013 (24), en su estudio: Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en jóvenes universitarios; se encontró que, en el área de conocimientos generales sobre sexualidad el 1.5% demostró estar en el nivel de conocimientos nulos, en el nivel bajo un 45.4%, mientras que en el nivel moderado y alto un 51.7% y 1.3% respectivamente. En cuanto a los conocimientos sobre anticonceptivos, se encontró en el nivel nulos a el 8% de la muestra, mientras que el 36.3% se ubica en el nivel de conocimientos bajos, el porcentaje más alto de participantes demostró estar en el nivel moderado de conocimientos, el menor número de participantes se encontró en el nivel alto, .1%. Respecto a los conocimientos referentes a Infecciones de Transmisión Sexual, el 61.4% y el 38.5% presentan niveles de conocimientos bajo y moderado respectivamente, un porcentaje muy bajo, .1% demostró un nivel de conocimientos alto.

Cortés A. Argentina, 2010. (25), realizo un estudio referente al “Uso del preservativo” demostrando que, el bajo porcentaje de uso del condón en los Varones de secundaria básica puede deberse a una información deficiente en cuanto A sus ventajas en los muchachos que se inician sexualmente. Y al desconocimiento de los riesgos a que se exponen; en el caso del sexo femenino, Al temor de sentirse rechazada y constituir una prueba de desconfianza hacia su pareja sexual. Family Health Internacional (16), en Zambia 1999, ha estimado que la presencia de una enfermedad de transmisión sexual aumenta de 10 a 100 veces la posibilidad de transmisión del VIH en un solo acto sexual, de aquí que reduciendo la incidencia de

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

Doblado. Cuba, 2010 (26) realizó un estudio sobre el comportamiento del aborto inducido; La muestra fue de 128 adolescentes que acudieron al servicio de aborto del hospital "Julio Rafael Alfonso Medina". Para este objetivo se aplicó una encuesta. Los resultados obtenidos en el estudio demostraron que la edad predominante estuvo entre 15-17 años, 40,6 % de las adolescentes tuvo la primera relación sexual a los 15 años, 49,2 % ya había tenido 3 ó más parejas, el 39,6 % tenía abortos, 76,5 % no se protegió en su primera relación sexual, el 56,2 % continuaba sin protección, el 27,3 % vivía con ambos progenitores y mayor al 50% se había repetido el problema de aborto con algún miembro de la familia, 74.21% tenían actitudes negativas frente al embarazo, en cuanto a variables sociodemográficas: escolaridad el 71.8% eran preuniversitarios; 71.0% solteros. Por tanto se concluye que existe un inicio precoz de las relaciones sexuales, el no uso de anticoncepción y la promiscuidad.

Gonzales J. Colombia, 2009 (27), La sociedad colombiana está viviendo un problema en torno a sus jóvenes: se trata del aumento de los embarazos no deseados y de la incidencia de infecciones de transmisión sexual situación que confronta la efectividad de los programas de educación sexual y que se comparte en diversos países occidentales. El asunto es que no parece estar sucediendo lo que se esperaba, es decir una disminución de estos dos eventos gracias a la adquisición de conocimientos. Si bien la mayoría de los jóvenes han recibido información acerca del SIDA o de métodos anticonceptivos antes de iniciar su vida sexual el 80 %de jóvenes mantienen su primera relación sexual sin protección (y no es planeada). En los colegios en Bogotá, la tendencia educativa se dirige con mayor énfasis hacia promoción de valores (respeto y dignidad) que hacia aspectos biológicos (ciclo menstrual o métodos anticonceptivos). Resulta evidente que hace falta indagar más acerca de los diversos componentes que intervienen en los conocimientos y prácticas de los jóvenes. El papel de la familia, sin duda importante en la adquisición de

habilidades de los adolescentes y por ende en el rol de protección o de riesgo, requiere ser identificado a través de "medidas" que permitan evaluar su participación.

Torriente N. Habana, 2010 (28), en su estudio: Conocimientos elementales sobre educación sexual en alumnos de una escuela secundaria básica urbana; en ella se muestra que cerca de 60% (114 de 200 jóvenes de noveno grado) encuestados, manifestaron haber tenido relaciones sexuales, la mayoría de ellos del sexo masculino con casi 75%. También se expresa que la totalidad de los encuestados conocían al VIH/SIDA y lo identificaron como una infección adquirida a través de las relaciones sexuales (100%), seguido de la gonorrea y la sífilis. Sin embargo, pocos conocían que el herpes simple, algunas hepatitis, el condiloma y las infecciones por clamidias y trichomonas podían también adquirirse mediante relaciones sexuales.

Por otra parte, podemos apreciar que las muchachas aventajaron ampliamente a los muchachos en el conocimiento de los métodos anticonceptivos; incluso fueron las únicas que reconocieron la vasectomía. En cuanto a los muchachos, el método que más reconocieron fue el condón (70,9%), superando a las muchachas, quienes tenían más conocimiento de la existencia de los dispositivos intrauterinos (DIU) (100%), las píldoras (89,7%) y las vacunas (50,5%). Sin embargo, vale reconocer que de manera general los encuestados tenían conocimiento sobre la existencia de diferentes métodos anticonceptivos.

Jiménez N, Martínez N. Colombia 2009. (29) En este trabajo se identifican el tipo de necesidades de aprendizaje para la sexualidad de los adolescentes entre 10 y 19 años del municipio de Tierralta, Córdoba (Colombia), y se analizan los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los sujetos de estudio y aspiran tener. La investigación es de tipo etnográfica, y se inscribe en el estudio de casos. La muestra estuvo conformada por 69 adolescentes escolarizados del casco urbano del

municipio de Tierralta. Los datos se recolectaron mediante grupos focales, talleres, entrevistas, observación participante y juego de roles. Las necesidades de aprendizaje para la formación sexual de los jóvenes están encaminadas en el deseo que tienen de conocer acerca del noviazgo, el amor, manifestaciones de afecto, lo que siente una persona con VIH y lo que se experimenta cuando se está en embarazo. Además, se puede aseverar que la visión patriarcal y el contexto sociocultural marcan los imaginarios sexuales de la población joven.

Alarcón. Santiago de Cuba, 2009 (30). Realizó un estudio sobre Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia, encontró los siguientes resultados: El 68% de las adolescentes que se embarazaron no conversan aspectos de la sexualidad a diferencia de los controles donde esta característica se observó en el 60%. Queda demostrado que la adolescentes que no conversan de la sexualidad tienen 12,5 veces más probabilidad de concebir un embarazo no deseado. Sobre la utilización del anticonceptivo y el embarazo precoz: se encontró que el 68,0% de la población estudiada no usaba ningún método anticonceptivo siendo más evidente esta situación en las muchachas que se embarazaron, mientras que en los controles esto se comportó en un 44,0%. Comportamiento sexual promiscuo: se puede apreciar que el 100 % de las adolescentes estudiadas tuvieron este comportamiento, siendo esta situación más evidente en las féminas que se embarazaron con un 72 % mientras que en los controles fue de un 62,7%. Desde el punto de vista estadístico en nuestro trabajo, quedo demostrado que la promiscuidad en las adolescentes favorece el 3,86 veces la aparición del embarazo precoz.

Rivas. Chile, 2009 (31), describir los conocimientos y actitudes de estudiantes frente al VIH/SIDA. Se evidenciaron los resultados en cuanto al concepto del VIH/SIDA (31,8%), en formas de contagio 26,8% y transfusiones 22,8%; el contagio del uso inadecuado de material corto punzante 7,1%, como principales condiciones que se relacionan con el VIH/SIDA la homosexualidad y promiscuidad

(21,3%), Medidas de prevención la abstinencia sexual es la principal medida preventiva en un 50%.

Arboleda A. Ecuador, 2012 (32), en su estudio: “Nivel de conocimiento que tienen los estudiantes del Colegio “San Francisco de la ciudad de Zamora” sobre los peligros que conlleva el inicio de la vida sexual y la práctica de una sexualidad no responsable, durante el periodo comprendido entre Octubre 2009 a Febrero de 2010” a 132 adolescentes. Respecto a si han tenido relaciones sexuales; se encontró que el 80,7% no ha tenido relaciones sexuales y un 19,3% si han tenido relaciones sexuales. Respecto a la edad en que los adolescentes iniciaron su vida sexual, se encontró que el 44% la iniciaron entre los 13-14años, el 29.33% entre los 15-16 años, el 21.33% entre los 12 años y el 5.33% entre los 17-18 años.

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

Chávez M, Petrzalová J, Zapata J. México 2009. (33) Pese a que un número significativo de los padres de los participantes contaba con estudios superiores, el conocimiento de distintos aspectos relacionados con la sexualidad sigue siendo deficiente; por ejemplo, 5% de la muestra dijo que las mujeres poseen glándulas prostáticas, escroto y apéndice testicular, y 10% que tienen prepucio, aunque 70% informó haber recibido educación sexual por parte de la familia: 49% de la madre, 31% del padre y 10% de hermanos mayores. En relación a la prevención de ITS y los

métodos anticonceptivos, entre 60 y 97% conocía el uso de preservativos; sin embargo, refieren que las duchas vaginales (12%), el coito interrumpido y el sexo anal y oral (6%) sirven para estos propósitos. Entre 83% y 97% contaba con información sobre sida, sífilis y gonorrea, y la mitad de los participantes señaló tener información sobre el papiloma humano, las ladillas y la hepatitis B.

Las actitudes con que los jóvenes enfrentan su sexualidad están relacionadas con diversas facetas de la interacción social; una de ellas, la tolerancia a la diversidad sexual. En este sentido, 51% opinó que las relaciones homosexuales son anormales y 13% aseguró que los homosexuales son enfermos. Otro aspecto destacable de las actitudes que muestran los universitarios tiene que ver con la edad que consideran “adecuada” para iniciarse en la actividad sexual; 41% opinó que debería ser entre los 18 y los 20 años, 23% señaló los 21 años o más y 18% dijo que era conveniente esperar hasta el matrimonio. Sin embargo, se aprecia una discrepancia entre la edad de inicio que reportaron y la edad que consideraban adecuada. Así, 18% tuvo su primera relación sexual a los 16 años, 23% a los 17 y 22% a los 18 años; en realidad, 63% de los encuestados inició su vida sexual antes de los 18 años (edad a partir de la cual la mayoría opinó que sería ideal) Incluso 70% dijo que no era conveniente tener relaciones fuera del matrimonio.

Jiménez, Veracruz-México, 2010. (34). En su estudio sobre Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón, encontró los siguientes resultados: en relación al patrón de conducta sexual, se encontró que los hombres inician su vida sexual a los 14 años y a los 15 las mujeres, y que el sexo está asociado con la edad del debut sexual. También que 43.1% de los adolescentes planeó su primer encuentro sexual, y en la comparación entre hombres y mujeres no se encontraron diferencias significativas. En cuanto al uso del condón durante el debut sexual, se obtuvo que 58.3% de los participantes contestó haberlo utilizado.

Además, al analizar las puntuaciones que los adolescentes obtuvieron en cada área de conocimiento sobre VIH/sida e ITS, se pudo evidenciar que el área en la que alcanzaron un mayor porcentaje de respuestas correctas fue la de conocimientos generales sobre VIH/ sida (56.94%), seguida del área de transmisión (55.69%), sintomatología (54.95%), prevención (54.10%) y conocimientos sobre ITS (52.13%). En lo tocante a la comunicación con la pareja, se obtuvo que 71.9 % de los participantes reportó platicar con su pareja sobre temas de sexualidad. Haciendo la comparación por sexo, 63.2% de los hombres y 82.5% de las mujeres conversaban con sus parejas, siendo significativa esta diferencia. Asimismo, se muestra que las mujeres hablan más con sus parejas sobre temas como el condón, los embarazos no deseados y la posibilidad de tener relaciones sexuales, mientras que los hombres tratan más sobre temas como el VIH/sida, las pastillas anticonceptivas y el alcohol. Finalmente, al preguntar a los adolescentes si tenían o no la intención de usar condón en su próximo encuentro sexual, los datos indican que, en promedio, 8.7% de las mujeres y 84.2% de los hombres reportaron tener tal intención.

Leonardo E. Región Coahuila de Zaragoza – Minatitlán. 2009 (35), en su investigación: Conocimientos y actitudes de educación sexual en estudiantes de nivel medio superior en área urbana; se obtuvo que, la muestra fue de un total de 250 estudiantes, el sexo que más predominó fue el femenino de 17 años, y 16 años en hombres. Solamente un 16.8% de la muestra admite ya haber empezado a tener una vida sexual activa. La población señala que sus conocimientos acerca de sexualidad son insuficientes (26%) y suficientes (74%). Sólo el 41.6 % de los adolescentes identifican que la mayoría de los anticonceptivos solo previenen embarazos y solamente el preservativo es el que previene de embarazos y de contraer algunas ITS. Por encima de la mitad de la muestra conoce que el VIH/SIDA tiene diferentes formas de contagio; y no únicamente por vía sexual (59,2%).

Jeanneville. Colombia, 2010 (36), En su estudio demostró, el inicio de vida sexual activa es muy temprano. Una de ellas no menstruaba cuando se inició sexualmente. Tres de ellas tuvieron relaciones sexuales el mismo año que menstruaron. El 72 % había tenido relaciones sexuales a los 16 años y el 28 % ha tenido más de un compañero sexual. Los Mitos y tabúes alrededor de la sexualidad impiden que los jóvenes reciban educación abierta y franca, El 88% desconoce el uso correcto de los métodos anticonceptivos y 49% nunca recibió información alguna sobre planificación familiar. Los conocimientos que poseen sobre planificación familiar son escasos, imprecisos e incompletos. El 75 % nunca ha hecho uso de los métodos anticonceptivos y en el 84 % de los casos, desconocieron en qué período del ciclo es más probable la fecundación. El método anticonceptivo más conocido son las pastillas, seguido de DIU, cabe aclarar que este “conocer” no es en realidad así, ya que ellas se refieren a que “han oído hablar” de tal o cual método pero en realidad desconocen su uso correcto. Está misma autora refiere que, sólo el 35 % de las entrevistadas está consciente de que se debe comenzar a usar anticonceptivos al iniciar vida sexual, el resto afirma que hay una edad adecuada específicas para planificar (mayor de 17 años) sin tomar en cuenta otros factores. Marcela cree que: “Los órganos ya están más desarrollados a esa edad”. Lo que más lamentan las jóvenes es haber perdido su libertad, viéndose limitadas por las prohibiciones de su compañero, siendo ésta la principal causa de discusiones de la pareja

Doblado N. Habana, 2009 (37), en su estudio: Estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre algunos aspectos de sexualidad en estudiantes; se obtuvo que, la edad de mayor representación fue la de 13 años con 62 estudiantes para un 63,2 %, 26 del sexo masculino con un 61,9 % y 36 del sexo femenino para un 64,2 %, como corresponde al grado escolar donde se realizó el estudio.

Del total de adolescentes que participaron en el estudio (98), 41 reconocieron haber tenido relaciones sexuales para un 41,8 %, de ellos 24 del sexo masculino y 17 del

sexo femenino, como se puede observar el 57,1 % de los varones tienen relaciones sexuales y el 30,3 de las hembras también ya tuvieron esa experiencia a pesar de su edad; analizando por sexo vemos que son los varones los que primero comienzan las relaciones sexuales, de ellos el 7,1 % comenzó entre los 10 y 11 años su actividad sexual.

En relación con el conocimiento de los métodos anticonceptivos se constató que, de los métodos anticonceptivos el más conocidos resultó ser el condón, el seleccionado por el 100 % de los encuestados, seguido en orden de frecuencia por las tabletas anticonceptivas con 90 adolescentes para un 91,8 %, las inyecciones contraceptivas con 60 adolescentes para un 61,2 %, los dispositivos intrauterinos con 51%. Con relación al conocimiento sobre las enfermedades que pueden adquirirse a través de las relaciones sexuales (ITS), se aprecian como resultados en orden descendente: el SIDA, la gonorrea y la sífilis para un 100 %, 83,6 %, y 81,6 %, respectivamente. Le sigue en orden de frecuencia la infección por el virus del Herpes simple con un 59,1 % y el Condilomas acuminado con un 48,9 %.

Vidal M. Habana, 2011 (38), en su estudio: Opinión de los adolescentes sobre los conocimientos que poseen sobre sexualidad, se observa que el 57.37% refirió conocer poco sobre sexualidad y el 42.63% restante refirió que conocía mucho sobre la sexualidad. En relación a los métodos anticonceptivos más usados se registró que el preservativo fue también el más usado con un 33.08%, los DIU con un 22.05% y el coito interrumpido con un 2.94% y que el 10.29% de los adolescentes no usaban anticonceptivos en sus prácticas sexuales.

Con respecto a la información sobre métodos anticonceptivos de los adolescentes encuestados, se observa que predominaron los adolescentes que refirieron haber obtenido información a través de los amigos con un 98.39%, le siguieron aquellos que refirieron haberla obtenido por medio de los padres que con un 22.43% y en

tercer lugar se registraron los que obtuvieron información por medio de los profesores con un 21.15%. Respecto a la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales, se observa que del total de adolescentes encuestados, 136 había tenido relaciones sexuales. De ellos predominaron los que iniciaron las relaciones sexuales a los 14 años con un 41,17%, seguido de los 15 años con un 26,47% y los 13 años con 17,64%.

González M. México, 2011 (39), en su estudio: Intervención educativa sobre algunos aspectos relacionados con la sexualidad en adolescentes de un consultorio del Policlínico “Belkys Sotomayor Álvarez” de Ciego de Ávila. Con respecto al método anticonceptivo más conocido es el condón aunque solo alcanzan 82.2% del total de adolescentes, le siguen las tabletas anticonceptivas con un 70.9% y los dispositivos intrauterinos con un 43.5%. Con respecto a la información de métodos anticonceptivos el mayor porcentaje de conocimiento refieren haberlo adquirido a través de la televisión con un 56.4%.

Chávez M. México, 2009 (40), en su estudio: Actitudes respecto a la Sexualidad en estudiantes Universitarios, Con respecto a aspectos relacionados con la sexualidad en estudiantes universitarios, el 70% informó haber recibido educación sexual por parte de la familia, 49% de la madre, 31% del padre y 10% de hermanos mayores. En relación a la prevención de ITS y los métodos anticonceptivos, entre 60 y 97% conocía el uso de preservativos. Entre 83% y 97% contaba con información sobre sida, sífilis y gonorrea. Respecto a la edad de inicio de relaciones sexuales, se obtuvo que el 18% tuvo su primera relación sexual a los 16 años, 23% a los 17 y 22% a los 18 años.

Arrieta. Cartagena, 2010. (41) En su estudio acerca de la Prevalencia de embarazos en adolescentes escolares en la ciudad de Cartagena. 2010, encontró los siguientes resultados: Sobre los métodos de planificación familiar, el 89,5% conoce al menos

uno de ellos. El condón es el más conocido con el 80,6%, pero sólo el 14,4% lo utiliza. En segundo lugar se encuentra el método del ritmo con 33,5% de conocimiento y 6,1% de utilización. Las razones referidas por las adolescentes para la no utilización de MAC, fueron no considerarlos confiables o seguros, tenerle miedo a los efectos secundarios y no considerarlos adecuados para la edad. El 26,2% (167) de las adolescentes ya habían tenido relaciones sexuales al momento de la encuesta, y de estas el 71,3% (119) tuvieron su primera relación sexual a los 15 años o antes. La prevalencia de embarazo fue de 4,4% (28), el 3,4% (22) había estado en embarazo una sola vez. El 2,4% (15) había tenido abortos, de las cuales el 1,7% (11) había abortado una vez, el 0,5% (3) dos veces y el 0,2% (1) tres veces. El análisis por regresión logística mostró tanto en el análisis univariado como el multivariado que iniciar relaciones sexuales antes de los 16 años y utilizar métodos de planificación familiar (muy probablemente de manera inadecuada), se constituyen como factores de riesgo para embarazo en adolescentes.

Ramos M. Venezuela, 2013 (42), en su estudio: Conocimiento sobre la sexualidad en adolescentes de Venezuela; se manifestó que en esta investigación predominó el sexo femenino con el 67% y el grupo de edad de 17 a 19 años con el 46%. Se encontraron buenos conocimientos (52%) en aspectos como: edad recomendada para la maternidad; conocimientos regulares (23,5%) en temas sobre órganos sexuales, edad para la primera relación sexual con penetración, vías de transmisión de sida, métodos para prevenir embarazo e infecciones de transmisión sexual; malos conocimientos o desconocimiento (24,5%) se encontraron en los tipos de infección de transmisión sexual y grupos susceptibles a ellas.

Banda. Tamaulipa, 2010 (43); En el estudio se encuentra el rango de 15 a 17 años. El 97% conoce métodos anticonceptivos, mas no su funcionamiento la información la adquirieron de la escuela y amigos. El 22 % tiene vida sexual activa iniciando entre los 14-15 años, no utilizaron método anticonceptivo por no planear la relación

sexual. El 50% tiene más de una pareja, no se encontró asociación entre la edad y el número de parejas ni entre la edad y la última vez en que se tuvo relación sexual.

De esta manera se ha constatado estudios **como antecedentes a nivel nacional**, en la que diversos autores reportan lo siguiente:

Solís N. Chimbote. 2010 (44), en su estudio: conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la comunidad zonal Magdalena nueva - Chimbote; se encontró que: el 85% de adolescentes encuestados desconoce aspectos generales sobre su sexualidad, En lo referente a la anatomía genital externa se encontró: el 97% de adolescentes reconoce los genitales externos masculinos y el 84% los genitales externos femeninos. Sin embargo, un 41% no conoce la anatomía genital interna femenina y un 35% desconoce los términos glande y prepucio.

En lo referente a fisiología reproductiva, el 89% conoce el proceso de fecundación y un 82% lo considera el inicio del embarazo; sin embargo, un 43% desconoce los posibles días en los que se produce y finalmente el 95% conoce las modificaciones que se dan en el embarazo. El 85% de adolescentes reconoce al sexo como conducta natural pero que necesita aprendizaje.

En relación al VIH-SIDA, el 97% de adolescentes lo considera como una enfermedad mortal y un 92% conoce sus medios de transmisión. Para el 81% de adolescentes las ITS se adquieren a través de la relación coital, sin embargo, un 30%

no conoce las principales ITS. Por otro lado, el 53% de los encuestados desconoce que el uso correcto del preservativo puede prevenir la transmisión de las ITS/VIH/SIDA; el 69% considera que tener sexo con una sola mujer no supone un riesgo para la infección del VIH/SIDA y el 74% considera el preservativo no muy seguro en la prevención de las ITS.

Cisneros M. Chimbote 2011. (45) De forma global, el adolescente de 14 a 19 años del PP.JJ San Pedro desconoce las principales dimensiones de la sexualidad, tiene actitudes desfavorables que no le permitirían vivir una sexualidad responsable y segura. En su mayoría los adolescentes entrevistados desconocen tópicos principales de su anatomía y fisiología sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual y métodos anticonceptivos como medio de prevención del embarazo. Por el contrario conocen ciclo de respuesta sexual. Los adolescentes entrevistados presentan actitudes desfavorables hacia responsabilidad y prevención de riesgo sexual, libertad para decidir, autonomía, respeto mutuo y reciprocidad, sexualidad y amor y sexualidad como algo positivo. La mayor proporción de adolescentes eran estudiantes, con una edad media de 16.0, predominando la religión católica. Con relación a la sexualidad, cerca de la mitad refirió tener enamorado, iniciando su relaciones coitales una cuarta parte de los adolescentes.

Avendaño. Lima. 2009 (46), Muestra en su estudio que tiene como finalidad describir las actitudes, prejuicios y nivel de conocimientos que tienen 133 adolescentes, 74 hombres y 54 mujeres hacia la masturbación; Los resultados indican que existen diferencias entre adolescentes hombres y mujeres en cuanto a sus actitudes hacia la masturbación en un 50% presentando los hombres actitudes más positivas que las mujeres, el 92 % de las mujeres y el 88 % de los hombres, recibió información sexual, siendo los padres y los profesores el medio por el cual la obtuvieron. Es importante observar que, en nuestra muestra, ninguna de las 59 mujeres señaló a la masturbación como tema tratado; mientras que en el caso de los hombres, sólo 8 de 74, trató el tema de la masturbación dentro de la información

sexual recibida, con relación a la masturbación, 41.6 % negó tal práctica en los últimos doce meses; 28.7% la admitió con alguna frecuencia; y, el 7.4 % dijo que lo había hecho muchas veces.

Gamarra y Jannacone. Lima. 2009 (47), Realizo un estudio acerca de los Factores asociados en el Inicio de la actividad sexual en adolescentes en una población de 90 adolescentes escolares de 14 a 19 años de dos colegios mixtos, de los cuales 51 (56,7%) eran mujeres y 39 (43,3%) eran varones, el promedio de edad de las mujeres fue de 15,88 años y de los varones 15,82 años. Con respecto al inicio de actividad sexual, 55 (61,1%) aún no iniciaron, mientras que 35 (38,9%) ya lo habían iniciado. En cuanto a los factores individuales el promedio de inicio de la primera relación sexual en ambos sexos fue de 14,58 (13 a 17) años, siendo para el sexo femenino de 14,79 y para el sexo masculino de 14,37. En cuanto a la religión, el 84,4 % de los alumnos son católicos, 7,7% evangélicos y el 7,8% restante de otras religiones.

Sobre la percepción de riesgo a adquirir alguna infección de transmisión sexual (ITS), se observó que en el grupo sexualmente activo, un considerable 20 % opina que no existe ningún riesgo o es mínimo, en comparación con los que aún no han iniciado relaciones sexuales, los cuales si perciben un moderado y alto riesgo a adquirir un ITS (92,8%); Con respecto a la actitud hacia el inicio de actividad sexual no hubo diferencias, Los adolescentes dedican el tiempo libre principalmente a reunirse con los amigos (32,2%), a practicar deportes (25,5%) y realizar tareas en el hogar y ver televisión (28 , 8%) . La mayoría de los adolescentes (60%) tuvieron su primera relación sexual con el enamorado (a). A diferencia de la mujer (0%), los adolescentes varones tuvieron su primera relación sexual con una desconocida y/o otra persona en un 15,8%. Con respecto al método anticonceptivo empleado se obtuvo que el 31,4% de los encuestados no lo usaran, y el 34,3% no sabe si lo ha utilizado. El principal motivo de inicio de su primera relación sexual fue por acuerdo mutuo (37,1%), seguido por la curiosidad (22,8%)

y la ocasión (11,4%).

Jerónimo C. Ica. 2009 (48), en su ensayo: sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria, se estimó que el 50,5% (247) de los encuestados fueron de sexo femenino encontrándose una media de 15,61. El 49,5% (242) del total de la muestra fueron de sexo masculino con una media de 15,81. El 72,2% perciben que su conocimiento sobre sexualidad es regular y 90,0% que conoce los métodos anticonceptivos. El 93,5% está predispuesto a usarlos en una relación sexual, siendo el condón el método que más se usaría (62,4%). El 61% de los estudiantes manifestaron tener enamorado(a); 27% refirieron haber tenido ya relaciones coitales (132). De ellos un 76,5% usan condón en sus relaciones sexuales, 47% refiere dificultad en su uso.

Cardoza J. Huancabamba. 2009 (49) .En el estudio se encontró que el 100% de los adolescentes presentan un nivel de conocimiento bajo en sexualidad a nivel general. De acuerdo a los resultados obtenidos, al profundizar los adolescentes demuestran que tienen un nivel de conocimiento bajo en todas las dimensiones en estudio: anatomía y fisiología sexual y reproductiva, ciclo de respuesta sexual metodología anticonceptiva como prevención del embarazo, prevención de infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA respectivamente.

