



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE
CHIMBOTE**

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

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES EN
LOS ADOLESCENTES DE 14 - 19 AÑOS DEL
ASENTAMIENTO HUMANO MICAELA BASTIDAS**

-PIURA 2012.

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

AUTORA:

YENI MARILU CASTILLO NEIRA

ASESORA:

OBST. FLOR DE MARÍA VÁSQUEZ SALDARRIAGA

PIURA - PERU

2015

Jurado evaluador de tesis

Mgtr. Obst. Anita Elizabeth Preciado Marchan
Presidente

Mgtr. Obst. Aurea Lucia Panta Boggio
Secretaria

Mgtr. Obst. Silvia Teresa Coronado Morales
Miembro

Agradecimientos

A Dios

Por estar conmigo en cada paso que doy, además de su infinita bondad y amor que me brinda.

A mis padres

Por su amor e incondicional apoyo y por sus esfuerzos para que yo pueda lograr ser una profesional, además por su motivación constante que me permitieron llegar hasta donde estoy.

A los pobladores del Asentamiento

Humano Micaela Bastidas- Piura

Porque me brindaron la confianza necesaria, para que sus hijos adolescentes puedan formar parte de esta investigación, y a los adolescentes por brindarme la información requerida con absoluta sinceridad.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo general, describir los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Micaela Bastidas – Piura 2012. Fue de tipo descriptivo y nivel cuantitativo, se planteó una muestra de 95 adolescentes de 14 a 19 años de una población de 257 adolescentes a quienes se les aplicó un cuestionario de conocimientos sexuales, características sociodemográficas y un test de actitudes sexuales; aplicando la técnica de la encuesta. Obteniéndose los siguientes resultados: El 52.63% de los adolescentes desconocen de manera global sobre su sexualidad, siendo las dimensiones menos conocidas Prevención de Infección de Transmisión Sexual – VIH/SIDA con un 69.47 %, Anatomía Y Fisiología Sexual Y Reproductiva con un 56.84%; así mismo, el 50.53% presenta actitudes sexuales desfavorables. Reflejándose con los mayores porcentajes autonomía igual que sexualidad y amor con un 66.32 % por igual de manera desfavorable, mientras tanto para respeto mutuo y reciprocidad el 47.37% resulto favorable. La edad predominante de los entrevistados fue de 19 años con un 24.21% y el 00.00 % ha iniciado su actividad sexual, la edad más frecuente del inicio de su primer coito fue a los 16 años con un 44.00 %. Finalmente, se concluye que: La mayoría de los adolescentes entrevistados no conocen sobre sexualidad y un porcentaje no tan bajo presentan actitudes desfavorables poniendo de alguna forma su vida sexual y reproductiva en riesgo.

Palabras claves: Actitudes, adolescentes, conocimientos y sexualidad.

Abstract

This research has the general objective, describe the knowledge and sexual attitudes of adolescents 14 to 19 years of human settlement Micaela Bastidas - Piura, 2012. Fue descriptive and quantitative level, a sample of 95 adolescents aged 14 raised 19 years of a population of 279 adolescents who were applied a questionnaire of sexual knowledge, sociodemographic characteristics and sexual attitudes test; applying the technique of the survey. With the following results: The 52.63% of teens globally known about their sexuality, being less known dimensions Prevention of Sexually Transmitted Infection - HIV / AIDS with a 69.47%, sexual and reproductive anatomy and physiology with 56.84%; Also, the 50.53% have unfavorable sexual attitudes. With the highest percentages reflected autonomy as sexuality and love with a 66.32% unfavorably alike, for the meantime mutual respect and reciprocity the 47.37% turned out favorable. The predominant age of the respondents was 19 years with a 24.21% and 00.00% initiated sexual activity, the most common age of onset of first intercourse was 16 years with a 44.00% .Finally, it is concluded that: Most respondents do not know about adolescent sexuality and not so small percentage have unfavorable attitudes somehow putting their sexual and reproductive lives at risk.

Keywords: Attitudes, adolescents, knowledge and sexuality.

Contenido

1.- Título de la tesis (carátula).....	i
2.- Hoja de jurado evaluador de tesis.....	ii
3.- Hoja de agradecimiento.....	iii
4.- Resumen y abstract.....	iv
5.- Contenido (índice).....	vi
6.- Índice de tablas, figuras y cuadros.....	vii
I. Introducción.....	1
II. Revisión de literatura.....	6
2.1 Antecedentes.....	6
2.2 Bases teóricas.....	14
2.3 Modelo conceptual de la investigación.....	26
III. Metodología.....	31
3.1 Tipo y nivel de investigación.....	31
3.2 Diseño de la investigación.....	31
3.3 Universo, población y muestra.....	32
3.4 Definición y operacionalización de las variables.....	33
3.5 Técnica e instrumentos.....	41
3.6 Plan de análisis.....	43
3.7 Principios éticos.....	46
IV. Resultados.....	47
4.1 Resultados.....	47
4.2 Análisis de resultados.....	67
V. Conclusiones.....	78
Referencias bibliográficas.....	114
Anexos.....	122

Índice de tablas

Tabla 1: Conocimiento sexual global.....	47
Tabla 2: Conocimientos sexuales según dimensión.....	48
Tabla 3: Conocimiento anatomía y fisiología sexual por ítems.....	49
Tabla 4: Conocimiento respuesta sexual por ítems.....	51
Tabla 5: Conocimiento prevención de ITS-VIH//SIDA por ítems.....	53
Tabla 6: Conocimiento metodología anticonceptiva como prevención del embarazo por ítems.....	55
Tabla 7: Actitudes sexuales en general.....	57
Tabla 8: Actitudes sexuales según dimensiones.....	58
Tabla 9: Características sociodemográficas y sexuales.....	60
Tabla 10: Valores del tamaño de la muestra, mínimo, máximo, media y desviación estándar de los resultados de la aplicación del cuestionario.....	66

Índice de figuras

Figura1: Gráfico de torta del conocimiento sexual global.....	47
Figura 2: Grafico de barras de conocimientos sexuales según dimensión.....	48
Figura 3: Gráfico de barras del conocimiento anatomía y fisiología sexual por ítems.....	50
Figura 4: Gráfico de barras del conocimiento respuesta sexual por ítems.....	52
Figura 5: Gráfico de barras del conocimiento prevención de ITS-VIH/SIDA por ítems.....	54
Figura 6: Gráfico de barras del conocimiento metodología anticonceptiva como prevención del embarazo por ítems.....	56
Figura 7: Gráfico de torta de las actitudes sexuales en general.....	57
Figura 8: Gráfico de barras de las actitudes sexuales según dimensiones.....	59
Figura 9.1.Gráfico de columna del porcentaje de investigados según su edad.....	61
Figura 9.2. Gráfico de torta del porcentaje de investigados según su sexo.....	62
Figura 9.3. Gráfico de columna del porcentaje de investigados según estado civil.....	62
Figura9.4. Gráfico de columna del porcentaje de investigados según su religión.....	63
Figura 9.5. Gráfico de columna del porcentaje de investigados según su ocupación.....	63
Figura 9.6. Gráfico torta del porcentaje de investigados según si tiene enamorado.....	64

Figura 9.7. Gráfico de torta del porcentaje de investigados según si tiene relaciones coitales.....	64
Figura 9.8. Gráfico de columna del porcentaje de investigados según edad de inicio de relación coital.....	65
Figura 9.9. Gráfico de columna del porcentaje de investigados según su opción sexual.....	65

Índice de cuadros

Cuadro 1: Visión de la adolescencia en las perspectivas teóricas.....	15
Cuadro 2: Vivencia de una sexualidad responsable.....	28
Cuadro 3: Matriz de operacionalización de la variable conocimientos sexuales.....	37
Cuadro 4: Matriz de operacionalización de la variable actitudes sexuales.....	38
Cuadro 5: Matriz de operacionalización de la variable características socio-demográficas.....	39
Cuadro 6: Matriz de operacionalización de la variable característica de control.....	40

I. Introducción

La adolescencia es una de las áreas de maduración menos patentes para los observadores. No hay signos externos o visibles para evidenciar lo que está sucediendo, como ocurre con el desarrollo físico. Sin embargo, en esta esfera se están produciendo cambios constantemente. Además, las alteraciones en la función intelectual tienen implicaciones para diversos compartimientos y actitudes. Estos cambios hacen posible el paso hacia la independencia del pensamiento y la acción, permiten desarrollar al joven una perspectiva temporal que incluye el futuro, facilitan el progreso hacia la madurez en las relaciones contribuyen al desarrollo de las destrezas de comunicación. (1)

Datos a nivel internacional muestran que la inversión continua en la prevención eficaz y estrategias de tratamiento es esencial para proteger la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Todos los adolescentes necesitan tener acceso a la calidad, los servicios prestados por los médicos capacitados para trabajar con esta población. Aunque se han hecho progresos desde la Conferencia Internacional de 1994 sobre la Población y el Desarrollo, los adolescentes siguen siendo una carga desproporcionada por las amenazas a su salud sexual y reproductiva. (2)

En el Perú un 13.5% de adolescentes son madres o están embarazadas (175.000), con marcadas brechas urbano-rurales, llegando a ser un 26% en adolescentes rurales, particularmente en la Selva; en Lima, un 7,6% de las adolescentes tienen educación; con 3% de adolescentes madres que tienen educación superior, 9% con educación secundaria y 27% con sólo primaria. De todas las mujeres peruanas que tuvieron un embarazo temprano, sólo un 7% tenía

educación superior, aunque no había diferencias entre las de educación primaria y secundaria completas. (3).

Por otro lado en Piura se han registrado 18 muertes maternas hasta la fecha, así lo manifestó la coordinadora regional de la estrategia de salud sexual y reproductiva de la DIRESA, Carmen Doris Panta, quien precisó que entre las fallecidas se encuentran 5 adolescentes entre 14 y 17 años. Además, mencionó que el 70% de los adolescentes piuranos no tienen información sobre cómo ejercer su sexualidad de manera responsable. Por su parte, el Dr. Fernando Maestre exhortó a las autoridades de la zona a desarrollar un plan estratégico para disminuir el embarazo adolescente y el contagio de enfermedades de transmisión sexual a temprana edad. (4)

El Asentamiento Humano Micaela Bastidas ubicado en el sector oeste , con un aproximado de 257 adolescentes; quienes debido a la información errónea que tienen con respecto a su sexualidad, estos viven su sexualidad con libertinaje es por ello que se presentan varios casos de adolescentes que ya son madres; a esto también le contribuye la falta de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, se debe por la falta de información sobre salud sexual y todo lo que esto implica, en sus colegios e incluso en sus hogares y en la misma comunidad. (5)

Por lo tanto frente a la situación problemática se plantea la siguiente interrogante:

¿Qué Conocimientos y Actitudes sexuales tienen los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Micaela Bastidas - Piura 2012. ?

Para dar respuesta al problema, se ha planteado el siguiente objetivo general:

Describir los conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes del Asentamiento Humano Micaela Bastidas - Piura 2012.

Para poder conseguir el objetivo general, se han planteado los siguientes objetivos específicos: (a) describir el conocimiento general sobre sexualidad en adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Micaela Bastidas - Piura 2012,(b) describir el conocimiento hacia la sexualidad en las dimensiones de Anatomía y fisiología sexual y reproductiva ,ciclo de respuesta sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, metodología anticonceptiva como prevención del embarazo, en los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Micaela Bastidas - Piura 2012,(c) determinar los ítems menos conocidos por cada dimensión en los Adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Micaela Bastidas - Piura 2012, (d) identificar las actitudes globales hacia la sexualidad de los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Micaela Bastidas - Piura 2012, (e) identificar las actitudes hacia la sexualidad en las dimensiones : Responsabilidad y prevención del riesgo sexual, libertad para decidir y actuar, autonomía, respeto mutuo y reciprocidad, sexualidad y amor, sexualidad como algo positivo de los adolescentes de 14 a 19 años Asentamiento Humano Micaela Bastidas - Piura 2012. ,(f) describir las características socio demográficas y prácticas sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Micaela Bastidas - Piura 2012.

Finalmente la investigación se justifica; porque se ha demostrado que los embarazos no planeados así como el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el SIDA, representan un grave problema de salud a nivel mundial. El embarazo no planeado en la adolescencia, se asocia con conductas

tales como el inicio temprano de relaciones sexuales y el uso inconsistente de métodos anticonceptivos incluyendo el condón. (6)

En casi todo el mundo, la mayoría de los jóvenes inician su actividad sexual durante la adolescencia. Anualmente, ocurren en el mundo 10.5% de embarazos en mujeres entre las edades de 15 a 19 años. Por otro lado, la OMS manifiesta una gran preocupación por el marcado aumento en el número de ITS entre adolescentes; calculan que cada año, el 15% del total de adolescentes a nivel mundial, contrae una ITS. Asimismo se estima que 560,000 jóvenes a nivel mundial, entre los 15 y 24 años, viven con VIH/SIDA. (6)

Este estudio brindara información sobre sexualidad para que se pueda lograr realizar estrategias por medio de campañas, educación, programas radiales y atención integral para el cuidado en salud sexual y reproductiva en los adolescentes del Asentamiento Humano Micaela Bastidas de Piura. De aquí partiremos para preocuparnos. un poco más sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, con el fin de lograr dar un cambio drástico a este problema y así poder ayudar a que el adolescente viva una sexualidad segura, sin complicaciones, llegando a mejorar las condiciones de vida de los y las adolescentes.

Con la ayuda de esta información se lograra tomar decisiones como promover información sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes, esto funcionara como una estrategia para que haya un auto cuidado de salud sexual y reproductiva en el adolescente.

Por lo tanto, esta investigación, buscará entablar acuerdos con el P.S I-2 Micaela Bastidas para trabajar en coordinación con las I.E de esta localidad, esto

será con el fin de dar a conocer temas sobre sexualidad; así mismo en la comunidad se buscará crear grupos juveniles teniendo como propósito realizar talleres de aprendizaje sobre temas de sexualidad, donde el adolescente interactúe con la sociedad sin mostrar miedos, ni temores. Además crear un ambiente donde se brinde orientación a los adolescentes de este Asentamiento Humano para saber cómo actuar frente a una difícil situación, tomando conciencia de sus actos.

En la investigación se utilizó un diseño no experimental de corte transversal y de tipo descriptivo, nivel cuantitativo, el muestreo fue no probabilístico por cuotas, se ejecutó en una muestra de 95 adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Micaela Bastidas -Piura 2012.; a quienes se les aplicó un cuestionario para conocimiento y una escala tipo Likert para medir las actitudes, previamente validados.

Obteniendo los siguientes resultados que el 52.63% de la muestra en estudio desconoce sobre sexualidad; siendo el ítem menos conocido Prevención de enfermedades de transmisión sexual con un 69.47%; al evaluar el tema de actitudes sexuales se obtiene que un 50.53% demostró actitudes desfavorables, en tanto el ítem menos conocido fue la dimensión de Autonomía con un 66.32% al igual que la dimensión de sexualidad y amor como algo positivo, acerca de características sociodemográficas el 24.21% de los adolescentes tenían 19 años, de los cuales un 63.16% son adolescentes de sexo masculino, de religión católica con 83.16%. finalmente se dice que el 83.16% de estos adolescentes ha iniciado una relación coital teniendo como edad de inicio los 16 años con un 44.00%.

II. Revisión de la literatura

2.1. Antecedentes

García (7), en su estudio: *Comportamiento de la sexualidad en adolescentes del Área de Salud de Mulgoba- Cuba, 2006*, se obtuvieron como resultado que, el 50% de los adolescentes de entre 15 y 19 años tiene vida sexual activa, más de la mitad de nuestros adolescentes estudiados 69.8%, tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años, siendo el sexo masculino el de mayor porcentaje, con 86.2%. En el caso de las mujeres, se observó que el 51.8% tuvo su primera relación sexual después de los 15 años. Es importante tener en cuenta que, para esta sociedad, el arribo a los 15 años de una muchacha es un acontecimiento de gran significación personal, familiar y social, por lo que este acontecimiento pudiera estar influyendo en el control de la conducta sexual del sexo femenino. .

Teniendo en cuenta la inestabilidad como uno de los rasgos sobresalientes en la personalidad del adolescente, vemos que ésta también se manifiesta en la esfera de sus relaciones sexuales, por lo que, durante este corto período establecen un número significativo de relaciones amorosas. En el estudio, se puede ver que más de la tercera parte 36.5% y 39.7% había tenido 3 o más parejas desde que comenzaron su vida sexual activa, destacándose el sexo masculino con 30.6% y 69.4%.

Libreros et al. Realizaron un estudio denominado *conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa- Venezuela* , en el periodo 2008, donde se evidencia que el 60% de los adolescentes, tienen nivel de desconocimiento regular sobre: Diferencia de órganos Sexuales del Varón, respecto a quien transporta el ovulo hacia el útero el

41.36% mostró desconocimiento. Sin embargo sobre el ítems, la mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual 80% de los adolescentes desconocen. Además, señalaron que la población adolescente representa un porcentaje considerable de la población total, siendo un grupo vulnerable a factores de riesgo como los embarazos no deseados, las ITS y los conflictos familiares y sociales, debido a la falta o inadecuada información sobre sexualidad humana; como lo reflejan los resultados obtenidos en esta investigación donde el 62,69% de los adolescentes encuestados reportaron un nivel de conocimientos regular sobre las ITS, sin diferencias estadísticamente significativas entre los sexos (8).

Cuellar et al. Realizaron un estudio denominado *uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de la institución educativa distrital de Bogotá – Colombia, 2008*, la muestra estuvo conformada por 63 alumnos de la institución educativa que pertenece a los grados decimo y once (edades entre 14-19 años) En cuanto al porcentaje de hombres que usan métodos anticonceptivos, no se encontró información específica puesto que la utilización de los distintos métodos pone en manifiesto que toda la responsabilidad recae en la mujer sin involucrar de forma activa al hombre en este estudio se identificó que el porcentaje más elevado en adolescentes que usan métodos anticonceptivos es en la mujer con un 44.44% en relación con los hombres que es de un 25.40% (9)

Gutiérrez (10), en su estudio *Sexualidad de insegura en adolescentes colombianos en Barranquilla, 2009*, quien determinó que con relación a la actitud sexual el 60% de sus actitudes son desfavorables. Al igual que en las dimensiones en donde el 60% de los adolescentes reportaron actitudes desfavorable referidas a su autonomía, respeto mutuo y reciprocidad con un

58,60%, seguido de sexualidad y amor con el 53,45 % muestra actitudes desfavorables; mientras que el 47,67% con sexualidad como algo positivo. Además de las dimensiones libertad para decidir y actuar, responsabilidad y prevención del riesgo sexual con un 46% y 45,45% respectivamente el 38.33% actitudes sexuales desfavorables, que los conlleva a comportamientos y situaciones de riesgo, solo un 31.67% de adolescentes, tuvieron una actitud hacia su sexualidad favorable, viven una sexualidad responsable y segura. El 63.33% habían iniciado su actividad sexual en ambos sexos.

Guerrera et al. Realizaron un estudio denominado *Intervención educativa para elevar conocimientos sobre las ITS/VIH/SIDA en jóvenes - Camagüey 2009*, con respecto al inicio de las relaciones sexuales, se observó un inicio precoz entre los 12-14 años con un 63.6%, (128 estudiantes); de los cuales el 75.4% (43 estudiantes) eran del sexo masculino con respecto al 59% (85 estudiantes) correspondiente al sexo femenino. Teniendo en cuenta los conocimientos sobre las ITS/VIH/SIDA en los jóvenes objeto de estudio, existió un incremento en el nivel de conocimientos sobre las infecciones, fundamentalmente en la pediculosis pubis donde el 16.91% (34 estudiantes) en la primera encuesta la conocían y posteriormente en la segunda ascendió al 93.5% (187 estudiantes). En cuanto a las formas de transmisión del VIH se encontró que 197 estudiantes 98% consideraron las relaciones sexuales vaginales como forma de transmisión sexual en la primera encuesta; ascendiendo a un 100% en la segunda. Otras vías por las que se transmite el VIH fueron señaladas, como la vía anal por 133 estudiantes (66.16%) y la vía buco vaginal por 113 estudiantes 56.21% en la primera

encuesta, conocimientos que ascendieron luego de las intervenciones educativas y aplicar la segunda encuesta al 97.61% y 98% respectivamente.

Con respecto al conocimiento sobre las formas para protegerse de las ITS/VIH /SIDA encontraron que el nivel de conocimientos sobre el uso del condón como medio de protección era conocido por 159 estudiantes (79.10%). Posteriormente a las intervenciones y aplicar la segunda encuesta los conocimientos ascendieron al 100% en la totalidad de la muestra (11).

Soto (12), realizó una investigación sobre *Factores asociados al no uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo, 2006*, determino el inicio de relaciones sexuales y el uso del condón de esta ciudad, en el cual se encuestó un total de 393 personas, 197 varones y 196 mujeres, de los cuales 171 fueron adolescentes y 222 adultos jóvenes. Según estado civil, los encuestados fueron solteros en 68,7%, convivientes en 19,6% y casados 11,7%.

El resultado que se obtuvo fue que el uso del condón no fue considerado, en la primera relación sexual, en 56% del total de encuestados; fue mayor en las mujeres (70,4%) que en los varones (46,9%), siendo el uso más frecuente y consistente en los varones (42%).

La edad de iniciación coital fue en mediana 15,5 años en varones y 16,5 años en mujeres. Estos datos concuerdan con los estudios realizados en colegios y universidades de Chiclayo, como también en Lima, en donde los varones adolescentes se inician entre los 14 y 16 años y las mujeres entre 15 y 17 años. Ello confirma que, en nuestro medio, los varones se inician en general a edades

más precoces que las mujeres, condicionados probablemente por las presiones del medio social, que incluye los amigos y familiares.

Catacora et al. Realizaron un estudio titulado *Conocimientos sobre VIH/SIDA y prácticas sexuales de escolares de Tacna, 2007*, el universo lo constituyeron 9397 escolares de 29 instituciones educativas, 14 nacionales con 8245 alumnos distribuidos en 229 aulas y, 15 privadas con 1152 escolares en 47 aulas. El tamaño de la muestra calculado fue de 399 escolares, siendo los resultados los siguientes: los hombres tuvieron mayor conocimiento que las mujeres sobre el VIH/SIDA, particularmente en relación al uso del condón para evitar el contagio de la infección. Por otro lado, el 84,7% saben correctamente que el VIH/SIDA se transmite por el intercambio de jeringas y, alrededor del 46% conocen que para evitar infección a través del sexo, deben abstenerse o mantener una relación con una sola pareja. No se encontraron diferencias entre las fuentes de información sobre VIH/SIDA según sexo, los escolares manifestaron haber recibido información sobre VIH/SIDA a través de sus profesores 62,2%, seguido de sus parientes con 27,8% y trabajadores de salud con 24,6%. Cabe resaltar que el 7%, refirieron no haber recibido información sobre el VIH/SIDA.

Respecto a las prácticas sexuales uno de cada tres varones 34,7% refirió haber tenido relaciones sexuales a diferencia de una de cada doce 8,5% mujeres. El promedio de edad de inicio fue de 14,5 años en los hombres y 15,4 años en las 20 mujeres, el caso más precoz fue a los 10 años en los varones y a los 13 en las mujeres. La prevalencia de uso de condón en todas sus relaciones sexuales fue de 41,3%; por otro lado, el 40,7% manifestó no haber usado preservativos en sus relaciones sexuales (13)

Salas et al. Realizaron una investigación titulada *conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito del agustino - Lima, 2007*, donde se aplicó un cuestionario a adolescentes hombres y mujeres (n=1109), indagando acerca de conocimientos de planificación familiar, métodos anticonceptivos y usos; infecciones de transmisión sexual, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar con los padres acerca de sexualidad. Se reveló conocimientos sobre sexualidad calificados como malo en un 50% (n=632) y muy malo 15.5% (n=172). El inicio de la vida sexual activa fue 17.9% (n=199), con una edad promedio de 14.5 años, de los cuales el 83% (n=165) han tenido relaciones sexuales de riesgo (14).

Salazar (15), realizó una investigación titulada *conocimiento y actitudes de Estudiantes adolescentes de zonas urbanas de Las ciudades de cusco, 2007*, demostraron que el 100% de los adolescentes entrevistados tiene un nivel de conocimiento bajo, Según las actitudes sexuales, mientras que el resto de la población en dicho estudio manifestó actitudes desfavorables con el 69%; mientras que las actitudes favorables se manifestaron en un 31%, siendo esta población adolescentes encuestados heterosexuales.

Jerónimo et al. Realizaron un trabajo de investigación titulado *Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria en la ciudad de Ica, 2009*, en el cual, 50,5% (247) de los encuestados fueron de sexo femenino encontrándose una media de 15,61. El 49,5% (242) del total de la muestra fueron de sexo masculino con una media de 15,81. El 47,6% de los estudiantes señaló que la persona con quien habla de sexo eran los padres. 34,6% señaló que la

fuente de información primaria sobre sexualidad era la madre y el profesor 28,6%. El 72,2% perciben que su conocimiento sobre sexualidad es regular y 90,0% que conoce los métodos anticonceptivos. El 93,5% está predispuesto a usarlos en una relación sexual, siendo el condón el método que más se usaría 62,4%. El 61% de los estudiantes manifestaron tener enamorado(a); 27% refirieron haber tenido ya relaciones coitales (132). De ellos un 76,5% usan condón en sus relaciones sexuales, 47% refiere dificultad en su uso (16).

Arismendiz (17), realizaron un estudio titulado *Conocimientos y Actitudes Sexuales en los Adolescentes de 14-19 años del Barrio El Porvenir del Distrito de Bellavista – Sullana, 2010*, reportó acerca del conocimiento sobre sexualidad, que el 35% de encuestados tiene un conocimiento sexual alto, Respecto al conocimiento de su sexualidad en su dimensión biológica, los adolescentes tienen un conocimiento bueno equivalente al 54.3 % y mientras que el 12.4% desconocen a cerca de los cambios fisiológicos que ocurren tanto en la adolescencia femenina como masculina. En relación a la masturbación, está presente en el 62.7% de adolescentes, un 57.8% afirma que sostienen relaciones coitales, 22% desconocen los roles sexuales, y el embarazo lo cual predispone a tomar conductas de riesgo.

García (18), realizó un estudio titulado *Conocimientos y Actitudes Sexuales en los Adolescentes de 14-19 años del AA. HH. Los Jardines del Distrito de Sechura – Piura 2010*, 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 Actitudes frente a la sexualidad reportó que la mayoría de los adolescentes en estudio presentaron actitudes sexuales desfavorables en un 86%, que conllevan a malos comportamientos y situaciones que ponen en riesgo su sexualidad; y solo el 14% presentaron actitudes sexuales favorables.

Mory (19), realizó un estudio titulado *Conocimientos y Actitudes Sexuales en los Adolescentes de 14-19 años del AA. HH. Talarita del Distrito de Castilla – Piura*, 2010, se evidenció que un 56.6% de los adolescentes entrevistados tienen un nivel alto de desconocimiento general acerca de sexualidad. En cuanto al nivel de conocimientos según sus dimensiones: sobre anatomía y fisiología sexual y reproductiva, según ítems explorados se aprecia que 93,4% refieren no conocer que el embarazo comienza con la fecundación, también el 94,7% de adolescentes no conoce cuando se produce la fecundación y un 94.7% desconoce los genitales externos masculinos y femeninos; en cuanto a conocimientos sobre ciclo de respuesta sexual humana, en los ítems evaluados se aprecia que un 63,2% desconoce que los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad; sobre el 93,4% desconoce las fases de respuesta sexual y un 6,6% las conoce y 14,5% sabe lo que abarca el comportamiento sexual.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Visión de la adolescencia en las perspectivas teóricas

Desde que el hombre tomó conciencia de las diferencias individuales ha insistido en estudiar el desarrollo de su vida a través de las experiencias que vive. Este estudio ha generado una gran diversidad de teorías del desarrollo que tratan de explicar de manera sencilla las etapas por las que pasa el ser humano a través de su vida. Varios teóricos se dieron a la tarea de clasificar el comportamiento humano en diferentes etapas del desarrollo desde diferentes perspectivas de la vida. De este esfuerzo por categorizar el desarrollo se han establecido las teorías más conocidas hoy día, entre ellas se encuentran las siguientes perspectivas: perspectiva psicoanalítica; Perspectiva social; Perspectiva cognoscitiva; Perspectiva moral .Se debe tomar en consideración que no son las únicas perspectivas del desarrollo humano existentes. Pero, son éstas las más conocidas a nivel mundial (20, 21,22).

Cada teoría tiene una visión particular sobre la adolescencia y el comportamiento de las personas que pasan por esta etapa de la vida. Los teóricos han tomado su tiempo en considerar a la adolescencia en sus estudios. Los mismos han dedicado sus esfuerzos en determinar cuáles son las características más predominantes en esta etapa del desarrollo y cada uno de ellos tiene sus propios estatutos al respecto. Tomando en cuenta las perspectivas antes mencionadas la siguiente tabla muestra de manera sencilla las relaciones que cada una de ellas expone y si utiliza o no etapas como método de medición para establecer patrones de conductas, se presenta el resumen en el cuadro N° 1

CUADRO 1

Visión de la adolescencia en las perspectivas teóricas.

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 pos convencional)
Teoría razonamiento moral de Hostos	Uso de la razón mediante la inducción.	Sí (infantil, adolescencia, juvenil y adultez)
Teoría motivacional o de jerarquía de necesidades de Maslow	Cambios físicos, búsqueda del yo, despertar de la sexualidad, pensamiento abstracto y razonamiento.	No (Cree en el desarrollo de las potencialidades mediante el alcance de metas)

2.2.1.1 La Adolescencia: aspectos biológicos, psicológicos y sociales

El desarrollo humano se entiende como una sucesión evolutiva de “momentos” por donde el individuo va transitando, inmerso en un proceso histórico dinámico y a menudo contradictorio. Todo desarrollo humano se realiza en la interdependencia de dos procesos, uno de maduración y otro de mutación o cambio. El primero lleva al segundo y el paso entre ambos corresponde a lo que comúnmente se denomina “crisis”. Éstas, también denominadas estadios o etapas, son a la vez liberadoras y generadoras de conflicto y angustia. Una de estas etapas es la adolescencia período de transición entre la pubertad y el estadio adulto (23).

La palabra Adolescencia deriva del latín “adolescere”, que nos remite al verbo adolecer y que en lengua castellana tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y crecer, Sin embargo cabe mencionar que en nuestra cultura es considerada simplemente como una fase de notables cambios en cuanto al cuerpo, a los sentimientos y sensaciones o como una etapa 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, son algunos de los factores que influyen en los hábitos, costumbres y formas de vida de la adolescencia y juventud.. Así pues, la adolescencia puede variar en las diferentes sociedades y épocas (24).

2.2.1.2 Proceso de la Adolescencia: Etapas evolutivas

La adolescencia ha de ser entendida, pues, como un proceso universal de cambio, de desprendimiento que se teñirá con connotaciones externas, peculiares de cada cultura, que la favorecerán o dificultarán según las circunstancias. El /la adolescente se encuentra en la búsqueda de su identidad adulta, y en su recorrido se ve obligado a renunciar a su identidad de niño/a. En este recorrido la *sexualidad* tiene un papel esencial. El ser humano nace sexuado biológicamente, pero su sexualidad se irá construyendo a lo largo de toda la vida y se mostrará de diferentes maneras en cada edad o momento de su evolución (28).

En todo este proceso el/la adolescente necesita de la familia y de la sociedad. Si la familia y la sociedad acogen y consideran sus cambios, el/la adolescente hace su recorrido con mayor tranquilidad, aceptación y seguridad. Caso contrario, el/la adolescente esconde su cuerpo, se encierra en sí mismo o bien “actúa” para llamar la atención, exponiéndose a riesgos innecesarios. El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define adolescencia como “la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo”. Así su comienzo tiene lugar con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando cesa el crecimiento somático (25).

Por otro lado la organización mundial de la salud (OMS) la delimita cronológicamente entre los 10 y 19 años, aunque actualmente diferencia tres períodos, que la extienden hasta los 24 años.

Existen otras descripciones cronológicas distintas, según sean establecidas por psicólogos, sociólogos, endocrinólogos o neurólogos. Para los fines del presente estudio nos centraremos y profundizaremos en una de las etapas a fin con

la investigación planteada, nos referimos a la etapa de la “Adolescencia propiamente dicha”.

La Adolescencia propiamente dicha:

a. Desarrollo Cognoscitivo: La adolescencia es la etapa donde madura el pensamiento lógico formal. Así su pensamiento es más objetivo y racional. El adolescente empieza a pensar abstrayendo de las circunstancias presentes, y a elaborar teorías de todas las cosas (26).

La adolescencia es también la edad de la fantasía, sueña con los ojos abiertos ya que el mundo real no ofrece bastante campo ni proporciona suficiente materia a las desmedidas apetencias de sentir y así se refugia en un mundo fantasmagórico donde se mueve a sus anchas. Es también la edad de los ideales. Aunque estos hechos no afecta a todos los adolescentes Depende de la formación recibida (27,28).

b. Desarrollo motivacional: Según cita a Schneiders, quien refiere que, en el adolescente sobresalen los siguientes motivos: Necesidad de seguridad, Necesidad de independencia, Necesidad de experiencia, Necesidad de integración (de identidad), Necesidad de afecto (25,27)

c. Desarrollo afectivo: Es difícil establecer si la adolescencia es o no un periodo de mayor inestabilidad emotiva. Pero nada impide reconocer la riqueza emotiva de la vida del adolescente y su originalidad. La sensibilidad avanza en intensidad, amplitud y profundidad, el adolescente es variado en su humor (26).

d. Desarrollo social: Tanto el desarrollo cognoscitivo, como el motivacional y afectivo agilizan el proceso de socialización. El adolescente tiene en su comportamiento social algunas tendencias que conviene reseñar (29).

A medida que crece, son mayores y más variadas sus experiencias sociales, este mayor contacto con la sociedad favorece un conocimiento más real de la sociedad tiene mayor conciencia de los demás, así como una progresiva conciencia de pertenencia a una clase social. Otras tendencias importantes son la madurez de la adaptación heterosexual, la búsqueda de status en el grupo de compañeros de la misma edad y la emancipación de la familia. En esta época aparecen rivalidades y luchas para obtener el poder y ejercerlo sobre los demás. Prueba sus fuerzas físicas y así se convierte en agresivo, lo que se manifiesta con ciertos actos exteriores (se golpean unos a otros), palabras agresivas (se insultan), manifestaciones reprimidas y ocultas, agresividad contra sí mismos, agresividad contra las cosas (27).

La situación del adolescente frente a la familia es ambivalente: Por una parte está la emancipación progresiva de la familia, lo que implica un riesgo y por otra, el adolescente percibe que su familia es fuente de seguridad y ayuda, con miedo a perderla.

e. Desarrollo sexual: La sexualidad del adolescente no es sólo un fenómeno psico - fisiológico, sino también socio – cultural. Los valores, costumbres y controles sexuales de la sociedad en que vive el adolescente determinan en gran parte su actitud y comportamiento psicosexual (26). 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.

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.

f. Desarrollo moral: la moral para los adolescentes no es una exposición de principios, ni un conjunto de convenciones sociales; es, ante todo, un comprometer todo su ser a la búsqueda de la imagen ideal de sí mismo, donde pone a prueba la fuerza de la voluntad, la solidez de las posibilidades y cualidades personales (26).

g. Desarrollo religioso: en la adolescencia se pone en movimiento exigencias particulares como el encuadramiento del propio yo en un mundo que tiene un sentido absoluto; estas exigencias hallan respuesta sólo en una específica dimensión religiosa. En esta edad, lo trascendente son afirmados como tales. Sin duda que para esto influye la educación dada por los padres, la ecuación de la escuela y el medio ambiente. El grupo de compromiso en la fe ahonda la religiosidad del adolescente y lo abre a los demás (29,30).

2.2.2. Bases teóricas de la Sexualidad

La sexualidad es una función básica del ser humano, esta comienza a los tres o cuatro años de edad y se establece definitivamente durante la adolescencia. Los diferentes cambios físicos y psicológicos que ocurren en esta etapa pueden tener un gran impacto en el comienzo de la sexualidad y las vidas reproductivas de los adolescentes de ambos sexos. Es importante entender las respuestas de los y las adolescentes a estos cambios para poder identificar el comienzo de las necesidades de salud reproductiva y proporcionarles servicios satisfactorios (2). Aquí mencionamos las principales teorías de la sexualidad.

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

relación con ella (33,34). Esta teoría también sostiene que la determinación del género está condicionada por los modelos personales y las influencias socio ambientales a los que el niño se halla expuesto. En los primeros años de vida los modelos a observar e imitar son ante todo los padres. (30, 31,32).

b) Teoría Cognitivo-Evolutiva: según este punto de vista, el desarrollo de género corre paralelo al progreso intelectual del niño (34). Los niños de muy corta edad tienen una visión exageradamente simplificada del género, equivalente a una estimación no menos estereotipada del mundo en general ya que hasta antes de los 5 años ellos no comprenden que el género es una constante y sólo entonces están en condiciones de configurar una sólida identidad de género (30).

c) La interacción biosocial: muchos estudiosos contemplan el surgimiento de la incipiente identidad de género como una sucesión de influencias recíprocas entre los factores biológicos y los psicosociales. En otras palabras, la programación genética en la fase prenatal, los elementos, psicológicos y las reglas sociales influyen a un tiempo en las pautas futuras que el recién nacido desarrolla durante la niñez y la adolescencia. Money y su equipo estiman que los factores que más influyen en la formación del género no son de origen biológico, sino fruto del aprendizaje cultural (36).

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

Desde el enfoque psicobiológico: El concepto de "sexualidad" sería una "construcción cultural". Correspondería a la amalgama subjetiva del comportamiento erótico y la problemática de reproducción. La característica neurobiológica que explicaría la aparición de este fenómeno cultural sería el extremo desarrollo en el ser humano del neocórtex, estructura que es la sede de las funciones intelectuales superiores (34).

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 (34).

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

2.2.3. Bases Teóricas de la Actitud

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

2.2.3.1- Principales Teorías

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

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

c. Teoría de la disonancia cognitiva: Festinger sostiene que siempre que tenemos dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, estamos en un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo. Esto hace que nos sintamos incómodos psicológicamente y por eso hemos de hacer algo para disminuir esta disonancia. Otras situaciones serían aquellas en las que hacemos algo contrario a nuestras creencias más firmes sobre lo que es correcto y apropiado (29).

2.2.3.2. Perspectiva de la actitud

Una actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente. También se define como las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí (30).

Las actitudes son aprendidas en consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Siempre estas son dirigidas hacia un objeto o idea particular (29,31).

Una vez formada, es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen. En efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después. Otras se aprenden de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa ante el robo y el homicidio; por último otras dependen directamente del individuo (29,31).

2.2.3. Teoría del Conocimiento

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

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

conciencias individuales por medio de referentes que provienen de los modos de apropiación de lo real.

a. El Conocimiento Humano: desde el enfoque epistemológico, el conocimiento es un acto que significa averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Es importante distinguir entonces que la naturaleza y los acontecimientos que en ella suceden, así como el conjunto de hechos y objetos y sus relaciones dadas en el mundo, tienen la posibilidad de ser averiguadas e identificadas por nuestro procesador principal de información: el cerebro. Pero nuestro almacén y procesador de información operan limitadamente y no desde un cálculo total (34).

b. Análisis y Enfoques del Conocimiento Humano: cada vez que se estudia un tema tan complejo como es el del conocimiento, muchas veces hay que desmenuzar sus partes integrantes con el fin de comprenderlas, aun sabiendo que aquel funciona, vitalmente, como un todo. Podemos analizar su funcionamiento o funcionalidad, sus productos (conductas mentales y sus consecuencias), alguna de sus partes en particular o también la finalidad del conocimiento y su continuismo adaptativo.