Sánchez R. Chimbote. 2011. (50), en su estudio: conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 – 19 años del pueblo joven dos de Junio, se observó que: La edad promedio de entrevistados 15.68 años; 65.0% son católicos, 56.0% estudiantes, 49.0% tiene enamorado(a).100.00% son heterosexuales, 75.0% inicio actividad sexual entre los 15 y 19 años. 84.0% desconoce su sexualidad. 68.0% desconoce su anatomía genital, desconociendo genitales externos femeninos en un 85%. 51.0% conoce las fases de la respuesta sexual, 70.0% desconoce cómo prevenir ITS-

VIH/SIDA, 64.0% desconoce Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo, 61% reconoce que el sexo necesita aprendizaje. El 80.0% tiene actitudes desfavorables. 78.0% no previene el riesgo; 77.0 % no decide libremente; 70.0 % no tiene autonomía ni respeto mutuo; 78.0% no relaciona la sexualidad con el amor; 83.0 % no percibe la sexualidad como algo positivo.

Cruz E. Chimbote. 2011 (51), en su investigación: conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 – 19 años de los pueblos jóvenes Víctor Raúl y Manuel Arévalo, se observó Edad promedio de entrevistados 16.02 años; 67% son católicos, 80% estudiantes, 52% tiene enamorado(a). 99% son heterosexuales, 36% inicio actividad sexual a los 15años. 87% desconoce su sexualidad. 59% desconoce su anatomía genital; 44% desconoce los días fértiles. 86% reconoce que el sexo necesita aprendizaje. 36% desconoce uso del preservativo. 82% desconoce métodos de planificación familiar; el 87% tiene actitudes desfavorables. 79% no previene el riesgo; 71% no decide libremente; 82% no tiene autonomía, 86% no tiene respeto mutuo; 68% no relaciona la sexualidad con el amor; 86 % no percibe la sexualidad como algo positivo.

Muñoz L. Chimbote. 2011 (52), en su investigación: conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 – 19 años del pueblo joven San Pedro, Sector I del distrito de Chimbote, se obtuvo: los resultados obtenidos reflejan que el 83% de los entrevistados en forma general desconocen las dimensiones básicas de sexualidad y el 86% presenta actitudes desfavorables hacia la vivencia de una sexualidad responsable y gratificante. La edad promedio de entrevistados fue de 15.50 años, siendo el 78% estudiantes, 47% mantenía una relación afectiva al momento de la encuesta, habiendo iniciado el 23% su actividad sexual, con un rango de edad mayoritario de 15 a 19 años (82.6%).

Romero E. Chimbote. 2011 (53), en su estudio: conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 a 19 años del pueblo joven El Porvenir sector I, obtuvo que la edad promedio de entrevistados 16,29 años; 62% son católicos, 72% estudiantes, 46% tiene enamorado(a). 95% son heterosexuales, 87% inicio actividad sexual entre los 15 y 19 años. 73% conoce su sexualidad. 91% desconoce su anatomía genital; 58% conoce los días fértiles. 88% reconoce que el sexo necesita aprendizaje. 55% conoce uso del preservativo. 54% desconoce métodos de planificación familiar; el 88% tiene actitudes favorables. 50% previene el riesgo; 77% no decide libremente; 97% no tiene autonomía ni respeto mutuo; 90% no relaciona la sexualidad con el amor; 80% percibe la sexualidad como algo positivo.

Navarro M. Tarapoto – Perú. 2012 (54), en su estudio: Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización La Palmeras – Distrito de Morales, período Junio – Setiembre 2012; se obtuvo que, en relación a los factores sociodemográficos de la población adolescente, se observa que el 50.6% se ubican en el grupo etario de 14 a 16 años, seguido de un 49.4% entre la edades de 17 a 19 años.

El 55.7% de los adolescentes encuestados son de sexo femenino y el 44.3% pertenece al sexo masculino; el 46.8% de los adolescentes se encuentran en el nivel educacional de secundaria completa. Cabe resaltarse que el 68.4% de los adolescentes tienen como ocupación el de ser estudiantes. El 60.8% de los adolescentes tienen enamorado(a) esto predispone que los adolescentes puedan tener conductas sexuales de riesgo. Un 54.4% de adolescentes ha iniciado relaciones sexuales; el 54.7% inició sus relaciones sexuales entre las edades de 12 – 15 años.

Referido al nivel de conocimiento sobre sexualidad que tiene la población adolescente se evidencia que el 70.9% tienen un nivel de conocimiento alto, asimismo un conocimiento bajo con un 29.1%. Respecto al nivel de conocimiento

sexual según dimensiones, se observa que tienen un aceptable nivel de conocimientos: sobre anatomía y fisiología Sexual el 43.0% nivel de conocimiento alto y el 41.8% nivel de conocimiento medio; sobre salud sexual y reproductiva el 57% nivel de conocimiento alto; en prevención de ITS y VIH-SIDA, el 50.6% nivel de conocimiento alto y de conocimiento bajo un 49,4%; sobre los métodos anticonceptivos, el 56% tiene nivel de conocimientos alto, siendo el conocimiento bajo de 44%.

En cuanto a las actitudes sexuales en general hacia la sexualidad se evidencia que un 79.7% de los adolescentes encuestados demostraron tener actitudes favorables frente a su sexualidad; mientras que un 20.3% de los adolescentes demuestran una actitud desfavorable en cada una de las dimensiones abarcadas. En relación a la actitud sexual por dimensiones; observamos que la dimensión responsabilidad y prevención del riesgo sexual obtuvo un 83.5% de actitud favorable, cabe resaltar que un 16.5%, poseen actitudes desfavorables siendo esto causa de futuros problemas que pondrán en riesgo su vida. El 58.2% muestran actitudes favorables y un 41.8% desfavorables en la dimensión libertad para tomar decisiones, de lo cual se deduce que los adolescentes no toman decisiones correctas y esto puede conllevar a iniciar una vida sexual precoz que con falta de conocimientos lo pueden llevar a contagiarse de algunas ITS embarazos no deseados, etc.

En cuanto a la dimensión de autonomía el 81.0% mostraron también actitudes favorables y un 19.0% de actitudes desfavorables; en la dimensión respeto mutuo se obtuvieron actitudes favorables en un 69.6% y un 30.4% de actitud desfavorable; sexualidad y amor obtuvo el 74.7% de actitud favorable y un 25.3% de actitudes desfavorables; en la dimensión sexualidad como algo positivo 87.3% tuvieron actitudes favorables y un 12.7% de actitudes desfavorables.

Sánchez V. Chimbote. 2010 (55), en su investigación: conocimientos y actitudes acerca de las ITS y el VIH/Sida de los adolescentes varones en dos comunidades zonales de Chimbote-Perú, se obtuvo como edad media 15,2 años. Por otro lado la fuente de información citada con más frecuencia y la más importante fueron los medios de comunicación (52%). 28% de varones refieren relaciones sexuales con una edad media de iniciación sexual de 14,7 años, con un rango de 12 a 18 años, habiendo tenido el 64,3% su primera relación coital antes del primer año de relación. El 99% sabía dónde recurrir en situaciones de riesgo. El 75% de varones desconoce las dimensiones básicas sobre las ITS y el VIH/SIDA; y el 74% presenta actitudes desfavorables hacia estas enfermedades.

Navarro Y. Tacna – Perú. 2011 (56), en su estudio: 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 – Tacna Highschool Teens 2011 – 2012; muestra que respecto al conocimiento sobre sexualidad: un 40,5% tiene conocimientos y 59,5% no tiene conocimientos. El 21,2% tienen relaciones coitales y el 78,8% no tienen relaciones sexuales, el promedio de edad en inicio de relaciones sexuales es 15 años, refieren sensaciones de felicidad 11,7%, temor y culpa 5,4%, el 14% usan preservativo, el 32,4% se masturban, el 21,6% tuvieron abrazos y besos con ropa. El motivo para el inicio de relaciones sexuales (IRS) es obtener afecto 20,3%, la elección de la pareja para IRS es el enamorado 71,2%. El valor moral más predominante es el amor 38,3% y el motivo más predominante para no tener actividad sexual son las infecciones de transmisión sexual 47,7%; 77,9% tienen actitud desfavorable y 22,1% tienen actitud favorable con respecto a la sexualidad e inicio de la actividad sexual.

Villanueva. Chimbote. 2009 (57), realizó un estudio sobre los conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes menores de 19 años que cursan estudios en la escuela profesional de ingeniería de sistemas de la ULADECH–Universidad católica

los ángeles de Chimbote, 2009, reportó que respecto al nivel de conocimientos en general sobre sexualidad, el 61,19% tiene conocimientos regulares; 17,9% tiene conocimientos bajos y el 20,9% con conocimientos altos de su sexualidad.

Se aprecia que; según el nivel de conocimiento sobre sexualidad por dimensiones: en la dimensión anatomía y fisiología sexual y reproductiva, el 94.0% de adolescentes no reconoce las estructuras que conforman los genitales externos masculinos y/o femenino (95,5%), así como en qué momento del ciclo menstrual la mujer puede embarazarse(56,7%), y también cuando se produce la fecundación (97,0%); en la dimensión ciclo de respuesta sexual, el 98.5% desconoce cómo vivir su sexualidad responsable y que para esa vivencia, son importantes la autoafirmación personal (92.5%) y que es la propia persona quien controla su comportamiento sexual(92.5%); en la dimensión prevención de ITS y VIH/SIDA, el 89.6% sabe que el sida es una enfermedad que amenaza la vida, un 95.5% desconoce vías de contagio, el 74.6% reconoce que no se contagia a través de abrazos, besos o contacto con personas infectadas y que el uso de preservativo previene el contagio de ITS (65,7%) y finalmente el 94% desconoce cuáles son las ITS y que estas se transmiten a través de las relaciones coitales; y en la dimensión metodología anticonceptiva como prevención del embarazo, un 74,6% desconoce sobre métodos anticonceptivos para regular fecundidad, el 88% desconoce que una mujer puede embarazarse en su primera relación coital, por otro lado, 82.1% no tiene conocimiento de lo que significa abstinencia sexual. En él lo que se refiere a actitudes sexuales en análisis general, un 75% de los adolescentes estudiantes tienen actitudes desfavorables.

Las actitudes sexuales en su análisis por dimensiones, en todas sus dimensiones se observó actitudes desfavorable: hacia la autonomía un 83.6%, mientras que el 82.1% hacia la libertad para decidir., que no percibe a la sexualidad como algo positivo (80.6%), hacia la sexualidad y amor y hacia el respeto mutuo y la reciprocidad (77.6% respectivamente).

Por otra parte se ha difundido otros estudios en sexualidad como antecedentes regionales, en la que se señala lo siguiente:

Juárez D. Piura. 2011 (58), en su investigación: conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de 14 – 19 años del Asentamiento Humano Víctor Raúl – Piura, durante el periodo 2011. Los resultados obtenidos reflejan que los adolescentes del Asentamiento Humano “Víctor Raúl” tienen conocimiento (95.00%) sobre sexualidad. En cuanto a los conocimientos de sexualidad en sus cuatro dimensiones: Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA (78.75%), Metodología Anticonceptiva como Prevención del Embarazo (76.25%), Ciclo de Respuesta Sexual Humana (91.25%), Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva (83.75%), reportaron tener conocimiento. Con relación a la actitud sexual, se obtuvo que el 31.25% de sus actitudes son desfavorables.

En cuanto a las actitudes por dimensiones, Autonomía (13.33%) Sexualidad y Amor (8.67%), Respeto Mutuo y Reciprocidad (11.33%), Responsabilidad y Prevención de Riesgo Sexual (32.00%), Libertad para decidir y actuar (50.67%), Sexualidad como algo positivo (20.67%).

En relación a las características socio demográficas se demostró que las edades que más predominaron fueron 15 y 16 años. Debemos señalar también que el mayor porcentaje de adolescentes en relación al estado civil son solteros equivalente a un 97.50%. De los cuales el 75% pertenecen a la religión católica y solo un 23.75% a otra religión y el 1.25% es no creyente. Un grupo significativo de adolescentes (98.75%) manifestaron como opción sexual la heterosexualidad y se obtuvo que un 61.25% no han iniciado su actividad sexual, seguido de un 38.75% entre la edades de 14 y 15 años como edad de inicio de las relaciones sexuales.

Hualpa I. Piura. 2009 (59) reporta que la Dimensión de Ciclo de Respuesta Sexual indica que la mayoría de los adolescentes tienen un conocimiento bajo (48%); y solo el 36% y 16% manifiestan un nivel de conocimiento alto y medio respectivamente; encontrando resultados que se asemejan como el de Hualpa I (2009) (22) quien estudio a adolescentes de la I.E “San José” del distrito de Piura, encontrando niveles de conocimiento en la dimensión Ciclo de Respuesta sexual Humana entre medio a bajo en un 61%, y solo un 39% resultó con niveles altos.

Ramos N. Sullana. 2011 (60), en la Investigación: conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 – 19 años del “AA HH Ramiro Priale” del distrito de Sullana, se observó que Del 100% de los adolescentes encuestados el 50.29% no conocen aspectos relacionados a su sexualidad, mientras que un 49.71% de adolescentes si los conocen. Respecto al nivel de las actitudes sexuales, del 100% de los adolescentes encuestados un 26.29% tienen actitudes desfavorables mientras que un 73.71% presentan actitudes favorables.

Dioses. Sullana. 2010 (61), Realizó una investigación sobre conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes del distrito de Sullana- Piura en el año 2010, donde se evidencia que el 92% los adolescentes tienen un nivel de conocimiento bajo sobre la sexualidad. Al realizar su análisis por dimensión encontró bajo nivel de conocimiento en las cuatro dimensiones estudiadas: metodología anticonceptiva (98%), anatomía y fisiología sexual y reproductiva (88%), ciclo de respuesta sexual (82%), y prevención de enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA (92%). Por otro lado, identificó en el 98% de participantes actitudes desfavorables hacia la sexualidad.

En su análisis dimensional obtuvo actitudes desfavorables en las seis dimensiones estudiadas, es así que para sexualidad y amor un 98%; autonomía y sexualidad

como algo positivo el 94%; respeto mutuo y reciprocidad, 92%; responsabilidad y prevención del riesgo sexual, 90%; y finalmente libertad para decidir y actuar con el 78%. Como principales características socio-demográficas encontró que el 64% de adolescentes tenía enamorado/a al momento de la encuesta; el 92% eran solteros/as; el 34% de adolescentes han tenido relaciones sexuales coitales y un 14% que inicio sexualmente a los 17 años.

Santos J. Piura. 2010 (62), en su investigación: conocimientos y actitudes Sexuales en los Adolescentes de 14 a 19 años del AAHH. Dr. Leoncio Amaya Tume del distrito de la Unión – Piura, se obtuvo que del 100% de los adolescentes del AAHH Dr. Leoncio Amaya Tume – La Unión – Piura, que fueron entrevistados, el 65% tienen un nivel de conocimiento entre bajo y regular, sobre su sexualidad. En cuanto a los conocimientos de sexualidad por dimensiones, se evidencia que las cuatro dimensiones en estudio, muestran un nivel de conocimiento bajo, oscilando entre 40% y el 46.25% respectivamente.

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

Loro J, Elizabet C. Piura. 2010. (63) El conocimiento general sobre sexualidad que tiene los adolescentes del AA. HH. Quinta Julia- Piura es de nivel bajo en su mayoría, conformando un grupo de riesgo expuestos a sufrir problemas de salud sexual. Los adolescentes tienen en su mayoría nivel de conocimiento bajo en todas

las dimensiones de Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva. Se identifica que las actitudes en general hacia la sexualidad de los adolescentes del AA. HH. Quinta Julia son desfavorables (90%), probablemente se deba al desconocimiento, la desinformación, la no reflexión e irresponsabilidad por parte de ellos.

Alvarado L. Sullana, 2011 (64), en su investigación: conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14– 19 años del Asentamiento Humano Cesar Vallejo del distrito de Sullana, se obtuvo que del 100% de los adolescentes encuestados, un 69.33 % muestra desconocimiento sobre aspectos básicos de la sexualidad en general, mientras que un 30.67% de estos reportan conocimientos. Entre las dimensiones la menos conocida y alarmante (88%) es anatomía, fisiología sexual y reproductiva. Respecto al nivel de las actitudes sexuales un 54 % de éstos tienen actitudes desfavorables y un 46 % presentan actitudes favorables. En las características socio demográficas según la población de estudio el 61.33 % pertenecen al sexo femenino, y 38.67% masculino, Con respecto al inicio de relaciones sexuales se reportó que el 32.67 % ya se había iniciado sexualmente y la edad predominante fue de 15 años con el 15%.

Olaya D. Bellavista. 2010. (65) Podemos determinar que el nivel de conocimiento en sexualidad del 79% es alto mientras que el 4% es bajo. La dimensión Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA el 47% tiene un conocimiento alto mientras que el 15% su nivel de conocimiento es bajo, metodología como prevención del embarazo 54% alto y 15% bajo, respuesta sexual 66% alto y 18% bajo, anatomía y fisiología sexual y reproductiva 40% alto y 30% bajo. La mayoría de los adolescentes en estudio presentaron actitudes sexuales desfavorables (85%). Responsabilidad y prevención (74%). El nivel de actitud para decidir y actuar frente a la presión (49%). nivel de autonomía (78%) respeto mutuo (61%). sexualidad y amor (88%) sexualidad como algo positivo (87%).

Domínguez M. Sullana. 2011 (66), en su investigación: conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de 14 a 19 años del centro poblado Villa María Cieneguillo Centro Sullana, durante el periodo 2011, se obtuvo que la edad promedio de entrevistados estuvo entre 15 y 17 años; 62.67% son católicos; 37.33% trabajan; 64 % tiene enamorado(a); 99.33% son heterosexuales; 62.67 % inició actividad sexual a los 15 años; 86.67% desconoce su sexualidad; 92.67% desconoce su anatomía genital; el 81 % no reconoce cuál es glándula. 80.67% desconoce los días fértiles; el 87.33% no conoce las enfermedades de transmisión sexual; 88.67% desconoce los métodos anticonceptivos; 77.33% tiene actitudes desfavorables; 67% no previene el riesgo sexual; 73.33% no tiene autonomía; ni respeto mutuo con un 73.33%; no hay una relación con el amor y la sexualidad 79.33%; el 69.33% no percibe la sexualidad como algo positivo. Cabe concluir, que los adolescentes del centro poblado Villa María, en su mayoría desconocen su sexualidad y presentan actitudes desfavorables con respecto a su sexualidad.

Castillo. Piura. 2010 (67), Realizó un estudio sobre conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 a 19 años en el distrito de Castilla, en cuya investigación obtuvo los resultados: que los adolescentes entrevistados tienen un nivel de conocimientos en sexualidad en forma global y por dimensiones bajo (82%): la dimensión menos conocida, con nivel de conocimiento bajo fue anatomía y fisiología sexual y reproductiva (86%), seguida de prevención de enfermedades de transmisión sexual-VIH/SIDA (80%), y finalmente el ciclo de respuesta sexual y metodología anticonceptiva como prevención del embarazo (78%). En cuanto a las actitudes hacia la sexualidad de los adolescentes encuestados manifestaron actitudes desfavorables en un 54%.

En relación a las actitudes para la sexualidad por dimensión reportaron actitudes desfavorables para autonomía (84%). Seguida por sexualidad y amor (76%),

respeto mutuo y reciprocidad (68%), y finalmente; responsabilidad y prevención del riesgo sexual (58%), sin embargo, las dimensiones libertad para decidir y actuar (72%) y sexualidad como algo positivo (52%) reportaron actitudes favorables. La edad de mayor representación fue de 15-17 años. Finalmente el 72% ha tenido enamorado y 52% ha tenido relaciones sexuales coitales y la edad de inicio de actividad sexual es de 13-14 años.

Campos M. Sullana. 2009 (68). Realizo una investigación en la I.E. Luciano Castillo Colomna del distrito de Bellavista – Sullana donde el 98% de adolescentes encuestados, presentaron un nivel de conocimiento bajo sobre sexualidad, seguido de un 2% con nivel de conocimiento medio. Los resultados del estudio de la dimensión conocimientos sobre el ciclo de la respuesta sexual indican que existe una brecha de adolescentes (67%) que no conocen el comportamiento sexual pues tienen un bajo nivel de conocimientos y solo un 30% medio para la misma dimensión. Por otra parte en su mayoría varones y mujeres adolescentes entrevistados no tienen claro que el VIH /SIDA es una enfermedad mortal y por lo tanto desconocen las formas de contagio, en un (100%). Finalmente los resultados sobre actitudes sexuales en general reporto, que la gran mayoría de los entrevistados presentan una actitud desfavorable (56%).

Escobar L. Marcavelica – Sullana. 2009. (69). Realizo un estudio sobre los “Conocimientos y Actitudes sexuales de los adolescentes de la Institución Educativa "Ricardo Palma” del distrito de Marcavelica - Sullana”. La población estaba constituida por 82 adolescentes de 14 a 19 años, observándose que el 100% de adolescentes tuvieron un nivel de conocimiento bajo. Sobre las 4 dimensiones de conocimiento se observó que en Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva los adolescentes tuvieron conocimientos bajos, seguida de Ciclo de Respuesta Sexual y Metodología Anticonceptiva con 98%, el 10% resultaron con un nivel de conocimiento medio en Prevención de enfermedades de transmisión sexual, seguido de Ciclo de respuesta sexual y Metodología Anticonceptiva como prevención del

embarazo con 2%. Referente a las dimensiones de Actitud, se encontraron que el 100% de los adolescentes reportaron actitudes desfavorable referidas a su Autonomía, Respeto mutuo y reciprocidad, Sexualidad y amor y Sexualidad como algo positivo, seguida de las dimensiones Libertad para decidir y actuar y Responsabilidad y prevención del riesgo sexual con un 96% y 92% respectivamente.

2.2 Entre las diferentes Bases teóricas que pueden sustentar los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes presentaremos las siguientes:

Perspectivas teóricas del desarrollo de la vida

Desde que el hombre tomó conciencia de las diferencias individuales ha insistido en estudiar el desarrollo de su vida a través de las experiencias que vive. Este estudio ha generado una gran diversidad de teorías del desarrollo que tratan de explicar de manera sencilla las etapas por las que pasa el ser humano a través de su vida. Los estudios comenzaron con observaciones simples de las conductas de las personas que rodeaban a los teóricos en especial de niños y sus actitudes con respecto al medio ambiente que los rodeaba. (70, 71,72)

Varios teóricos se dieron a la tarea de clasificar el comportamiento humano en diferentes etapas del desarrollo desde diferentes perspectivas de la vida. De este

esfuerzo por categorizar el desarrollo se han establecido las teorías más conocidas hoy día, entre ellas se encuentran las siguientes perspectivas: Perspectiva psicoanalítica; Perspectiva social; Perspectiva cognoscitiva; Perspectiva moral. (70)

Perspectiva psicoanalítica: Basada en las teorías psicosexual y psicosocial.

La **teoría psicosexual (Sigmund Freud)** se fundamenta en que la conducta está controlada por poderosos impulsos inconscientes y utiliza la observación clínica como técnica de estudio en donde se consideran las etapas y, donde el individuo es pasivo en su desarrollo mediante la modificación de factores innatos a través de las experiencias. (70)

La **teoría psicosocial (Erik Erikson)** se fundamenta en que la personalidad está influida por la sociedad y se desarrolla a través de una serie de crisis. Utiliza, también, la observación clínica como técnica de estudio considerando las etapas, pero ve al individuo como ente activo del proceso mediante la interacción de factores innatos y de las experiencias. (70)

Perspectiva social: La **teoría del aprendizaje social (Albert Bandura)** se fundamenta en que los niños aprenden en un contexto social al observar e imitar modelos y utiliza los experimentos científicos rigurosos como técnica de estudio. Tampoco toma en cuenta las etapas y ve al individuo como un ente pasivo y activo en el proceso mediante la modificación de las experiencias por factores innatos. (70)

Perspectiva cognoscitiva: La **teoría cognoscitiva por etapas (Jean Piaget)** se fundamentan en que los cambios cualitativos del pensamiento ocurren entre la infancia y la adolescencia y utiliza las entrevistas flexibles y las observaciones

meticulosas como técnicas de estudio tomando en cuenta las etapas. El individuo es activo en el proceso mediante la interacción y de la experiencia. (70)

Perspectiva moral: Basada en las teorías del desarrollo moral, la teoría motivacional y la teoría del razonamiento moral. **La teoría del desarrollo moral (Lawrence Kohlberg)** se fundamenta en que el ser humano se desarrolla a través de transformaciones físicas. Su énfasis se basa en la interacción y transición en las áreas socio-emocionales del individuo. El individuo es activo. **La teoría del razonamiento moral (Eugenio M. de Hostos)** se basa en la intención de la formación del ser humano completo y la obtención de su libertad. Su énfasis es que la razón tiene que prevalecer sobre la voluntad. Ve al individuo como el ser con la capacidad de razonar y de relacionar, de idear y de pensar, de juzgar y conocer. **La teoría motivacional o de jerarquía de necesidades (Abraham Maslow)** se basa en que el desarrollo de la personalidad humana se realiza a partir de una necesidad o impulso supremo. Su énfasis es la necesidad de cubrir las necesidades básicas y biológicas del ser humano para alcanzar su plenitud. El individuo es visto como activo en la toma de decisiones para determinar cuáles son sus prioridades y cómo las cubrirá. (70)

Se debe tomar en consideración que no son las únicas perspectivas del desarrollo humano existentes. Pero, son éstas las más conocidas a nivel mundial. Cada teoría tiene una visión particular sobre la adolescencia y el comportamiento de las personas que pasan por esta etapa de la vida. Es importante tener en claro estas visiones de la adolescencia para trabajar de manera efectiva con los mismos. (73)

Además tener en cuenta que no todos los adolescentes se desarrollan de la misma manera ni están envueltos en las mismas experiencias y circunstancias de la vida; tomando en cuenta las perspectivas antes mencionadas la siguiente tabla muestra de manera sencilla las relaciones que cada una de ellas expone y si utiliza o no etapas

como método de medición para establecer patrones de conductas, se presenta el resumen en el cuadro N° 1. (73)

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

La Adolescencia: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales

El desarrollo humano se entiende como una sucesión evolutiva de “momentos” por donde el individuo va transitando, inmerso en un proceso histórico dinámico y a menudo contradictorio. Todo desarrollo humano se realiza en la interdependencia de dos procesos, uno de maduración y otro de mutación o cambio. El primero lleva al segundo y el paso entre ambos corresponde a lo que comúnmente se denomina “crisis”. Éstas, también denominadas estadios o etapas, son a la vez liberadoras y generadoras de conflicto y angustia. Una de estas etapas es la adolescencia. Se caracteriza fundamentalmente por ser un período de transición entre la pubertad y el estadio adulto. (73)

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

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

ritos de iniciación para marcar y favorecer el paso entre una y otra. (73)

En nuestra cultura debemos considerarla simplemente como una fase de notables cambios en cuanto al cuerpo, a los sentimientos y sensaciones o como una etapa original y capital de la metamorfosis de niño a adulto. Pero también es cierto que en los tiempos actuales asistimos a cambios acelerados de muchas de las tradiciones, que en el mundo occidental han sido una ayuda para esta transición.

El progreso tecnológico, las comunicaciones, las multinacionales de la moda, la música y la imagen, los cambios de valores provocados por el contacto con otras culturas debidos a la migración, el turismo y los medios de comunicación, estos son algunos de los factores que influyen en los hábitos, costumbres y formas de vida de la adolescencia y juventud. Estos hechos, junto a las dificultades de los jóvenes para incorporarse al mercado de trabajo determinan que, socialmente la edad adolescente y juvenil se prolongue hasta los 25 años, y se difuminen en gran manera las peculiaridades de esta etapa, tendiendo a una homogeneización de sus hábitos, costumbres y formas de vida. Así, la adolescencia puede variar en las diferentes sociedades y épocas, igual que varía el reconocimiento de la identidad adulta que se le da al individuo (73).