Estos niveles de análisis también pueden ofertarse como conocimientos cotidianos, conocimientos científicos, conocimientos experienciales, etc. O puede ocurrir que los niveles analíticos se establezcan en orden a las estructuras a analizar: lingüísticas, fisiológicas, cognitivas, sociales, económicas, políticas, etc. Sugere nos parece el concepto de enfoque, que focaliza su sistema analítico y realiza operaciones e hipótesis de trabajo sobre esquemas mentales complejos de representación de la realidad. 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 enfoques (35) estructural, el Enfoque Conexionista, Enfoque integral, Enfoque procedimental, Enfoque procesal, Enfoque relacional, Enfoque asociacionista, Enfoque dinámico, entre otros.

Sin embargo para el presente estudio del conocimiento sobre sexualidad del adolescente partimos del Enfoque constructivista, la cual asegura que el individuo es un agente activo a la hora de codificar, elaborar o transferir información; luego reconstruye' cognitivamente el mundo, haciendo sus propias teorías acerca del mismo, generando hipótesis y siguiendo cursos de acción particulares.

2.3 Modelo conceptual de la investigación

El modelo conceptual de la Investigación considerado para la presente estudio y vista la sexualidad en la diversidad de enfoques tiene múltiples abordajes desde las diferentes perspectivas, una de ellas es la trabajada por el Centro de Consultoría y Asesoría del Adolescente. De Colombia, la misma que nos servirá de modelo para realizar el estudio en los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Micaela Bastidas - Piura, 2012. (Ver cuadro N° 2) Desde la nueva educación sexual se propone enseñar que "la sexualidad es algo maravilloso que merece vivirse, no de cualquier forma, sino de manera responsable". Los criterios que se proponen para vivir una sexualidad en forma responsable son:

- La persona se hace cargo de los propios actos y decisiones.

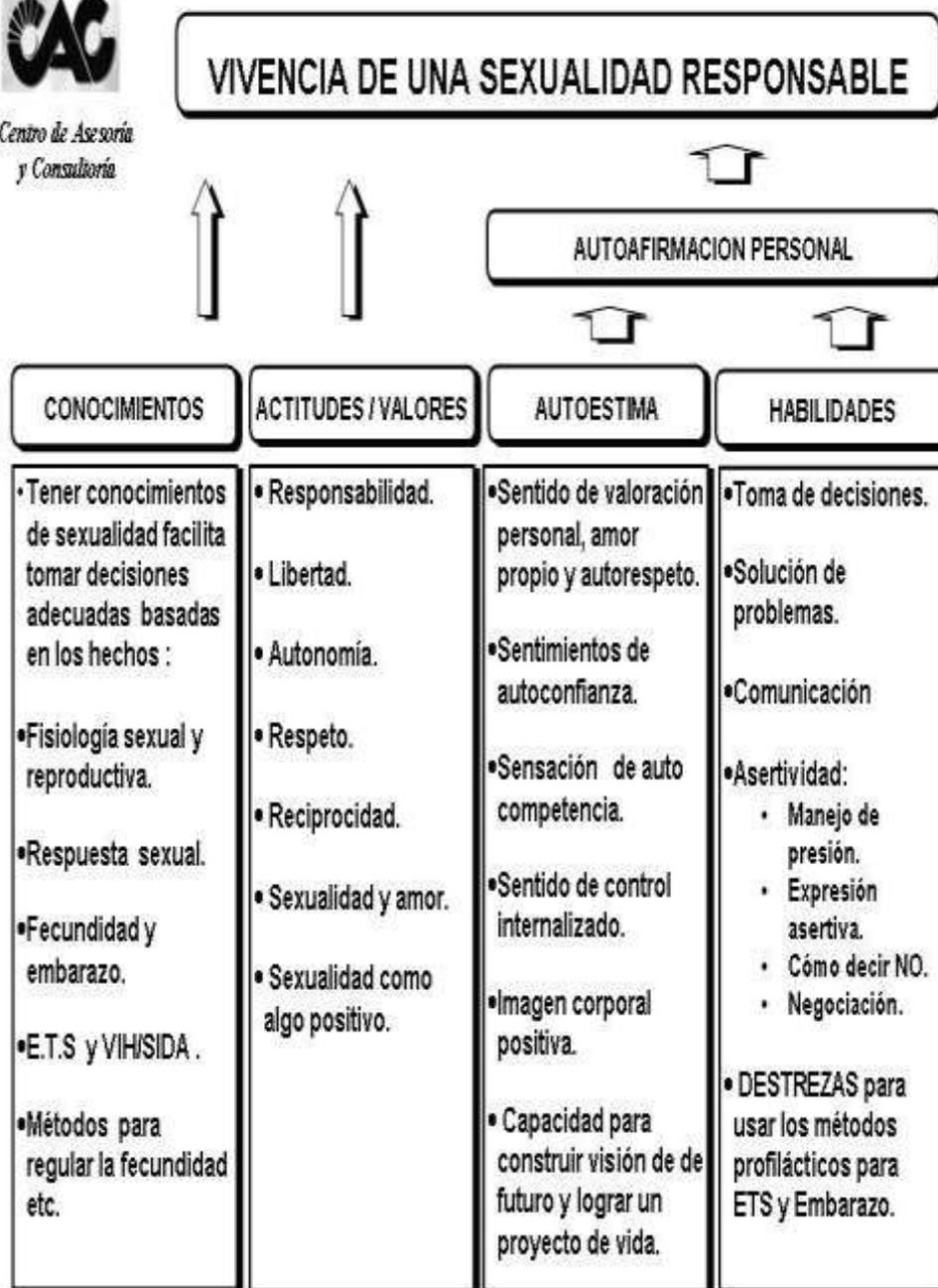
- Tiene en cuenta las consecuencias de los propios actos sobre si mismo y los demás.
- Tiene en cuenta los propios sentimientos, valores y actitudes para tomar decisiones respecto a la vida sexual.
- Tiene la capacidad de aplazar el placer y la gratificación en situaciones que ocasionarían problemas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

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

CUADRO N° 2



Centro de Asesoría
y Consultoría



Desde esta propuesta se ha tomado los tópicos referidos a las dimensiones relacionados con el área cognitiva y actitudinal del adolescente, las mismas que se convertirán en las variables principales que en adelante denominaremos variable conocimientos y variable actitudes (36).

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 (43).

La investigación apunta a describir la variable principal Conocimientos sexuales del adolescente del Asentamiento Humano Micaela Bastidas - Piura, en sus dimensiones:

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

Así mismo la variable principal Actitudes Sexuales del adolescente del Asentamiento Humano Micaela Bastidas - Piura, en sus dimensiones:

- 3) Responsabilidad y prevención de riesgo sexual
- 4) Libertad para decidir y actuar

- 5) Autonomía
- 6) Respeto mutuo
- 7) Sexualidad y amor
- 8) Sexualidad como algo positivo

III. Metodología.

3.1. Tipo y nivel de la investigación.

3.1.1. Tipo de investigación.

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

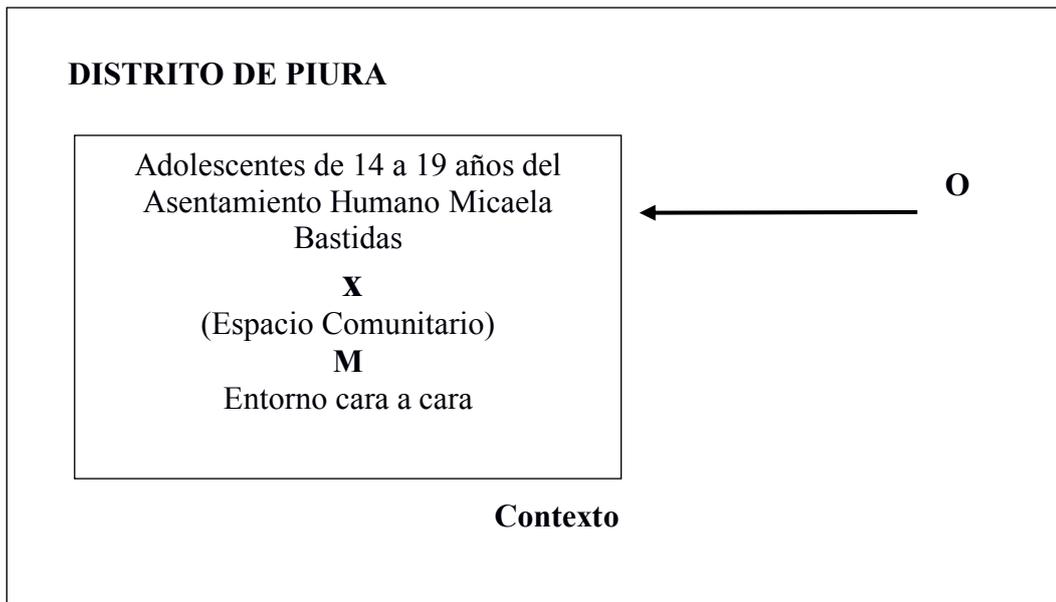
3.1.2. Nivel de investigación.

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

3.2. Diseño de la investigación.

Diseño no experimental transversal.

ESQUEMA



Dónde:

M: es la muestra estudiada.

X: conocimientos y actitudes.

O: representa lo que observamos.

3.3. Universo población y muestra.

3.3.1 Universo

La etapa inicial estuvo constituida por 358 habitantes que radican en el Asentamiento Humano Micaela Bastidas - Piura. Información obtenida de los registros estadísticos del Establecimiento de Salud I-4 Micaela Bastidas.

3.3.2. Población.

La población estuvo constituida por el total de adolescentes 257 de 14 a 19 años que radican en el Asentamiento Humano Micaela Bastidas - Piura, que reúnen los criterios de inclusión y exclusión.

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 Asentamiento Humano Micaela Bastidas - Piura.
- Saber leer y escribir.
- No interesa la condición civil.
- Puede o no tener hijos.
- Aceptación escrita de participar en el estudio, sin importar condición socioeconómica y nivel de escolaridad.

Exclusión:

- Adolescentes transeúntes
- Adolescentes con capacidad disminuida para comunicarse
- Adolescentes discapacitados
- Edad menor a 14 años y mayor de 19 años

- 1) Adolescentes que pertenecieran a algún programa educativo especializado para adolescentes.

3.3.3. Muestra

El estudio se realizó en una muestra de 95 adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento humano Micaela Bastidas - Piura. La muestra fue ejecutada en el periodo Mayo 2012, se seleccionó teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó el muestreo no probabilístico, por cuotas, porque se requirió de una cuidadosa y controlada elección de los sujetos con las características especificadas en el planteamiento del problema. Las unidades de análisis Asentamiento Humano Micaela Bastidas - Piura. Para la selección de cada unidad de análisis se realizó primero la selección de manzanas, y posteriormente se visitó cada uno de los hogares donde residen cada uno de los jóvenes.

3.4. Definición operacional de las variables en estudio

A. Variables principales

a.1. Conocimiento de sexualidad del adolescente.

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

- 1. Dimensión conocimiento de anatomía y fisiología sexual y reproductiva:** referida a los conocimientos que tiene el adolescente sobre anatomía de los órganos reproductores internos y externos de ambos sexos, ciclo menstrual, fecundación y embarazo.

- 2. Dimensión ciclo de respuesta sexual humana:** es la forma que tiene nuestro cuerpo de reaccionar a la estimulación erótica. La contemplación de

ciertas imágenes, el susurro al oído de frases amorosas o el olor de la persona deseada pueden ser suficientes para despertar la libido.

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

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

a.2. Actitud sexual del adolescente.

Es la forma de respuesta ante las siguientes dimensiones:

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

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

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

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

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

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

B. Variables secundarias

b.1 Características Sociodemográficas:

- Estado civil: conjunto de cualidades que distingue al individuo de la sociedad y en la familia
- Ocupación: actividad que realiza el encuestado en los últimos treinta días.
- Lugar de residencia: sitio donde está situado el domicilio del encuestado.

- Grado de instrucción: nivel de estudios alcanzados.
- Religión: tipo de religión que profesa.
- Edad de inicio de la primera relación coital: edad que se inicia sexualmente.

C. Variables de control

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

CUADRO 3

Matriz de operacionalización de la variable conocimientos sexuales

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
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 el ciclo menstrual • Conoce la fecundación • Conoce el proceso de embarazo 	Nominal	Si conoce No conoce
		Respuesta sexual,	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce las fases del ciclo de respuesta sexual 		Si conoce No conoce
		Prevención de 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
		Metodología anticonceptiva como prevención del embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce los diferentes métodos anticonceptivos. • Utiliza los métodos. • Se protege y previene el embarazo 		Si conoce No conoce

CUADRO 4

Matriz de operacionalización de la variable actitudes sexuales

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Actitudes sexuales de los adolescentes	Forma de respuesta, a alguien o a algo, aprendida y relativamente permanente.	Responsabilidad y prevención del riesgo sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio de actividad sexual • Recibe información y utiliza MAC, utiliza preservativos 	Ordinal	Favorable Desfavorable
		Libertad para decidir y actuar	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene capacidad para tomar voluntariamente sus decisiones y actúa sin presión 		Favorable Desfavorable
		Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza y decide solo por sus tareas • Toma decisiones independientemente. 		Favorable Desfavorable
		Respeto mutuo y reciprocidad	<ul style="list-style-type: none"> • Respeta a su pareja • No ha sido agredido físicamente • Demuestra interés en los problemas de su pareja 		Favorable Desfavorable
		Sexualidad y amor.	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene relación estable con su pareja • Tiene solo una pareja, y tiene actividad sexual, producto de la relación de ambos • Sentimiento después de una relación coital. • Sentimientos después de la masturbación. 		Favorable Desfavorable
		Sexualidad como algo positivo	<ul style="list-style-type: none"> • La sexualidad debe vivirse respetando los principios y valores • La relación sexual debe llevarse , respetando las normas sociales • Cuando tienes relaciones sexuales son producto del amor, la comunicación y respeto. • Te sientes bien después de realizar el acto sexual. 		Favorable Desfavorable

CUADRO 5

Matriz de operacionalización de la variable características socio-demográficas

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Características socio demográficas	Son las características socio demográficas, de edad y de sexo de los adolescentes	Religión	<ul style="list-style-type: none"> Religión 	Cualitativa nominal	Católico Evangélico Otras No creyente
		Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> Ocupación 	Cualitativa nominal	Estudiante Trabaja Trabaja/estudia
		Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> Estado civil 	Cualitativa nominal	Soltero Casado conviviente
		Tiene enamorado(a)	<ul style="list-style-type: none"> Tiene enamorado(a) 	Cualitativa nominal	Si No
		Se ha iniciado sexualmente	<ul style="list-style-type: none"> Se ha iniciado sexualmente 	Cualitativa nominal	Si No
		Edad de inicio de sus relaciones coitales	<ul style="list-style-type: none"> Edad de inicio de sus relaciones sexuales 	Cuantitativa de razón	Años
		Opción sexual	<ul style="list-style-type: none"> Opción sexual 	Cualitativa nominal	Heterosexual Homosexual Bisexual

CUADRO 6

Matriz de operacionalización de la variable característica de control

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
EDAD	Son el tiempo vivido por el adolescente, expresada en 14 a 19 años cumplidos.	Edad	<ul style="list-style-type: none">• Edad	Cuantitativa de razón	Años
SEXO	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Sexo	<ul style="list-style-type: none">• Sexo	Cualitativa nominal	Masculino Femenino

3.5. Técnica e Instrumentos de medición.

3.5.1. Técnica

Se utilizó la técnica de la encuesta.

3.5.2. Instrumentos

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

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

El instrumento para medir los conocimientos en sexualidad ha sido validado

en su contenido por jueces expertos y los ítems cumplen con los criterios establecidos para su validación (Anexo 2.1).

La prueba tiene un índice de confiabilidad Alpha Crombach igual a 0.830, siendo confiable (Anexo 2.3).

- **Test de actitudes sexuales del adolescente**

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

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

Con un total de 50 preguntas, teniendo un puntaje mínimo de 50 puntos y un puntaje máximo de 250 puntos.

Se tuvo en cuenta los siguientes rangos:

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

de la muestra.

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

La Prueba tiene un índice de confiabilidad alpha Crombach igual a 0.761, siendo confiable (Anexo 2.3).

- **Características sociodemográficas y sexuales**

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

3.6. Plan de análisis

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

Baremación del Test.

La puntuación directa de una persona en un test no es directamente interpretable si no la referimos a los contenidos incluidos en el test o al rendimiento de las restantes personas que comparten el grupo normativo. Nosotros centramos en este segundo sentido el tema de la interpretación de una puntuación directa en un cuestionario, para lo cual es necesario tratar el tema de la

obtención de baremos para comparar esta puntuación con las que obtienen las personas que han formado el grupo normativo. De una u otra forma, los baremos consisten en asignar a cada posible puntuación directa un valor numérico (en una determinada escala) que informa sobre la posición que ocupa la puntuación directa (y por tanto la persona que la obtiene) en relación con los que obtienen las personas que integran el grupo normativo donde se bareman las pruebas. Entre las múltiples formas de baremar un test, destacamos las siguientes:

- 1 Baremos cronológicos: edad mental y cociente intelectual.
- 2 Centiles o percentiles.
- 3 Puntuaciones típicas: estándares y normalizadas.

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

Conocimiento general:

Si conoce : más de 21

No conoce : 21 o menos

Conocimiento por dimensiones:

Anatomía y fisiología, sexual y reproductiva del adolescente.

Si conoce : más de 6

No conoce : 6 o menos

Ciclo de respuesta sexual.

Si conoce : más de 5

No conoce : 5 o menos

Prevención de infecciones de transmisión sexual – VIH/SIDA.

Si conoce : más de 6

No conoce : 6 o menos

Metodología anticonceptiva como alternativa de prevención del embarazo.

Si conoce : más de 5

No conoce : 5 o menos

Actitud general:

Favorable : más de 150

Desfavorable : 150 o menos

Actitud según dimensiones:

Responsabilidad y prevención del riesgo sexual.

Favorable : más de 29

Desfavorable : 29 o menos

Libertad para decidir y actuar.

Favorable : más a 18

Desfavorable : 18 o menos

Autonomía.

Favorable : más de 16

Desfavorable : 16 o menos

Respeto mutuo y reciprocidad.

Favorable : más de 27

Desfavorable : 27 o menos

Sexualidad y amor.

Favorable : más de 28

Desfavorable : 28 o menos

Sexualidad como algo positivo.

Favorable : más de 34

Desfavorable : 34 o menos

3.7 Principios éticos:

Se contó con la previa autorización de las autoridades del Asentamiento Humano previo a la entrevista, se les explico a los adolescentes los objetivos de la investigación, asegurándoles que se mantendrá de manera anónima la información obtenidas de los mismos.

Para seguridad de los entrevistados se les hizo firmar un consentimiento informado, de manera que si se rehúsa a firmarlo, se les excluía del estudio sin ningún perjuicio para ellos.

IV. Resultados

4.1 Resultados

TABLA 1

Conocimiento sexual global

Conocimiento	n	%
No conoce	50	52.63
Conoce	45	47.37
Total	95	100,00

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el periodo Mayo-Agosto 2012.

Con respecto al conocimiento sexual global, el 52.63% muestra desconocimiento sobre sexualidad, mientras que el 47.37% reportaron conocimientos adecuados sobre el tema.

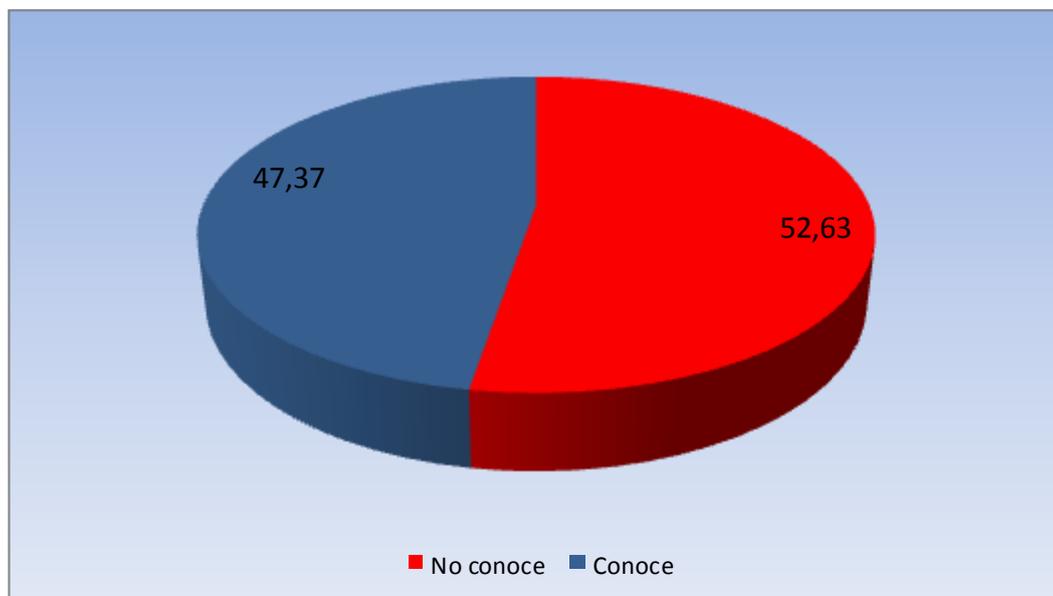


Figura 1. Gráfico de torta del conocimiento sexual global.

TABLA 2

Conocimientos sexuales según dimensión.

Dimensiones	No conoce		Conoce	
	n	%	n	%
Anatomía y fisiología	54	56.84	41	43.16
Respuesta sexual	51	53.68	44	46.32
Prevención de ITS/VIH SIDA	66	69.47	29	30.53
Métodos anticonceptivos	53	55.79	42	44.21

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el periodo Mayo-Agosto 2012.

Con respecto al conocimiento sexual según dimensiones, se encontró desconocimiento en la totalidad de sus dimensiones, siendo las menos conocidas prevención de enfermedades de transmisión sexual con un 69.47%, seguido de anatomía y fisiología con un 56.84%.

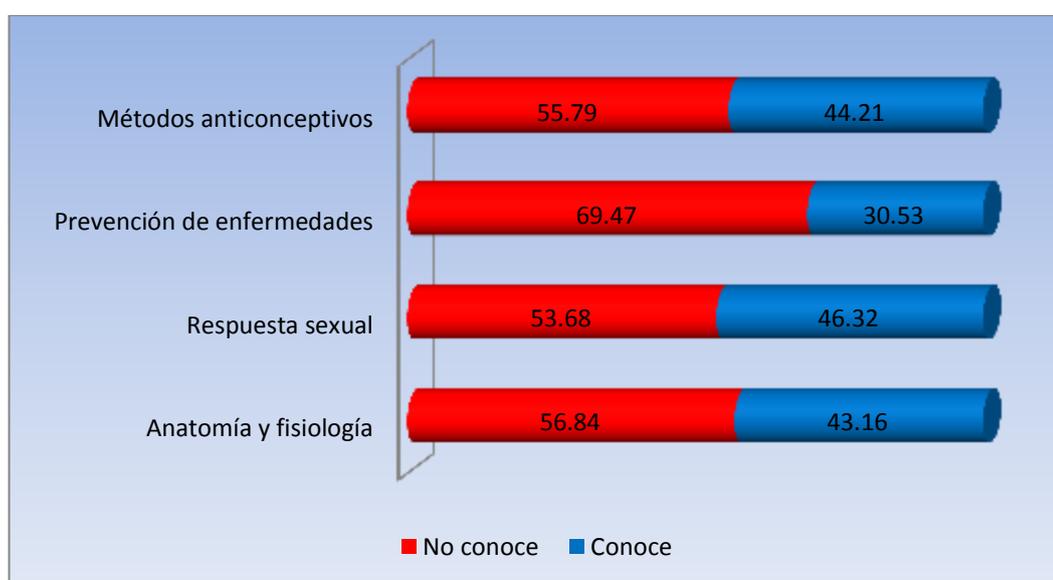


Figura 2. Gráfico de barras de conocimientos sexuales según dimensión.

TABLA 3

Conocimiento anatomía y fisiología sexual por ítems.

Ítems	No conoce		Conoce	
	n	%	n	%
Conoce los genitales externos de mujer.	40	42.11	55	57.89
La fecundación es el ingreso del espermatozoide al óvulo.	43	45.26	52	54.74
El embarazo comienza con la fecundación.	46	48.42	49	51.78
En el embarazo se dan las modificaciones anatómicas y fisiológicas.	27	28.42	68	71.58
Conoce los genitales externos del varón.	31	32.63	64	67.37
Conoce la denominación del extremo final del pene.	77	81.05	18	18.95
Las trompas de Falopio transportan el óvulo hacia el útero.	42	44.21	53	55.79
La mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual.	36	37.89	59	62.11
El sexo es natural y necesita ser aprendido.	9	9.47	86	90.53

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el periodo Mayo-Agosto 2012

Se observó en la población de estudio, que en la dimensión anatomía y fisiología sexual y reproductiva, el ítem menos conocido fue la denominación del extremo final del pene en un 81.05%, asimismo un 48.42% muestra un desconocimiento sobre el embarazo comienza con la fecundación de un 45.26%

que desconoce que la fecundación es el ingreso del espermatozoide a ovulo. Por otro lado tenemos que un 90.53% conoce que el sexo es natural y necesita ser aprendido, seguido de un 62.11% conoce que la embarazada en la mitad del ciclo menstrual.

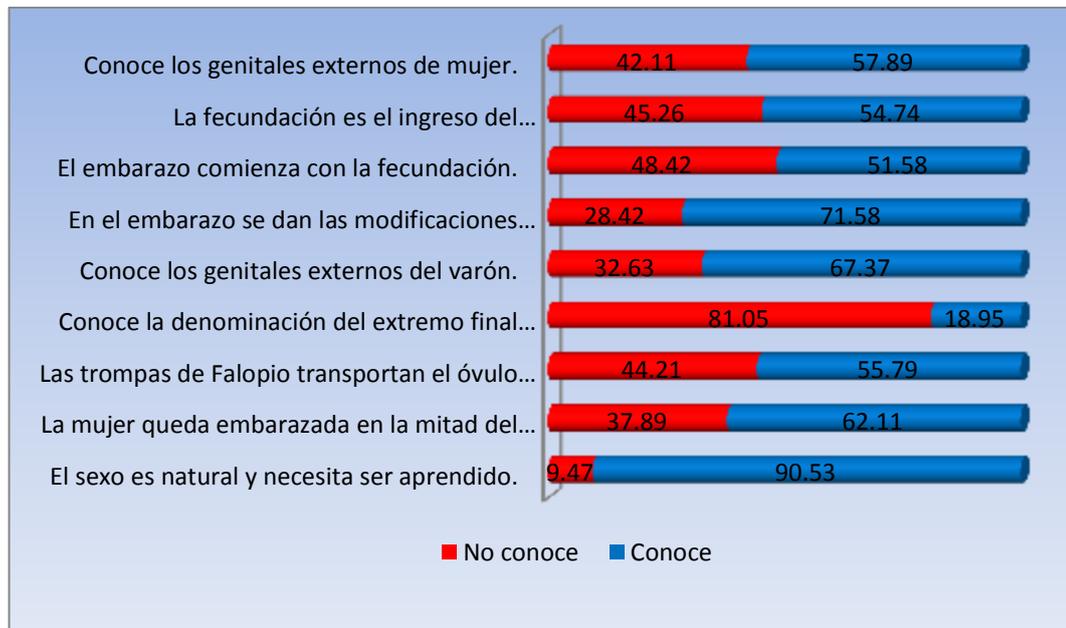


Figura 3. Gráfico de barras del conocimiento anatomía y fisiología sexual por ítems.

TABLA 4

Conocimiento respuesta sexual por ítems.

Ítems	No conoce		Conoce	
	n	%	n	%
Conoce las fases de la respuesta sexual humana.	64	67.37	31	32.63
La VSR tiene como elemento, la autoafirmación personal.	22	23.16	73	76.84
La VSR implica tener conocimientos de ITS/ VIH/SIDA.	14	14.59	81	85.26
La VSR implica actitudes y valores.	17	17.89	78	82.11
Manifestaciones de madurez sexual: menstruación, masturbación y acercamiento a jóvenes del sexo opuesto.	36	37.89	59	62.11
Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad.	36	37.89	59	62.11
Comportamiento no coital abarca besos, abrazos, caricias y masturbación.	156	58.95	39	41.05
La persona es quien controla su comportamiento sexual.	20	21.05	75	78.95

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el periodo Mayo-Agosto 2012

Con respecto a la dimensión respuesta sexual humana por ítems, se pudo determinar en la muestra de estudio, que el 67.37% presenta un desconocimiento acerca de las fases de la respuesta sexual humana, además se encontró un 58.95% desconoce que el comportamiento no coital abarca besos, abrazos, caricias y

masturbación. Es importante recalcar que el 85.26% conoce que VSR implica tener conocimiento de ITS/VIH/SIDA.

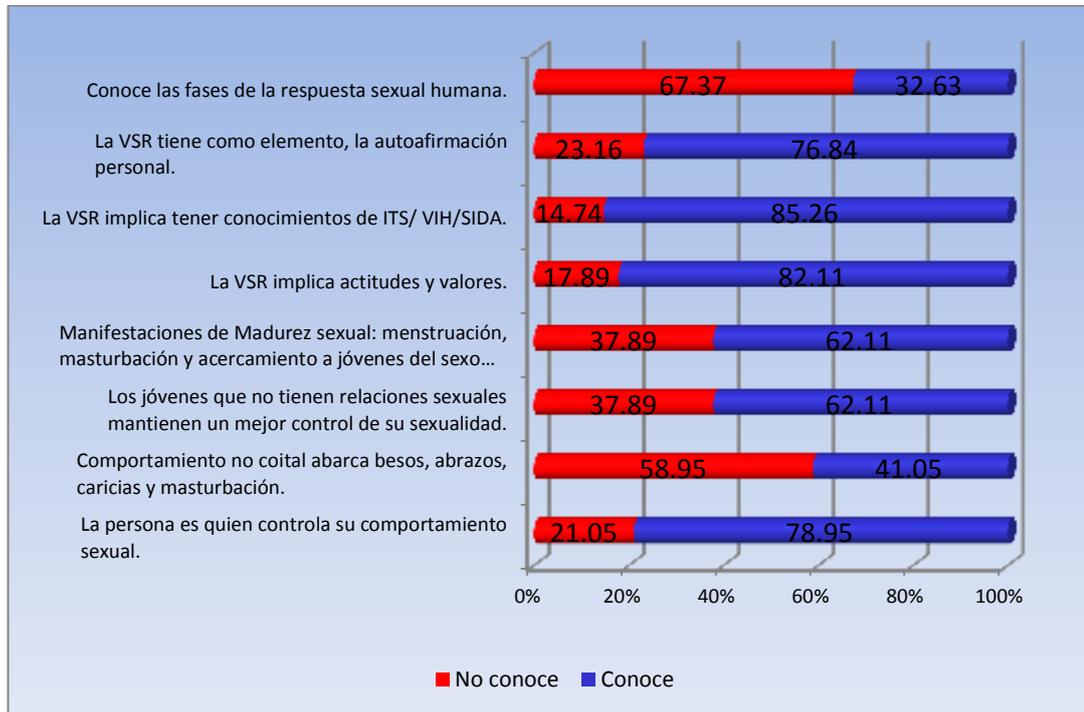


Figura 4. Gráfico de barras del conocimiento respuesta sexual por ítems.

TABLA 5

Conocimiento prevención de ITS-VIH/SIDA por ítems.

Ítems	No conoce		Conoce	
	n	%	n	%
El SIDA es una enfermedad que amenaza la vida.	3	3.16	92	95.84
Conoce las 3 vías de contagio del VIH/SIDA.	8	8.42	87	91.58
Un hombre puede infectarse con VIH si tiene coito con una sola mujer.	19	20.00	76	80.00
El usar preservativos convenientemente en una relación previene el SIDA.	31	32.63	64	67.37
El SIDA se contagia por abrazos, besos y contacto con persona infectada.	49	51.58	46	48.42
Las ITS se transmiten a través de la relación coital.	52	54.74	43	45.26
Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas de ITS.	62	65.26	33	34.74
Conoce y nombra las infecciones de transmisión sexual.	54	56.84	41	43.16
El uso del preservativo es 100% seguro en la prevención de ITS.	40	42.11	55	57.89

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el periodo Mayo-Agosto 2012

En la dimensión prevención de ITS-VIH/SIDA por ítems, se observa que el 65.26% de adolescentes presenta un desconocimiento acerca de que las úlceras, llagas, y heridas en la zona genital son síntomas de ITS, por otro lado un 56.84% desconoce las enfermedades de transmisión sexual. Por el lado opuesto el 96.84%, conoce que el SIDA es una enfermedad que amenaza la vida.

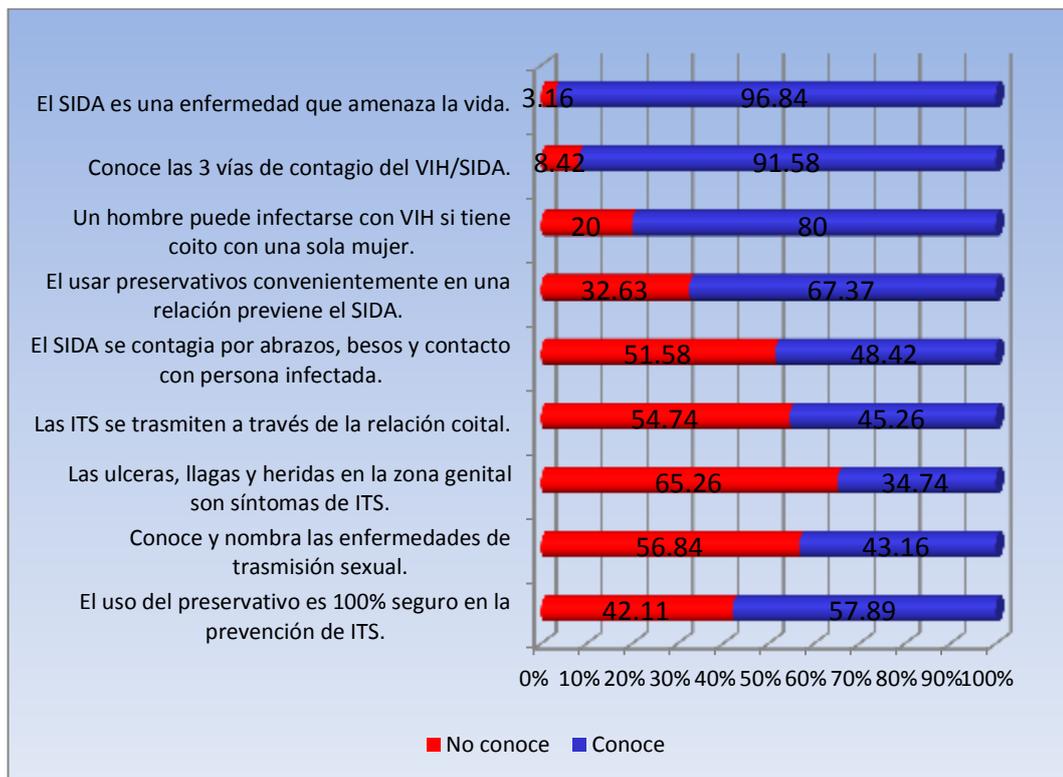


Figura 5. Gráfico de barras del conocimiento prevención de ITS-VIH/SIDA por ítems.

TABLA 6

Conocimiento metodología anticonceptiva como prevención del embarazo por ítems.

Ítems	No conoce		Conoce	
	n	%	n	%
Una mujer puede quedar embarazada en su primera relación coital.	14	14.74	81	85.26
Los MAC pueden ser naturales y artificiales.	39	41.05	75	58.95
Sabe que píldoras, inyectables, DIU, son métodos anticonceptivos.	37	38.95	74	61.05
Para aplicarse la T de Cu la joven debe ir al médico u obstetra.	41	43.16	68	56.84
La abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.	62	65.26	59	34.74
Utilizar el preservativo es un método de Planificación Familiar.	26	27.37	71	72.63
Los MAC de barrera son: los preservativos, el diafragma y espermicidas.	56	58.95	14	41.05
Los métodos hormonales son: la píldora, inyectable, norplant.	61	64.21	34	35.79
Los MAC para los adolescentes son: el preservativo, diafragma, píldoras, inyectables, DIU.	43	45.26	52	54.74

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el periodo Mayo-Agosto 2012.

Con relación a la dimensión metodología anticonceptiva como prevención de embarazo por ítems, un 65.26% desconoce que la abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer, además se observó que el 64.21% desconocen que los métodos hormonales son: la píldora, inyectable, norplant.

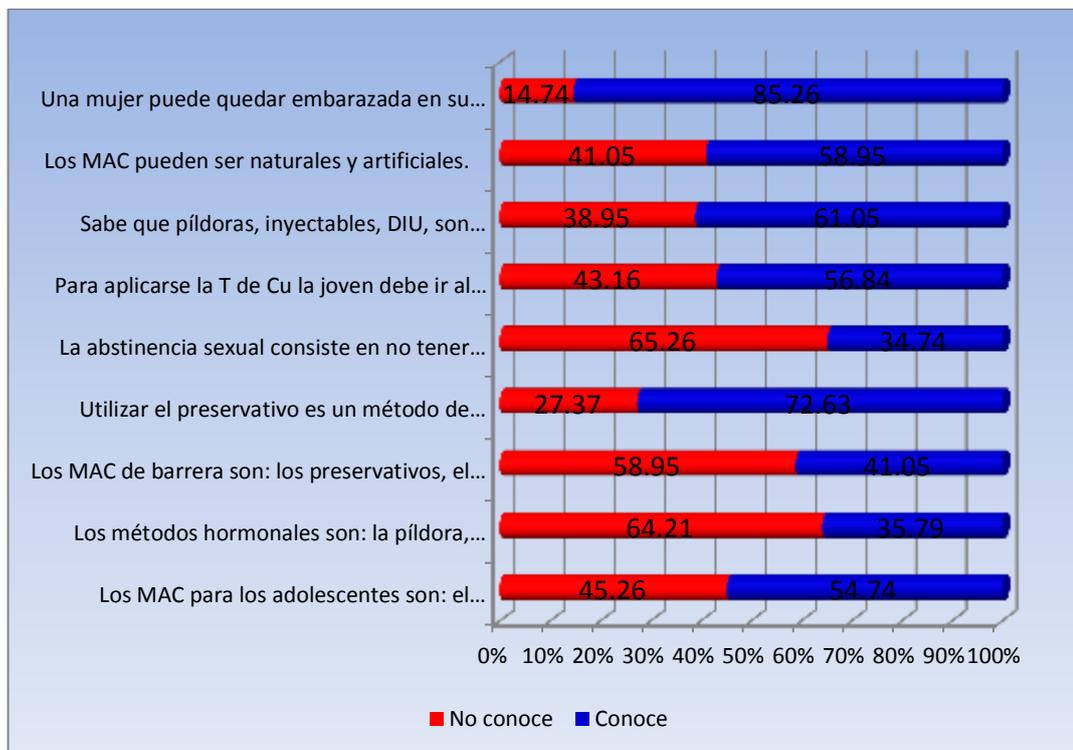


Figura 6. Gráfico de barras del conocimiento metodología anticonceptiva Como prevención del embarazo por ítems.