Proceso de la Adolescencia: Etapas evolutivas

La adolescencia ha de ser entendida, pues, como un proceso universal de cambio, de desprendimiento que se teñirá con connotaciones externas, peculiares de cada cultura, que la favorecerán o dificultarán según las circunstancias. El /la adolescente se encuentra en la búsqueda de su identidad adulta, y en su recorrido se ve obligado a renunciar a su identidad de niño/a. Ello le exigirá una labor lenta, a menudo dolorosa, de “duelo” y de adaptación a las nuevas sensaciones y sentimientos que afectaran al cuerpo, la mente y a las relaciones de objeto e identificadoras. En este recorrido la

sexualidad tiene un papel esencial.

El ser humano nace sexuado biológicamente, pero su sexualidad se irá construyendo a lo largo de toda la vida y se mostrará de diferentes maneras en cada edad o momento de su evolución. La sexualidad y su expresión tendrán mucho que ver con la universalidad de la persona, y no solamente con el compromiso genital. Hay pocas dudas de que la vivencia y expresión de la sexualidad es una de las cuestiones más trascendentales de la etapa adolescente.

En todo este proceso el/la adolescente necesita de la familia y de la sociedad. “El adolescente se mira y se reconoce, en el reconocimiento que de él/ella hacen los demás”. Si la familia y la sociedad acogen y consideran sus cambios, el/la adolescente hace su recorrido con mayor tranquilidad y aceptación, e incluso con orgullo y seguridad. En cambio, si esto no ocurre, el/la adolescente esconde su cuerpo, se encierra en sí mismo o bien “actúa” para llamar la atención, exponiéndose a riesgos innecesarios. (73)

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define adolescencia como “la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo”. Así su comienzo tiene lugar con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando cesa el crecimiento somático.

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

- Pre-adolescencia o temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad.
- Adolescencia media o propiamente dicha, de 14 a 18 años.
- Adolescencia tardía de 19 a 24 años.

Existen otras descripciones cronológicas distintas, según sean establecidas por psicólogos, sociólogos, endocrinólogos o neurólogos. Pero en vez de situarnos sobre una pirámide etaria, sería más interesante buscar un consenso, por encima de controversias, que contemplara de forma más abierta, el amplio espectro de esta época de grandes metamorfosis. Es importante resaltar que el crecimiento biológico, social, emocional e intelectual de los/las adolescentes, suele ser totalmente asincrónico y con frecuentes períodos de regresión (73).

En este periodo, la sexualidad es una de las mayores preocupaciones, en todos los niveles, empezando por los propios adolescentes, como para su familia y para la sociedad de la cual forman parte; ya que el inicio de actividad sexual sin la debida orientación y sin conocimiento de sus implicaciones puede exponerlos a una serie de riesgos para su salud y su futuro (74).

Entendiendo que la temática de la educación para la promoción del auto cuidado de la salud está basada en aspectos del desarrollo humano, es que consideramos la siguiente clasificación Distinguen dos etapas: (75)

A) Pre-adolescencia (fenómeno de la pubertad)

B) Adolescencia propiamente dicha.

A) La Pre adolescencia:

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

voz, pilosidad en el rostro, etc. (75)

Desarrollo cognoscitivo: No confunde lo real con lo imaginario y por tanto puede imaginar lo que podría ser. Usa con mayor facilidad los procedimientos lógicos: Análisis, Síntesis. Descubre el juego del pensamiento. Desarrolla su espíritu crítico; Discute para probar su capacidad y la seguridad del adulto. En ocasiones es fantasioso, pero con poca frecuencia y además hay una proyección de sí en el porvenir; pero también a veces evade lo real. (75)

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

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

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

Desarrollo sexual: Tiene Tendencia a la separación entre chicos y chicas y Gran curiosidad por todo lo relacionado con la sexualidad

Desarrollo social: Va pasando de la heteronomía a la autonomía. Aquí influye mucho la moral de las familias como testimonio. Así el adolescente será capaz de:

- Fijar metas y objetivos propios.
- Organizar su actividad en conformidad con sus proyectos.
- Organizar mejor y eficientemente su tiempo libre.

Desarrollo religioso: El desarrollo religioso puede ser problemático cuando Los padres no dan testimonio, usan la religión como disciplina y no son estables, cuando el muchacho encuentra serias dificultades en el ramo de la sexualidad, cuando la religión, en el ambiente social, es considerado como "cosa de mujeres", "pueril", cuando la catequesis recibida en la infancia ha sido formalista y separada de la vida, de lo contrario el desarrollo religioso es satisfactorio (75)

B) La Adolescencia propiamente dicha:

Desarrollo Cognoscitivo: La adolescencia es la etapa donde madura el pensamiento lógico formal. Así su pensamiento es más objetivo y racional. El adolescente empieza a pensar abstrayendo de las circunstancias presentes, y a elaborar teorías de todas las cosas. Es capaz de raciocinar de un modo hipotético deductivo, es decir, a partir de hipótesis gratuitas y, procediendo únicamente por la fuerza del mismo raciocinio, llegar a conclusiones que pueden contradecir los datos de la experiencia.

La adolescencia es también la edad de la fantasía, sueña con los ojos abiertos ya que el mundo real no ofrece bastante campo ni proporciona suficiente materia a las desmedidas apetencias de sentir y así se refugia en u mundo fantasmagórico donde se mueve a sus anchas. Es también la edad de los ideales. El ideal es un sistema de valores al cual tiende por su extraordinaria importancia. El adolescente descubre estos valores y trata de conquistarlos para sí y para los demás. Aunque este hecho no afecta a todos los adolescentes Depende de la formación recibida. (75)

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

Necesidad de seguridad: Se funda en un sentimiento de certeza en el mundo interno (estima de sí, de sus habilidades, de su valor intrínseco, de su equilibrio emocional, de su integridad física) y externo (económica, su status en la familia y en el grupo). El adolescente puede sufrir inseguridad por los cambios fisiológicos, la incoherencia emotiva o por la falta de confianza en los propios juicios y decisiones.

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

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

Necesidad de integración (de identidad): Que es un deseo inviolable y de valor personal.

Necesidad de afecto: Sentir y demostrar ternura, admiración, aprobación.

Desarrollo afectivo: Es difícil establecer si la adolescencia es o no un periodo de mayor inestabilidad emotiva. Pero nada impide reconocer la riqueza emotiva de la vida del adolescente y su originalidad. La sensibilidad avanza en intensidad, amplitud y profundidad. Mil cosas hay ante las que ayer permanecía indiferente y, hoy, patentizará su afectividad. Las circunstancias del adolescente, como la dependencia de la escuela, del hogar, le obligan a rechazar hacia el interior las

emociones que le dominan. De ahí la viveza de su sensibilidad: al menor reproche se le verá frecuentemente rebelde, colérico. Por el contrario, una manifestación de simpatía, un cumplido que recibe, le pondrán radiante, entusiasmado, gozoso. El adolescente es variado en su humor. (75)

Desarrollo social: Tanto el desarrollo cognoscitivo, como el motivacional y afectivo agilizan el proceso de socialización. El adolescente tiene en su comportamiento social algunas tendencias que conviene reseñar: a medida que crece, son mayores y más variadas sus experiencias sociales, este mayor contacto con la sociedad favorece un conocimiento más real de la sociedad, mayor conciencia de los demás, así como una progresiva conciencia de pertenencia a una clase social, otras tendencias importantes son la madurez de la adaptación heterosexual, la búsqueda de status en el grupo de compañeros de la misma edad y la emancipación de la familia.

En este proceso de socialización encontramos en el adolescente una serie de oscilaciones tales como: oscilación entre sociabilidad e insociabilidad: delicados e hirientes, tratables e intratables, oscilación entre excitación y depresión: trabajo y ocio, buen humor y llanto, oscilaciones entre confianza y desconfianza de sí mismos, oscilaciones entre vida heroica y sensualidad.

En esta época aparecen rivalidades y luchas para obtener el poder y ejercerlo sobre los demás. Prueba sus fuerzas físicas y así se convierte en agresivo, lo que se manifiesta con ciertos actos exteriores (se golpean unos a otros), palabras agresivas (se insultan), manifestaciones reprimidas y ocultas, agresividad contra sí mismos, agresividad contra las cosas. La situación del adolescente frente a la familia es ambivalente: Por una parte está la emancipación progresiva de la familia, lo que implica un riesgo y por otra, el adolescente percibe que su familia es fuente de seguridad y ayuda, con miedo a perderla; ésta situación puede o no ser conflictiva. Depende cómo los hijos son educados. Será entonces, conflictiva:

- Por las relaciones personales precedentes defectuosas.

- Por el sentido de inutilidad por parte de los padres.
- Por sobreprotección parental o por abandono.
- Por dudas de parte de los padres entorno a la responsabilidad de sus hijos.
- Por el fenómeno de la constancia perceptiva, a través de la cual a los hijos se les ve siempre "niños".
- Por las frustraciones de los padres proyectadas a sus hijos que llevan a una identificación a la inversa y a una mala interpretación.
- Los padres afrontan los problemas de hoy en contexto de ayer.
- Por el hecho de que los padres son adultos y representan a la clase privilegiada, que niega al adolescente el "status" del mismo género.
- Por el "conflicto de generaciones" debido a los contrastes que pueden surgir por la diferencia de edad entre dos generaciones.
- Una línea de solución está en la comprensión, en un gradual proceso decisional comunitario. Durante la adolescencia, la escuela favorece la reorganización de la personalidad sobre la base de la independencia. La escuela facilita:
 - La emancipación de los padres.
 - Un status autónomo fundado sobre su propia acción.
 - La constitución de grupos
 - Una mayor independencia volitiva al tratar con los adultos.

Pero también la escuela puede presentar los siguientes obstáculos: Puede desatender problemas vitales (si se limita a lo intelectual), ignora al estudiante como individuo (sólo exige rendimiento), prolonga las relaciones adulto – niño, algunas escuelas son el campo de batalla de contiendas ideológicas y políticas, hemos de ver también las relaciones entre adolescentes: La amistad entre adolescentes se caracteriza por la sinceridad, el altruismo, la delicadeza. Se precian de tener los mismos gustos y opiniones, se imitan, se tienen mutua confianza, se quieren con

exclusividad, se sacrifican unos por otros. Entre ellos predominan los grupos primarios, se reúnen con frecuencia, participan de las mismas diversiones, peligros y emociones. El grupo proporciona a los adolescentes bienes diversos: (75) les da sentimiento de seguridad, protección y solidaridad, facilita las amistades, es una escuela de formación social, ayuda a emanciparse de sus padres, reduce el conjunto de frustraciones.

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

- Todos los adolescentes en un momento dado se preocupan más o menos de su desarrollo sexual pero de ello no hablan espontáneamente sino en un clima de gran confianza. La tensión sexual que tiene todo adolescente es el resultado de tres tipos de estimulantes que operan de forma compleja: La acción de mundo exterior, la influencia de la vida psíquica y la acción del organismo. En la adolescencia comienzas las primeras atracciones heterosexuales, la chica es más corazón y el chico es más cuerpo. La chica es más exhibicionista que el chico.

Desarrollo moral: La moral para los adolescentes no es una exposición de principios, ni un conjunto de convenciones sociales; es, ante todo, un comprometer todo su ser a la búsqueda de la imagen ideal de sí mismo, donde pone a prueba la fuerza de la voluntad, la solidez de las posibilidades y cualidades personales. Hay algunos valores morales que ellos prefieren por ser más brillantes, más nobles y porque exigen un don de sí más absoluto. El sentido del honor: sentimiento de la nobleza y de la dignidad del hombre frente al hombre. La sinceridad, signo de una personalidad que se afirma. La valentía, motor de muchos actos. La lealtad.

Desarrollo religioso: En la adolescencia se pone en movimiento exigencias particulares como el encuadramiento del propio yo en un mundo que tiene un sentido absoluto; estas exigencias hallan respuesta sólo en una específica dimensión religiosa. En esta edad, lo trascendente es afirmados como tales. Sin duda que para esto influye la educación dada por los padres, la ecuación de la escuela y el medio ambiente. El grupo de compromiso en la fe ahonda la religiosidad del adolescente y lo abre a los demás. (75)

Por otro lado se hace mención a las **Bases teóricas de la Sexualidad**, donde:

La sexualidad es una función básica del ser humano, esta comienza a los tres o cuatro años de edad y se establece definitivamente durante la adolescencia. La pubertad, como el comienzo de la adolescencia, se caracteriza por un rápido crecimiento físico y cambios psicológicos que pueden tener un gran impacto en el comienzo de la sexualidad y las vidas reproductivas de los adolescentes de ambos sexos. Es importante entender las respuestas de los y las adolescentes a estos cambios para poder identificar el comienzo de las necesidades de salud reproductiva y proporcionarles servicios satisfactorios.

Mencionamos las principales teorías de la sexualidad. (76)

Teoría del Aprendizaje:

Según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás. Al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella. En la medida en que seamos recompensados (reforzados) por ellas, el aprendizaje perdurará. Estas teorías del aprendizaje conciben a las personas como seres primariamente pasivos, cuyo aprendizaje depende del número y de la fuerza de los elementos positivos y negativos previamente aprendidos. (77)

Esta teoría también sostiene que la determinación del género está condicionada por los modelos personales y las influencias socio ambientales a los que él niños se halla expuesto. En los primeros años de vida los modelos a observar e imitar son ante todo Los padres. (78)

Teoría Cognitivo-Evolutiva:

Según este punto de vista, el desarrollo del género corre paralelo al progreso intelectual del niño. Los niños de muy corta edad tienen una visión exageradamente simplificada del género, equivalente a una estimación no menos estereotipada del mundo en general. Hasta los 4-5 años de edad no comprenden los niños que el género es una constante; posteriormente, el niño va desarrollando dicha conciencia. (79)

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. (80)

Hay quienes la definen la sexualidad como la combinación de: género, deseo sexual, sentimientos, experiencias sexuales, orientación sexual, influencia cultural, historia familiar, características físicas y espiritualidad. Algunas o todas estas cosas influyen en la propia percepción sexual de una persona y como otros ven y actúan hacia él/ella como un ser sexual. (81) 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. (82)

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

Bases Teorías 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.

Principales Teorías:

Teorías del aprendizaje:

Según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás. Al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella. En la medida en que seamos recompensados (reforzados) por ellas, el aprendizaje perdurará. Estas teorías del aprendizaje conciben a las personas como seres primariamente pasivos, cuyo aprendizaje depende del número y de la fuerza de los elementos positivos y negativos previamente aprendidos.

Teorías de la consistencia cognitiva:

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

Teoría de la disonancia cognitiva:

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

Otras situaciones que pueden producir disonancia cognitiva son aquellas en las que hacemos algo contrario a nuestras creencias más firmes sobre lo que es correcto y apropiado, cuando sostenemos una opinión que parece desafiar las reglas de la lógica, cuando ocurre algo que contradice nuestra experiencia pasada o cuando hacemos algo que no va con nuestra idea sobre quiénes somos y para qué estamos.

De acuerdo con el análisis atributivo de la formación y cambio de actitudes. Las personas contemplan sus comportamientos y atribuyen lo que sienten a lo que hacen; una serie de factores determinan la efectividad de la comunicación persuasiva para cambiar actitudes. Se incluyen la fuente del mensaje, el modo de expresarlo y las características de la audiencia. (83)

Perspectiva de la actitud:

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

Las opiniones son ideas que uno posee sobre el tema y no tienen porque sustentarse en una información objetiva. Por su parte los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Finalmente las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios. Las actitudes son aprendidas. En consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular. (84)

Raras veces son asunto individual; generalmente son tomadas de grupos a los que

debemos nuestra mayor simpatía. Se componen de 3 elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual). (85). Una vez formada, es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen.

En efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después. Otras actitudes se aprenden de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa ante el robo y el homicidio; por último otros dependen directamente del individuo. Pese a todo, hay veces que las actitudes pueden modificarse, lo cual obedece a diversos motivos. (86) Por ejemplo, una persona puede cambiar de grupo social y asimilar las actitudes de éste. Lo que en mayor grado puede cambiar una actitud es la información que se tiene acerca del objeto. (83)

Tipos de Actitud

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

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

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

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

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

Teoría del Conocimiento

Se entiende como teoría del conocimiento al intento intelectual de explicar la forma en la que adquirimos el conocimiento del mundo y los procedimientos por los que es generado ese conocimiento, de tal forma que pueda ser valorado ya como verdadero o como falso. Como su nombre lo indica, lo que pretende es crear una teoría (Cuerpo sistematizado de ideas sobre una materia) a cerca del conocimiento. (87)

La conciencia es la expresión más compleja y sintética de lo real, expresa el verdadero ser del sujeto, ya que es la interiorización subjetiva de la abstracción del mundo en la personalidad de dicho sujeto. El conocimiento que sobre la sexualidad va adquiriendo el adolescente se forma a lo largo de su recorrido histórico, lo que lo lleva a definir un comportamiento ante la vida y la sociedad en que se desenvuelve, es decir, la conciencia social se condensa en conciencias individuales por medio de referentes que provienen de los modos de apropiación de lo real. (88)

El Conocimiento Humano

Desde el enfoque epistemológico, el conocimiento es un acto que significa averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas (diccionario de la R.A.L.E.). Es menester distinguir entonces que la naturaleza y los acontecimientos que en ella suceden, así como el conjunto de hechos y objetos y sus relaciones dadas en el mundo, tienen la posibilidad de ser averiguadas e identificadas por nuestro procesador principal de información: el cerebro. Pero, ¿significa la "posibilidad de conocer" conocimiento en sí? Evidentemente, no. ¿Y se pueden llegar a conocer todas las "posibilidades de conocimiento"? Sería un engaño empírico si contestáramos afirmativamente a esta cuestión.

Sencillamente, diremos que nuestro almacén y procesador de la información operan limitadamente y no desde un cálculo total. Quedémonos por el momento, con la idea relativista de que el mundo es una cosa y que el ejercicio de las facultades intelectuales es otra muy distinta (aunque forme parte de aquel). La relación metodológica entre el observador y lo observado relativiza, al menos, nuestros resultados cognoscitivos.

Otra cuestión importante es: ¿sirve de algo "conocer"? Responderemos desde la supervivencia de la especie; es decir, saber dónde se encuentra y se consigue comida, estar capacitados para procurarnos cobijo, fabricar herramientas y establecer patrones conductuales sobre la sexualidad y los cuidados a la descendencia, probabilizan nuestras posibilidades de éxito como especie; mucho más que si no sabemos encontrar sustento, ni estamos capacitados para mantener la transmisión genética. Desde un punto de vista histórico, la especie humana ha ido creciendo en número de individuos y, mejorando la calidad de vida de al menos 1/3 de la población (con respecto a épocas que se pueden remontar hasta hace 3 millones de años). El conocimiento, sea del tipo que sea, es un acto adaptativo. (89)

Análisis y Enfoques del Conocimiento Humano

Cuando afrontamos un tema tan complejo como es el del conocimiento, muchas veces hay que desmenuzar sus partes integrantes con el fin de comprenderlas, aun sabiendo que aquel funciona, vitalmente, como un todo. El primer tema al que nos referimos es el nivel de análisis que acometemos para su estudio. Podemos analizar su funcionamiento o funcionalidad, sus productos (conductas mentales y sus consecuencias), alguna de sus partes en particular o también la finalidad del conocimiento y su continuismo adaptativo.

Estos niveles de análisis también pueden ofertarse como conocimientos cotidianos, conocimientos científicos, conocimientos experienciales, etc. O puede ocurrir que los niveles analíticos se establezcan en orden a las estructuras a analizar: lingüísticas, fisiológicas, cognitivas, sociales, económicas, políticas o como fuere.

Sugerente nos parece el concepto de enfoque, que focaliza su sistema analítico y realiza operaciones e hipótesis de trabajo sobre esquemas mentales complejos de representación de la realidad. Obsoleto, nos queda el concepto de paradigma desde un punto de vista epistemológico, pues a fin de cuentas, se trata de una definición, más o menos extensa, de un sistema y su estructura funcional; es decir, una teoría o un esquema de la misma. Dentro del término “enfoque”, también encontramos diferentes niveles de análisis que pasamos a recapitular, según. (90).

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

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

- Una estructura lingüística-simbólica: el lenguaje.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

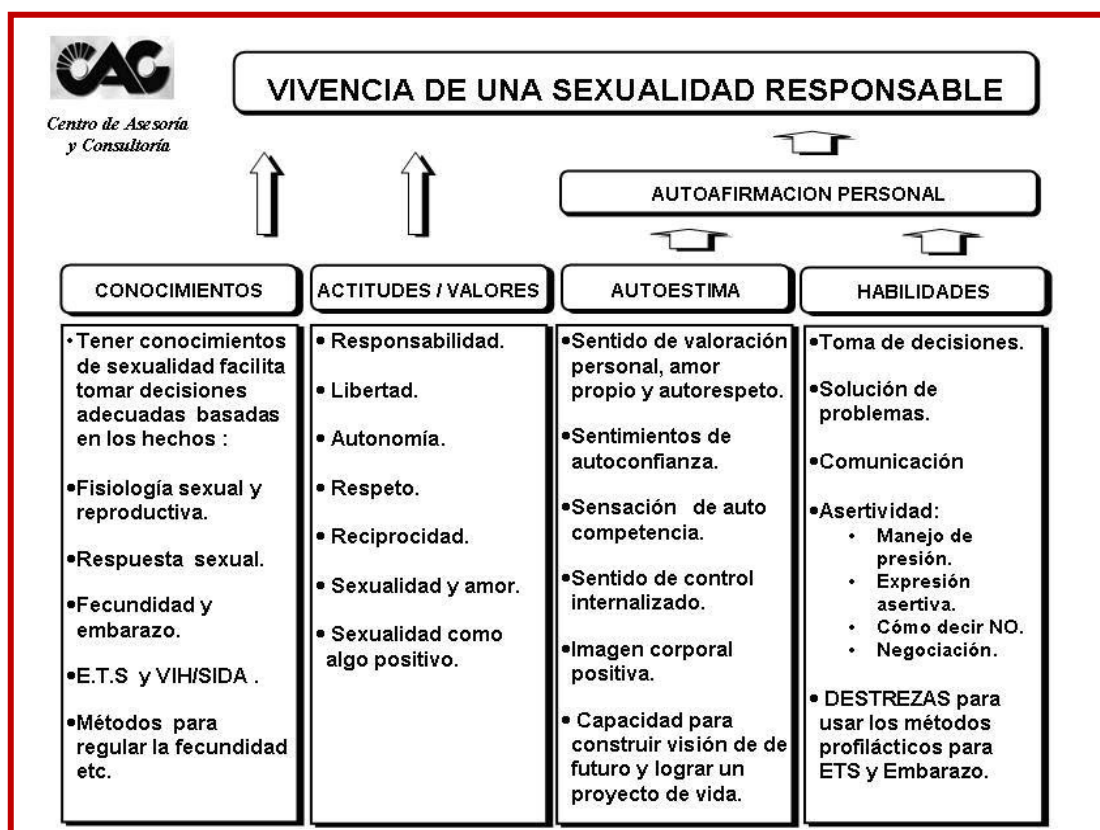
Enfoque adaptativo: Las estructuras cognitivas parten de la adaptación genética al medio, basculando por las diferenciaciones culturales, sexuales e incluso individuales. (90)

Modelo conceptual de la investigación

No obstante observamos que la sexualidad por sus características y diversidad de enfoques puede ser abordadas de diferentes dimensiones, sin embargo el presente estudio denominado “conocimientos y actitudes sexuales del adolescente del Caserío Papayo Tambogrande; se abordó, tomando el modelo del centro de consultoría y asesoría del adolescente. Según cuadro N° 1

Desde la nueva educación sexual se propone enseñar que "la sexualidad es algo maravilloso que merece vivirse, no de cualquier forma, sino de manera responsable"; los criterios que se proponen para vivir una sexualidad en forma responsable son: La persona se hace cargo de los propios actos y decisiones, tiene en cuenta las consecuencias de los propios actos sobre sí mismo y los demás, tiene en cuenta los propios sentimientos, valores y actitudes para tomar decisiones respecto a la vida sexual, tiene la capacidad de aplazar el placer y la gratificación en situaciones que ocasionarían problemas y consecuencias negativas para sí mismo y otras personas, decide libre, consciente y autónomamente.

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



Desde esta propuesta se ha tomado los tópicos referidos a las dimensiones relacionados con el área cognitiva y actitudinal del adolescente, las mismas que se convirtieron en las variables principales que en adelante denominamos variable conocimientos y variable actitudes, quedando para estudios posteriores la dimensión de autoafirmación personal.

Este modelo que plantea el Centro de Asesoría y Consultoría del Adolescente de Colombia, sustenta: Mientras se siga evitando hacer una educación sexual abierta, basada en la verdad, centrada en la promoción de valores y actitudes para una

sexualidad responsable, realizante y constructiva, no se podrá esperar que las futuras generaciones tengan una salud superior a la que han tenido las generaciones anteriores. (91)

La investigación describe la variable principal conocimientos sexuales del adolescente de Papayo Tambogrande, en sus dimensiones: conocimiento de anatomía y fisiología sexual y reproductiva: ciclo menstrual, fecundación y embarazo, conocimientos del ciclo de respuesta sexual, conocimiento de las infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA y conocimiento de los métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.

Así mismo la variable principal actitudes sexuales del adolescente de Papayo Tambogrande, en sus dimensiones: responsabilidad y prevención de riesgo sexual, libertad para decidir y actuar, autonomía, respeto mutuo, sexualidad y amor, sexualidad como algo positivo.

2.3. Bases conceptuales de la investigación

Anatomía y Fisiología sexual y Reproductiva

Anatomía de los órganos sexuales masculinos y femeninos:

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

Los **genitales externos:** También llamados vulva, tienen las siguientes estructuras: monte de Venus, labios mayores, labios menores, clítoris, meato uretral y el introito vaginal y son: (92)

Monte de Venus: tiene forma triangular, con la base en la parte superior. Está constituida en su interior por un abundante tejido graso y exteriormente por una piel que se cubre de vello a partir de la pubertad.

Labios mayores: son pliegues carnosos cubiertos de vello, localizados a cada lado de la abertura vaginal.

Los labios menores: localizados por dentro de los anteriores, son dos pliegues sin vello, ubicados al borde de la entrada de la vagina, los labios mayores y menores en conjunto conforman la vulva. Tienen abundantes terminaciones nerviosas, por lo que son muy sensibles.

Clítoris: situado en la parte superior de la vulva, por debajo de los labios mayores y entre los repliegues de los labios menores. Se trata de un órgano eréctil del tamaño de un guisante, con una estructura muy parecida a la del pene, pues está formado por un tejido esponjoso y abundantes terminaciones nerviosas. Asimismo, tiene un glándula cubierta por un prepucio. Tiene como función la de ser un órgano altamente sensitivo al estímulo físico y que sirve para enviar al cerebro las sensaciones de placer.

Meato uretral: es un pequeño agujero donde termina la uretra y por el que sale la orina. Se localiza entre el clítoris y el orificio vaginal. (92)

El introito vaginal: es una zona que posee gran cantidad de terminaciones nerviosas y vasos sanguíneos, a cada lado del orificio se encuentran las glándulas vestibulares mayores o glándulas de Bartholin, que secretan pequeñas cantidades de líquido durante la excitación sexual. (93)

Los **genitales internos Femeninos** son:

La vagina: Órgano tubular por el cual penetra el pene durante el coito, así mismo es la vía de paso del bebé durante el parto, por lo que sus paredes son muy elásticas, por la parte externa comienza con el orificio o entrada vaginal, y por la parte interna termina en el cuello del útero. En estado de reposo sus paredes están plegadas una contra la otra, pero durante la excitación se expanden dando espacio al pene. La vagina tiene terminaciones nerviosas sobre todo en su tercio externo, que es sensible a la estimulación erótica. La vagina es también el órgano por el cual sale al exterior el flujo menstrual. (92)

El Útero o Matriz: Tiene el tamaño de una pera invertida. Tiene un orificio inferior que se llama cuello uterino (cérvix) y comunica con la vagina. El útero aloja y nutre al feto en desarrollo. La capa de tejido que cubre al útero se llama endometrio, y tiene muchos vasos sanguíneos. El endometrio se desprende durante la menstruación y produce la mayor parte del flujo menstrual. (92)

El cuello del útero: Se comunica con la vagina y está atravesado en su parte central por el canal cervical que comunica la cavidad intrauterina con la vagina. Su interior está recubierto de tejido glandular que produce el moco cervical, este fluido cambia de aspecto durante el ciclo menstrual. (93)

Trompas de Falopio: son canales que conectan los ovarios con el útero. Luego que el ovulo sale de uno de los ovarios, demora 24 horas en recorrer el tercio exterior de la trompa correspondiente. Es ahí donde usualmente es fecundado por un

espermatozoide si ha habido una relación sexual. Si la fecundación se produce, el óvulo fecundado descenderá el resto de camino hacia el útero; si no se produce, el ovulo será eliminado con el flujo menstrual.