TABLA 7

Actitudes sexuales en general.

Actitudes	n	%
Desfavorable	48	50.53
Favorable	47	49.47
Total	95	100.00

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el periodo Mayo-Agosto 2012.

Se pudo observar, con relación a la dimensión actitudes sexuales en general, que prevalecieron las actitudes desfavorables con un 50.53%.

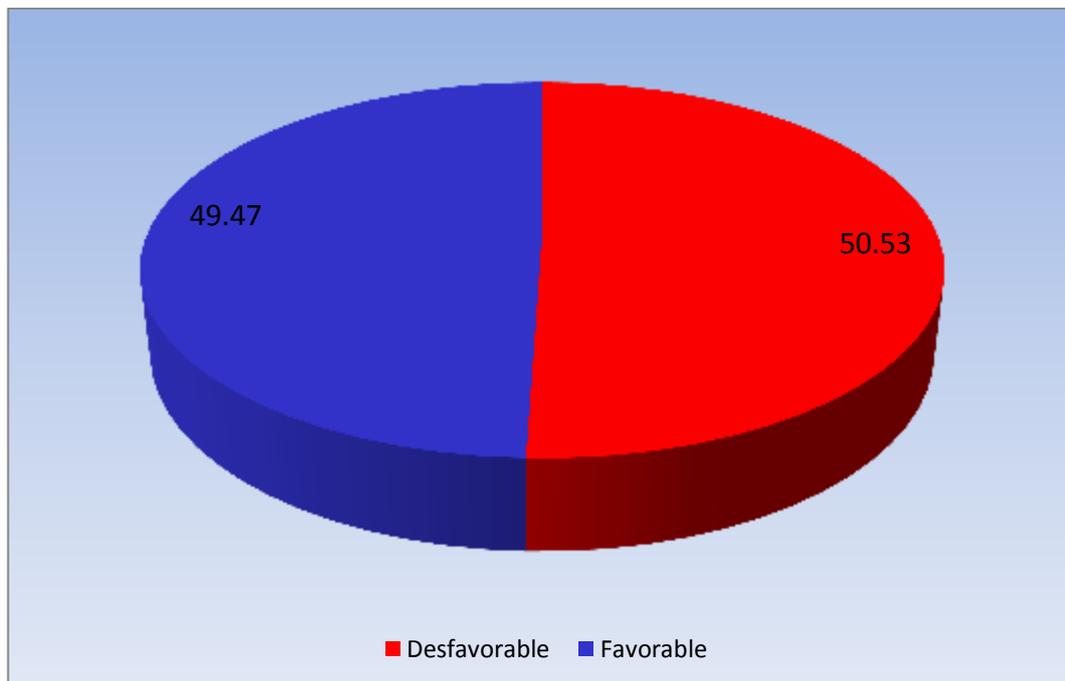


Figura 7. Gráfico de torta de las actitudes sexuales en general.

TABLA 8

Actitudes sexuales según dimensiones.

		Desfavorable		Favorable	
		n	%	n	%
Responsabilidad y prevención	y	53	55.79	42	44.21
Libertad para decidir		56	58.95	39	41.05
Autonomía		63	66.32	32	33.68
Respeto mutuo		50	52.63	45	47.37
Sexualidad y amor		63	66.32	32	33.68
Sexualidad algo positivo		55	57.89	40	42.11

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el periodo Mayo-Agosto 2012.

Con respecto a las actitudes sexuales según dimensiones, todas mostraron ser desfavorables, siendo las de mayores porcentajes: 69.32% que no tienen autonomía, igual que sexualidad algo positivo, y finalmente que el 58.95% no tienen libertad para decidir.

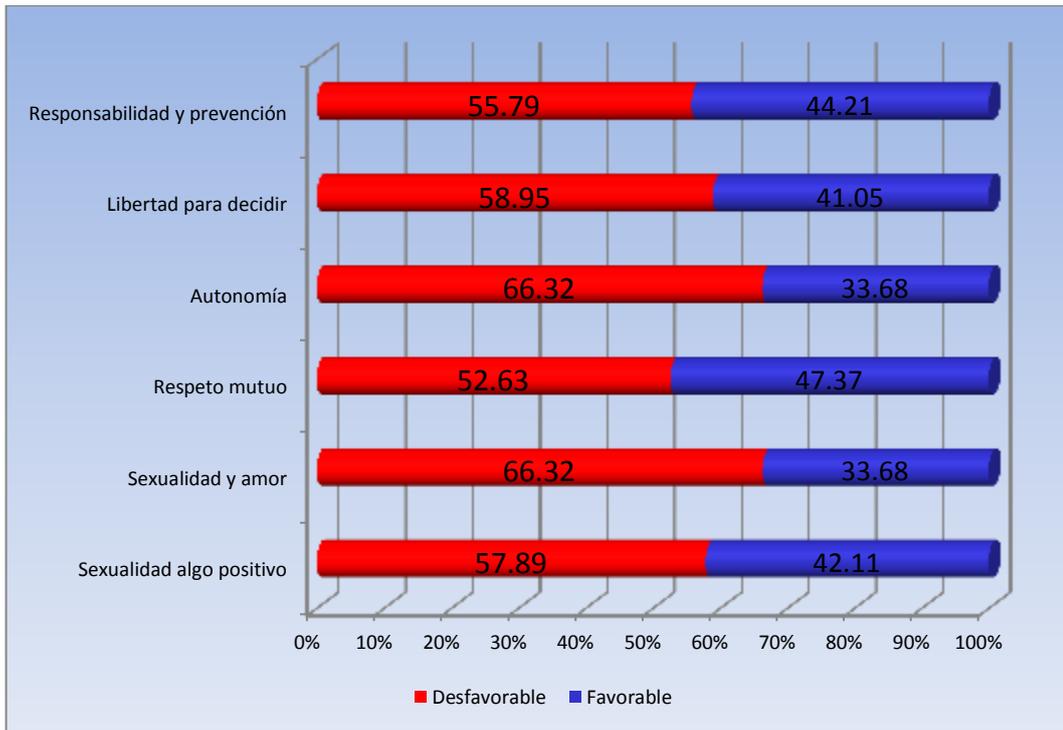


Figura 8. Gráfico de barras de las actitudes sexuales según dimensiones.

TABLA 9

Características socio-demográficas y sexuales.

Variable		n	%
Edad	14	12	12.63
	15	18	18.95
	16	12	12.63
	17	19	20.00
	18	11	11.58
	19	23	24.21
Sexo	Masculino	35	36.84
	Femenino	60	63.16
Estado civil	Soltera(o)	90	94.74
	Casada	1	1.05
	Conviviente	4	4.21
Religión	Católica(o)	79	83.16
	Otro	14	14.74
	No creyente	2	2.11
Ocupación	Estudiante	76	80.00
	Trabajador	5	5.26
	Estudiante/trabajador	6	6.32
	No estudia/ no trabaja	5	5.26
	Ama de casa	3	3.16
Enamorada	Si tiene enamorada(o)	79	83.16
	No tiene enamorada(o)	16	16.84
Relaciones coitales	Si	52	54.74
	No	43	45.26
Edad de Inicio de relación coital	14	0	00.00
	15	9	18.00
	16	22	44.00
	17	11	22.00
	18	8	16.00
	19	00	00.00
Orientación sexual	Heterosexual	95	100,00

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el periodo Mayo-Agosto 2012.

Se ha podido determinar que del total de adolescentes el 24.21% tiene una edad predominante de 19 años, el sexo que sobresalió fue el femenino con un 63.16%, asimismo el 94.74% de los adolescentes son solteros, el 80.00% son estudiantes, la religión que más profesan fue la católica con un 83.16%. Se determinó que el 83.16 % de la población en estudio si tiene enamorado, de los cuales el 54.74% ya ha iniciado su relación coital, encontrándose como edad de inicio predominante los 16 años edad, con un 44.00%. Cabe mencionar que los adolescentes encuestados son heterosexuales en su totalidad.

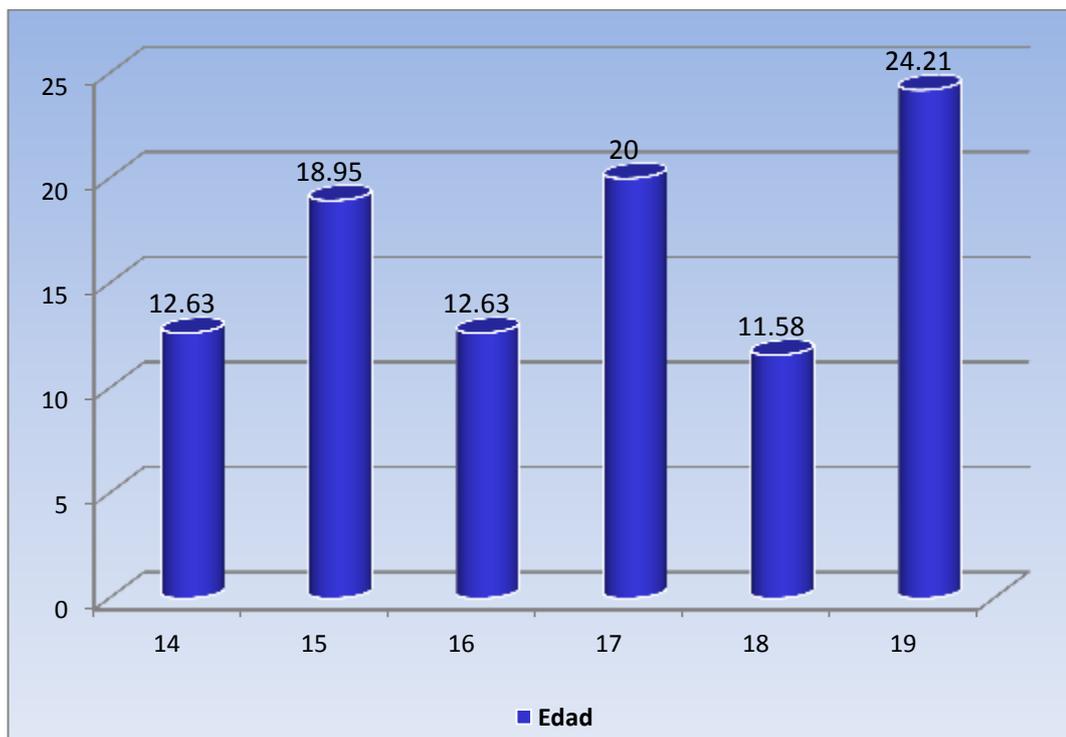


Figura 9.1. Gráfico de columna del porcentaje de investigados según su edad.

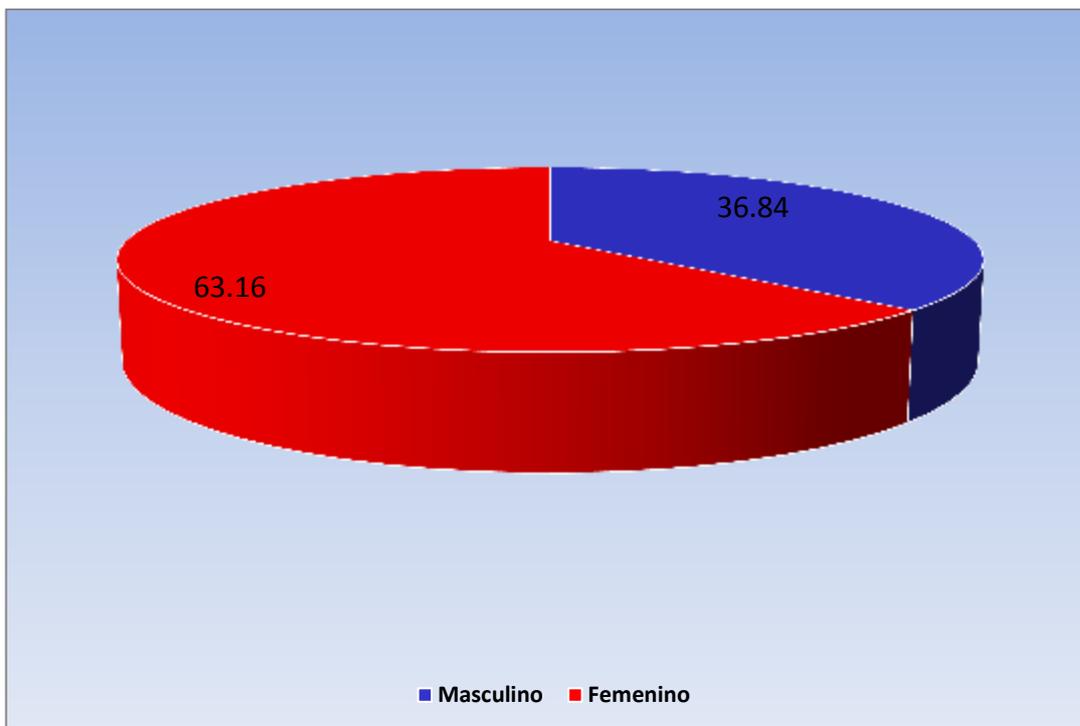


Figura 9.2 Gráfico de torta del porcentaje de investigados según su sexo.

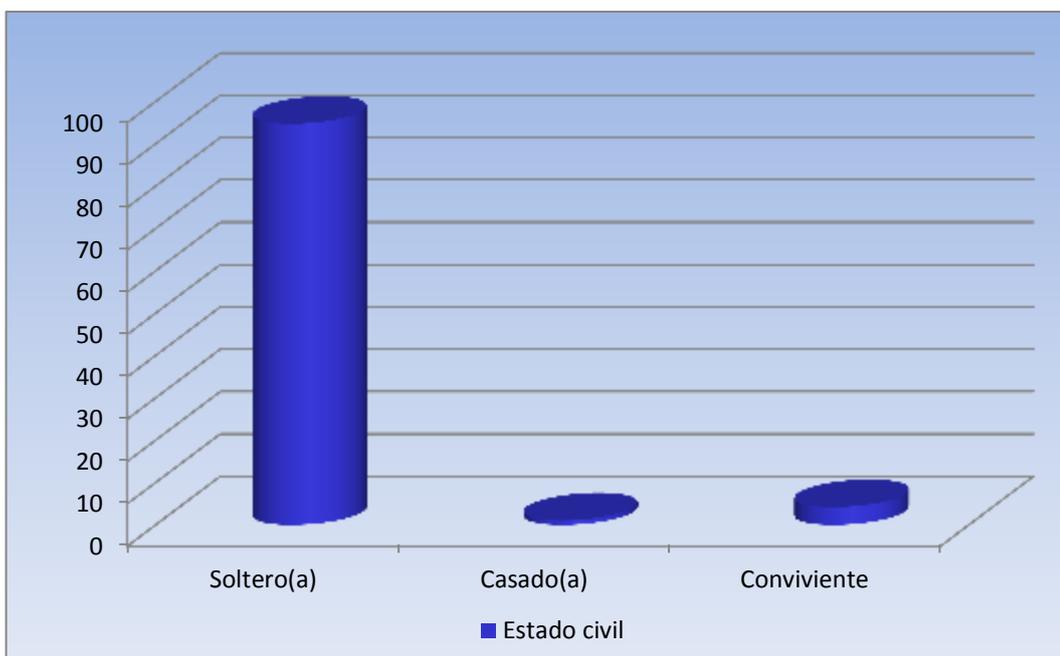


Figura 9.3 Gráfico de columna del porcentaje de investigados según estado civil.

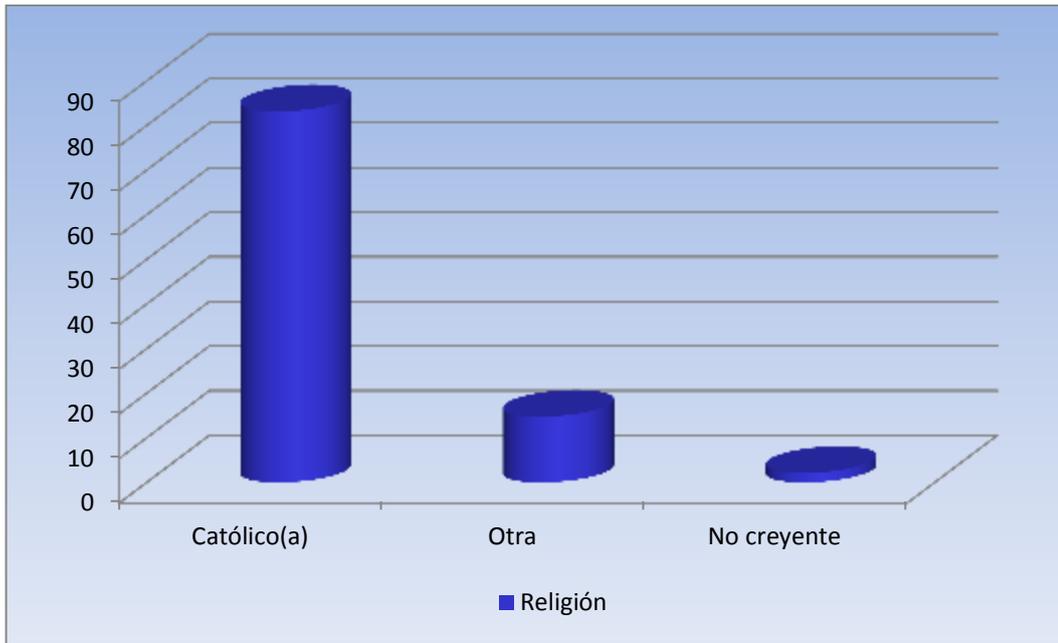


Figura 9.4 Gráfico de columna del porcentaje de investigadores según su religión.

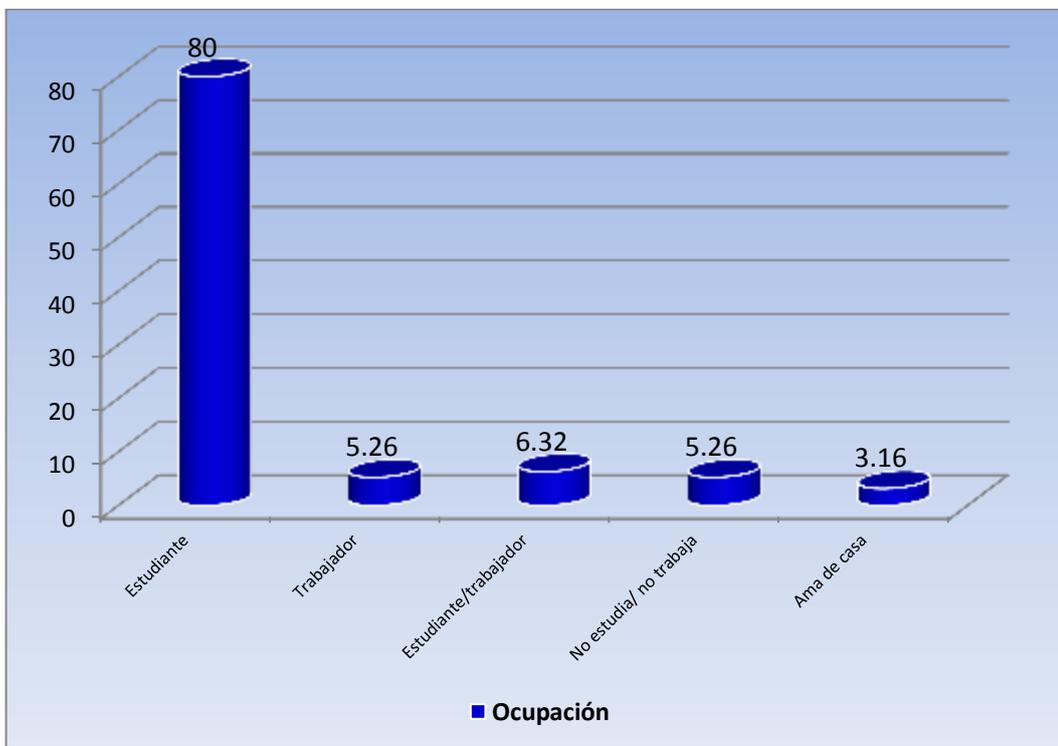


Figura 9.5 Gráfico de columna del porcentaje de investigadores según su ocupación.