Ovarios: tienen forma de almendra y son las glándulas sexuales femeninas encargadas de producir óvulos y hormonas (estrógenos y progesterona), A partir de la pubertad y hasta la menopausia, se dedicarán a liberar un óvulo maduro la ovulación se presenta cada treinta días aproximadamente. El óvulo es el elemento germinal femenino capaz de ser fecundado por el espermatozoide, se diferencia de éste en que es mucho más grande y lento. Las hormonas femeninas son las responsables del aspecto físico particular de la mujer, mantener el ciclo menstrual, y proveer a las necesidades hormonales durante un embarazo. (92)

Del mismo modo los órganos sexuales masculinos se suelen clasificar **en externos e internos**, en la cual se menciona a:

Los genitales externos:

Pene: Tiene importantes funciones en la reproducción y eliminación de la orina. Tiene forma de tubo, y termina en el glande. La abertura en la punta es el orificio urinario, por el que discurre la orina durante la micción y el semen durante la eyaculación. El borde del glande se llama corona, aunque todo el pene es sensible, el glande y la corona son mucho más. El prepucio es la capucha de piel que cubre el glande. En la corona del glande existen glándulas que producen blanquecina llamada esmegma, que tiende acumularse, y que por ello requiere aseo permanente, lo que es posible desplazando el prepucio en condiciones normales.

El glande: de forma cónica es el extremo terminal del pene, está separado del cuerpo por la corona. Presenta abundantes terminaciones nerviosas por lo que es muy

sensible a la estimulación erótica, especialmente la corona y el borde posterior. (93)

Escroto: El escroto es una bolsa de piel y músculos que contiene los testículos.

Dentro de los **genitales internos masculinos** están:

Los testículos: son las gónadas o glándulas reproductoras del varón, tal como los ovarios lo son en la mujer. En tal medida tienen dos funciones principales: producir las células reproductoras masculinas (espermatozoide) y elaborar la hormona sexual masculina o testosterona. (92)

El epidídimo: es una estructura que se encuentra en la parte superior del testículo, mide aproximadamente 5 cm y está formado por un tubo replegado sobre sí mismo. En él los espermatozoides terminan de madurar y se almacenan; en el caso de que no sean eyaculados, los espermatozoides se destruyen y son reabsorbidos. (93)

La glándula prostática: es única y está formada por tejido glandular y muscular se encuentra debajo de la vejiga y envuelve la parte superior de la uretra. Aumenta de tamaño con la edad, en el adulto tiene un tamaño aproximado de 4 cm de ancho y 3 cm de altura. Produce un líquido lechoso, alcalino, que va a formar parte del semen y lo provee de proteínas, calcio, ácido cítrico y otras sustancias. La función de esta secreción es alcalinizar el medio ácido de la vagina, permitiendo que los espermatozoides sobrevivan y le proporciona nutrientes que permitirán su desplazamiento desde la vagina hasta las Trompas de Falopio.

La uretra: que va por el interior del pene, ella tiene dos funciones permitir que la orina circule desde la vejiga hacia el exterior y que el semen sea eyaculado, un sistema de válvulas impide que pasen ambos fluidos juntos. (93)

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

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

Glándula de Cowper: Son dos pequeñas formaciones del tamaño de una arveja que se encuentran situadas a los lados de la uretra por debajo de la próstata que también contribuyen con el líquido seminal. Cuando el orgasmo es inminente, estas glándulas se contraen y vierten un líquido alcalino claro, que sale al exterior inmediatamente antes de la salida de la eyaculación. En algunos casos puede llevar algunos espermatozoides. (92)

Fisiología Sexual y Reproductiva

Para efectos de la medición de la dimensión fisiología sexual y reproductiva nos centraremos a definir el marco conceptual de los principales indicadores como son el ciclo menstrual, fecundación y embarazo. El conocimiento de los órganos sexuales y reproductivos, implica que los adolescentes de ambos sexos conozcan la fisiología del ciclo menstrual, la fecundación y embarazo; el conocer el periodo menstrual o también llamado “la menstruación” o “regla”.

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. Comprende una serie de sucesos en los ovarios que ocurren durante la maduración de un ovocito. 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. (94)

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

Profundiza y refiere que en esta fase del final de la menstruación, sólo se conservan las capas más profundas del endometrio, que es la mucosa que recubre el interior del útero. Los estrógenos del folículo en desarrollo hacen que el endometrio crezca y aumente de espesor. Tras la ovulación, el cuerpo lúteo segrega estrógenos y progesterona; esta última hace que las glándulas endometriales comiencen a segregar, de tal forma que el endometrio se vuelve edematoso, ideal para la implantación del embrión. Si no hay embarazo el cuerpo lúteo degenera; dejan de producirse estrógenos y progesterona, y sobreviene la menstruación: las arterias uterinas se abren y el flujo de sangre hacia el exterior arrastra consigo los restos de este endometrio neo formado. (95)

La Fecundación: Es el hecho fisiológico en el cual el espermatozoide alcanza al ovulo, y perdiendo su cuello y su cola entra en él, que es de tamaño bastante mayor, permitiendo así la reunión del material genético de ambas células (23 cromosomas de cada uno), para formar el huevo o cigoto del futuro ser humano con 46 cromosomas. (92)

El embarazo: Es el proceso de concepción y desarrollo del nuevo ser en el aparato

reproductor femenino que culmina en el parto, también se define como el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, su duración aproximada es de 280 días, (de 36 a 40 semanas, 10 meses lunares o casi 9 meses de calendario solar). Durante éste tiempo la gestante experimentará modificaciones anatómicas y fisiológicas, que no son síndromes o signos de enfermedad, sino las manifestaciones de éstos cambios anatómicos y fisiológicos, la mayoría de los cuales revertirán durante las etapas del puerperio y la lactancia. (96)

Entre los cambios físicos más relevantes podemos encontrar: El útero aumenta de 500 a 1.000 veces su capacidad y pasa de pesar unos 60 grs. a 1.000 grs. al final del embarazo; en el cuello uterino se forma el llamado tapón mucoso (formado por moco muy espeso y adherente) que va a sellar el conducto endocervical, evitando de esta forma el paso de bacterias u otras sustancias hacia el interior del útero, este tampón mucoso se expulsa cuando se inicia la dilatación cervical antes del parto. La vagina aumenta su elasticidad y aumenta la secreción de flujo. Las mamas aumentan de tamaño para la preparación de lactancia, los pezones se vuelven más eréctiles y aumenta la pigmentación de las areolas. (97)

Menarquía: Es la primera vez que tiene su periodo la niña. Normalmente el periodo dura de tres a siete días, el flujo empieza leve. Puede volverse más fuerte por dos o tres días y de allí más leve hasta que se termina. Muchas veces empieza de color café, pero se vuelve más rojo. De allí se vuelve más café hasta que se termina. Tendrá un periodo aproximadamente una vez al mes. Un ciclo menstrual normal puede ser tan corto como de 21 días o tan largo como de 35 días. Es normal que haya cambios que sucedan de mes a mes. Algunos meses no tendrá un periodo, especialmente durante el primero o segundo año. La salud también puede estar influenciada.

La mayoría de las niñas y mujeres no sienten cuando sucede la ovulación. No están realmente seguras cuando ocurre. Es posible que sientan dolor en la parte baja del abdomen. La ovulación sucede aproximadamente en medio del ciclo menstrual. Muchas niñas marcan el calendario con una "X" los días que sangran. Para la

mayoría de las mujeres, el periodo viene cada 25–30 días. (97)

Ciclo de Respuesta Sexual Humana

La Respuesta Sexual Humana es una sucesión de acontecimientos fisiológicos cuyo fin es el adecuado desempeño de la actividad sexual. Para que ésta sea posible, los órganos genitales han de experimentar cambios importantes en su forma y su función a través de un proceso de excitación, de tal modo que el coito es imposible si el pene permanece flácido o la vagina está seca y no se ha dilatado. Conviene destacar que el coito vaginal no es el fin del proceso de respuesta sexual. Aunque así suceda en buena parte de los encuentros sexuales heterosexuales, los procesos fisiológicos denominados respuesta sexual acontecen igualmente en cualquier otra forma de actividad sexual placentera, con independencia de si ésta alcanza alguna o algunas descargas orgásmicas. (98)

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

El descubrimiento de que la mujer no experimenta periodo refractario y el de su capacidad multiorgásmica impactaron fuertemente en la sociedad de la época y sirvieron para desinflar el mito de la superioridad sexual masculina (99). Masters y Johnson incluso después de casarse). Diferenciaron 4 fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución (100).

Sin embargo también refiere la literatura que para que se de estas 4 fases, se presenta una fase antes que éstas, llamada fase de deseo así define el autor siguiente: La respuesta sexual es la forma de responder ante los estímulos que provocan el deseo, tanto desde un punto de vista físico, como desde un punto de vista más íntimo y personal. La respuesta sexual consta de varias fases. No son fases "automáticas"; es decir, sólo porque te "pongas en marcha" no tienes por qué llegar al último paso necesariamente. Se requiere un flujo constante de excitación y estimulación para ir pasando de una fase a otra. (101) Dentro de las fases de la respuesta sexual se menciona lo siguiente:

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

Fase de excitación: La excitación es la primera fase, se puede provocar por muchos estímulos diferentes: la visión de un cuerpo desnudo, una caricia, una mirada... la lista puede ser infinita. Aún no se ha podido clasificar de manera diferenciada si hay algo que excite a hombres y mujeres por separado, aunque las creencias populares son que el hombre se excita más por la visión y las mujeres más por el tacto, la mirada, una palabra o un gesto. Esto no está estudiado a fondo. Durante la excitación, en los hombres el pene se agranda y endurece, se pone erecto. En las mujeres la vagina se lubrica, la vulva se hincha. El cerebro envía mensajes que producen ciertos cambios en el cuerpo, que son involuntarios y nos indican el comienzo de la excitación. Los más importantes son: En la Mujer comienza la lubricación vaginal, es decir, la vagina se humedece. La parte interna de la vagina se expande. Los labios mayores se abren y crecen. Afluencia de sangre a los genitales, que hace que el clítoris se hinche y se acerque al hueso púbico. Cuando está excitado, el clítoris es mucho más sensible al tacto. Los pezones también pueden hincharse y quedar erectos. La respiración se acelera, aumenta el ritmo cardíaco y se produce tensión muscular. (101)

En el Hombre la afluencia de sangre al pene, provocando su erección. Aumento de

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

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

Orgasmo: Es la fase en que se liberan todas las tensiones sexuales acumuladas. Es difícil de describir, porque hay muchos tipos diferentes. Cada persona es diferente y vive el placer de una forma distinta. Aunque es más intenso, el orgasmo no dura tanto como las otras fases de la excitación, que pueden ir de unos minutos a unas horas. Un orgasmo, por lo general, dura entre 2 y 10 segundos. Sucede cuando la tensión muscular y la sensación de plenitud alcanzan su punto máximo y se liberan. ¿Cómo? En la Mujer, a menudo se producen unas contracciones involuntarias que irradian desde los genitales, el útero y el ano. Se acompañan de una gran sensación de placer, que cada mujer puede vivir y describir de formas distintas: como un calambre, como una acumulación de tensión y rigidez seguida de una explosión, como un alivio, como una corriente de sensaciones cálidas. En el Hombre, se expulsa el semen, gracias a las contracciones de los genitales internos, acompañadas también de una intensa sensación de placer. El orgasmo suele coincidir con la eyaculación.

Fase de resolución: Hay una sensación de relajación en todo el cuerpo, que indica la vuelta al estado normal. La sangre abandona el área genital, los genitales vuelven a su tamaño y posición originales, la respiración se calma y la tensión arterial vuelve a su nivel normal. En el Hombre, tras el orgasmo, pasa un tiempo (periodo refractario) durante el cual no es capaz de tener otro orgasmo. La Mujer, en cambio, sí puede alcanzar otro orgasmo si vuelve a ser estimulada. (101)

Infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA.

Las infecciones de transmisión sexual guardan estrecha relación con la salud reproductiva en el hombre. Entre esas infecciones se encuentran las ocasionadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la gonorrea, la sífilis y la hepatitis B, entre otras. El VIH, epidemia de la actualidad, es un grave problema de salud en todo el mundo. Tiene, además, grandes efectos sobre la salud reproductiva en general. Las infecciones de transmisión sexual o ITS, antes denominadas venéreas, son enfermedades transmisibles con contacto sexual sin casi excepción. Estas enfermedades poseen una valoración social especial. (102)

Aquí nombramos las infecciones de transmisión sexual más, castigados por la sociedad: sífilis, chancroide, uretritis no gonocócica, tricomoniasis, candidiasis y el herpes genital. Se trata de explicar las más comunes para saber los grandes riesgos que se corren al tener relaciones sexuales sin protección. (102)

Sífilis: Es causada por una bacteria llamada “*treponema palidum*”, generalmente se transmite por las mucosas. La vagina y el glande son las puertas de entrada más frecuentes, aunque se han visto casos en los que entra por heridas. En la sífilis temprana sintomática (ya que también existe sífilis tardía) se presenta el famoso chancro. Es considerada como una infección bacteriana. Se encuentra dentro de las primeras infecciones de transmisión sexual descritas.

Su tratamiento con antimicrobianos es eficiente pero su efectividad depende de una detección temprana. La sífilis causa graves consecuencias para la función reproductiva del hombre. Al infectar a la mujer puede provocar severos daños congénitos en el bebé en órganos vitales como el cerebro y el corazón. El control higiénico sanitario, evitar la promiscuidad, adicciones y hábitos negativos en el vestir, una correcta alimentación, entre otras medidas son fundamentales para lograr una correcta salud reproductiva (102).

Gonorrea: Conocida también como blenorragia. Es causado por “neisseria gonorrhoeae”. Es la inflamación de las estructuras en las que penetra. Puede ser la uretra o la vagina y cuello uterino. Pero también, se han visto casos en el recto o en la cavidad oral. Se combate oportunamente con antibióticos, pero no tratada provoca infertilidad. Se expande a través del sistema reproductor masculino por medio de la uretra y provoca alteraciones en la próstata, vesículas seminales y el epidídimo (102).

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

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

Herpes genital: Se produce por un virus llamado herpes. Casi en un 95% de veces, es transmitido por contacto sexual. Sus síntomas son: la aparición de granitos o vejigas muy juntas.

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

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

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

el menos en tres lugares del cuerpo: pérdida de peso; diarrea crónica, disminución del número de glóbulos blancos. (102)

Como prevenir Las Infecciones de Transmisión Sexual:

En la actualidad se observa con preocupación el incremento del inicio precoz de la actividad sexual, lo que es un fenómeno complejo de analizar por su multicausalidad. (103), sin embargo no podemos dejar pasar el tiempo dada la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). La incidencia más alta de infecciones de transmisión sexual se encuentra en el grupo de 20 a 24 años de edad. (104)

El control de las infecciones de transmisión sexual se complica por factores de conducta instintiva e individual y por la gran diversidad de estas infecciones, en comparación con otras enfermedades transmisibles. Son las únicas infecciones cuya propagación es diseminada directamente por la necesidad humana básica de compartir la intimidad sexual y reproducirse. La exposición a cualquiera de las infecciones de transmisión sexual es consecuencia directa de la sexualidad de una persona. Aunque en general las personas entienden que el tener un mayor número de compañeros sexuales aumenta el riesgo de contraer cualquiera de las infecciones de transmisión sexual.

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

El uso adecuado de condones disminuye considerablemente el riesgo de gonorrea en hombres y mujeres. Por otro lado el uso de dispositivos intrauterinos (T de cobre, espiral, etc.) aumenta el riesgo de sufrir enfermedad inflamatoria de la pelvis, sobre

todo en mujeres jóvenes y que no han tenido hijos.

El conjunto de estas infecciones constituye una amenaza importante y en gran parte previsible para las mujeres y sus hijos nacidos y no nacidos. Lo que se necesita básicamente es que la población en general, sobre todo las mujeres apliquen esta información para prevenir las infecciones de transmisión sexual y sus consecuencias. Su frecuencia y variedad incluyen esterilidad, infecciones peri natales, cáncer genital femenino y tal vez la muerte, deben ser conocidas tanto por las mujeres como por sus parejas sexuales. Los cambios simples como la restricción de contactos sexuales y el uso adecuado de condones, pueden disminuir espectacularmente el riesgo de infección. (105)

Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo

Según designados por la Norma Técnica de planificación familiar (MINSA-2005), la clasificación de los métodos anticonceptivos es:

Métodos anticonceptivos naturales, de barrera, hormonales, DIU y quirúrgicos. (105)

Métodos anticonceptivos naturales

Método del ritmo, Ogino – Knaus, de la regla o del calendario: Método de la abstinencia periódica basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo. (105)

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

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

Forma de uso: La mujer debe de registrar la duración de sus ciclos menstruales (historia menstrual) de por lo menos seis meses, idealmente 12 meses. El ciclo se inicia el primer día del sangrado menstrual y termina el día anterior de la siguiente menstruación. De la historia menstrual se obtiene el período fértil. Para calcular el primer día del período fértil: reste 18 al ciclo más corto. Para calcular el último día del período fértil: reste 11 al ciclo más largo. De no tener la historia menstrual la usuaria debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el 9no y 19vo día del ciclo menstrual. (105)

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

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

No lo deben usar: Mujeres con menstruaciones irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación. En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren

violencia y exigencias sexuales de su pareja. Mujeres con inhabilidad. (105)

Método del moco cervical (de Billings): Abstinencia de relaciones sexuales en el período fértil del ciclo menstrual determinado por la presencia de moco cervical o sensación de humedad en genitales. (105)

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

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

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

El período fértil se inicia con el primer día en que se identifica el moco cervical. Hasta tres días después de la brusca desaparición de la sensación de humedad, lubricación o de la observación de mucosidad. Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual, deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, los de humedad o lubricación (si se desea los de mucosidad pegajosa y turbia y los de moco claro y elástico), de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método. Si hay dudas, para diferenciar el moco de la secreción vaginal o restos de semen, puede dejar de caer la secreción dentro de un vaso de agua fría, si la secreción se disuelve,

ésta no era moco cervical.

No lo deben usar:

Mujeres con inhabilidad para reconocer: las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical, en la temperatura basal, y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual, como por ejemplo mujeres con trastornos psiquiátricos. En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja. (105)

Método de los días fijos o método del collar: Método de abstinencia periódica que se apoya en perlas de colores (marrón, blanco y rojo) para determinar los días fértiles del ciclo menstrual. (105)

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

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

Forma de uso: Se determina por historia si la mujer tiene ciclos entre 26 y 32 años. Se indaga sobre la aceptación de su pareja a no tener relaciones sexuales sin protección durante los días fértiles. Se ofrece como ayuda visual el “collar” que consiste en 32 perlas de colores que representan los días del ciclo menstrual y un anillo movable para marcar el día del ciclo en el que está la mujer: Una perla roja que representa el primer día de la menstruación. Seis perlas marrones que representan los días no fértiles o de baja posibilidad de embarazo. Doce perlas blancas que

representan los días fértiles, de alta probabilidad de embarazo. Trece perlas marrones que representan días no fértiles de muy baja probabilidad de embarazo.

Al inicio de su menstruación coloque el cilindro de hule negro en la perla roja, anótelos en el calendario. Aváncela todos los días, evite las relaciones sexuales en los días que coincidan con las perlas blancas. Si el ciclo termina antes de pasar la perla 27 (marrón más oscura) o dure más de 32 días en dos ocasiones en un año, tendrá que elegir otro método de planificación familiar. (105)

Lactancia materna y amenorrea (MELA): Único método natural basado en la infertilidad temporal de la mujer durante la lactancia. (105)

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

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

Criterios básicos: La usuaria de este método debe cumplir necesariamente estas condiciones: Lactancia exclusiva a libre demanda, que la usuaria se mantenga en amenorrea, que la usuaria se encuentre dentro de los seis meses post parto.

Contraindicaciones: Mujeres que tengan contraindicaciones para dar de lactar a su hijo, portadoras de VIH, mujeres que no cumplen los tres requisitos para el MELA. (105)

Métodos de barrera

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

9. (105)

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

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

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

Contraindicaciones: Alergia o hipersensibilidad al látex, alergia o hipersensibilidad al lubricante, personas con disfunciones sexuales. (105)

Espermicidas: Productos químicos que se presentan en forma de óvulos o tabletas vaginales, crema, jalea, gel y espuma que destruyen los espermatozoides; los que contienen nonoxinol-9. Éste método no se distribuye en el MINSA. (105)

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

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

Forma de uso: Colocar el óvulo, tableta vaginal o gel en la vagina lo más profundo posible, 15 o 20 minutos antes de cada relación sexual. El efecto espermicida del óvulo, tableta vaginal o gel, dura solo hasta una hora después de colocado. Si pasa más de una hora y no se ha tenido una relación sexual, debe colocarse otro. La usuaria no debe hacerse duchas vaginales o lavados internos luego de tener la relación sexual. No usar después de la fecha de vencimiento. Guardarse en un lugar fresco y seco.

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

Contraindicaciones: Personas que presenten hipersensibilidad a algunos componentes de los espermicidas. (105)

Métodos Hormonales

Anticonceptivos orales combinados (AOC): Son aquellos que contienen estrógenos y progestágenos. El Ministerio de Salud distribuye un producto de 28 píldoras: veintiuna píldoras contienen 30 ug de etinilestriol y 150 ug de levonorgestrel y siete píldoras contienen sulfato ferroso. (105)

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

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

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

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

Contraindicaciones: Mujeres que estén embarazadas. Mujeres con sangrado genital sin explicación. Mujeres que estén dando de lactar, antes de los seis meses post parto. Mujeres con una hepatopatía activa. Mujeres que toman anticonvulsivos; excepto ácido valproico. Mujeres con cáncer de mama y de endometrio. (105)

Anticonceptivos orales de solo progestágenos: Son aquellos que poseen sólo progestágenos. El MINSA no los distribuye. (105)

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

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

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

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

Contraindicaciones: Mujeres que estén embarazadas. Mujeres con un sangrado genital anormal sin explicación. Mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo. Mujeres que estén tomando o vayan a recibir medicamentos, como rifampicina para la tuberculosis. Mujeres que estén tomando anticonvulsivos, excepto ácido valproico. (105)

Inyectable de sólo progestágenos: Son aquellos que poseen sólo progestágeno. (105)

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

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

mujeres en el primer año de uso.

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

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

Contraindicaciones: Las mujeres que estén embarazadas. Las mujeres con un sangrado genital anormal. Las mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo. Las mujeres con hepatopatía activa. (ej. Hepatitis). (105)

Inyectable combinado: Son aquellos que poseen estrógeno y progestágeno. El Ministerio de Salud no distribuye estos anticonceptivos. Existen dos composiciones: (105) 5mg de valerato de estradiol y 50 mg de enantato de noretisterona y 5 mg de cipionato de estradiol y 25 mg de acetato de medroxiprogesterona.

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

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

Características: Eficaz y de efecto rápido. Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas). No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer. Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EIP). No interfiere en las relaciones sexuales. Son frecuentes los cambios en el patrón del sangrado menstrual (sangrado/goteos irregulares). Puede producir aumento de peso. El retorno de la fecundidad es inmediato. Mujeres con enfermedades crónicas deben ser evaluadas por médicos especialistas. No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH-SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso del condón en parejas de riesgo.

Formas de uso: Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación. Primera dosis: Entre el primer o quinto día del ciclo menstrual. La puérpera que no está lactando, puede empezar a partir de la sexta semana. En mujeres que están amamantando diferir el inicio hasta los seis meses. En el post aborto se puede iniciar entre el primero y quinto día pos intervención; en las siguientes dosis: Administrar cada 30 días, más menos 3 días. Fecha fija mensual.

Contraindicaciones: Las mujeres que estén embarazadas. Las mujeres con un sangrado genital anormal (hasta que se evalúe). Las mujeres cáncer de mama o antecedente del mismo. Las mujeres con hepatopatía activa (ej.: hepatitis). (105)

Implantes: Consisten en cápsulas delgadas, flexibles no biodegradable, cada una contienen progestágenos (levonorgestrel), que son insertadas justo por debajo de la

piel en el brazo de la mujer. Actualmente el MINSA no provee para inserción implantes, aunque los proveedores deben conocerlo pues hay usuarias aun dependiendo de este método. (105)

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

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

Características: Eficacia elevada. Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas). Usar con precaución durante los 2 primeros años después de la menarquia. El efecto a largo plazo sobre los huesos no está definido, puede disminuir la densidad mineral a lo largo del tiempo en adolescentes. Brinda protección por tres años. Permite un rápido retorno a la fecundidad al ser extraído.

No requiere un examen pélvico previo a su uso; aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer. No afecta la lactancia. Puede disminuir el flujo menstrual (puede mejorar la anemia).

Puede disminuir los cólicos menstruales. Disminuye la incidencia de las patologías benignas de mama. Disminuye el riesgo contra el cáncer de endometrio. Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria. Ocasiona cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres (sangrado/goteo irregular). Puede producir cambios en el peso (aumento o disminución). No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH – SIDA). (105)

Forma de uso: Se puede insertar: Preferentemente entre el primer o quinto día del ciclo menstrual (o cualquier día del ciclo menstrual o en el post parto, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe gestación). En caso de iniciarse en cualquier otro momento, debe usarse un método de respaldo durante los primeros 7 días. En mujeres que dan de lactar iniciar después de las seis semanas post parto, sin embargo podría ser utilizado en caso de: No tener otra opción anticonceptiva y que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea.

En algunos establecimientos se está promoviendo su empleo desde el post parto inmediato en todas las mujeres que escojan el método, sin haberse observado daño para la madre y el recién nacido y con la ventaja adicional de que la mujer egresa del hospital empleando un método anticonceptivo. En los primeros cinco días post aborto. Debe ser colocado por profesional de salud adecuadamente capacitado.

Contraindicaciones: Las mujeres que estén embarazadas. Las mujeres con un sangrado genital anormal sin explicación (hasta que se evalúe). Las mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo. Las mujeres que estén tomando algunos medicamentos, como rifampicina para la tuberculosis o antiepilépticos, excepto ácido valproico. (105)

Dispositivos intrauterinos (DIU): Un DIU es una pequeña varilla de plástico alrededor de la cual se enrolla un hilo de cobre, provista en su parte superior de dos brazos laterales flexibles, también de plástico. Según sus características, los DIUs pueden clasificarse en: (105)

1. Dispositivos inertes: cumplen su función por sí mismos, sin mediar sustancia alguna. Son sólo de plástico.
2. Dispositivos liberadores de iones: a la acción del material plástico (cuerpo

extraño) unen la de los iones que liberan según su composición.

3. Dispositivos liberadores de hormonas: además de la acción del propio dispositivo, presentan la de la hormona que libera el dispositivo y, actualmente lo último en DIU: el endoceptivo.

Mecanismo de acción: Los DIU impiden que los espermatozoides fecunden los óvulos. No previenen la implantación, como se cree habitualmente. Aunque todavía no se conoce con certeza el mecanismo de acción de los DIU de cobre, lo más probable es que la acción primaria consista en alterar la supervivencia de los espermatozoides y los óvulos antes de que puedan encontrarse. (105)

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

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

Contraindicaciones: Sangrado vaginal inexplicado. Cáncer de cuello de útero, endometrio o de ovario. Endometriosis post-parto, calambres menstruales fuertes, sangrado anormal o anemia, fibrosis uterina, anormalidades graves en el cérvix, el útero, los ovarios o las trompas de Falopio. HIV/SIDA. El DIU puede aumentar el riesgo de transmisión al compañero, no protege frente a las enfermedades de

transmisión sexual. Enfermedad de las válvulas del corazón. Alergia al cobre (solamente para aquellos DIU con cobre)

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

Ventajas: El DIU es sumamente eficaz. No se requieren suministros constantes. Es fácil de usar. No interfiere en la relación sexual. La fertilidad se reanuda inmediatamente después de que se lo quita. Funciona inmediatamente. Permite la espontaneidad sexual. No hay residuos. Dura mucho tiempo. (105)

Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV)

Vasectomía: Es un método quirúrgico definitivo que se realiza a través de una intervención destinada a ligar y seccionar los conductos deferentes. (105)

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

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

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

- Convencional
- Sin bisturí

Características: Debe ser considerado un método irreversible. Alta eficacia y permanente. Se puede realizar en forma ambulatoria. No interfiere con la producción

hormonal. Requiere evaluación médica. Consejería previa/consentimiento informado. La eficacia se garantiza luego de 20 eyaculaciones ó 3 meses post cirugía, por lo que debe indicarse un método (condón). Solicitar espermatograma. El proveedor debe ser un médico capacitado. Requiere de instrumental especial. Cualquier edad con consentimiento escrito.

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

Precauciones: Usuario joven (menos de 25 años). Usuarios sin hijos vivos. Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada. Unión de pareja inestable. Usuarios solteros o viudos. (105)

Ligadura de trompas de Falopio: Es un método anticonceptivo permanente, que se realiza mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia cuyo objetivo es ocluir y seccionar las trompas de Falopio. (105)

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

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

Forma de uso: La técnica recomendada es la de Pomeroy, a través de minilaparatomía, el tipo de incisión será supra púbrica para el periodo internatal, umbilical para el post parto y la transcesarea. El tipo de anestesia local con sedo analgesia. No se recomienda el uso de este tipo de anestesia en: Mujeres con antecedentes de cirugía pélvica previa; enfermedad pélvica inflamatoria reciente.

Retroflexión uterina fija. Mujeres obesas. Mujeres con problemas psiquiátricos, que impidan su colaboración. En estos casos se usará la anestesia epidural o general.

Características: Eficacia alta, inmediata y permanente. Puede ser realizada en forma ambulatoria. No interfiere con el deseo sexual ni con la producción hormonal por parte de los ovarios. Requiere, previamente, consejería especializada y evaluación médica. Es definitiva, debe ser considerada irreversible. El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado; requiere condiciones de infraestructura y equipamiento, por lo que los establecimientos donde se realice deben estar calificados. Durante la intervención el establecimiento debe contar con médico anesthesiólogo o médico con entrenamiento en anestesiología. No previene las ITS, VIH - SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de preservativo en la pareja en riesgo.

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

Contraindicaciones: Usuarías presionadas por el cónyuge o por alguna persona. Usuarías que han tomado su decisión bajo presión desusada. Usuarías con conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural. Usuarías con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad. Para identificar otras situaciones para tomar precauciones. (105)

Según la bibliografía revisada se puede concluir que no hay ningún método que sea 100 % seguro (excepto las ligaduras de trompas, la vasectomía, y la abstinencia, hay métodos más eficaces o menos eficaces según cada caso particular, por ejemplo; Un método que es bueno para una mujer, puede no serlo para otra. Puede influir la edad, escala de valores, religión, estado de salud, situación económica etc. (106)

Responsabilidad y prevención de riesgo sexual

La Real Academia Española señala que la responsabilidad es la habilidad del ser humano para medir y reconocer las consecuencias de un episodio que se llevó a cabo con plena conciencia y libertad. Por lo tanto, una persona responsable es aquella que desarrolla una acción en forma consciente y que puede ser imputada por las derivaciones que dicho comportamiento posea. De este modo, la responsabilidad es una virtud presente en todo hombre que goce de su libertad. (107). La Responsabilidad, ligada con la libertad, es inseparable debido a que solo una persona con una libertad absoluta puede responder a sus actos, ya sean buenos o malos. A partir del desarrollo de la razón, la persona comienza a tener libertad excepto que la misma sea obstruida, y este desarrollo se hace responsable de sus acciones. Una persona es responsable cuando: (108)

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

Todo acto que hagamos trae sus consecuencias, las cuales pueden ser buenas o malas dependiendo de la responsabilidad que le entregamos al acto. Pero cuando nosotros actuamos con responsabilidad, muy seguramente las consecuencias del acto serán buenas. (108). La palabra prevención, del verbo prevenir, es definida como

preparación, disposición que se toma para evitar algún peligro. Preparar con anticipación una cosa.

La prevención como concepto tiene sus límites, los límites de la lógica y de lo natural. Tampoco "vivir es para morir"(Colado P, 1996, Pág. 82). Se pueden llegar a prevenir cosas absurdas para evitar "peligros" para nuestra vida, o ya introduciendo otro debatido término, para lograr una adecuada salud. (109)

Libertad Para Decidir y Autonomía

La Libertad es el poder que tiene el hombre de obrar o de no obrar según su voluntad, además nosotros los seres humanos somos los únicos poseedores de la misma. A partir del desarrollo de la razón, la persona comienza a tener libertad excepto que la misma sea obstruida, y este desarrollo se hace responsable de sus acciones. (108).

La autonomía, que dicho sea de paso, es un concepto de la filosofía y la psicología evolutiva que expresa la capacidad para darse normas a uno mismo sin influencia de presiones externas o internas. Según Coulbalut C. (110) divide a la autonomía en tres áreas, que la componen: La autonomía personal ante necesidades materiales, autonomía en desplazamientos y en relaciones amicales y autonomía ideológica y de decisión. En este sentido realiza un estudio para la fiabilidad de la escala. Así los resultados muestran una acentuada subordinación del adolescente al núcleo familiar, que en función del sexo aparece aún más marcada en unas u otras áreas. Las chicas son más autónomas en aquellas actividades que implican más obligaciones y mayor responsabilidad en el hogar, en tanto que los chicos disponen de mayor independencia y libertad para realizar actividades fuera del hogar sin la compañía de los padres.

Es cierto que podemos tener cosas que nos gusten más o menos, pero también lo es que nos obsesionamos con aquello que nos gusta menos y pensamos que por ello nos pueden rechazar, construyendo un muro impenetrable a través del cual no dejamos pasar a nadie. Romper este muro significa libertad, experiencias y sensaciones únicas, porque todos tenemos derecho a disfrutarlas. Nuestra autoestima en muchos casos se ve menguada cuando tenemos alguna dificultad sexual, ya que es un campo en el que nos exigimos mucho, nos proponemos objetivos muy altos y cuando no los alcanzamos nos sentimos frustrados (110).

Respeto Mutuo y Reciprocidad

El respeto mutuo; ésta es la virtud fundamental sobre la que descansa la deliberación y está ligada al ideal de la reciprocidad. Consiste en: reconocer, ante todo, al otro como igual en dignidad y respeto; mostrar un respeto y una actitud favorable hacia las personas con las que se discrepa; respetar a los demás intentando entender y evaluar honestamente sus propuestas y las evaluaciones de éstos sobre sus propias propuestas; ofrecer razones que los otros puedan entender; buscar siempre el triunfo del mejor argumento, no empleando falacias ni apelando a sentimientos, sino buscando que la argumentación sea racional. (111)

La reciprocidad está dada por el sistema de prestaciones mutuas que se dan entre dos personas, dos grupos, dos poblaciones, etc. Estas prestaciones son intercambios simétricos de bienes y servicios, fundamentales para cada una de las partes involucradas. Cada individuo o grupo tiene la obligación de dar, para poder tener el derecho a recibir. Es decir, la reciprocidad es una relación de interdependencia entre partes, que consiste en el reconocimiento de los derechos y pretensiones de los otros. (112).

Sexualidad y Amor

La sexualidad es una pieza integradora de los planos físico, espiritual, psicológico y cultural. Visión del hombre completo. Si la vocación principal del hombre es el amor, toda la vida sexual debe vertebrarse en torno a él. Por eso, ese amor que se esfuerza por mejorarse a sí mismo, perfecciona y conduce a superarse a sí mismo dando salida a valores típicamente humanos: generosidad, donación, confianza, capacidad para hacer la vida agradable al otro evitando el egoísmo y el pensar demasiado en uno mismo”. La sexualidad no es algo puramente humano, un placer ligado al cuerpo, sino que mira a lo más íntimo de la persona.

La sexualidad de la persona, no debe de reducirse a una simple genitalidad. Cuando una persona se entrega físicamente al ser amado, no pone en juego únicamente su cuerpo, es más bien una donación que involucra la totalidad de lo que es, independientemente del cuerpo que tenga, el cual, es a su vez el medio óptimo para exteriorizar y poder comunicar todo aquello que llevamos dentro a través de las palabras que encarnan nuestros pensamientos y del lenguaje corporal no verbal que muchas veces logra decir más que mil palabras. (113)

El concepto de amor es cambiante, diverso como el proceso de enamoramiento que ocurre en los diferentes grupos socioculturales. (112). Las relaciones entre amor y sexualidad no es que sean estrechas, sino que la una entronca directamente con la otra. Y a su vez, en su seno vibran con fuerza toda y cada uno de los ingredientes que nutren lo mejor del ser humano: lo físico, lo psicológico, lo espiritual y lo cultural. Aquí, en el encuentro sexual lo que se destaca y toma el mando es la emoción placentera del goce del acto sexual, quedando algo relegadas las otras tres dimensiones, pero envolviéndolo todo. (113)

El amor es una de esas palabras cargadas de los más variados sentidos. Acometerla con un cierto rigor no es tarea fácil. De ella existe un auténtico abuso. En ella se dan

cita un conjunto de significados que es preciso matizar. Hay razones de peso para abandonar la tarea, sobre todo si echamos una mirada a nuestro alrededor y vemos cómo es tratada en los grandes medios de comunicación social. El uso, abuso, falsificación, manipulación, adulteración y cosificación del término amor, ha ido conduciendo a una cierta ceremonia de desconcierto (114). Así, podemos concluir que amor y sexualidad han de formar un binomio inseparable que requiere nutrirse y complementarse mutuamente. (113)

Las personas somos lo que pensamos, lo que sentimos y lo que hacemos, así todos tenemos nuestra idea de lo que es el amor, el afecto, la sexualidad, la sensualidad; aunque aquí las hemos puesto separadamente para verlo gráficamente, las tres dimensiones las integramos a gran velocidad, e incluso a veces no nos damos cuenta de alguna. Así, decimos: "es que hay que pensar las cosas antes de hacerlas", y lo cierto es que lo hemos pensado; muchas veces sólo nos damos cuenta de lo que hacemos, pero para hacer hay que pensar y sentir. Amor, afecto, sexualidad, sensualidad: son todas las cosas de la vida cotidiana con las que nos sentimos a gusto y responsables: nuestros pensamientos, nuestras emociones, creencias, sentimientos, nuestra conducta y contactos (amorosos, afectivos, sensuales y sexuales). La persona que realiza un cambio en tu vida eres TÚ.

La capacidad de amar la aprendemos desde la infancia. Aprender a confiar en nosotros y en los demás, sentir seguridad en nosotros y en otras personas, respetar el criterio de otras personas y asumir una responsabilidad positiva son características que usamos en la vida cotidiana y en el amor afectivo-erótico. Generalmente, es cuando comprendemos y nos damos cuenta que nuestra sexualidad va mejorando.

Cuando las personas aprendemos cómo somos y cómo vamos cambiando, podemos tener más confianza y más seguridad en lo que creemos y vivimos. En relación con la sexualidad, convertirnos en buenos amantes (amarnos a nosotros mismos) requiere algo más que conocer la anatomía y la respuesta sexual. Puede implicar la capacidad de sentirnos cómodos con nosotros mismos y con otra persona, y también abrirnos a otras ideas y creencias. Los primeros 4 minutos entre dos personas son

importantísimos. Es este breve tiempo procesamos el aspecto, el cuerpo, la edad y, por supuesto, el atractivo de otra persona. La postura y su expresión facial dan una indicación de su humor y personalidad. Y así nos formamos una imagen de esa persona (en el amor, sobre un nuevo amigo, un compañero de trabajo, el cajero del supermercado, sobre una profesora, etc.). (114)

Sexualidad como algo Positivo

La sexualidad es algo positivo, que hace agradables nuestras vidas. Por lo tanto, lo primero para ejercer nuestra sexualidad como una oportunidad de placer y bienestar, es asumir que nuestro cuerpo y nuestros deseos sexuales son digno motivo de alegría y no una manifestación de pecado o un motivo de castigo. Nuestra sexualidad tiene componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. En especial los elementos sociales van construyendo nuestra sexualidad de acuerdo a las normas que en nuestra sociedad aprueban determinados comportamientos y rechazan otros. Estas normas y valores los vamos incorporando desde que aprendemos el lenguaje. Frecuentemente encontramos que las normas sociales no se ajustan a las necesidades de las personas concretas, son por tanto reglas que no tienen sentido. (115)

La sexualidad debe ser vista con naturalidad y espontaneidad, si los mayores brindan información y dan ejemplo de una relación de pareja basada en el amor, el respeto y la comprensión, sus hijos verán la sexualidad como algo normal, natural y positivo durante todo su desarrollo. (116). El siguiente paso es promover en los jóvenes el respeto, la congruencia, y la responsabilidad para vivir conscientemente y con libertad su propia sexualidad. El ser congruente con lo que se piensa, se siente y se hace o dice es un ejercicio que capacita a la persona para comprender y evaluar con responsabilidad lo que la motiva a actuar de una u otra manera, y a entender las propias reacciones y los cambios fisiológicos y hormonales. Toma conciencia de algunos aspectos importantes de su personalidad, como son: sus creencias y

pensamientos, sus sentimientos, sensaciones y emociones, y la conducta como consecuencia. (116)

III. METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la investigación

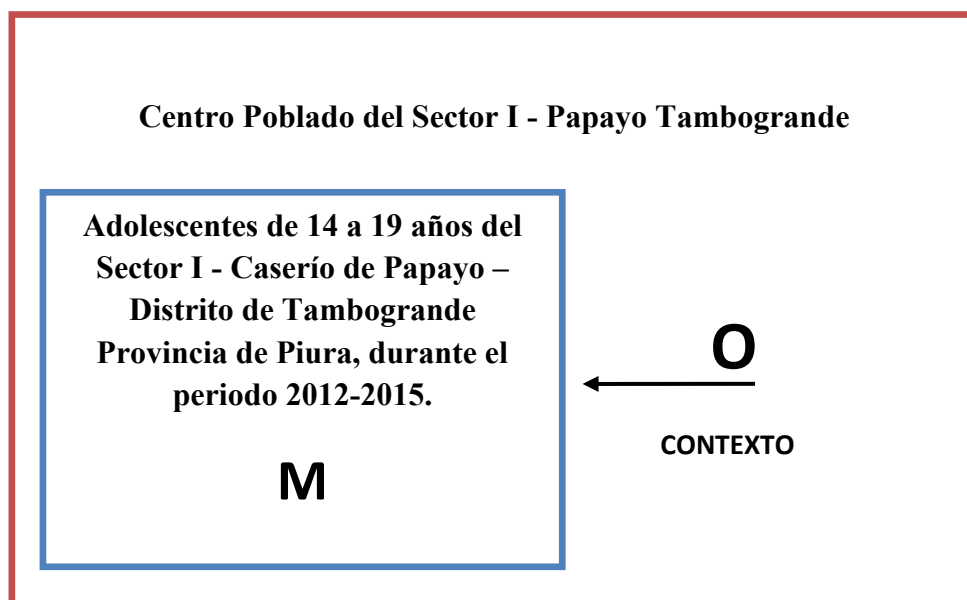
Se desarrolló una investigación con diseño simple de una casilla y no experimental de corte transversal.

Tipo de Investigación

El presente estudio por el grado de cuantificación reúne las condiciones de una investigación cuantitativa.

Nivel de la Investigación

De acuerdo a la naturaleza del estudio de la investigación, reúne por su nivel, las características de un estudio descriptivo.



M: Adolescentes de 14 a 19 años del Caserío Papayo Tambogrande Sector I - Piura.

O: Representa lo que observamos.

3.2 Población y muestra.

Población:

La población estuvo constituida por un total de: 230 de adolescentes de 14 a 19 años que residan en el Sector I - Caserío de Papayo –Distrito de Tambogrande Provincia de Piura. Esta Información fue obtenida según datos estadísticos DISA 2011 Sullana. Población estimada por grupos de edades.

Muestra:

Para el cálculo de la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico, mediante el programa Epi data 3.1 con una proporción esperada de 60% y 95% de confianza, quedando constituida por 100 adolescentes de 14 a 19 años que radican en el Sector I - Caserío de Papayo –Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión:

- Adolescentes hombres y mujeres de 14 a 19 años cumplidos, que viven o residen con permanencia por lo menos un año en el Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.

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

Exclusión:

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

3.3 Definición operacional de las variables en estudio

Variables principales y sus dimensiones.

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

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.

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.

Dimensión prevención de las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA:

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

Dimensión métodos anticonceptivos como prevención del embarazo: Definida como el conocimiento que tiene el adolescente de cualquier dispositivo o medicamento, como por ejemplo preservativo, píldora, dispositivo intrauterino, etc. utilizado por la pareja para posibilitar el coito sin riesgo de concepción.

Actitud sexual del adolescente: Es la forma de respuesta ante las dimensiones de responsabilidad y prevención de riesgo sexual; Libertad para decidir y actuar, Autonomía Respeto; mutuo y reciprocidad; Sexualidad y amor; Sexualidad como algo positivo.

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

Dimensión libertad para decidir y actuar: Entendida como el sentir del adolescente para saber responder a las circunstancias favorables o adversas relacionadas con su sexualidad y sin presión alguna, es decir, saber decir no ante la presión de grupo, debe decidir ella o el cuándo iniciar su actividad sexual, informarse

y utilizar MAC, utilizar preservativos.

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

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

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

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

Variables intervinientes:

Características sociodemográficas:

Ocupación; actividad que realiza el encuestado en los últimos treinta días.

Lugar de residencia; sitio donde está situado el domicilio del encuestado.

Grado de instrucción; nivel de estudios alcanzados.

Religión; tipo de religión que profesa.

Variables de control:

Sexo; condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

Edad; tiempo vivido por el adolescente, expresada entre los 14 a 19 años cumplidos.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CONOCIMIENTOS SEXUALES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Conocimiento sexuales de los adolescentes	Conjunto de ideas, conceptos, y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del adolescente, referida a su sexualidad.	Anatomía y fisiología sexual y reproductiva:	<ul style="list-style-type: none"> - Conoce los genitales internos y externos del Varón y la Mujer. - Conoce ciclo menstrual - Conoce la Fecundación - Conoce el proceso de Embarazo 	N O M I N A L	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 Infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica las vías de transmisión del VIH/SIDA -Conoce los síntomas de la ITS/VIH/SIDA. - Medidas de protección y prevención 		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

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE ACTITUDES SEXUALES

VARIABLE	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	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	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. - Que sentimiento tienes después de una relación coital. - Que sentimientos te aflora después de la masturbación. - La sexualidad debe vivirse respetando los principios y valores. - La relación sexual debe llevarse, respetando las normas sociales. 		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

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Características sociodemográficas	Son las características socio demográficas, de edad y de género de los adolescentes.	Religión	- Religión	Cualitativa nominal	Católico Evangélico Otras No creyente
		Ocupación	- Ocupación	Cualitativa nominal	Estudiante Trabaja Trabaja/estudia
		Estado civil	- Estado civil	Cualitativa nominal	Soltero Casado conviviente
		Tiene enamorado(a)	-Tiene enamorado(a)	Cualitativa nominal	Si No
		Se ha iniciado sexualmente	- Se ha iniciado sexualmente	Cualitativa nominal	Si No
		Edad de inicio de sus relaciones sexuales	- Edad de inicio de sus relaciones sexuales.	Cuantitativa de razón	años
		Opción sexual	- Opción sexual	Cualitativa nominal	Heterosexual Homosexual Bisexual

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CARACTERÍSTICAS DE CONTROL

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

3.4 Técnicas e instrumentos

Técnica

Se utilizó la técnica de la encuesta.

Instrumentos

Se aplicó un cuestionario para conocimientos una escala de Likert. Los instrumentos fueron aplicados a los adolescentes de las edades de 14 a 19 años que conforman la muestra.

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

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

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

Desconoce: puntaje menor al valor del percentil 75° de los datos de la muestra.

El instrumento para medir los conocimientos en sexualidad ha sido validado en su contenido por jueces expertos y los ítems cumplen con los criterios establecidos para su validación. La Prueba tiene un índice de confiabilidad Alpha de Crombach igual a 0.65; siendo su confiabilidad moderada (Anexos 2.1.y 2.2.1.).

Test de actitudes sexuales del adolescente.

Para la medición de las actitudes sexuales del adolescente, se utilizó la escala tipo Likert que consta de 6 dimensiones: Responsabilidad y prevención del riesgo sexual con 10 ítems, Libertad para decidir y actuar con 6 ítems, Autonomía con 5 ítems, Respeto mutuo y reciprocidad con 9 ítems, Sexualidad y amor con 9 ítems, Sexualidad como algo positivo con 11 ítems; afirmaciones narradas, de la forma, que mejor refleje la opinión del adolescente, y comprende una escala de tipo Likert, considerando 5 alternativas (Anexo N° 2.2. y 2.2.1.):

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

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

Favorable: Puntaje igual o mayor al valor del percentil 75° de los datos de la muestra.

Desfavorable: Puntaje menor al valor del percentil 75° de los datos de la muestra.

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

Características socio demográficas y de control.

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

Baremación del Test.

En el presente trabajo de investigación se realizaron los puntajes para medir el conocimiento y actitud sexual en cada una de sus dimensiones a través de la baremación estadística; siendo los siguientes:

Conocimiento:

- ✓ Conoce: 28 – 35.
- ✓ No conoce: 0 – 27

Conocimiento por dimensiones:

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

- Conoce: 8 – 9.
- No conoce: 0 – 7

✓ **Ciclo de Respuesta Sexual.**

- Conoce: 7– 8.
- No conoce: 0 – 6

✓ **Prevención de enfermedades de Transmisión Sexual – VIH/SIDA.**

-Conoce: 8 – 9.

-No conoce: 0 – 7

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

-Conoce: 8 – 9.

-No conoce: 0 – 7.

Actitudes:

-Favorable: 151 – 250.

-Desfavorable: 0 – 150.

Actitud según dimensiones:

✓ **Responsabilidad y Prevención del Riesgo Sexual.**

-Favorable: 29 – 50.

-Desfavorable: 0 – 28.

✓ **Libertad para Decidir y Actuar.**

-Favorable: 16 – 30.

-Desfavorable: 0 – 15.

✓ **Autonomía.**

-Favorable: 20 – 25.

-Desfavorable: 0 – 19.

✓ **Respeto Mutuo y Reciprocidad.**

-Favorable: 28 – 45.

-Desfavorable: 0 – 27.

✓ **Sexualidad y Amor.**

-Favorable: 31 – 45.

-Desfavorable: 0 – 30.

✓ **Sexualidad como Algo Positivo.**

-Favorable: 38 – 55.

-Desfavorable: 0 – 37.

Validez y Confiabilidad:

Los instrumentos para medir el conocimiento y actitud sexual fueron validados y confiables.

3.5 Plan de Análisis.

El proceso de ejecución de la investigación se llevó a cabo cumpliendo la programación establecida según cronograma de trabajo, se trató de cumplir los tiempos especificados, para tal efecto Inicialmente se realizó coordinaciones con los líderes comunales del Sector I - Caserío de Papayo –Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, posteriormente se visitó y se realizó el reconocimiento de la zona a investigar, Se programó la aplicación del cuestionario durante dos semanas, con una duración promedio de 30 minutos.

Para cumplir con la investigación de manera objetiva y dentro de un marco ético, el día de aplicación de la encuesta se les invito a participar en forma voluntaria a los adolescentes identificados casa por casa, a quien se le explico en forma breve y concisa el objetivo del estudio y desarrollo del cuestionario de conocimientos y actitudes sexuales; para luego despejar cualquier duda que tuvieran éste durante la aplicación de la encuesta. La entrevista fue personalizada cara a cara, manteniendo una total privacidad y confidencialidad, luego de la recolección de la información se realizó el llenado de la base de datos computarizada, mediante la utilización del programa "EXCEL", previa codificación de cada uno de los ítems del trabajo de investigación. Para el análisis y la presentación de las tablas y figuras se utilizó el programa estadístico SPSS V 17.

Los resultados se presentaron en 5 grandes áreas, la primera relacionada a la descripción del nivel de conocimiento sobre sexualidad en general de los adolescentes, la segunda referida a la descripción del nivel de conocimiento en las cuatro dimensiones en estudio, la tercera dirigida a la identificación de las actitudes hacia la sexualidad en forma general pudiendo ser favorables y/o desfavorables en el adolescente la cuarta encaminada a identificar actitudes hacia la sexualidad según

dimensiones de responsabilidad y prevención del riesgo sexual, Libertad para decidir y actuar, Autonomía, respeto mutuo y reciprocidad, Sexualidad y amor, Sexualidad como algo positivo.

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

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

3.6 Matriz de Consistencia

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGIA				
			TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION	DISEÑO	POBLACION Y MUESTRA	INSTRUMENTOS	PLAN DE ANALISIS
<p>Enunciado:</p> <p>¿Qué conocimientos y actitudes sexuales tienen los adolescentes de 14- 19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, durante el periodo 2012-2015 ?</p>	<p><u>Objetivo general:</u></p> <p>Describir los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14- 19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, durante el periodo 2012-2015.</p> <p><u>Objetivos específicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Describir el conocimiento sexual en general de los adolescentes de 14 a 19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, durante el periodo 2012-2015. ➤ Describir el conocimiento sexual en las dimensiones de anatomía y fisiología sexual y reproductiva , ciclo de respuesta sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, metodología anticonceptiva como prevención del embarazo, en los adolescentes de 14 a 19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, durante el periodo 2012-2015. ➤ Determinar los ítems menos conocidos por cada dimensión en los adolescentes de 14 a 19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, durante el periodo 2012-2015 ➤ Identificar las actitudes hacia la sexualidad en forma global frente a la sexualidad en los adolescentes de 14 a 19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, durante el periodo 2012-2015. ➤ Identificar la actitud frente a la sexualidad en las dimensiones: responsabilidad y prevención del riesgo sexual, libertad para decidir y actuar, autonomía, respeto mutuo y reciprocidad, sexualidad y amor, sexualidad como algo positivo de los adolescentes de 14 a 19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, durante el periodo 2012-2015. ➤ Describir características socio demográficas y principales prácticas sexuales en los adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, durante el periodo 2012-2015. 	<p><u>Conocimientos:</u></p> <p>Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor femenino</p> <p>Ciclo de respuesta sexual humana</p> <p>Prevención de ITS/VIH/SIDA</p> <p>Métodos Anticonceptivos</p> <p><u>Actitudes:</u></p> <p>Responsabilidad y prevención del riesgo sexual</p> <p>Libertad para decidir y actuar</p> <p>Autonomía</p> <p>respeto mutuo y reciprocidad</p> <p>Sexualidad y amor</p> <p>Sexualidad como algo positivo</p>	<p><u>TIPO:</u></p> <p>Investigación cuantitativa.</p> <p><u>NIVEL:</u></p> <p>Estudio Descriptivo</p>	<p>No experimental transversal</p> <p><u>Esquema:</u></p> <p>M</p> <p>↑</p> <p>x</p> <p>↑</p> <p>O</p> <p>M: Adolescentes de 14 a 19 años</p> <p>X: Conocimientos y actitudes</p> <p>O: Lo que observamos</p>	<p><u>Población:</u></p> <p>230 adolescentes</p> <p><u>Muestra:</u></p> <p>100 adolescentes</p>	<p>Se utilizó la técnica de encuesta</p> <p>Cuestionario de los conocimientos de la sexualidad</p> <p>Test de Actitudes sexuales (test de (Likert)</p>	<p>Para el análisis de datos se utilizó el programa de SPSS V 17</p>

3.7 Principios éticos

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

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

- Se informa los objetivos y propósitos de la investigación científica de manera clara y precisa, absolviendo todas las preguntas y dudas acerca de la misma.
- Se garantizó la confiabilidad de la información.
- Se respetó los derechos humanos: derechos individuales, a la integridad física, mental y sobre su personalidad y derecho a la intimidad.
- La participación fue voluntaria e informada y no coaccionada.