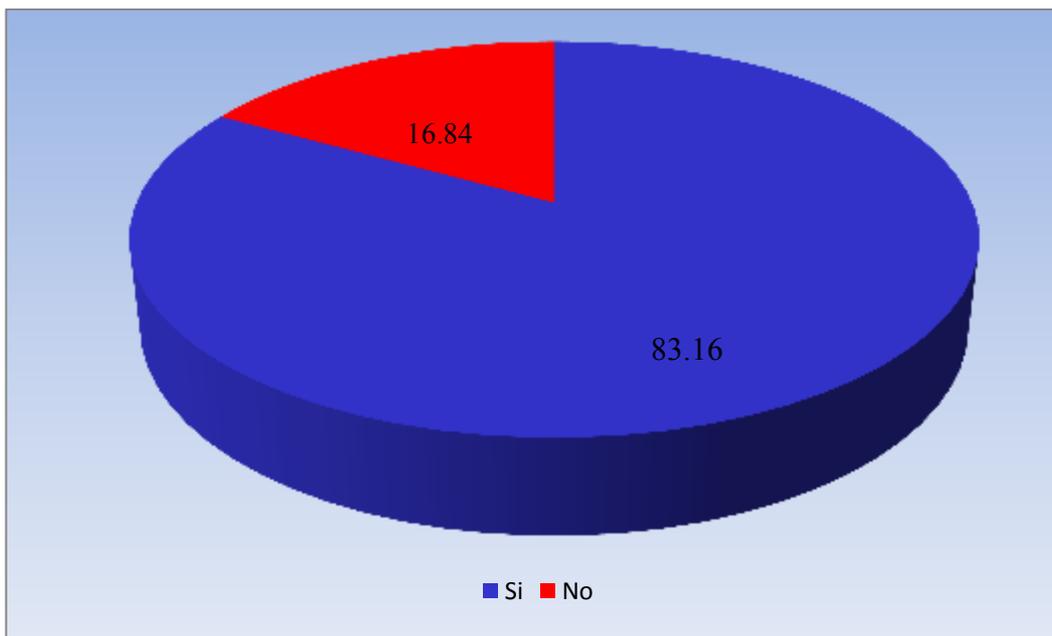


Figura 9.6 Gráfico torta del porcentaje de investigados según si tiene enamorado.

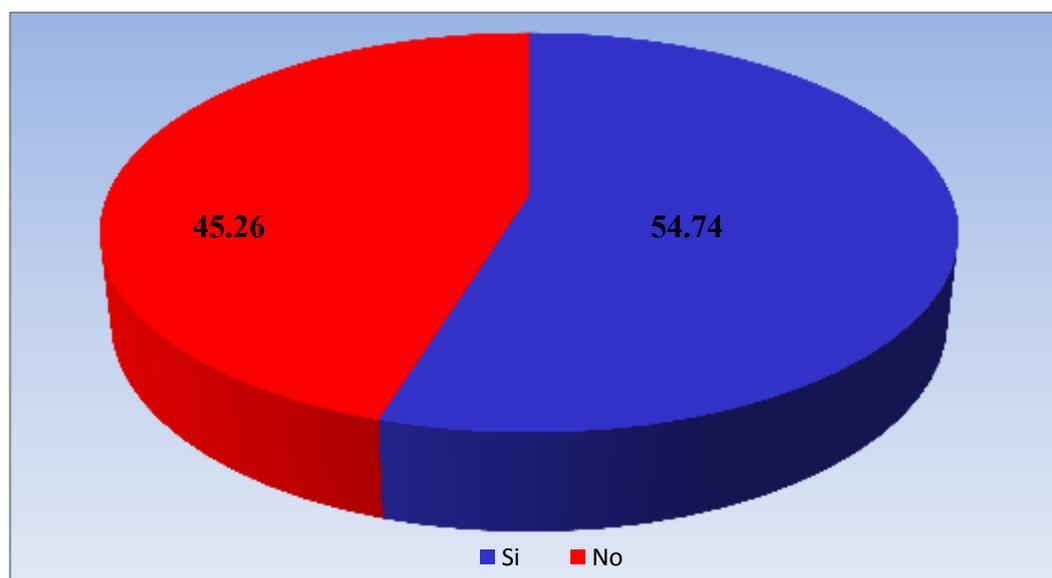


Figura9.7 Gráfico de torta del porcentaje de investigados según si tiene relaciones coitales

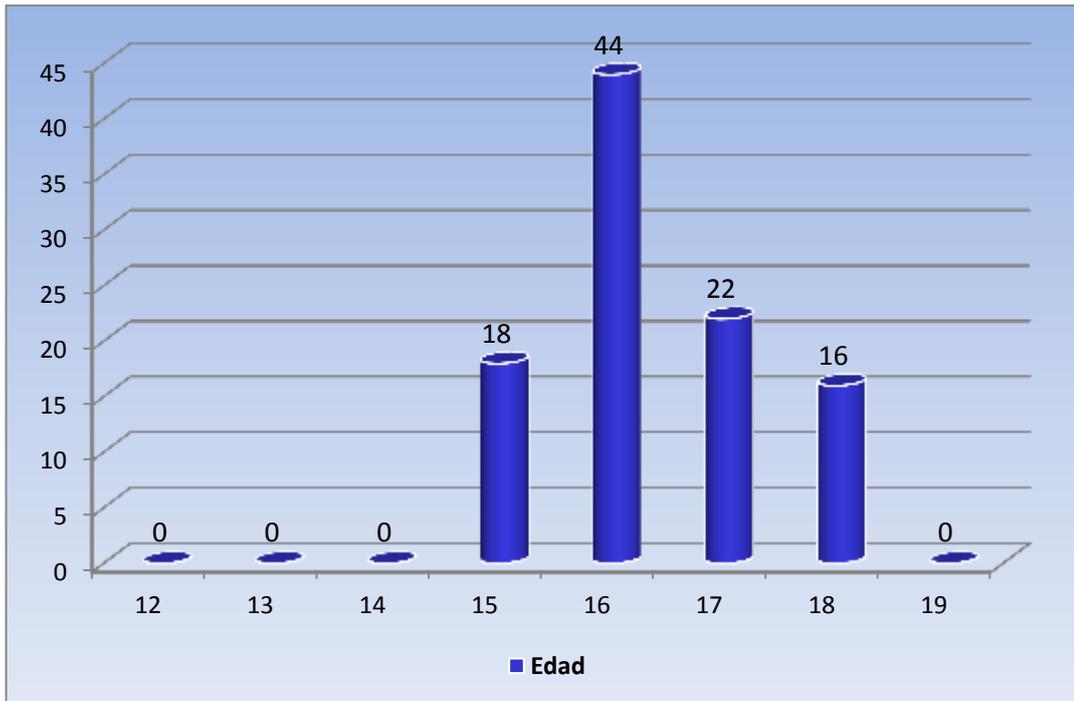


Figura 9.8 Gráfico de columna del porcentaje de investigados según edad de inicio de relación coital.

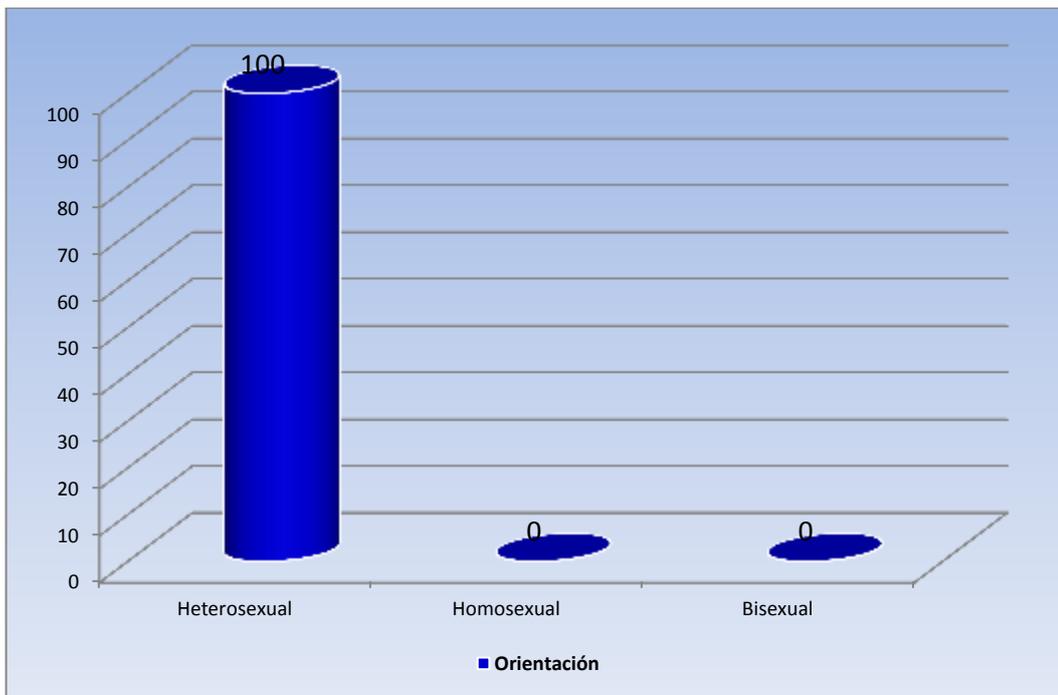


Figura 9.9 Gráfico de columna del porcentaje de investigados según su opción sexual.

TABLA 10

Valores del tamaño de la muestra, mínimo, máximo, media y desviación estándar de los resultados de la aplicación del cuestionario.

	n	Mín.	Máx.	M	D.E.
Edad	95	14	19	16,72	1,748
Edad de Inicio de relación coital	50	54	18	16.36	9.64

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes en el periodo Mayo-Agosto 2012.

De todos los adolescentes encuestados se encontró que la edad media fue 16.72 años, y la edad promedio de inicio de relaciones coitales fue de 16.36años.

4.2. Análisis de resultados

La adolescencia es una de las áreas de maduración menos patentes para los observadores. No hay signos externos o visibles para evidenciar lo que está sucediendo, como ocurre con el desarrollo físico.

Para los chicos y chicas es una etapa de profundos cambios tanto físicos como emocionales y sociales. Y muchos de esos cambios están provocados, precisamente, por la aparición de mayor interés sexual en sus vidas. Estos cambios hacen posible el paso hacia la independencia del pensamiento y la acción, permiten desarrollar al joven una perspectiva temporal que incluye el futuro, facilitan el progreso hacia la madurez en las relaciones contribuyen al desarrollo de las destrezas de comunicación.

Tal situación se ve reflejada en esta investigación realizada en los adolescentes del Asentamiento Humano Micaela Bastidas -Piura, observándose **en la tabla y figura 1**, el 52.63% de los adolescentes mostraron desconocimiento sobre sexualidad de manera global. Estos resultados se asemejan a los encontrados en Mory (19), en su estudio titulado *Conocimientos y Actitudes Sexuales en los Adolescentes de 14-19 años del AA. HH. Talarita del Distrito de Castilla – Piura*, 2010, se encontró que el 51% de los adolescentes en estudio presentan un nivel de conocimiento general bajo en sexualidad. Así mismo los adolescentes, muestran que tienen un nivel de conocimiento bajo en todas las dimensiones en estudio: Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva (50%), Ciclo de Respuesta Sexual (52%), Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA (67%), Metodología Anticonceptiva como Prevención del Embarazo (65%).

En la tabla y figura 2, se muestra el conocimiento sexual por dimensiones, encontrándose la dimensión menos conocida con un 69.47% Prevención de

ITS/VIH SIDA, seguido por anatomía y fisiología con un 56.84 %, finalmente un 55.79% desconoce sobre los métodos anticonceptivos.

Estos resultados se asemejan a García (18), en su estudio titulado *Conocimientos y Actitudes Sexuales en los Adolescentes de 14-19 años del AA. HH. Los Jardines del Distrito de Sechura – Piura 2010*, de acuerdo a los resultados obtenidos se observa que la dimensión metodología anticonceptiva como prevención del embarazo, es la más preocupante pues se obtuvo un nivel de conocimiento bajo de 68%; En la dimensión respuesta sexual humana, presentan conocimiento bajo con un 66%; En la dimensión anatomía y fisiología sexual y reproductiva el 51% presento conocimiento bajo; mientras que en la dimensión enfermedades de transmisión sexual y VIH/ SIDA el 50% presenta conocimiento bajo.

En la tabla y figura 3, se observa el conocimiento sexual en la dimensión anatomía y fisiología reproductiva por ítems, determinándose como ítem menos conocido fue la denominación del extremo final del pene en un 81.05%, asimismo un 48.42% muestra un desconocimiento sobre el embarazo comienza con la fecundación de un 45.26% que desconoce que la fecundación es el ingreso del espermatozoide a ovulo. Estos resultados están relacionados con los encontrados en Libreros et al. En un estudio denominado *conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa-Venezuela* , en el periodo 2008, señalaron que la población adolescente representa un porcentaje considerable de la población total, siendo un grupo vulnerable a factores de riesgo como los embarazos no deseados, las ITS y los conflictos familiares y sociales, debido a la falta o inadecuada información sobre sexualidad humana; como lo reflejan los resultados obtenidos en esta investigación donde el 62,69% de los adolescentes encuestados reportaron un nivel de conocimientos regular sobre las ITS, sin diferencias estadísticamente significativas entre los sexos (8).

En este país la población adolescente representa un porcentaje considerable de la población total, siendo un grupo vulnerable a factores de riesgo como los embarazos no deseados, las ITS y los conflictos familiares y sociales, debido a la falta o inadecuada información sobre sexualidad humana; como lo reflejan los resultados obtenidos en esta investigación donde el 62,69% de los adolescentes encuestados reportaron un nivel de conocimientos regular sobre las ITS, sin diferencias estadísticamente significativas entre los sexos.

Cabe considerar, que los adolescentes en estudio no recuerdan, no conocen, confunden o denominan de otra manera a los órganos sexuales, así como no entienden la clasificación interna y externa de los genitales de la mujer y/o varón y es por ello en una u otra forma los resultados son desfavorables con respecto a su anatomía y fisiología sexual y reproductiva esto podría conllevar como es en el caso de Libreros a tener un grupo vulnerable de embarazos no deseados.

Estos resultados desfavorables se podría deber a que en realidad en los centros educativos no hay un curso especializado en el tema , alguien capacitado para de alguna manera poderles enseñar los conocimientos básicos que deberían saber sobre su anatomía y la del sexo opuesto y como es el funcionamiento de su organismo reproductor , considero que si los adolescentes tuvieran esos conocimientos claros se evitaría en gran medida los embarazos que muchas veces a esta edad son no deseados y lo que podría llevar a la realización de abortos clandestinos que ponen incluso en riesgo la vida de la adolecen, además que estos no están preparados para enfrentar tamaña responsabilidad que es la de ser padres.

En la tabla y figura 4, con respecto a la dimensión respuesta sexual humana por ítems, determinándose que el 67.37 % desconoce las fases de respuesta

sexual humana, además se encontró que un 58.95% desconoce qué el comportamiento no coital abarca besos, abrazos, caricias y masturbación

Resultado similar al de Arismendiz (17), en su estudio titulado *Conocimientos y Actitudes Sexuales en los Adolescentes de 14-19 años del Barrio El Porvenir del Distrito de Bellavista – Sullana, 2010*, se pudo 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. Los resultados obtenidos deberían ser analizados con mucha cautela, puesto que al indagar exactamente sobre el ciclo de respuesta sexual la gran mayoría desconoce sobre esta dimensión. Lo mismo sucede con los aspectos relacionados a la madurez sexual y el comportamiento no coital, lo que sugiere una necesidad de educación sexual integral basada en valores y alternativas de conductas saludables o sin riesgo, considerando que para poder lograrlo los centros educativos deberían poner más énfasis sobre el tema y capacitarse para poder brindar una buena orientación a sus alumnos.

Sin embargo, es alentador que los jóvenes entiendan la mayoría de los aspectos afectivos y sociales relacionados con la dimensión, como lo es la vivencia de una sexualidad responsable que implica el tener conocimientos sobre ITS/VIH/SIDA, lo cual se asemeja al estudio brindado por Arismendiz. ya que aquí se puede observar que los niveles de conocimiento sobre ITS/VIH/SIDA son altos. El que los adolescentes sepan sobre este tema, es alentador en cierta forma ya que permitiría un mejor abordaje de los temas educativos antes mencionados.

En la tabla y figura 5, se observa los datos relacionados a la dimensión prevención de ITS-VIH/SIDA. Por ítems, encontrándose en un 65.26% desconocen que las úlceras, llagas y heridas son síntomas de ITS, el 56.84% desconoce las enfermedades de transmisión sexual, sin embargo el 91.58% conoce las tres vías de contagio.

Estos resultados se compararon con los de Catacora et al. Realizaron un estudio titulado *Conocimientos sobre VIH/SIDA y prácticas sexuales de escolares de Tacna 2007*, cuya unidad de estudio fueron los escolares de ambos sexos, con edades entre 14 y 17 años, El universo lo constituyeron 9397 escolares de 29 instituciones educativas, 14 nacionales con 8245 alumnos distribuidos en 229 aulas y, 15 privadas con 1152 escolares en 47 aulas. Siendo los resultados los siguientes: los hombres tuvieron mayor conocimiento que las mujeres sobre el VIH/SIDA, particularmente en relación al uso del condón para evitar el contagio de la infección. Por otro lado, el 84,7% saben correctamente que el VIH/SIDA se transmite por el intercambio de jeringas y, alrededor del 46% conocen que para evitar infección a través del sexo, deben abstenerse o mantener una relación con una sola pareja. No se encontraron diferencias entre las fuentes de información sobre VIH/SIDA según sexo, los escolares manifestaron haber recibido información sobre VIH/SIDA a través de sus profesores (62,2%), seguido de sus parientes con 27,8% y trabajadores de salud con 24,6%. Cabe resaltar que el 7%, refirieron no haber recibido información sobre el VIH/SIDA (13).

El resultado encontrado en los estudios en comparación se puede evidenciar que los adolescentes tiene conocimiento sobre VIH/SIDA, considero que esto se debe a que la enfermedad de VIH/SIDA ya es conocida por todos, ya sea a través

de los medios de comunicación o por la misma sociedad, esto genera que tanto los educadores como los mismos padres orienten a sus hijos sobre este mal como es en el caso del estudio realizado por Cataroca, cuyos resultados son favorables. Lamentablemente si bien es cierto que los adolescentes tienen un alto conocimiento sobre el VIH/SIDA, muchos de ellos desconocen las Enfermedades de Transmisión Sexual e incluso sus sintomatologías y esto posiblemente se deba a que los centros educativos e incluso los establecimientos de salud no enfatizan más sobre el tema, que los adolescentes puedan reconocer una ETS para que así puedan acudir a ser tratados. El desconocimiento respecto del tema trae consigo consecuencias difíciles de afrontar para el adolescente como, el embarazo no deseado, las ITS-VIH y el aborto. Asimismo, existen políticas discriminativas sobre todo hacia la mujer adolescente que muchas veces es mal vista por la sociedad y el grupo de amigos(as).

La tabla y figura 6, con relación a la dimensión metodología anticonceptiva como prevención de embarazo por ítems, un 65.26% desconocen que la abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer, el 64.21% desconocen que los métodos hormonales son: la píldora, inyectable, norplant.