Se informó el derecho a abstenerse de participar en la investigación y de retirarse en cualquier momento, sin riesgo a represalia.

IV. RESULTADOS

TABLA 01.

Conocimiento sobre Sexualidad en General de los Adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.

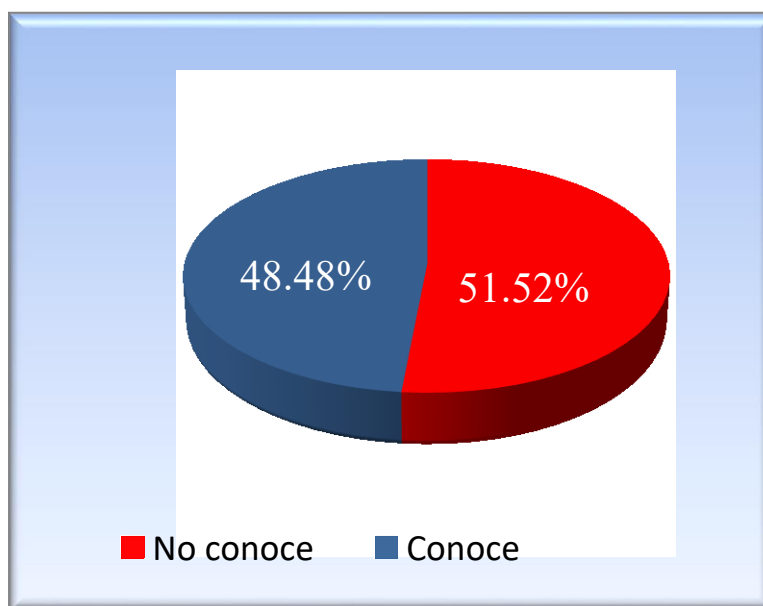
Conocimiento	n	%
No conoce	51	51,52
Conoce	48	48,48
Total	99	100,00

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2012

Tabla 01: Muestra que el **51.52%** de los adolescentes pertenecientes al Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, tienen desconocimiento general sobre la sexualidad.

GRAFICO N° 01

Distribución Porcentual del Conocimiento sobre Sexualidad en General de los Adolescentes de 14-19 Años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.



Fuente: Tabla N° 01

TABLA N° 02

Conocimientos Sexuales por Dimensión de los Adolescentes de 14-19 años de del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.

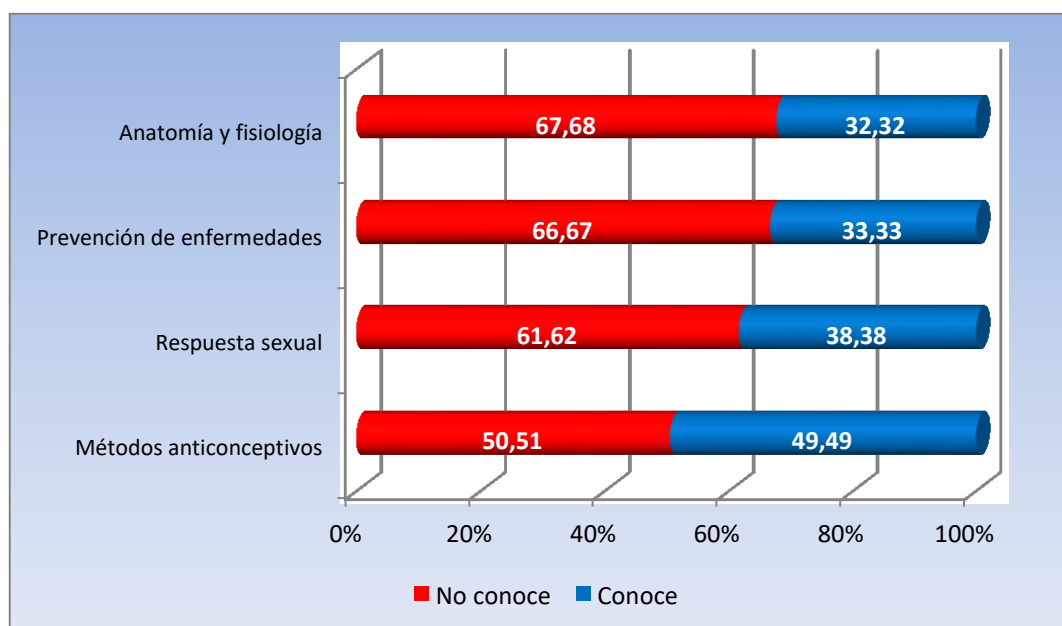
	No conoce		Conoce	
	n	%	n	%
Anatomía y fisiología	67	67,68	32	32,32
Respuesta sexual	61	61,62	38	38,38
Prevención de enfermedades	66	66,67	33	33,33
Métodos anticonceptivos	50	50,51	49	49,49

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2012

Tabla 02: Muestra un alto nivel de desconocimiento en las cuatro dimensiones básicas de la sexualidad de los adolescentes, en la cual podemos observar que el **67.68%** desconoce acerca anatomía y fisiología sexual y reproductiva, el **66.67%** desconoce sobre prevención de infecciones ITS- VIH/SIDA, el **61.62%** desconoce acerca del ciclo de respuesta sexual y el **50.51%** desconoce acerca de los métodos anticonceptivos.

GRAFICO N° 02

Distribución Porcentual de los Conocimientos Sexuales por Dimensión de los Adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.



Fuente: Tabla N° 02

TABLA N° 03

Ítems menos Conocidos de la Dimensión Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva de los Adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.

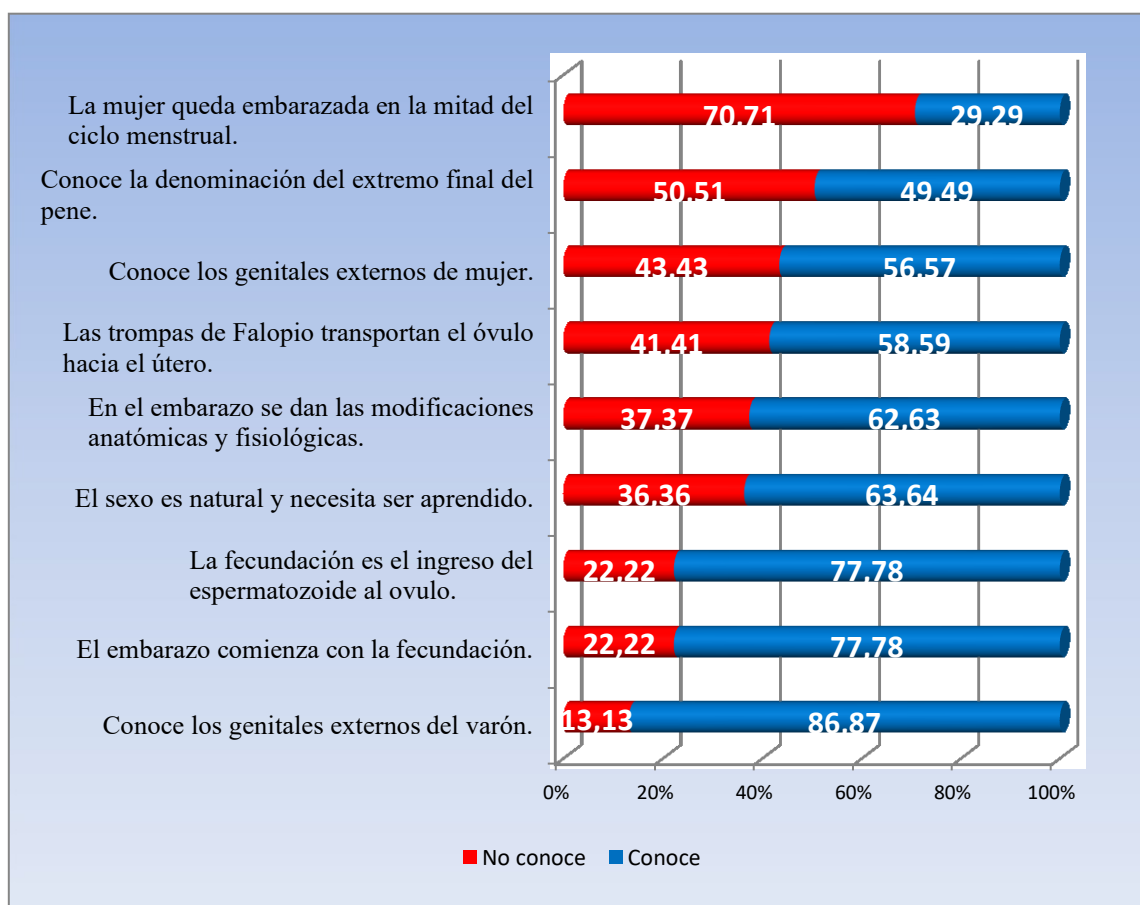
	No conoce		Conoce	
	n	%	n	%
Conoce los genitales externos de mujer.	43	43,43	56	56,57
La fecundación es el ingreso del espermatozoide al ovulo.	22	22,22	77	77,78
El embarazo comienza con la fecundación.	22	22,22	77	77,78
En el embarazo se dan las modificaciones anatómicas y fisiológicas.	37	37,37	62	62,63
Conoce los genitales externos del varón.	13	13,13	86	86,87
Conoce la denominación del extremo final del pene.	50	50,51	49	49,49
Las trompas de Falopio transportan el óvulo hacia el útero.	41	41,41	58	58,59
La mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual.	70	70,71	29	29,29
El sexo es natural y necesita ser aprendido.	36	36,36	63	63,64

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2012.

Tabla 03: Nos muestra los ítems menos conocidos que tienen los adolescentes con respecto a la Dimensión de Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva de los Adolescentes de 14 a 19 Años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura; lo cual indica que un **70.71%** de los adolescentes no tienen conocimientos cuando una mujer puede quedar embarazada, y el **50.51%** no conoce los genitales externos del varón.

GRAFICO N° 03

Distribución Porcentual de los Ítems menos conocidos de la Dimensión Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva de los Adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.



Fuente: Tabla N° 03.

TABLA N° 04

Ítems menos Conocidos de la Dimensión Respuesta Sexual de los Adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.

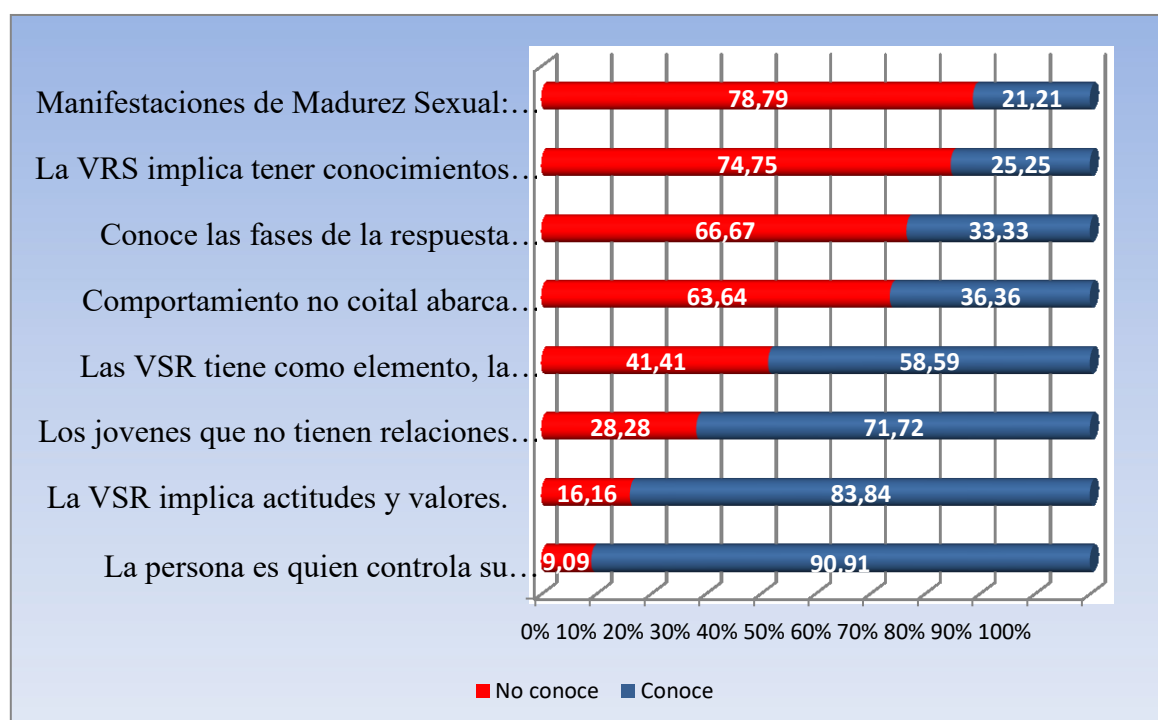
	No conoce		Conoce	
	n	%	n	%
Conoce las fases de la respuesta sexual humana.	66	66,67	33	33,33
La VSR tiene como elemento, la autoafirmación personal.	41	41,41	58	58,59
La VSR implica tener conocimientos de ITS/ VIH/SIDA.	74	74,75	25	25,25
La VSR implica actitudes y valores.	16	16,16	83	83,84
Manifestaciones de Madurez sexual: menstruación, masturbación y acercamiento a jóvenes del sexo opuesto.	78	78,79	21	21,21
Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad.	28	28,28	71	71,72
Comportamiento no coital abarca besos, abrazos, caricias y masturbación.	63	63,64	36	36,36
La persona es quien controla su comportamiento sexual.	9	9,09	90	90,91

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2012.

Tabla 04: Con respecto a los ítems menos conocidos de la Dimensión Respuesta Sexual Humana de los Adolescentes de 14 a 19 Años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, se observa que el **78.79%** no conocen las manifestaciones de Madurez Sexual (menstruación, masturbación y acercamiento a jóvenes del sexo opuesto), **74.75%** desconoce acerca de que vivir una sexualidad responsable implica tener conocimientos de Infecciones de transmisión sexual (ITS/ VIH/SIDA), **66.67%** no conoce las fases de la respuesta sexual humana, **63,64%** no conoce acerca del comportamiento no coital el cual abarca (besos, abrazos caricias, masturbación).

GRAFICO N° 04

Distribución Porcentual de los Ítems menos conocidos de la Dimensión Respuesta Sexual de los Adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.



Fuente: Tabla N °4.

TABLA N° 05

Ítems menos Conocidos de la Dimensión Prevención de ITS-VIH/SIDA de los Adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.

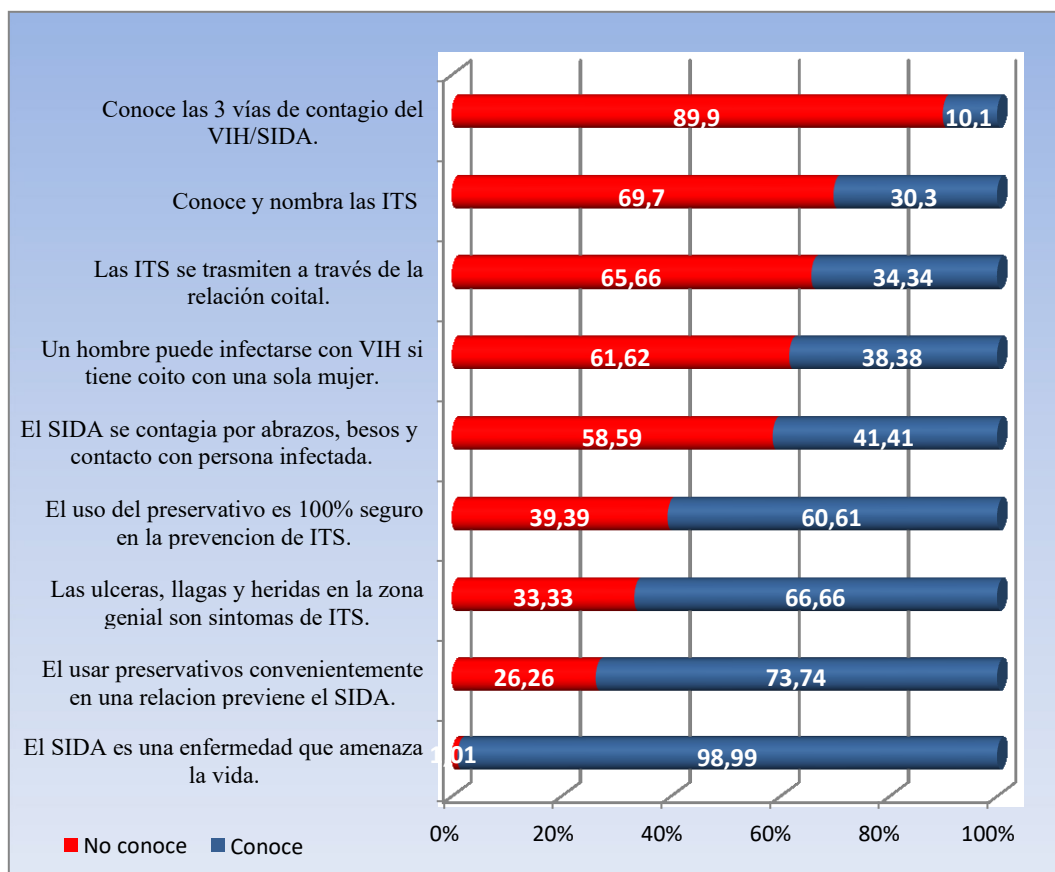
	No conoce		Conoce	
	n	%	n	%
El SIDA es una enfermedad que amenaza la vida.	1	1,01	98	98,99
Conoce las 3 vías de contagio del VIH/SIDA.	89	89,90	10	10,10
Un hombre puede infectarse con VIH si tiene coito con una sola mujer.	61	61,62	38	38,38
El usar preservativos convenientemente en una relación previene el SIDA.	26	26,26	73	73,74
El SIDA se contagia por abrazos, besos y contacto con persona infectada.	58	58,59	41	41,41
Las ITS se transmiten a través de la relación coital.	65	65,66	34	34,34
Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas de ITS.	33	33,33	66	66,67
Conoce y nombra las enfermedades de transmisión sexual.	69	69,70	30	30,30
El uso del preservativo es 100% seguro en la prevención de ITS.	39	39,39	60	60,61

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2012.

Tabla 05: Nos muestra los ítems menos conocidos sobre Prevención de ITS-VIH/SIDA de los Adolescentes de 14 a 19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, donde señala los adolescentes desconocen en un **89,90%** desconocen las 3 vías de contagio del VIH/SIDA, **69.70%** no Conoce y nombra las enfermedades de transmisión sexual, **65.66%** las ITS se transmiten a través de la relación coital, **61.62%** Un hombre puede infectarse con VIH si tiene coito con una sola mujer, **58.59%** el SIDA se contagia por abrazos, besos y contacto con persona infectada.

GRAFICO N° 05

Distribución Porcentual de los Ítems menos conocidos de la Dimensión ITS-VIH/SIDA de los Adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.



Fuente: Tabla N° 05.

TABLA N° 06

Ítems menos Conocidos de la Dimensión Métodos Anticonceptivos como Prevención del Embarazo de los Adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.

	No conoce		Conoce	
	n	%	n	%
Una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual.	44	44,44	55	55,56
Los MAC pueden ser naturales y artificiales.	51	51,52	48	48,48
Sabe que píldoras, inyectables, DIU, son métodos anticonceptivos.	37	37,37	62	62,63
Para aplicarse la T de Cu la joven debe ir al médico u obstetra.	22	22,22	77	77,78
La abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.	50	50,51	49	49,49
Utilizar el preservativo es un método de Planificación Familiar.	37	37,37	62	62,63
Los MAC de barrera son: los preservativos, el diafragma y espermicidas.	63	63,64	36	36,36
Los métodos hormonales son: la píldora, inyectable, norplant.	48	48,48	51	51,52
Los MAC para los adolescentes son: el preservativo, diafragma, píldoras, inyectables, DIU.	57	57,58	42	42,42

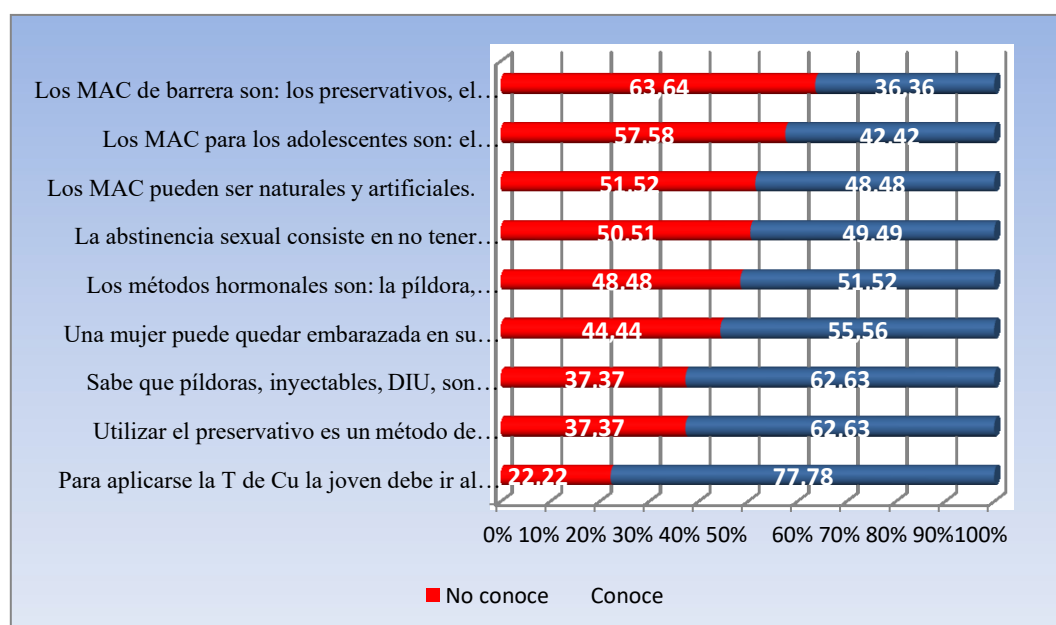
Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2012.

Tabla 06: Nos muestra los ítems menos conocidos con respecto a la Dimensión de Metodología Anticonceptiva de los Adolescentes de 14 a 19 Años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, donde un 63.64% desconoce los MAC de barrera son: los preservativos, el diafragma y espermicidas, 57.58% los MAC para los adolescentes son: el preservativo, diafragma, píldoras, inyectables, DIU, 51.52% los MAC pueden ser naturales y artificiales, 50.51% la

abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.

GRAFICO N° 06

Distribución Porcentual de los Ítems menos conocidos de la Dimensión Métodos Anticonceptivos como Prevención del Embarazo de los Adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.



Fuente: Tabla N° 06.

TABLA N° 07

Actitudes Sexuales en General de los Adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.

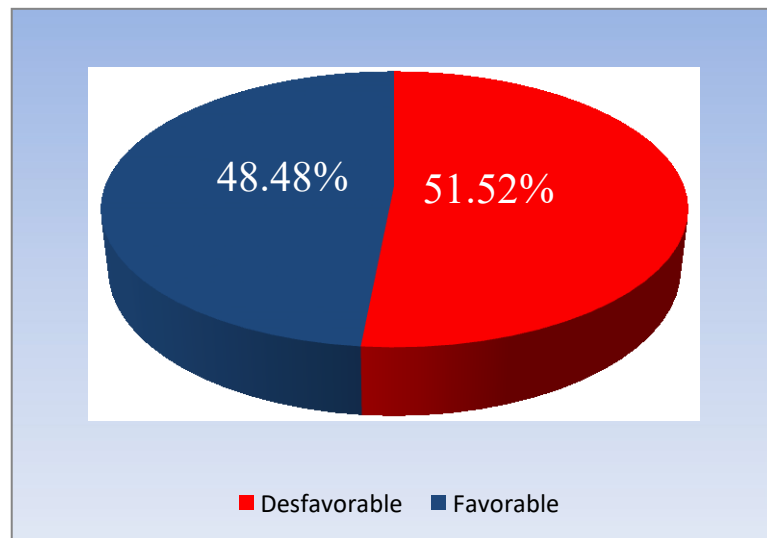
Actitudes	n	%
Desfavorable	51	51,52
Favorable	48	48,48
Total	99	100,00

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2012.

Tabla N° 07: señala que el **51.52%** de los adolescentes pertenecientes al distrito del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, adoptan actitudes desfavorables sobre su sexualidad en general, mientras tanto todavía hay un **48.48%** de adolescentes que muestran actitudes favorables con respecto al tema.

GRAFICO N° 07

Distribución Porcentual de las Actitudes Sexuales en General de los Adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.



Fuente: Tabla N° 07.

TABLA N° 08

Actitudes Según Dimensiones Sexuales de los Adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.

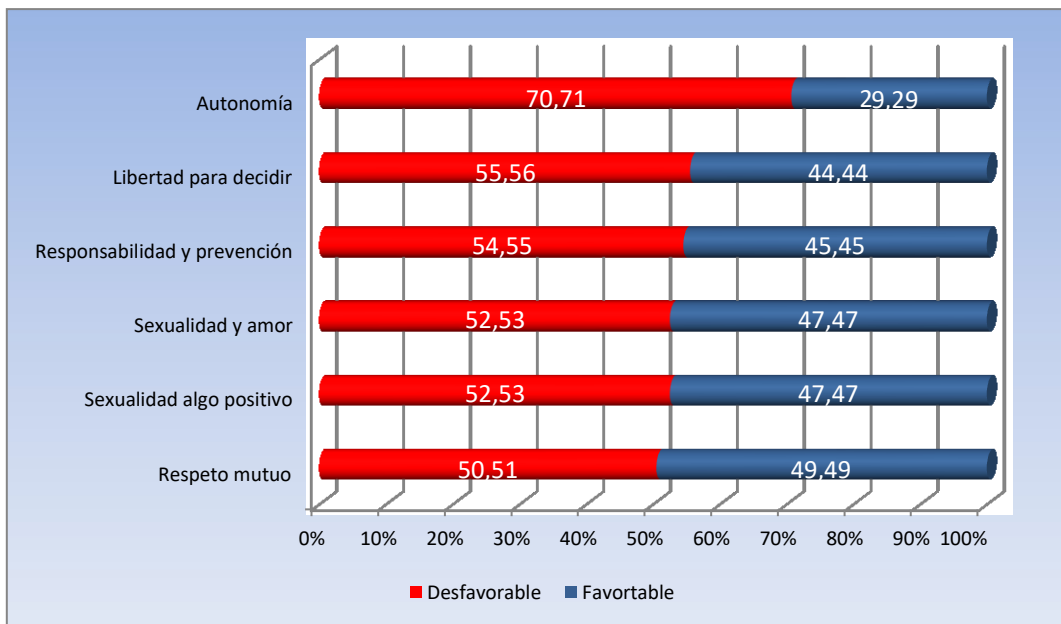
	Desfavorable		Favorable	
	n	%	n	%
Responsabilidad y prevención	54	54,55	45	45,45
Libertad para decidir	55	55,56	44	44,44
Autonomía	70	70,71	29	29,29
Respeto mutuo	50	50,51	49	49,49
Sexualidad y amor	52	52,53	47	47,47
Sexualidad algo positivo	52	52,53	47	47,47

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2012.