Estos resultados están relacionados a Cuellar et al. Realizaron un estudio denominado *Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de la institución educativa distrital de Bogotá – Colombia, 2008*, la muestra estuvo conformada por 63 alumnos de la institución educativa que pertenece a los grados decimo y once (edades entre 14-19 años) En cuanto al porcentaje de hombres que usan métodos anticonceptivos, no se encontró información específica puesto que la

utilización de los distintos métodos pone en manifiesto que toda la responsabilidad recae en la mujer sin involucrar de forma activa al hombre en este estudio se identificó que el porcentaje más elevado en adolescentes que usan métodos anticonceptivos es en la mujer con un 44.44% en relación con los hombres que es de un 25.40% (9).

El conocimiento y el correcto uso de los métodos anticonceptivos contribuyen a la reducción del embarazo precoz y no deseado. Sin embargo, la adolescencia es el periodo donde menos uso se hace de la metodología anticonceptiva. De allí que es necesario que los jóvenes conozcan más de los métodos anticonceptivos, el correcto uso, sus ventajas y desventajas para que tomen acuerdos y decisiones acertadas para su vida sexual. Como se puede evidenciar es alto el desconocimiento sobre los métodos anticonceptivos y esto probablemente se deba en gran parte a que aún vivimos en una nación conservadora donde se tienen el concepto de que si les damos información sobre métodos anticonceptivos a los adolescente de cierto modo los estamos llevando a que tenga su primer encuentro coital. Considero que este problema sobre los desconocimientos se podría solucionar si los centros educativos al igual que los centros de salud se enfoque en orientar no solo a los adolescentes sino además a los padres de este tema, para que ese concepto que muchas veces es mal interpretado pueda ser mejorado y evitar así embarazos en adolescentes que muchas veces son rechazados por estos y además de las enfermedades que los adolescentes puedan adquirir si no usan un preservativo. Algo semejante nos muestra Cuellar, ya que se puede evidenciar que además que los conocimientos sobre métodos anticonceptivos es pobre en sus adolescentes, la responsabilidad de usarlos recae sobre la mujer aún más que el

hombre, realidad que como sabemos es totalmente falso ya que es una responsabilidad tanto del varón como el de la mujer.

En la tabla y figura 7, se observa que con respecto a la dimensión actitudes sexuales en general, los adolescentes presentaron un 50.53% de actitudes sexuales desfavorables, mientras que un 49.47% si tuvo actitudes sexuales favorables en cada una de nuestras dimensiones abarcadas en la encuesta.

Los resultados que se comparan con los de García (18), realizó un estudio titulado *Conocimientos y Actitudes Sexuales en los Adolescentes de 14-19 años del AA. HH. Los Jardines del Distrito de Sechura – Piura 2010*, se encontró que la mayoría de los adolescentes en estudio presentaron actitudes sexuales desfavorables en un 86%, que conllevan a malos comportamientos y situaciones que ponen en riesgo su sexualidad; y solo el 14% presentaron actitudes sexuales favorables.

Estos resultados indican que la mayoría de adolescentes sometidos a esta investigación no muestran respeto por su sexualidad además de no prevenir el riesgo de exponerse a problemas de salud como embarazos tempranos y a la adquisición de ITS/VIH/SIDA pues creen que la conducta sexual que tienen es cosa suya y que nadie debe hacer juicios de valor sobre ella.

En la tabla y figura 8, se demuestra que los resultados de las actitudes sexuales según dimensiones el 66.32 % muestra actitudes desfavorables con respecto a autonomía al igual que sexualidad y amor estos resultados muestran similitud con Gutiérrez (10), En su estudio *Sexualidad de insegura en adolescentes colombianos en Barranquilla, 2009*, quien determinó que el 60% de los adolescentes reportaron actitudes desfavorables referidas a su autonomía, respeto mutuo y reciprocidad con un 58,60%, seguido de sexualidad y amor con el

53,45 % muestra actitudes desfavorables; mientras que el 47,67% con sexualidad como algo positivo.

Muchas veces se observa que los adolescentes viven de esta forma desorientada su sexualidad por la falta información obtenida o por las malas amistades que eligen, además de la poca confianza y comunicación que existe con los padres, factor importantísimo para el desarrollo del adolescente.

Estos resultados indican que la mayoría de adolescentes sometidos a esta investigación no muestran respeto por su sexualidad además de no prevenir el riesgo sexual que esto conlleva.

En la tabla y figura 9, se describió las características sociodemográficas de la muestra estudiada, en donde la edad predominante fue 19 años con un 24.21%, el sexo que sobresalió fue el femenino con un 63.16%, asimismo el 94.74% de los adolescentes son solteros, el 80.00% son estudiantes; la religión que más profesan fue la católica con un 83.16%. Se determinó que el 83.16% de la población en estudio si tiene enamorado, en donde el 54.74% ya ha iniciado su relación coital, encontrándose como edad de inicio predominante los 16 años edad, con un 44.00%. Cabe mencionar que todos los adolescentes encuestados son heterosexuales.

Resultado distinto se puede observar en García (7), en su estudio *Comportamiento de la sexualidad en adolescentes del Área de Salud de Mulgoba-Cuba, 2006*, realizó un estudio no experimental, de tipo descriptivo en adolescentes pertenecientes al Círculo de Adolescentes de los consultorios del Reparto Mulgoba en el área de salud del Policlínico Victoria Cuba, Angola. Donde obtuvieron como resultado que, el 50% de los adolescentes de entre 15 y

19 años tiene vida sexual activa, más de la mitad de nuestros adolescentes estudiados (69.8%), tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años, siendo el sexo masculino el de mayor porcentaje, con 86.2%. En el caso de las mujeres, se observó que el 51.8% tuvo su primera relación sexual después de los 15 años.

Es necesario entender cómo los jóvenes construyen su sexualidad y el sentido que asignan a la primera relación sexual. Esta primera experiencia sexual, generalmente dominada por la incertidumbre, información parcial y múltiples interrogantes, constituye un momento particularmente difícil en la vida de todo ser humano, de no ser vivido en un ambiente de afecto, comunicación y respeto producirá en el adolescente un profundo sentimiento de frustración y esto es lo que generalmente se puede observar en los adolescente que han iniciado su actividad coital.

En la tabla y figura 10, se observa que de todos los adolescentes encuestados se encontró que la edad media fue 16 años, y que la edad promedio de inicio de relaciones coitales fue de 16 años.

Relacionados con los resultados encontrados en Jerónimo et al. Realizaron un trabajo de investigación titulado *Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria en la ciudad de Ica*, 2009, en el cual, 50,5% (247) de los encuestados fueron de sexo femenino encontrándose una media de 15,61. El 49,5% (242) del total de la muestra fueron de sexo masculino con una media de 15,81. El 47,6% de los estudiantes señaló que la persona con quien habla de sexo eran los padres. 34,6% señaló que la fuente de información primaria sobre sexualidad era la madre y el profesor 28,6%. El 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 (16).

Respecto de los resultados en comparación, podemos inferir que la relación de edad de inicio de relación sexuales en edades cada vez más tempranas se argumentan en la precocidad del desarrollo sexual, porque se encuentran en la etapa de experimentar sensaciones y sentimientos pero sin la educación adecuada en salud sexual y reproductiva, las prácticas sexuales solo los exponen a riesgos innecesarios, situación preocupante porque a esto se suma la situación socio económica, mientras más pobreza exista en una familia más temprano es el abandono de los adolescentes en las escuelas, de alguna manera se le presiona a emprender un trabajo y la formación de su propia familia, en la cual van a educar a sus hijos con los mismos conocimientos errados, valores y actitudes desfavorables.

V. Conclusiones

- En forma global el 52.63% de la muestra en estudio del Asentamiento Humano Micaela Bastidas -Piura 2012 desconocen de sexualidad.
- Con respecto al conocimiento sexual por dimensiones, se evidenció desconocimiento en sus cuatro dimensiones, siendo las menos conocidas: prevención de ITS/VIH SIDA con un 69.47%, seguido de anatomía y fisiología con un 56.84%.

- Al evaluar las dimensiones por ítems, se encontró en la dimensión anatomía y fisiología reproductiva como ítem menos conocido: denominación del extremo final del pene con 81.05%, en la dimensión respuesta sexual humana el 67.37% desconoce acerca de las fases de la respuesta sexual, en Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA el 65.26% desconocen los signos de una ITS, y en metodología anticonceptiva se halló un 64.26% desconoce que La abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer..
- Los resultados obtenidos nos han permitido conocer que en los adolescentes en estudio, predominan las actitudes desfavorables con un 50.53%.
- Con respecto a las actitudes sexuales por dimensiones, en su totalidad fueron desfavorables, siendo las de mayores porcentajes: autonomía al igual que sexualidad y amor con un 66.32%, seguido de libertad para decidir con un 58.95%.
- Dentro de las características sociodemográficas de los adolescentes estudiados se encontró como edad predominante 19 años, con un 24.21%, el sexo que sobresalió fue el femenino con un 63.16%, asimismo el 94.74% de los adolescentes son solteros, el 80.00% son estudiantes, de religión católica con un 83.16%. Se determinó que el 83.16% de la población en estudio si tiene enamorado, en donde el 54.74% a iniciado su relación coital encontrándose como edad de inicio los 16 años edad, con un 44.00%. Cabe mencionar que todos los adolescentes encuestados son heterosexuales.

Aspectos complementarios

Anatomía y fisiología sexual y reproductiva

Anatomía de los órganos sexuales masculinos y femeninos.

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

1.1. Los genitales externos:

También llamados vulva, tienen las siguientes estructuras: monte de Venus, labios mayores, labios menores, clítoris, meato uretral, orificio vaginal e himen (33).

- **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.
- **Labios menores:** localizados por dentro de los anteriores, son dos pliegues sin vello, ubicados al borde de la entrada de la vagina, los labios mayores y menores en conjunto conforman la vulva. Poseen abundante terminaciones nerviosas, las que los hacen muy sensibles.
- **Clítoris:** ubicado en la parte superior de la vulva, por debajo de los labios mayores y entre los repliegues de los labios menores. Es órgano eréctil del tamaño de un guisante, con una estructura muy parecida a la del pene, pues está formado por un tejido esponjoso y abundantes terminaciones nerviosas. Asimismo, tiene un glande cubierto por un prepucio. Tiene como función la de ser un órgano altamente sensitivo al estímulo físico y que sirve para enviar al cerebro las sensaciones de placer.
- **Meato uretral:** pequeño agujero donde termina la uretra y por el que sale la orina. Se localiza entre el clítoris y el orificio vaginal (33).

1.2. Órganos internos femeninos

- **La vagina:** órgano tubular por el cual penetra el pene durante el coito, así mismo es la vía de paso del bebé durante el parto, por lo que sus paredes son muy elásticas, por la parte externa comienza con el orificio o entrada vaginal, y por la parte interna termina en el cuello del útero. En estado de reposo sus paredes están plegadas una contra la otra, pero durante la

excitación se expanden dando espacio al pene. Tienen terminaciones nerviosas sobre todo en su tercio externo, que es sensible a la estimulación erótica. Es también el órgano por el cual sale al exterior el flujo menstrual (33).

- **El útero o matriz:** tiene el tamaño de una pera invertida. Tiene un orificio inferior que se llama cuello uterino (cérvix) y comunica con la vagina. El útero aloja y nutre al feto en desarrollo. La capa de tejido que cubre al útero se llama endometrio, y tiene muchos vasos sanguíneos. El endometrio se desprende durante la menstruación y produce la mayor parte del flujo menstrual.
- **Trompas de Falopio:** son canales que conectan los ovarios con el útero. Luego que el óvulo 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 óvulo 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 (33).

2. Órganos sexuales masculinos

2.1 Genitales externos. Según Sobrevilla (33).

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 una sustancia blanquecina llamada esmegma, que tiende acumularse, y que por ello requiere aseo permanente, lo que es posible desplazando el prepucio en condiciones normales.

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

2.2. Órganos internos masculinos.

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

eyaculador.

Vesículas seminales: glándulas que producen líquidos que van a formar parte del semen.

La próstata: se encuentra debajo de la vejiga y rodea a la porción interna de la uretra originada en ésta. Tiene forma de castaña. Está constituida por músculo y tejido glandular, crece durante la pubertad y se encoge en la vejez, puede endurecerse e interferir con la micción en el hombre mayor, en cuyo caso requiere de cirugía.

Glándula de Cowper: son dos pequeñas formaciones del tamaño de una arveja que se encuentran situadas a los lados de la uretra por debajo de la próstata que también contribuyen con el líquido seminal. Cuando el orgasmo es inminente, estas glándulas se contraen y vierten un líquido alcalino claro, que sale al exterior inmediatamente antes de la salida de la eyaculación y en algunos casos puede llevar espermatozoides (33).

Fisiología sexual y reproductiva

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

de mujer.

a. Ciclo ovárico

Los ovarios están constituidos por un estroma y una gran cantidad de folículos (200.000 por ovario). Los folículos están formados por una pared de células estromales conocida como teca, que rodea a una capa de células foliculares conocida como granulosa, que segrega estrógenos. La porción central del folículo está ocupada por un oocito, que por división meiótica durante la maduración del mismo, dará lugar a un óvulo. A partir de la pubertad, comienzan a madurar varios folículos cada mes, pero habitualmente sólo uno completa el proceso de maduración. Los folículos maduros se llaman folículos de Graaf. El interior del folículo está ocupado por el líquido folicular (34).

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 (35).

b. Ciclo uterino o menstrual

Mientras que para Sobrevilla (34), 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.

Chirino R (36), 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.

c. La fecundación

También llamada concepción, es el hecho fisiológico en el cual el espermatozoide alcanza al óvulo, y perdiendo su cuello y su cola entra en él, que es de tamaño bastante mayor, permitiendo así la reunión del material genético de ambas células, para formar el huevo o cigoto del futuro ser humano con 46 cromosomas (37).

d. El embarazo

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

Entre los cambios físicos más relevantes podemos encontrar: El útero aumenta de 500 a 1.000 veces su capacidad y pasa de pesar unos 60 grs. a 1.000 grs. al final del embarazo. En el cuello uterino se forma el llamado tapón mucoso que va a sellar el conducto endocervical, evitando de esta forma el paso de bacterias u otras sustancias hacia el interior del útero, este tampón mucoso se expulsa cuando se inicia la dilatación cervical antes del parto. La vagina aumenta su elasticidad la secreción de flujo. Las mamas aumentan de tamaño para la preparación de la lactancia, los pezones se vuelven más eréctiles y aumenta la pigmentación de las areolas (37).

e. Menarquia

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

Es normal que haya cambios que sucedan de mes a mes. Algunos meses no tendrá un periodo, especialmente durante el primero o segundo año. La salud también puede estar influenciada. La mayoría de las niñas y mujeres no sienten cuando sucede la ovulación. No están realmente seguras cuando ocurre. Es posible que sientan dolor en la parte baja del abdomen. La ovulación sucede aproximadamente en medio del ciclo menstrual. Muchas niñas marcan el calendario con una “X” los días que sangran. Para la mayoría de las mujeres, el periodo viene cada 25–30 días (35).

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 (39).

Hasta hace pocos años se tenía la idea de que en la respuesta sexual humana se producía una única fase que abarcaba todo, sin límites entre el deseo y el orgasmo. Como consecuencia de ello, todos los trastornos sexuales se consideraban una única entidad clínica, sin diferenciar entre eyaculación precoz o disfunción eréctil y anorgasmia. El hombre incapaz de desempeñar la actividad sexual, con independencia del origen del problema, era incluido dentro del grupo de hombres con problemas de impotencia. Lo mismo ocurría con las mujeres, cuyos problemas sexuales se englobaban dentro del grupo que padecía frigidez, denominados respuesta sexual (39).

Master y Jonson, investigadores en Saint Louis, Missouri, considerados por muchos como los padres de la sexología moderna, rompieron con los prejuicios emocionales que impedían el estudio científico de la fisiología sexual y

analizaron, de manera muy detallada, las interacciones sexuales de 382 mujeres y 312 hombres de 18 a 89 años, en más de diez mil episodios de actividad sexual. En 1966 publicaron en el libro 'Respuesta Sexual Humana' las conclusiones de sus investigaciones. Algunas de ellas fueron:

- La importancia del clítoris en la excitación y el orgasmo de la mujer.
- La descripción de la posibilidad de orgasmos múltiples en la mujer.
- 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 refractorio tras la eyaculación el hombre, periodo de tiempo que varía de unos a otros, durante el que, aunque haya estimulación, no hay respuesta sexual ni es posible la emisión de espermatozoides.
- La capacidad sexual de los adultos de mayor edad.
- La similitud esencial de la respuesta sexual del hombre y la mujer.

El descubrimiento de que la mujer no experimenta periodo refractorio 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. Master y Jonson incluso después de casarse. Diferenciaron 4 fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución (28, 38).

Sin embargo también refiere la literatura que para que se de estas 4 fases, se presenta una fase antes que éstas, llamada fase de deseo así define el autor siguiente.

La respuesta sexual es la forma de responder ante los estímulos que provocan el deseo, tanto desde un punto de vista físico, como desde un punto de vista más

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

- 1- Fase de deseo:** es una fase "mental". Para excitarse sexualmente hay que estar interesado en el sexo: pensar en ello, sentir curiosidad y, en general, desearlo.
- 2. Fase de excitación:** la excitación es la primera fase, se puede provocar por muchos estímulos diferentes: la visión de un cuerpo desnudo, una caricia, una mirada... la lista puede ser infinita. Aún no se ha podido clasificar de manera diferenciada si hay algo que excite a hombres y mujeres por separado, aunque las creencias populares son que el hombre se excita más por la visión y las mujeres más por el tacto, la mirada, una palabra o un gesto. Durante la excitación, en los hombres el pene se agranda y endurece, se pone erecto. En las mujeres la vagina se lubrica, la vulva se hincha. El cerebro envía mensajes que producen ciertos cambios en el cuerpo, que son involuntarios y nos indican el comienzo de la excitación. Los más importantes son (46,47):

En la mujer comienza la lubricación vaginal, es decir, la vagina se humedece. La parte interna de la vagina se expande. Los labios mayores se abren y crecen. Afluencia de sangre a los genitales, que hace que el clítoris se hinche y se acerque al hueso púbico. Cuando está excitado, el clítoris es mucho más sensible al tacto. Los pezones también pueden hincharse y quedar erectos. La respiración se acelera, aumenta el ritmo cardíaco y se

produce tensión muscular.

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

- a) **Fase de meseta:** los cambios de la fase anterior alcanzan un máximo y se mantienen así durante un tiempo, para luego dar paso a paso algunos cambios: En la mujer el clítoris se esconde y apenas se palpa, en el hombre las glándulas de Cowper segregan un líquido que puede contener espermatozoides, llamado líquido preseminal.
- b) **Fase del 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 (46).

- c) **Fase de resolución:** es 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 (46, 49).

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 infecciones transmisibles con contacto sexual sin casi excepción. Estas infecciones poseen una valoración social especial (30).

Aquí nombramos las infecciones de transmisión sexual más castigadas por la sociedad: sífilis, chancro, chancroide, uretritis no gonocócica, tricomoniasis, candidiasis y el herpes genital. Se trata de explicar las más comunes para saber los

grandes riesgos que se corren al tener relaciones sexuales sin protección.

- **Sífilis:** es causada por una bacteria llamada “*treponema pallidum*”, generalmente se transmite por las mucosas. La vagina y el glande son las puertas de entrada más frecuentes, aunque se han visto casos en los que entra por heridas. En la sífilis temprana sintomática (ya que también existe sífilis tardía) se presenta el famoso chancro. Es considerada como una infección bacteriana. Se encuentra dentro de las primeras infecciones de transmisión sexual descritas. Su tratamiento con antimicrobianos es eficiente pero su efectividad depende de una detección temprana. La sífilis causa graves consecuencias para la función reproductiva del hombre. Al infectar a la mujer puede provocar severos daños congénitos en el bebé en órganos vitales como el cerebro y el corazón. El control higiénico sanitario, evitar la promiscuidad, adicciones y hábitos negativos en el vestir, una correcta alimentación, entre otras medidas son fundamentales para lograr una correcta salud reproductiva (34).
- **Chancro:** es producida por una bacteria llamada *Haemophilus Ducreyi*. La lesión en el pene o vagina, consta de una úlcera con bordes duros que no es doloroso.
- **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 (23).