Tabla 08: Nos muestra las actitudes sexuales según sus dimensiones donde refleja que el **70.71%** de los adolescentes tienen actitudes desfavorables en la dimensión de autonomía, **55.56%** de los adolescentes tienen actitudes desfavorables en la dimensión de libertad para decidir, **54.55%** refieren actitudes desfavorables en las dimensiones de responsabilidad y prevención del riesgo sexual, **52.53%** presentan actitudes desfavorables en la dimensión de sexualidad y amor, al igual que en la dimensión de Sexualidad como algo positivo, **50.51%** presento actitudes desalentadores en cuanto a la dimensión de respeto mutuo y reciprocidad.

GRAFICO N° 08

Distribución Porcentual de las Actitudes Sexuales por Dimensión de los Adolescentes de 14-19 años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.



Fuente: Tabla N° 08.

TABLA 02: Características socio-demográficas de los adolescentes de 14-19 años de Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura.

Variable		n	%
Edad	14	30	30,30
	15	10	10,10
	16	13	13,13
	17	28	28,28
	18	13	13,13
	19	5	5,05
Genero	Masculino	51	51,52
	Femenino	48	48,48
Estado civil	Soltera(o)	99	100,00
	Casada(o)	0	,00
	Conviviente	0	,00
Religión	Católica(o)	75	75,76
	Otro	23	23,23
	No creyente	1	1,01
Ocupación	Estudiante	91	91,92
	Trabajador	0	,00
	Estudiante/trabajador	8	8,08
	No estudia/ no trabaja	0	,00
	Ama de casa	0	,00
Enamorada	Si tiene enamorada(o)	71	71,72
	No tiene enamorada(o)	28	28,28
Relaciones coitales	Si	29	29,29
	No	70	70,71
Edad de Inicio de relación coital	11	1	3,45
	13	2	6,90
	14	5	17,24
	15	4	13,79
	16	8	27,59
	17	6	20,69
Orientación sexual	Heterosexual	98	98,99
	Homosexual	0	,00
	Bisexual	1	1,01

Tabla 09: Se muestra las características socio demográficas de la población encuestada teniendo como resultado que la edad de mayor representación es de 14 años (30.30%) y en menor porcentaje de 19 años (5.05%). EL 51.52% de los encuestados fueron del sexo Masculino y el 48.48% del sexo femenino. Del total de los adolescentes la mayoría mantiene un estado civil de soltero (100%).Así mismo la religión católica obtuvo un mayor porcentaje (75,76%).en su mayoría eran estudiantes (91,92%) seguida del (8,08 %) de adolescentes que estudian y trabajan, el 71,72% tienen enamorado y el 28,28% no lo tienen. A pesar que hay un 70,71% de adolescente que aún no han iniciado su actividad sexual todavía se muestra un 29,29% de adolescente que ya han tenido relaciones sexuales entre las edades de 16 (27,59%) y 17 (20,69%). En cuanto a la orientación sexual el 98,99% son heterosexuales y bisexuales el 1,01%.

4.2 Análisis de Resultados:

La sexualidad en los adolescentes es de suma importancia, pues el entendimiento de la misma contribuirá al desarrollo integral del adolescente, es la función que más repercute y está influida por el contexto social en el que se desarrolla. Esta se convierte en una búsqueda del significado, una experiencia generadora de autonomía, de sentimiento, de identidad y de autovaloración como persona atractiva.

Pero tal es el caso que aún persisten barreras para el conocimiento de la sexualidad, por tanto, un resultado importante y evidente en el presente estudio, son los problemas de salud sexual que los adolescentes afrontan, los cuales son diversos, difíciles y desconcertantes, es por ello que el adolescente es vulnerable al riesgo de sufrir las consecuencias de un embarazo a temprana edad, embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual, VHI- SIDA.

Es aquí en donde el grupo familiar juega un rol fundamental en la conformación de actitudes, conocimientos y prácticas en la expresión de la sexualidad adolescente. Asumiendo este rol es donde podemos disminuir las repercusiones en los indicadores negativos, que fomentan mayor pobreza en el país.

La presente investigación resalta que del total de los adolescentes encuestados, el 51.52% desconoce de manera general aspectos relacionados a su sexualidad, similar a la investigación a nivel internacional de **Vidal M (38)** La Habana 2011, en su estudio encontró un 57.37% de adolescentes con conocimientos deficientes en sexualidad y un 42.63% refirió conocer asimismo **Navarro Y (56)** en Tacna – Perú 2011, quien muestra un 59.5% que desconocen de manera general aspectos

relacionados a su sexualidad; esto se debe quizá al débil fortalecimiento educativo en las áreas mencionadas. Asimismo a nivel regional **Ramos N (60)** en Sullana 2011, demostró similitud en su estudio donde un 50.29% de adolescentes encuestados desconocen aspectos relacionados a su sexualidad mientras que un 49.71% refirió conocer. Situación diferente reportado por **Torriente N. (28)**, en la Habana Cuba .2010, donde muestra que los adolescentes de su estudio conocen sobre sexualidad en un 60%, **Navarro M. Tarapoto - Perú, 2012 (54)** referido al nivel de conocimiento sobre sexualidad que tiene la población adolescente se evidencia que el 70.9% tienen nivel de conocimiento.

En el análisis del conocimiento sexual por dimensiones se hace mención a cuatro dimensiones básicas con desconocimiento en un 67.69% acerca anatomía y fisiología sexual y reproductiva, el 66.67% desconoce sobre prevención de infecciones ITS-VIH/SIDA, el 61.62% desconoce acerca del ciclo de respuesta sexual y el 50.51% desconoce acerca de los métodos anticonceptivos. Similar al estudio de **Dioses. Sullana. 2010 (61)** al realizar su análisis por dimensión encontró bajo nivel de conocimiento en las cuatro dimensiones estudiadas: metodología anticonceptiva (98%), anatomía y fisiología sexual y reproductiva (88%), ciclo de respuesta sexual (82%), y prevención de enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA (92%). A diferencia del estudio de **Juárez D. Piura, 2011 (58)**, En cuanto a los conocimientos de sexualidad en sus cuatro dimensiones: Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA (78.75%), Metodología Anticonceptiva como Prevención del Embarazo (76.25%), Ciclo de Respuesta Sexual Humana (91.25%), Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva (83.75%), reportaron tener conocimiento.

Los ítems menos conocidos que tienen los adolescentes con respecto a la Dimensión de Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva de los Adolescentes; de 14 a 19 Años del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura; lo cual indica que un **70.71%** de los adolescentes desconocen acerca de que la

mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual, **50.51%** Conoce la denominación del extremo final del pene.

Según el estudio realizado por **Villanueva. Chimbote. 2009 (57)** reportó similitud el ítems donde desconoce que una mujer puede embarazarse en su primera relación coital con un 88%, sin embargo en esta investigación se ve clara mente una diferencia según los ítems, ya que en esta investigación un alto nivel de desconocimientos mostrando así que el 94.0% de adolescentes no reconoce las estructuras que conforman los genitales externos masculinos y/o femenino (95,5%), así como en qué momento del ciclo menstrual la mujer puede embarazarse (56,7%), y también cuando se produce la fecundación (97,0%); en la dimensión ciclo de respuesta sexual, el 98.5% desconoce cómo vivir su sexualidad responsable y que para esa vivencia, son importantes la autoafirmación personal (92.5%) y que es la propia persona quien controla su comportamiento sexual(92.5%); en la dimensión prevención de ITS y VIH/SIDA, el 89.6% sabe que el sida es una enfermedad que amenaza la vida, un 95.5% desconoce vías de contagio, el 74.6% reconoce que no se contagia a través de abrazos, besos o contacto con personas infectadas y que el uso de preservativo previene el contagio de ITS (65,7%) y finalmente el 94% desconoce cuáles son las ITS y que estas se transmiten a través de las relaciones coitales; y en la dimensión metodología anticonceptiva como prevención del embarazo, un 74,6% desconoce sobre métodos anticonceptivos para regular fecundidad, por otro lado, 82.1% no tiene conocimiento de lo que significa abstinencia sexual.

Similares resultados mostro el estudio realizado por **Domínguez M (66)** en Cieneguillo Centro – Sullana 2011, un 82.11% desconoce la conformación de los genitales externos femeninos, el 82.11% desconoce que la mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual, el 71.05% desconoce que el embarazo comienza con la fecundación, mientras que, el 68.9% desconoce que la fecundidad se da cuando el espermatozoide ingresa en el óvulo; correlativamente.

Por otro lado, en la presente investigación se evidencia que los ítems menos conocidos de la Dimensión Respuesta Sexual Humana, encontramos que se presenta un **78.79%** no conocen las manifestaciones de Madurez Sexual (menstruación, masturbación y acercamiento a jóvenes del sexo opuesto), **74.75%** desconoce acerca de que vivir una sexualidad responsable implica tener conocimientos de Infecciones de transmisión sexual (ITS/ VIH/SIDA), **66.67%** no conoce las fases de la respuesta sexual humana, **63,64%** no conoce acerca del comportamiento no coital el cual abarca (besos, abrazos caricias, masturbación). Mientras que **Juárez D (58)** en Piura 2011, cuyo estudio, demuestra similitud de un 60% de desconocimiento en las fases de la respuesta sexual humana. Resultados diferentes obtuvo **Sánchez R (50)** en Chimbote 2011, cuyo estudio arrojó un 51% que conoce las fases de la respuesta sexual, demostrando así información adecuada, dependiendo quizá de la zona de estudio. Así mismo **Domínguez M (66)** muestra que un 55.26% conoce que son manifestaciones de madurez sexual: menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto, masturbación, mostrando **Ramos N (60)** en el “AA HH Ramiro Priale” del Distrito de Sullana 2011, en su estudio manifestó semejanza en el ítem: son manifestaciones de madurez sexual: menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto, masturbación con un 68.57% que conoce.

En cuanto a los ítems menos conocidos sobre Prevención de ITS-VIH/ SIDA, señala que desconocen en un **89,90%** las 3 vías de contagio del VIH/SIDA, **69.70%** no conoce y nombra las enfermedades de trasmisión sexual, **65.66%** las ITS se transmiten a través de la relación coital, **61.62%** Un hombre puede infectarse con VIH si tiene coito con una sola mujer, **58.59%** el SIDA se contagia por abrazos, besos y contacto con persona infectada. De modo similar **Domínguez M (66)** en Cieneguillo Centro – Sullana 2011, 70% que no conocen las infecciones de trasmisión sexual y **Alvarado L (64)** en Sullana 2011, en sus investigaciones observaron un desconocimiento en un 74% y 75.33% respectivamente en el interior de la dimensión en cuanto al ítem mencionado. Esto significa que existe un porcentaje de

adolescentes que fácilmente podría exponerse a la infección por desconocimiento de los mecanismos de transmisión.

Solís N (44), cuyo estudio en Chimbote 2010, similar en un 70.5% desconoce que un hombre puede infectarse con el virus del VIH si tiene coito con una sola mujer; resultado similar de **Muñoz L (52)** en su estudio en Chimbote 2011, muestra un 58% de desconocimiento. Consecutivamente un 65.79% no conocen que la sífilis, la gonorrea, el chancroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal, son Infecciones de Transmisión Sexual, y el 60% no conoce las 3 vías de contagio del VIH/SIDA; éste resultado pone en riesgo a la población, y estudio similar muestra **Hurtado M (24)** en México 2013, quien en su estudio manifestó que respecto a los conocimientos referentes a Infecciones de Transmisión Sexual, el 61.4% presentan niveles de conocimientos bajos.

Haciendo mención a los ítems menos conocidos en la Dimensión Metodología Anticonceptiva como Prevención del Embarazo, donde un **63.64%** los MAC de barrera son: los preservativos, el diafragma y espermicidas, **57.58%** los MAC para los adolescentes son: el preservativo, diafragma, píldoras, inyectables, DIU, **51.52%** los MAC pueden ser naturales y artificiales, **50.51%** la abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer. **Domínguez M (66)** en Cieneguillo Centro - Sullana 2011, quien, en su estudio se observó con similitud que el (71.33%) de los adolescentes manifestaron desconocimientos en los ítems: los métodos de barrera son: los preservativos masculinos y femeninos, los diafragmas, los espermicidas. **Romero E (53)** en Chimbote 2011, en su estudio destacó que un 54% desconoce métodos de planificación familiar, al igual que utilizar el preservativo es un método de Planificación Familiar, **55.56%** una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual, **51.52%** Los métodos hormonales son: la píldora, inyectable, norplant. Similar al estudio **Arboleda A (32)** en Ecuador 2012, quien mostró en relación a qué hacen los adolescentes para cuidarse cuando tienen relaciones sexuales, el 73,3% utiliza preservativo; a diferencia del resultado de **Vidal M (38)** en La Habana, 2011, quien en su estudio constató que un 66.92% desconoce sobre el preservativo.

En la investigación de acuerdo a las actitudes en general se observó que el **51.52%** de los adolescentes pertenecientes al distrito del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, adoptan actitudes desfavorables sobre su sexualidad en general; algo similar a este estudio dio **Villanueva. Chimbote. 2009 (57)** en él lo que se refiere a actitudes sexuales en análisis general, un 75% de los adolescentes estudiantes tienen actitudes desfavorables. Mientras que **Alvarado L (64)** en Sullana 2011, constató en su investigación que, el 54% tuvieron actitudes desfavorables. Lo que tendría relación con el desconocimiento en general de la sexualidad responsable, resultado diferente obtuvo **Romero E (53)** en Chimbote 2011, quien en su investigación encontró un 88% de actitudes favorables. Esto refleja a que quizá los adolescentes actúan de acuerdo a sus conocimientos en sexualidad, debido a la accesibilidad de información. Diferente a **Navarro M (54)** en Tarapoto – Perú 2012, quien en su estudio mostró un 41.8% de actitudes desfavorables, resaltando un alentador 58.2% de actitudes favorables en la dimensión mencionada.

En las actitudes sexuales según dimensiones: **La Autonomía** expresa la capacidad para darse normas a uno mismo sin influencia de presiones externas o internas; teniendo un buen desarrollo mental y psicológico, ya que es fundamental para tener un buen criterio de decisión, el **70.71%** de los adolescentes tienen actitudes desfavorables en esta dimensión, similar resultado muestra **Domínguez M (66)** en Sullana 2011, quien en su estudio encontró un 73.33% que no tiene autonomía, resultado diferente a **Navarro M (54)** en Tarapoto – Perú 2012, quien en su estudio, demostró que el 81.0% tienen actitudes favorables en esta dimensión; lo que discierne una mayor capacidad de darse normas sin presiones secundarias. Por otra parte **Alvarado L (64)** en Sullana 2011, quien muestra una diferencia de un 54.67% de actitudes favorables en la dimensión mencionada.

Dimensión de **libertad para decidir**, los adolescentes según el estudio muestra que el **55.56%** de los adolescentes tienen actitudes desfavorables en la dimensión de

libertad para decidir, mientras que **Juárez D (58)** en Piura 2011, encontró similitud con un 50.67% de actitudes desfavorables en la dimensión libertad para decidir; enmarcando también resultado similar **Romero E (53)** en Chimbote 2011, quien en su estudio encontró un 77% que no decide libremente.

Mostrando nuestro estudio las siguientes dimensiones **54.55%** refieren actitudes desfavorables en las dimensiones de **responsabilidad y prevención del riesgo sexual**, **52.53%** presentan actitudes desfavorables en la dimensión de **sexualidad y amor**, Asimismo muestra similitud **Cruz E (51)** en Chimbote 2011, quien en su estudio encontró un 68% que no relaciona la sexualidad con el amor; a diferencia de **Juárez D (58)**, quien en su estudio en Piura 2011, obtuvo un 91.33% de actitudes alentadoras favorables; por parte se piensa que los adolescentes valoran su pensar, afecto y sentimiento hacia la persona contraria en su enamoramiento, resultado contrario al de **Santos J (62)** en Piura 2010, en su estudio muestra un (73.75% y 26.25) de actitudes favorables y desfavorables respectivamente, al igual que en la dimensión de Sexualidad como algo positivo, con resultado diferente **Romero E (53)** en Chimbote 2011, en su estudio obtuvo un 80% de actitudes favorables en esta dimensión, del mismo modo **Juárez D (58)** en Piura 2011, obtuvo un (79.33% y 20.67%) de adolescentes con actitudes favorables y desfavorables respectivamente en la dimensión constatada.

Las cuestiones morales y éticas fomentan el valor por sí mismo, el reconocimiento de los intereses prima en virtud para fortalecer nuestra autoestima. Con respecto a la **Dimensión Respeto Mutuo y Reciprocidad**, **50.51%** presento actitudes desalentadores en cuanto a la dimensión de respeto mutuo y reciprocidad. Con gran diferencia **Juárez (52)** en Piura 2011, en su estudio obtuvo un 88.67% de actitudes favorables; mientras que **Romero E (53)** en Chimbote 2011, y **Santos J (58)** en Piura 2010, mostraron diferencias en sus estudios (90% y 92.50%) de actitudes netamente favorables y muy alentadoras respectivamente; lo que demuestra a comparación de la investigación, que hay aún deficiencias de conocimientos para abordar un tema de

solución referente al respeto mutuo y reciprocidad que quizá lo saben pero no lo ponen en práctica.

Un resultado similar al estudio realizado por **Villanueva. Chimbote. 2009 (57)**. Las actitudes sexuales en su análisis por dimensiones, en todas sus dimensiones se observó actitudes desfavorable: hacia la autonomía un 83.6%, mientras que el 82.1% hacia la libertad para decidir., que no percibe a la sexualidad como algo positivo (80.6%), hacia la sexualidad y amor y hacia el respeto mutuo y la reciprocidad (77.6% respectivamente).

Se muestra las características socio demográficas de la población encuestada teniendo como resultado que la edad de mayor representación es de 14 años (30.30%) y en menor porcentaje de 19 años (5.05%). EL 51.52% de los encuestados fueron del sexo Masculino y el 48.48% del sexo femenino. Del total de los adolescentes la mayoría mantiene un estado civil de soltero (100%). Así mismo la religión católica obtuvo un mayor porcentaje (75,76%). en su mayoría eran estudiantes (91,92%) seguida del (8,08 %) de adolescentes que estudian y trabajan, el 71,72% tienen enamorado y el 28,28% no lo tienen. A pesar que hay un 70,71% de adolescente que aún no han iniciado su actividad sexual todavía se muestra un 29,29% de adolescente que ya han tenido relaciones sexuales entre las edades de 16 (27,59%) y 17 (20,69%). En cuanto a la orientación sexual el 98,99% son heterosexuales y bisexuales el 1,01%.

V. CONCLUSIONES

Luego de haber analizado los resultados obtenidos de la muestra sobre conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande Provincia de Piura, se determina lo siguiente:

- El 51.52% de adolescentes del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande, desconocen cómo vivir una sexualidad responsable y segura; ya que tienen deficiencias de información sobre sexualidad.
- En base a los resultados se aprecia que la mayoría de los adolescentes desconocen las cuatro dimensiones fundamentales para el desarrollo de su sexualidad como: anatomía y fisiología sexual y reproductiva, prevención de infecciones ITS-VIH/SIDA, ciclo de respuesta sexual y métodos anticonceptivos, lo que resulta preocupante para el ejercicio cognitivo y actitudinal de los adolescentes.
- La mayoría de los adolescentes del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande, en general presentan actitudes desfavorables hacia la sexualidad 51.52%, mostrando un 48.48% presentan actitudes favorables.
- Analizando las actitudes por dimensiones, se obtuvo resultados desalentadores ya que, alcanzaron en la mayoría actitudes desfavorables; 70.71% en la dimensión de autonomía, 55.56% dimensión de libertad para decidir, 54.55% responsabilidad y

prevención del riesgo sexual, 52.53% sexualidad y amor, al igual Sexualidad como algo positivo, 50.51% respeto mutuo y reciprocidad.

- Según las características sociodemográficas teniendo como resultado que la edad de mayor representación es de 14 años, 30.30%. EL 51.52% sexo Masculino y el 48.48% del sexo femenino. Estado civil de soltero (100%). Religión católica 75,76%. en su mayoría eran estudiantes 91,92%, seguida del (8,08 %) de adolescentes que estudian y trabajan, el 71,72% tienen enamorado y el 28,28% no lo tienen. 70,71% de adolescente que aún no han iniciado su actividad sexual todavía, 29,29% de adolescente que ya han tenido relaciones sexuales entre las edades de 16 (27,59%) y 17 (20,69%). En cuanto a la orientación sexual el 98,99% son heterosexuales y bisexuales el 1,01%.

5.2 Recomendaciones

- Difundir estos resultados en las instituciones educativas circunscritas del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande, para de una manera sugerir la implementación de talleres de capacitación docente, abordando temas de sexualidad y que sea una puerta de entrada participe para los adolescentes que están inmersos del desconocimiento de temas propiamente dichos.
- Fortalecer en las instituciones educativas la escuela para padres, propiciando el trabajo conjunto entre docente y padres de familia en la discusión de temas de sexualidad involucrados en la vivencia adolescente, para predecir una sexualidad responsable y segura de acuerdo al rol comunicativo e informativo brindado.
- Establecer coordinaciones con el centro de salud más accesible al Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande, para hacer factible la adaptación de un horario acorde y dispuesto para la atención del adolescente embarcando la orientación, despejando dudas y así fortalecer sus necesidades en salud sexual y reproductiva.
- Plantear reuniones con autoridades y/o jefes más representativos del Sector I - Caserío de Papayo – Distrito de Tambogrande, para diseñar sesiones estratégicas educativas en los temas de salud sexual y reproductiva, proyectando en ello toda la variedad existente de métodos anticonceptivos, enfatizando la prevención de infecciones de transmisión sexual y como llevar una vida sexual saludable y a la vez segura, conociéndose, valorándose y aceptándose; la participación inmersa deberá ser involucrada por el personal especializado (Obstetras).

Referencias bibliográficas:

1. Alarcón R., Coello J., Cabrera J., Monier G. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Revista Cubana de Enfermería [revista en línea].2009. [citado 2013 Junio 04]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192009000100007&script=sci_arttext&tlng=en

1.- Salud del adolescente. [página en internet]. Lima: Organización Mundial de la Salud; 2013 [actualizado 29 Sep 2013; citado 29 Sep 2013]. Disponible: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/

2.- Organización Mundial de la Salud. Salud sexual y reproductiva. Adolescencia. [serie en internet]. 2004 Jul [citado 3 Sep 2013]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/saludsexual.htm

3.- Godoy M, González M, González A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes de dos unidades educativas de Valencia. [serie en internet]. 2010 Jun. [citado 3 Oct 2013]; Pág 1.Venezuela. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2259/1/Conocimientos%2C-actitudes-y-practicas-sobre-sexualidad-en-adolescentes>

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

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

5.- Libreros L. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. Salus cum propositum vitae [serie en internet]. 2008 Dic [citado 5 Oct 2013]; 9 (4): 11 páginas. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2008/spn084i.pdf>

6.- Salazar Y. Sexualidad en adolescentes. Riesgo para VIH/SIDA. Problema ético o moral. . Revista de medicina y ciencias de la salud [serie en internet]. 2007 Oct [citado 5 Oct 2013]; 6 (17): 2 páginas. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/744/1/Sexualidad-en-adolescentes-Riesgo-para-VIHSIDA-Problema-etico-o-moral.html>

7. - Goncalves S, Castellá J, Carlotto MS. Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. Interamerican Journal of Psychology [serie en internet]. 2007 [citado 5 Oct 2013]; 41 (2): pág 161. Disponible en: <http://www.msmedia.com/ceprua/01out07a.pdf>

8.- Godoy M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes. Revista de medicina y ciencias de la salud [serie en internet]. 2010 Jun [citada 5 Oct 2013]. 6 (17): [Alrededor de 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2259/5/Conocimientos%2C-actitudes-y-practicas-sobre-sexualidad-en-adolescentes>

9.- Libreros L, Fuentes L, Pérez A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. Salus cum propositum vitae [serie en internet]. 2008 [citado 5 Oct 2013]; 9 (4): Pág 2 [Alrededor de 11 pantallas]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2008/spn084i.pdf>

- 10.- Díaz A, Arrieta K, Gonzales F.. Comportamiento Sexual y factores asociados en Estudiantes de Odontología. Rev Clin Med Fam [serie en internet]. 2010 [citado 6 Oct 2013]; 3 (2). Pág 66 [Alrededor de 6 pantallas]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v3n2/original1.pdf>
- 11.- Pérez F. Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. Gaceta Médica Espirituana [serie en internet]. 2008 [citado 6 Oct 2013]; 10 (2). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.\(2\)_01/p1.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.(2)_01/p1.html)
- 12.- Chanes C (2007). Inicio de la vida sexual y reproductiva. En La Salud Reproductiva en México. Análisis de la Encuesta de Salud Reproductiva 2003. Secretaría de Salud/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM. México, 2007. Disponible en: <http://132.248.35.1/bibliovirtual/Tesis/Arillo/contenido.pdf>
- 13.- Burga E. Población indígena y educación intercultural bilingüe en el Perú. [serie en internet]. 2012 Feb [citado 6 Oct 2013]. Disponible en: <http://www2.minedu.gob.pe/digeibir/articulos/21-02-2012.html>
- 14.- Vargas R. Situación actual del adolescente. DGSP, MINSA. [serie en internet]. 2008 Oct [citado 6 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/consultoriauniversidad/situacion-actual-del-adolescente-presentation>
- 15.- Tarazona DA. El comportamiento sexual y su vinculación con variables psicológicas y demográficas [tesis para optar el título profesional de Psicólogo]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/tarazona_cd/pdf/tarazona_cd.pdf

16.- Instituto de Estadística e Informática (INEI). Censo Nacional XI Población y Vivienda - Datos Demográficos del Perú. [serie en internet]. 2007 [citado Oct 6 2013]. Disponible en: www.inei.gob.pe

17.- Luis T. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. Sociedad peruana de Obstetricia y Ginecología [serie en internet]. 2004 [citado Oct 6 2013]; vol50 n2. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol50_n2/a06.htm

18.- Escobar ME. ITS en la Adolescencia. [serie en internet]. 2007 [citado 7 Oct 2013]. Disponible en: www.gineadol.com.ar/.../ITS%20en%20la%20Adolescencia.ppt

19.- Organización Mundial de la Salud. Día Mundial del Sida. [serie en internet]. 2008 [citado 7 Oct 2013]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_aids_day/es/

20.- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Proyecciones poblacionales. [serie en internet]. 2009 [citado 7 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Sucursales/Piura/Piura-Characterizacion.pdf>

21.- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - Censos Nacionales de Población y Vivienda. [serie en internet]. 2007 Oct [citado 7 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0828/libro.pdf>

22.- Organización Panamericana de la Salud: Perfil de salud de mujeres y hombres en el Perú. [serie en internet]. 2005 [citado 7 Oct 2013]. Disponible en: http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/estadisticas/boletin_012009_osel_piura.pdf

23.- Departamento Piura: Población estimada por grupos de edades, según provincias, distritos y establecimientos de salud. DISA Sullana. 2011.

24.- Hurtado M, Olvera J. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en jóvenes universitarios. Rev Elect Psico Iztacala. [serie en internet]. 2013 Marz [citada 10 Oct 2013]; 16 (1): 241–251. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2013/epi131o.pdf>

28.- Torriente N, Diago D, Rizo A, Menéndez L. Conocimientos elementales sobre educación sexual en alumnos de una escuela secundaria básica urbana. Rev haban cienc méd [serie en internet]. 2010 Nov [citado 10 Oct 2013]; 9 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729519X2010000400018&script=sci_arttext&lng=pt

32.- Arboleda A. “Nivel de conocimiento que tienen los estudiantes del Colegio “San Francisco de la ciudad de Zamora” sobre los peligros que conlleva el inicio de la vida sexual y la práctica de una sexualidad no responsable, durante el periodo comprendido entre Octubre 2009 a Febrero de 2010”. [Tesis de grado previo a la obtención del Título de Médico]. Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja; 2012. Disponible en: <http://cepra.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/2700/1/tesis%20final.pdf>

35.- Leonardo E, Sarmiento I. Conocimientos y actitudes de educación sexual en estudiantes de nivel medio superior en área urbana [tesis para acreditar la experiencia educativa, experiencia recepcional de la Licenciatura en enfermería]. Coahuila de Zaragoza – Minatitlán: Unidad Docente Multidisciplinaria de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Veracruzana; 2009. Disponible en: <http://148.226.12.104/bitstream/123456789/29286/1/tesis8.pdf>

37.- Doblado N, De la Rosa I, Pérez E, Jiménez C, Gonzáles G. Estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre algunos aspectos de

sexualidad en estudiantes. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en internet]. 2009 Dic [citado 11 Oct 2013]; 35 (4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000400021

38.- Vidal M, Vidal M, Barrios J, Gonzáles K. Opinión de los adolescentes sobre los conocimientos que poseen sobre sexualidad. Revista de Ciencias Médicas [serie en internet]. 2011 [citado 12 Oct 2013]; 17 (1). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol17_1_11/hab07111.html

39.- González M, Hernández L, Nieves M. Intervención educativa sobre algunos aspectos relacionados con la sexualidad en adolescentes de un consultorio del Policlínico “Belkys Sotomayor Álvarez” de Ciego de Ávila. Mediciego [serie en internet]. 2011 [citado 13 Oct 2013]; 17 (2): pág 3. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/pdf/T9.pdf

40.- Chávez M, Petzelová J, Zapata J. Actitudes respecto a la Sexualidad en estudiantes Universitarios. Revistas científicas de América Latina [serie en internet]. 2009 [citado 14 Oct 2013]; 14 (1): 137-151. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/292/29214110.pdf>

42.- Ramos M, Almira F, Suárez R, Nonell L. Conocimiento sobre la sexualidad en adolescentes de Venezuela. Rev Coc Med [serie en internet]. 2013 [citado 14 Oct 2013]; 17 (1). Disponible en: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1292/328>

44.- Solís N. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de la comunidad Zonal Magdalena Nueva. In crescendo [serie en internet]. 2010 [citado 14 Oct 2013]. 1 (1). Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S2222-30612010000100007&script=sci_arttext

48.- Jerónimo C, Álvarez J, Carbonel W, Neira J. Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria. Acta méd. Peruana [serie en internet]. 2009 [citado 14 Oct 2013]. 26 (3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172859172009000300006&script=sci_artt_ext&tlng=es

50.- Sánchez RM. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 – 19 años del Pueblo Joven Dos de Junio [tesis para optar el título profesional de licenciada de obstetricia]. Chimbote-Perú: Universidad Los Ángeles de Chimbote; 2011. Disponible en: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/20859.pdf>

51.- Cruz EM. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 – 19 años de los pueblos jóvenes Víctor Raúl y Manuel Arévalo [tesis para optar el título profesional de licenciada de obstetricia]. Chimbote-Perú: Universidad Los Ángeles de Chimbote; 2011. Disponible en: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/21805.pdf>

52.-Muñoz LM. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 – 19 años del Pueblo Joven San Pedro, Sector I del distrito de Chimbote [tesis para optar el título profesional de licenciada de obstetricia]. Chimbote: Universidad Los Ángeles de Chimbote; 2011. Disponible en: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/20874.pdf>

53.- Romero ES. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 a 19 años del pueblo joven El Porvenir sector I – Chimbote [tesis para optar el título profesional de licenciada de obstetricia]. Chimbote: Universidad Los Ángeles de Chimbote; 2011. Disponible en: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/20866.pdf>

54.- Navarro M, López A. Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización La Palmeras – Distrito de Morales, período junio – setiembre 2012 [tesis para optar el título profesional de obstetra]. Tarapoto - Perú: Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Martín. 2012. Disponible en: http://ftp.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyecto/archivo_87_Binder1.pdf

55.- Sánchez VJ. Conocimientos y actitudes acerca de las ITS y el VIH/Sida de los adolescentes varones en dos comunidades zonales de Chimbote-Perú. In Crescendo [serie en internet]. 2011 Jun [citado 14 Oct 2013]. 2 (1). Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S222230612011000100014&script=sci_arttext

56.- Navarro Y. 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 – Tacna Highschool Teens 2011 – 2012. [monografía en internet] Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman de Tacna; 2011 [citado 14 Oct 2013]. Disponible en: http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/212/97_2013_Navarro_Garcia_YV_FACS_Obstetricia_2013_Resumen.pdf?sequence=2

58.- Juárez DL. Conocimientos y Actitudes Sexuales en los Adolescentes de 14 – 19 años del Asentamiento Humano Víctor Raúl – Piura [Tesis para optar el título de licenciado en Obstetricia]. Piura: Universidad Los Ángeles de Chimbote. 2011. disponible en: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/21766.pdf>

60.- Ramos NL. Conocimientos y Actitudes Sexuales de los Adolescentes de 14 – 19 años del “AA HH Ramiro Priale” del Distrito de Sullana, durante el período 2011 [trabajo para optar el título de licenciatura en obstetricia]. Sullana: Universidad Los Ángeles de Chimbote. 2011. Disponible en: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/21789.pdf>

62.- Santos JF. Conocimientos y Actitudes Sexuales en los Adolescentes de 14 a 19 años del AAHH. Dr. Leoncio Amaya Tume del distrito de la Unión – Piura, durante el periodo 2010 [Tesis para optar el título de licenciada en obstetricia]. La unión – Piura: Universidad los ángeles de Chimbote. 2011. disponible en: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/21781.pdf>

64.- Alvarado L. Conocimientos y Actitudes Sexuales en Adolescentes de 14– 19 años del Asentamiento Humano Cesar Vallejo del Distrito de Sullana, durante el periodo 2011. [Tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia]. César Vallejo – Sullana: Universidad Los ángeles de Chimbote. Disponible en: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/21777.pdf>

66.- Domínguez ML. Conocimientos y Actitudes sexuales en los adolescentes de 14 a19 años del Centro Poblado Villa María Cieneguillo Centro Sullana, durante el periodo 2011 [Tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia]. Villa María Cieneguillo – Sullana: Universidad Los Ángeles de Chimbote. Disponible en: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/21794.pdf>

70.- Cruz E. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 a 19 años del AAHH “Santa Teresita” del Distrito de Sullana, durante el periodo 2011. [Tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia]. Sullana: Universidad Los Ángeles de Chimbote. Disponible en: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/21803.pdf>

71.- Masía Y. Relación entre actitudes hacia la sexualidad y nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad prenatal en adolescentes del cono sur de Lima [trabajo para optar el grado de Magister en Psicología educativa]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2006. Disponible en: <http://www.prenatal.tv/lecturas/peru/PPEtesisIsabel.pdf>

72.- Sexualidad en 10:20. La sexualidad en la adolescencia. [Serie en internet]. 2011 [citado 12 Nov 2013]. Disponible en: <http://proyctosexualidadintecosis.blogspot.com/2011/03/la-sexualidad-en-la-adolescencia.html>

73.- American Social Health Association. Respuestas a tus preguntas sobre la salud sexual y las enfermedades de transmitidas sexualmente. Disponible en: http://www.quierosaber.org/glosario_r.html

74.- Home Page. Sexualidad. Glosario. Disponible en: <http://humanbehaviors.free.fr/glossaire.es/z-es-p06.20-glossaire-social.htm>

75.- Chávez EG. “Conocimientos y Actitudes Sexuales en los Adolescentes de 14 – 19 años del AAHH “Nuestra Señora de Fátima – Piura, durante el año 2011. [Tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia]. Piura: Universidad Los Ángeles de Chimbote. Disponible en: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/21779.pdf>

76.- Grupo de investigación Edufísica. Las actitudes. Revista EDU-FÍSICA [serie en internet]. [citado 20 Nov 2013]. [Alrededor de 8 pantallas]. Disponible en : <http://www.edu-fisica.com/Formato.pdf>

77.- Gastelo M. La actitud en una sociedad preestablecida. [serie en internet]. 2005 [citado 21 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.universidadperu.com/articulo-la-actitud-en-una-sociedad-preestablecida-universidad-peru.php>

78.- Zegarra M. La actitud como base del éxito personal. [serie en internet]. 2011 [citado 21 Nov 2013]. Disponible en: <http://victorzegarra.net/2011/05/>

- 79.- Alva P. Teoría del conocimiento 3. [serie en internet]. 2009 [citado 23 Nov 2013]. Disponible en: <http://autorneto.com/referencia/ciencia/teoria-del-conocimiento-3/>
- 80.- Ladino I, Casallas R. Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía. [serie en internet]. 2010 [citado 23 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.itinar.edu.co/pdfdocs/33/34.pdf>
- 81.- Moreno R. Teoría del conocimiento - Enciclopedia libre [serie en internet]. 2010 [citado 25 nov 2013]. Disponible en: http://enciclopedia.us.es/index.php/Teoría_del_conocimiento
- 82.- Centro de Asesoría y Consultoría de Sexualidad, En: Vivencias de una sexualidad responsable. [serie en internet]. 2006 [citado 25 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.orientame.org.co/documentos/memoria%203%20jornadas/>
- 83.- Sobrevilla L. Sexualidad Humana. Instituto de Estudios de Población IEPO. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Ed. Saywa. Perú; 1993.
- 84.- Grebenc MA. Anatomía y fisiología en la sexualidad humana. [serie en internet]. [citado 25 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.docente.mendoza.edu.ar/documentos/tomo2cap1.pdf>
- 85.- BioCancer. Ciclo Ovárico. Research journal. [serie en internet]. 2010 [citado 25 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.biocancer.com/journal/1062/41-ciclo-ovarico>
- 86.- Chirino R, Fernández L, Torres S, Navarro D. Fisiología Reproductiva Femenina: Hormonas Sexuales y sus ciclos. RVFO [serie en Internet]. 2004 [citado 25 Nov 2013]; 1 (2): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: http://www.biocancer.com/?q=system/files/Fisiologia_reproductivaFemenina

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

88.- Totorá Gerard J, Grabowski SR. “Principios de Anatomía y Fisiología”, 9ª edición, Año Abril 2006.

89.- Sánchez S. Salud Sexual. Documentos clínicos Semergen [serie en internet]. [citado 25 Nov 2013]. [Alrededor de 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.semergen.es/semergen/microsites/semergendoc/sexologia/salud.pdf>

90.- Cate M. La sexualidad en las diferentes etapas de la vida. Quart de Poblet [serie en internet]. 2010 [citado 25 Nov 2013]. [Alrededor de 25 pantallas]. Disponible en: <http://www.aeps.es/downloadfile.php?file=618&tipo=1>

91.- Gonzáles A. Respuesta sexual, carácter fisiológico y psicológico. [serie en internet]. 2009 [citado 25 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.vallartaopina.net/index.php?mod=sec&cat=ens&ele=2512>

92.- Nex A Coruña. La respuesta sexual humana. [serie en internet]. [citado 25 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.coruna.es/servlet/Satellite?c=Page&cid=1207120233227&pagename=Nex/Generica&argIdioma=es>

93.- Silva A. Sexo y reproducción. [serie en internet]. 2007 [citado 24 Nov 2013]. Disponible en: http://www.sld.cu/saludvida/sexo/buscar.php?id=15063&iduser=4&id_topic=1

94.- Cardinal de Martín. Responsabilidad. [serie en internet]. 1995 [citado 24 Nov 2013]. [Alrededor de 31 pantallas]. Disponible en: <http://incidejoven.org/wp-content/uploads/2010/08/Responsabilidad.pdf>

- 95.- Salazar S. Responsabilidad en las Relaciones Sexuales. Enfermedades de transmisión sexual. [serie en internet]. 2008 [citado 25 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/12051/Responsabilidad-relaciones-sexuales.html>
- 96.- Pérez V, Cid A, Lepe O, Carrasco C. Conocimientos, actitudes y comportamiento sexual en un grupo de adolescentes chilenos. Perinatol Reprod Hum 2004; 18 (4): 225-230. Disponible en: <http://www.inper.mx/descargas/pdf/conocimientosActitudesycomportamientoSexual.pdf>
- 97.- Aspilcueta G, Calderón S, Alzamora de los Godos. Conocimientos y uso del condón y prevención de ITS en los usuarios de las estaciones “YES” de Inppares de Lima metropolitana. Rev Med Vallejana [serie en internet]. 2007 [citado 27 Nov 2013]; 4 (1). Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1817-20752007000100006&script=sci_arttext
- 98.- Santos D. Enfermedades venéreas. [serie en internet]. 2009 [citado 28 Nov 2013]. Disponible en: <http://liliesp.blogspot.com/>
- 99.- LA Salud de los adolescentes en la región andina <http://www.advocatesforyouth.org/publications/acortandodistancias2.pdf>
- 100.- Loundgren R, Protocolo de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva en América Latina EN: OPS. [serie en internet]. 2000 [citado 28 Nov 2013]. [alrededor de 113 pantallas]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/protocol.pdf>
- 101.- Ehrenfeld L. Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. Salud pública Mex 1994; 36 (2): 154-160. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001365>

- 102.- Castilla-La Mancha. Salud pública: Guías de métodos anticonceptivos. [serie en internet]. 2007 [citado 28 Nov 2013]. Disponible en: http://www.jccm.es/contenidos/portal/ccurl/226/495/Guia_Anticonceptivos.pdf
- 103.- Norma Técnica de Planificación Familiar: Perú, Ministerio de Salud. [serie en internet]. 2005 [citado 28 Nov 2013]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/101_NTPLANFAM.pdf
- 104.- Buena Salud- Artículo, Internet. Más vale píldora en mano. [serie en internet]. 2003 Abr [citado 28 Nov 2013]. Disponible en: <http://sexualidadplena.espacioblog.com/post/2006/05/20/anticonceptivos-tu-decides>
- 105.- Real academia española. Responsabilidad. Vigésima 2da ed. [serie en internet]. Disponible en: <http://definicion.de/responsabilidad/>
- 106.- Novelli F. La responsabilidad [monografía en internet]; [citado 2 Dic 2013]. [alrededor de 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos14/la-responsabilidad/la-responsabilidad.shtml>
107. Zas B. La prevención en salud. Algunos referentes conceptuales. [serie en internet]. [citado 2 Dic 2013]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml>
- 108.- Juárez DL. Conocimientos y Actitudes Sexuales en los Adolescentes de 14 – 19 años del Asentamiento Humano Víctor Raúl – Piura, 2011. [tesis para optar el título de licenciada en obstetricia]. Piura: Universidad Los Ángeles de Chimbote. 2011. disponible en: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/21766.pdf>
- 109.- Arenas F. Retórica, ciudadanía y educación: una aproximación aristotélica a la

democracia deliberativa. Veritas [serie en internet]. 2009 [citado 6 Dic 2013]; 4 (20): 127 – 151. Disponible en: [file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-RetoricaCiudadaniaYEducacion-2978407%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-RetoricaCiudadaniaYEducacion-2978407%20(1).pdf)

110.- Gonnet J. Reciprocidad, interacción y doble contingencia: una aproximación a lo social. CIECS [serie en internet]. 2011 Sep [citado 6 Dic 2013]; n°50. Disponible en: <http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/gonnet.pdf>

111.- Orzú M. Amor y familia: Guía práctica de educación y sexualidad, Ed. Palabra. [serie en internet]. 1998 [citado 6 Dic 2013]. págs. 32-36. Disponible en: http://encuentra.com/noviazgo_y_matrimonio/amor_y_sexualidad_14852/

112.- Massa L, Pat E, Keb F, Canto S, Chan C. La definición de amor y dependencia emocional en adolescentes de Mérida, Yucatán. [serie en internet]. 2011 [citado 7 Dic 2013]; (25): 176 – 193. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=40000>

113.- Marco conceptual para el desarrollo y la salud sexual de adolescentes y jóvenes. [serie en internet]. [citado 7 Dic 2013]. [alrededor de 4 pantallas]. Disponible en: www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-marconceptual.pdf

114.- Velasco M. Sexualidad y sida. [serie en internet]. [citado 10 Dic 2013]. Disponible en: <http://www.aids-sida.org/sexsida.htm>

115.- Méndez C. Sexualidad con naturalidad. [serie en internet]. 2011 [citado 10 Dic 2013]. Disponible en: <http://www.saborysalud.com/content/articles/189/1/Sexualidad-con-naturalidad/Page1.html>

116.- Salinas M. Hacia una sexualidad integral. [serie en internet]. [citado 15 Dic 2013]. [alrededor de 3 páginas]. Disponible en:
http://familiatec.itesm.mx/publicaciones/docs/boletin8/familia_presente.pdf

Anexo N° 01: Instrumento (Encuesta)



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 el nombre del encuestado 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.

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: Los labios mayores y menores, el clítoris, orificio 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		
6. ¿El glande es el extremo final (la punta) del pene?		
7. ¿Las trompas de Falopio unen al útero con la vagina?		
8. Una mujer puede quedar embarazada es en la mitad del ciclo menstrual +- 3 días		
9. El sexo es una conducta natural y por tanto las personas adultas y maduras necesitan aprender cómo hacerlo.		
RESPUESTA SEXUAL		
1. Las fases en la respuesta sexual son : excitación, meseta, orgasmo, , y resolución		
2. La vivencia de una sexualidad responsable tiene como elemento principal La autoafirmación personal (ejercer control sobre la vida sexual)		
3. Vivir una sexualidad responsable es tener conocimientos de ETS y VIH/SIDA , y métodos de planificación familiar		
4. Las actitudes y valores de los jóvenes son importantes en la vivencia de la sexualidad		
5. Son manifestaciones de madurez sexual: menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto, masturbación		
6. Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad		
7. El comportamiento sexual no coital abarca los : besos abrazos caricias, masturbación		
8. Es la propia persona quien controla su comportamiento sexual		

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL – VIH/SIDA		
1. 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, (transfusiones sanguíneas), relación coital, trasmisión de madre a hijo		
3. Un hombre puede infectarse con VIH si tiene coito con una sola mujer		
4. Usar dos 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 las persona infectada		
6. Las ITS son infecciones que se transmiten a través de las relaciones coitales		
7. Las ITS generalmente se adquiere a través de las relaciones coitales		
8. La sífilis, la gonorrea, el chancroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal. Son infecciones de transmisión sexual		
9. El uso de preservativo es seguro 100% para prevención de las ITS		
METODOS ANTICONCEPTIVOS COMO ALTERNATIVA DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO		
1. En su primera relación coital una mujer puede quedar embarazada		
2. Los métodos que una pareja utiliza para evitar hijos o demorar el próximo embarazo están divididos en métodos naturales y artificiales		
3. Sabes que la píldora, los inyectables, el DIU, son métodos anticonceptivos		
4. Para usar la T de cobre la chica debe ir al médico u obstetrix		
5. El método de abstinencia sexual consiste en la abstención de las relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer		
6. El preservativo es un método de planificación familiar		
7. Los métodos de barrera son: los preservativos masculinos y femeninos, los diafragmas, los espermicidas		
8. Los métodos hormonales son la píldora, los inyectables y el norplant.		
9. Los anticonceptivos para regular la fecundidad del adolescente son: el preservativo, el diafragma, las píldoras, los inyectables, el DIU.		

CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LOS ADOLESCENTES

- Heterosexual (de tu sexo opuesto)
- Homosexual (de tu mismo sexo)

- Bisexual (de ambos sexos)

Indicador	Respuesta	
	Definición operacional	codificación
Edad	Años:	
Edad de inicio de sus relaciones sexuales	Años:	
Género	Masculino	1
	Femenino	2
Religión	Católico	1
	Otras	2
	No creyente	3
Ocupación	Estudiante	1
	Trabaja	2
	Trabaja/estudia	3
	No trabaja /no estudia	4
	Ama de casa	5
Estado civil	Soltero	1
	Casado	2
	Conviviente	3
Tiene enamorado(a)	Si	1
	No	2
Se ha iniciado sexualmente	Si	1
	No	2

Opción sexual	Heterosexual	1
	Homosexual	2
	Bisexual	3

ACTITUDES

Ahora, te presentamos una serie de frases o afirmaciones sobre las cuales quisiera saber tu opinión.

Para lo cual me responderás:

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

ACTITUDES Y VALORES SEXUALES DEL ADOLESCENTE	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 consciente de que te expones a problemas de salud como: embarazo precoz, ITS /VIH/SIDA.					
6. Prevés y te preparas para enfrentar las consecuencias de tus actos: salir embarazada, adquirir ITS /VIH/SIDA.					
7. La conducta sexual de una persona es cosa suya y nadie debe hacer juicios de valor sobre ella.					
8. Una persona que va a tener una conducta coital, debe buscar información y consejos sobre anticoncepción.					

9. Las relaciones sexuales entre personas jóvenes es aceptable para mí, si hay afecto entre ellos y si ambos están de acuerdo.					
10. Hoy en día todos deben usar los preservativos para protegerse de ITS/VIH/SIDA					
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. No recibiste información porque simplemente no lo crees necesario					
3. Es fácil expresar tu opinión ante los demás					
4. Nuestro cuerpo nos pertenece , por ello solo yo soy la única responsable de mi integridad corporal					
5. Yo decido por el control de mi cuerpo (realizo deportes, busco espacios de distracción etc.)					
RESPECTO MUTUO Y RECIPROCIDAD					
1. Tú y tu pareja se consideran iguales					
2. 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					
1. Nunca Frecuentemente 2. A veces 5. Siempre 3. Regularmente 4.	1	2	3	4	5
SEXUALIDAD Y AMOR					
1. En una relación sexual debe haber amor de por medio					
2. Las relaciones coitales se dan casualmente					
3. La pérdida de la virginidad de la mujer antes del matrimonio no deber ser mal vista por la sociedad					
4. La relación sentimental que inicia una pareja debe ser relativamente estable					
5. 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. Las /os jóvenes que se masturban llevan a cabo una conducta normalmente saludable					
SEXUALIDAD COMO ALGO POSITIVO					
1. Tener relaciones sexuales es una decisión individual y voluntaria de la persona					
2. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista deseo sexual,					
3. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista amor					
4. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista respeto					
5. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista comunicación					
6. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista responsabilidad y cuidado					
7. Cuando decidimos tener relaciones sexuales debemos aceptar a nuestros sentimientos sin culpa ni vergüenza					
8. La sexualidad es compartida por esa razón debe ser cuidada por ambos protegiéndose y utilizando anticonceptivos					
9. Antes de tener relaciones sexuales debemos pensar si nos sentimos bien al hacerlo.					
10. Las mujeres 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 victimas						
--	--	--	--	--	--	--

**CONFIABILIDAD
TOTAL**

CONOCIMIENTO

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,862	35

ESTADÍSTICOS TOTAL-ELEMENTO

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Conoce los genitales externos de mujer.	18,719	48,877	,514	,855
La fecundación es el ingreso del espermatozoide al ovulo.	18,638	48,968	,522	,855
El embarazo comienza con la fecundación.	18,675	49,201	,473	,856
En el embarazo se dan las modificaciones anatómicas y fisiológicas.	18,730	49,319	,446	,856
Conoce los genitales externos del varón.	18,659	48,861	,532	,855
Conoce la denominación del extremo final del pene.	18,801	49,632	,393	,858
Las trompas de Falopio transportan el óvulo hacia el útero.	18,743	49,854	,364	,858
La mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual.	18,903	51,422	,143	,863
El sexo es natural y necesita ser aprendido.	18,751	50,277	,303	,860
Conoce las fases de la respuesta sexual humana.	18,746	49,220	,458	,856
La VSR tiene como elemento, la autoafirmación personal.	18,761	49,680	,390	,858

La VSR implica tener conocimientos de ITS/VIH/SIDA.	18,662	48,710	,555	,854
La VSR implica actitudes y valores.	18,651	49,018	,511	,855
Manifestaciones de Madurez sexual: menstruación, masturbación y acercamiento a jóvenes del sexo opuesto.	18,707	48,976	,501	,855
Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad.	18,724	50,396	,289	,860
Comportamiento no coital abarca besos, abrazos, caricias y masturbación.	18,759	50,308	,298	,860
La persona es quien controla su comportamiento sexual.	18,655	48,851	,536	,854
El SIDA es una enfermedad que amenaza la vida.	18,616	49,133	,508	,855
Conoce las 3 vías de contagio del VIH/SIDA.	18,631	49,002	,522	,855
Un hombre puede infectarse con VIH si tiene coito con una sola mujer.	18,877	52,572	-,020	,867
El usar preservativos convenientemente en una relación previene el SIDA.	18,761	50,269	,304	,860

El SIDA se contagia por abrazos, besos y contacto con persona infectada.	18,887	53,514	-,151	,870
Las ITS se transmiten a través de la relación coital.	18,752	49,650	,395	,858
Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas de ITS.	18,752	49,580	,405	,857
Conoce y nombra las enfermedades de transmisión sexual.	18,823	50,235	,309	,860
El uso del preservativo es 100% seguro en la prevención de ITS.	18,838	51,581	,118	,864
Una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual.	18,726	49,440	,429	,857
Los MAC pueden ser naturales y artificiales.	18,779	49,866	,362	,858
Sabe que píldoras, inyectables, DIU, son métodos anticonceptivos.	18,741	49,384	,435	,857
Para aplicarse la T de Cu la joven debe ir al médico u obstetrix.	18,705	49,377	,442	,857
La abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.	18,799	50,354	,291	,860
Utilizar el preservativo es un método de Planificación Familiar.	18,789	50,861	,219	,862

Los MAC de barrera son: los preservativos, el diafragma y espermicidas.	18,805	49,582	,403	,857
Los métodos hormonales son: la píldora, inyectable, norplant.	18,804	50,336	,294	,860
Los MAC para los adolescentes son: el preservativo, diafragma, píldoras, inyectables, DIU.	18,739	50,408	,244	,862

ACTITUDES

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,960	50

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
a1	165,37	1790,490	,545	,959
a2	165,52	1801,534	,488	,960
a3	165,25	1792,052	,534	,959
a4	165,30	1790,447	,539	,959
a5	165,60	1783,721	,518	,959
a6	165,85	1797,294	,424	,960
a7	165,55	1786,780	,524	,959
a8	165,27	1775,221	,630	,959

a9	165,44	1781,219	,575	,959
a10	165,19	1771,155	,650	,959
a11	165,21	1785,567	,567	,959
a12	165,98	1808,874	,352	,960
a13	165,21	1774,752	,649	,959
a14	165,53	1791,197	,507	,960
a15	165,56	1797,354	,427	,960
a16	166,89	1846,020	,071	,961
a17	165,26	1775,684	,606	,959
a18	165,54	1799,799	,403	,960
a19	165,63	1796,735	,489	,960
a20	165,25	1775,437	,631	,959
a21	165,06	1770,587	,682	,959
a22	165,79	1792,647	,467	,960
a23	165,62	1784,199	,531	,959
a24	165,61	1778,229	,598	,959
a25	165,43	1780,947	,593	,959
a26	165,44	1774,350	,535	,959
a27	165,54	1779,656	,584	,959

a28	165,63	1786,763	,539	,959
a29	165,59	1781,713	,594	,959
a30	165,62	1792,065	,480	,960
a31	165,21	1779,822	,596	,959
a32	166,20	1814,508	,336	,960
a33	165,71	1794,017	,471	,960
a34	165,42	1777,128	,631	,959
a35	165,54	1782,095	,552	,959
a36	165,40	1771,447	,674	,959
a37	165,29	1765,917	,697	,959
a38	165,72	1788,741	,542	,959
a39	166,29	1822,780	,263	,960
a40	165,50	1772,251	,606	,959
a41	165,39	1773,259	,647	,959
a42	165,28	1762,868	,721	,959
a43	165,22	1760,276	,741	,959
a44	165,23	1759,551	,737	,959
a45	165,23	1759,441	,742	,959
a46	165,44	1767,313	,684	,959
a47	165,41	1766,688	,687	,959
a48	165,33	1764,542	,709	,959
a49	165,73	1783,462	,562	,959
a50	165,55	1780,162	,567	,959