- **Tricomoniiasis:** es causada por un parásito llamado “tricomonas vaginales o tricomonas” y se transmite por el contacto sexual, aunque ocasionalmente es transmitido por medio del contacto de toallas altamente contaminadas. Esta enfermedad también se presenta en los niños a causa de las violaciones.
- **Candidiasis:** es producida por hongos generalmente el “Cándida Albicans”. La mayoría de veces se transmite por contacto sexual, pero no se considera exactamente como una ITS.
- **Herpes genital:** se produce por un virus llamado como su nombre. Casi en un 95% de veces, es transmitido por contacto sexual. Sus síntomas son: la aparición de granitos o vejigas muy juntas.
- **Uretritis no gonocócica:** es la inflamación de la uretra, conocida también como uretritis inespecífica. Se transmite por contacto sexual y sus síntomas son como los de la gonorrea pero más leves.
- **Chancroide:** es producida por una bacteria llamada “Haenophiles Ducrey”. Se presenta una lesión en el pene o en la vagina semejante a una ampolla.
- **SIDA:** enfermedad incurable y fatal que se transmite por contacto de algún líquido corporal infectado con otro (intercambio de sangre, semen o flujo vaginal). Los primeros síntomas son: fiebre y sudoración nocturna, nódulos linfáticos inflamados el menos en tres lugares del cuerpo: pérdida de peso; diarrea crónica, disminución del número de glóbulos blancos.

Como prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual

Actualmente se observa con preocupación el incremento del inicio precoz de la actividad sexual, lo que es un fenómeno complejo de analizar por su multicausalidad, sin embargo no podemos dejar pasar el tiempo dada la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). La incidencia más alta de infecciones de transmisión sexual se encuentra en el grupo de 20 a 24 años de edad, seguida de los grupos de 15 a 19 y, después, aquellos entre 25 y 29 años de edad. Al menos la mitad de los infectados por el VIH tienen 24 años (39).

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 infecciones 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 (39).

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 diafragma 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 contagio personal de estas infecciones (39).

Metodología anticonceptiva como prevención del embarazo.

Otro problema que aqueja a la adolescente es el embarazo no deseado, aborto provocado, se estima que en América Latina cuatro de cada diez embarazos terminan en aborto, con una proporción que se incrementa a seis de cada diez embarazos en Chile, y baja a dos de cada diez en México. Cuando los embarazos de la adolescente son resultado de violencia sexual o abuso, es probable que haya efectos psicológicos y físicos a largo plazo, con consecuencias en la demanda de servicios de salud (39).

Está bien documentado que el conocimiento sobre fertilidad es muy bajo

entre los y las jóvenes adolescentes. Por ejemplo, encuestas en Ciudad de México y Paraguay encontraron que el método anticonceptivo más usado en el primer coito era el ritmo, un método que también es comúnmente usado en Brasil. Sin embargo, solo un cuarto de los adolescentes varones y mujeres pudieron identificar el período más fértil en el ciclo menstrual de una mujer (40).

Basado en estos resultados, Morris (41) concluyó que la combinación de un inicio sexual temprano y la falta de conocimientos sobre fertilidad apuntan a la necesidad de programas efectivos de educación sexual en los colegios de enseñanza básica.

Las adolescentes descubren que están embarazadas, sin haberlo planeado, sin haber tenido la oportunidad de experimentar las diferentes facetas de la vida en pareja en mejores condiciones; una cuarta parte son madres solteras, muchas viven en unión sólo debido a este fortuito embarazo. El lapso entre la primera relación sexual y el inicio del embarazo es muy breve como para permitir a una adolescente conocer, reflexionar y tomar una decisión en lo que concierne al uso de algún método anticonceptivo. La decisión implica reconocer la existencia de una vida sexual activa, lo cual también tiene un alto costo social para la adolescente (44).

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

Según la bibliografía revisada se puede concluir que no hay ningún método que sea 100 % seguro (excepto las ligaduras de trompas, la vasectomía, y la abstinencia, hay métodos más eficaces o menos eficaces según cada caso particular, por 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. (41).

Clasificación de los métodos anticonceptivos:

a) Métodos Naturales :

- **Método del Ritmo o calendario:** consiste en registrar el intervalo de los ciclos menstruales durante 6 meses, para identificar cuáles son los días fértiles de la mujer. Se requiere de una operación matemática y que la mujer sea de ciclos regulares (entre 27 y 30 días), así la pareja debe abstenerse de mantener relaciones sexuales entre el noveno y décimo noveno día del ciclo menstrual. Tiene una tasa de falla de 9 (teórica) a 20 (real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (29).

- **Método de Billings o del moco cervical:** consiste en reconocer la fase fértil del ciclo menstrual por la presencia del moco cervical o sensación de humedad mediante la observación diaria de sus genitales. La fase fértil comprende desde el día del inicio de la sensación de humedad hasta tres días después de haber identificado el día fértil (día de máxima humedad), momento en el cual el moco vuelve a ser pegajoso o hay sensación de sequedad. Tiene una tasa de falla de 2

(teórica) a 20 (real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (29).

- **Método de los días fijos o del collar:** método de abstinencia periódica que señala los días 8-19 del ciclo menstrual como fértiles. Se apoya en el collar del ciclo menstrual de la mujer que está formado por 32 perlas de colores (marrón, rojo y blanco) y por un anillo movable para marcar en que día del ciclo está la mujer, así la perla roja representa el primer día de la menstruación, las perlas marrones son los días no fértiles y las perlas blancas son los días fértiles. Tiene una tasa de falla de 5 (teórica) a 20 (real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (29).
- **Método de la lactancia materna o MELA:** método natural, basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la lactancia, ya que suprime la ovulación producto del amamantamiento, debe tener en cuenta 3 condiciones importantes como la lactancia exclusiva, la amenorrea de la usuaria y solo hasta los 6 meses postparto. Tiene una tasa de falla de 5 (teórica) a 20 (real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (29).

b) Métodos de Barrera:

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

Debe ser usado durante prácticas de sexo vaginal, oral y anal. Es el único método que protege de las infecciones de transmisión sexual y del VIH, por eso se recomienda usarlo siempre. Tiene una tasa de falla de 3 (teórica) a 12 (real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (29).

c) Métodos Hormonales:

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

Pueden ser de 21 píldoras o de 28 (21 con hormonas y 7 con sulfato ferroso). Se debe iniciar tomando la primera píldora en el primer día del ciclo (o entre el primero y el quinto día) y continuar de forma ininterrumpida hasta que acabe el blíster y continuar con un siguiente blíster. Tiene una tasa de falla de 0,1 (teórica) a 3 (real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (29).

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

menstruación. Se aplica cada noventa días (3 meses). Tiene una tasa de falla de 0,3 (teórica) a 0,4 (real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (29).

d) Métodos Mecánicos:

- **Dispositivos Intrauterinos (DIU):** es un objeto de plástico recubierto de cobre que se coloca dentro del útero. Éste induce una respuesta dentro del útero, que hace que se inactiven los espermatozoides y así no puedan llegar al óvulo para que no haya fecundación. Se puede aplicar durante la menstruación, después de un parto o de un aborto. No se recomienda en mujeres que tengan más de un compañero sexual, antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, problemas anatómicos de la cavidad uterina que implican colocar el DIU y mujeres embarazadas. Tiene una eficacia del 98% y puede permanecer allí hasta doce años. Tiene una tasa de falla de 0,6 (teórica) a 0,8 (real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (29).

e) Métodos Quirúrgicos o Definitivos:

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

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

- **Vasectomía:** es un método anticonceptivo quirúrgico permanente para el varón cuyo objetivo es ocluir y seccionar los conductos deferentes. La oclusión de los conductos deferentes impide la salida de los espermatozoides en el semen, evitando la unión con el óvulo. Este procedimiento debe ser realizado por un profesional además de haber cumplido algunos requisitos indispensables como superar la edad de 25 años y haber cumplido sus expectativas reproductivas (número de hijos). Tiene una tasa de falla de 0.1 (teórica) a 0.15 (real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (29).

Responsabilidad y prevención de riesgo sexual

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

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

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

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

Por otra parte no es de extrañar que los chicos busquen desde muy jóvenes incluir la actividad sexual como parte de sus relaciones de pareja; pero ojo, esto no quiere decir que estén listos para un noviazgo serio y comprometido. Cuando un galán con el que sale una chica le pide sexo, puede muy bien ser que eso sea lo único que está buscando: pasar un buen rato en la cama, antes que buscar una comunicación más profunda o estrechar los vínculos amorosos entre los dos (39).

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

Para otros autores la responsabilidad está dada por el conocimiento que tienen

los adolescentes para entender lo que necesitan: necesitan aptitudes y confianza en sí mismos para abstenerse o reducir riesgos (39).

Libertad para decidir y autonomía

Como se mencionó en la dimensión anterior; la libertad es el poder que tiene el hombre de obrar o de no obrar según su voluntad, además nosotros los seres humanos somos los únicos poseedores de la misma. A partir del desarrollo de la razón, la persona comienza a tener libertad excepto que la misma sea obstruida, y este desarrollo se hace responsable de sus acciones. En cada una de esas acciones que se hacen libremente, la elección entre el bien y el mal está implicada, y según la elección la responsabilidad del acto será mayor o menor (43).

Está muy ligada también a la autonomía, que dicho sea de paso, es un concepto de la filosofía y la psicología evolutiva que expresa la capacidad para darse normas a uno mismo sin influencia de presiones externas o internas. También se usa como sinónimo de autogobierno de núcleos o sectores sociales.

Según Coulbalut C (43). Divide a la autonomía en tres áreas, que la componen: la autonomía personal ante necesidades materiales, autonomía en desplazamientos y en relaciones amicales y autonomía ideológica y de decisión. En este sentido realiza un estudio para la fiabilidad de la escala. Así los resultados muestran una acentuada subordinación del adolescente al núcleo familiar, que en función del sexo aparece aún más marcada en unas u otras áreas. Las chicas son más autónomas en aquellas actividades que implican más obligaciones y mayor responsabilidad en el hogar, en tanto que los chicos disponen de mayor independencia y libertad para realizar actividades fuera del hogar sin la compañía de los padres.

En sexualidad es muy importante la autoestima por la sencilla razón de que es un aspecto muy íntimo de nosotros mismos, sentirnos seguros y aceptados hace que nos abramos más a la experiencia. Por un lado, si me gusta mi cuerpo no tengo reparos a la hora de acariciarlo y disfrutar con él, por otro, no me sentiré incómodo cuando esté con una pareja sexual y tenga que mostrarme desnudo. Si me envuelvo en complejos y me escondo, no podré dejarme llevar; una pena cuando, en ocasiones, todo está en nuestra cabeza y nuestra pareja nos ve maravillosos (45).

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 (43).

Respeto mutuo y reciprocidad

En tiempos pasados, la reciprocidad en la relación conyugal era rara, ya que las mujeres, en general, eran consideradas como propiedades o incluso como animales. Un hombre era libre de utilizar su burro con gentileza, o de tratarlo con brutalidad hasta que al animal se le agotaban las fuerzas y moría.

Actualmente, en el mundo industrializado, el hombre tiene la misma elección respecto a su coche: puede tener en cuenta lo que necesita y conocer su mecánica, o conducirlo por terrenos agrestes sin prestar la menor atención a su

mantenimiento, cambio de aceite o recambios. Una mujer puede limpiar y cuidar de su máquina de coser o de su computadora, o puede maltratarla hasta que se atasque y quede inservible. Incluso una cuchara o un cuchillo puede mantenerse limpio y en su sitio, o dejar que se oxide o quede manchado (45).

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

En esta época en que las mujeres, por primera vez, están aprendiendo que la dignidad humana también es aplicable a ellas, es absolutamente importante que los hombres conozcan las leyes de la reciprocidad y no esperen que una mujer les sirva sin recibir nada a cambio, ni pretendan imponer a una mujer lo que ella no quiere. Hoy es importante tanto para los hombres como para las mujeres comenzar a preguntar a su cónyuge qué es lo que le gusta y lo que le disgusta, para poder llegar a conocerle como un ser humano con sus características individuales. Esto es aplicable a la relación conyugal respecto al espíritu, a la mente, a los sentimientos y, por supuesto, al vínculo físico. Es necesario llegar a conocer las creencias individuales, los gustos e idiosincrasias, sin lanzarse necesariamente a la conquista de la otra persona o emprender una cruzada para cambiar sus criterios.

Sin embargo, la sexualidad es un verdadero barómetro de la reciprocidad!. Es una expresión corporal de numerosos principios espirituales, entre los que se cuenta la reciprocidad. La ley de la reciprocidad es similar a la equidad y la

justicia: si es correcto que tú recibas, entonces también lo es que yo reciba. Si quieres expresar lo que sientes, ¿no sería justo que yo también pudiese expresar lo que siento? Si tú tienes derecho a satisfacer tus ansias y deseos, ¿no es también apropiado que yo dé respuesta a los míos?

Si un día yo no tengo el deseo ni la necesidad, ¿no sería adecuado que lo aceptaras, ya que parece dar por sentado que a veces tú también estás atareado, preocupado, cansado o distraído? Si, en unas, tu amor se expresa con serenidad, y en otras con ternura, o de forma más enérgica y apasionada, ¿no puedes imaginar que yo también atravesase esas diversas modulaciones de necesidades y estados de ánimo sin querer por ello ofenderte ni rechazarte? ¿Acaso no es esto reciprocidad? (46).

Cuando se suprime la ley de la reciprocidad de manera sistemática y uno o ambos miembros de la pareja no la respetan, la sexualidad, como un canal de agua, se estanca; puede que gotee un poco de uno al otro, ¡pero no en la dirección contraria!. Entonces, la gente se preocupa, se enfada o queda perpleja, y recurre a la explicación más habitual: mi pareja está, bueno, deprimida...debemos administrarle algún tratamiento. ¡Cuando ella haya recibido tratamiento para su depresión, las cosas volverán a la normalidad! ¡Cariño! ¡Estás maravillosa! ¿Quién no quiere escuchar estas palabras de su pareja? Sin embargo, lo trágico es que para muchas mujeres esto puede significar que su pareja sólo desea ver el lado bueno, saludable de su mujer, que está “siempre dispuesta”.

Entonces, la esposa siente que debe reprimir su cansancio, su tristeza, sus decepciones o su falta de entusiasmo, y que siempre tiene que intentar parecer “maravillosa”.

En la sexología moderna, cuando la relación sexual de una pareja se ha interrumpido a causa de algún síntoma que exprese sufrimiento (impotencia del hombre o frigidez de la mujer, o la ausencia de la necesidad normal de actividad sexual), el tratamiento comienza enseñándoles a descubrir las necesidades corporales del otro mediante las caricias. El hombre y la mujer tienen que descubrirlo y ayudar a su pareja a tomar conciencia de sus necesidades. Ésta es una buena manera de medir la capacidad de la pareja de aprender la ley de la reciprocidad, además de aprender lo que es la ternura en un sentido físico (49).

Sexualidad y amor

El desenvolvimiento de la relación a partir de esta etapa inicial, nos la explica Mercedes Arzú de Wilson ": el amor entre dos persona emerge de la atracción física en un principio. Del plano físico va transitando al psicológico y de éste, al espiritual.

El anzuelo del principio suele ser casi siempre físico. Las relaciones entre amor y sexualidad no es que sean estrechas, sino que la una entronca directamente con la otra. Y a su vez, en su seno vibran con fuerza toda y cada uno de los ingredientes que nutren lo mejor del ser humano: lo físico, lo psicológico, lo espiritual y lo cultural.

Aquí, en el encuentro sexual lo que se destaca y toma el mando es la emoción placentera del goce del acto sexual, quedando algo relegadas las otras tres dimensiones, pero envolviéndolo todo. Por eso hay que volver a subrayar que la relación sexual es un acto íntimo de persona a persona, nunca de cuerpo a cuerpo. ¿Qué quiere decir esto?. Sencillamente que cuando al otro se le trata sólo como ser físico, portador de un cuerpo, se ha escamoteado la grandeza del amor y su

profundidad. Esto es lo que pasa hoy en algunas ocasiones (45).

Y continúa diciendo: "El cuerpo es algo personal, particular, propio. Este debe ser integrado en el conjunto de la personalidad. Amor personal comprometido, estable, que vincula a lo corporal, a lo psicológico y a lo espiritual". Dicho en términos más rotundos:

El acto sexual auténtico, verdadero, es simultáneamente físico, psicológico y espiritual. Los tres participan simultáneamente en esta sinfonía íntima, misteriosa, delicada y que culmina con la pasión de los seres que se funden en un abrazo. La sexualidad no es algo puramente humano, un placer ligado al cuerpo, sino que mira a lo más íntimo de la persona (48).

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

Así, podemos concluir que amor y sexualidad han de formar un binomio inseparable que requiere nutrirse y complementarse mutuamente. La sexualidad de la persona, no debe de reducirse a una simple genitalidad. Cuando una persona se entrega físicamente al ser amado, no pone en juego únicamente su cuerpo, es más bien una donación que involucra la totalidad de lo que es, independientemente del cuerpo que tenga, el cual, es a su vez el medio óptimo para exteriorizar y poder comunicar todo aquello que llevamos dentro a través de

las palabras que encarnan nuestros pensamientos y del lenguaje corporal no verbal que muchas veces logra decir más que mil palabras (45, 48).

De esta forma, la fusión de dos cuerpos unidos por motivos de amor y compromiso en el matrimonio, se convierte en dialogo de intimidades que en exclusiva se dan a conocer mutuamente en una entrega de personalidades, corazones e inteligencias que por un momento se funden en "una sola carne" sin por ello llegar a confundirse uno con el otro ya que cada uno sigue conservando la propia originalidad, solo que ahora enriquecida por la donación que cada uno ha hecho de sí y de la aceptación mutua del otro como un regalo (45).

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 (47).

Cuando las personas aprendemos cómo somos y cómo vamos cambiando, podemos tener más confianza y más seguridad en lo que creemos y vivimos. En relación con la sexualidad, convertirnos en buenos amantes (amarnos a nosotros mismos) requiere algo más que conocer la anatomía y la respuesta sexual. Puede implicar la capacidad de sentirnos cómodos con nosotros mismos y con otra persona, y también abrirnos a otras ideas y creencias. Los primeros 4 minutos entre dos personas son importantísimos. Es este breve tiempo procesamos el aspecto, el cuerpo, la edad y, por supuesto, el atractivo de otra persona. La postura y su expresión facial dan una indicación de su humor y personalidad. Y así nos formamos una imagen de esa persona (en el amor, sobre un nuevo amigo, un compañero de trabajo, el cajero del supermercado, sobre una profesora, etc).

El amor es una de esas palabras cargadas de los más variados sentidos. Acometerla con un cierto rigor no es tarea fácil. De ella existe un auténtico abuso. En ella se dan cita un conjunto de significados que es preciso matizar. Hay razones de peso para abandonar la tarea, sobre todo si echamos una mirada a nuestro alrededor y vemos cómo es tratada en los grandes medios de comunicación social. El uso, abuso, falsificación, manipulación, adulteración y cosificación del término amor, ha ido conduciendo a una cierta ceremonia de desconcierto (47).

Sexualidad como algo positivo

La sexualidad es algo positivo, que hace agradables nuestras vidas. Por lo tanto, lo primero para ejercer nuestra sexualidad como una oportunidad de placer

y bienestar, es asumir que nuestro cuerpo y nuestros deseos sexuales son digno motivo de alegría y no una manifestación de pecado o un motivo de castigo. Nuestra sexualidad tiene componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. En especial los elementos sociales van construyendo nuestra sexualidad de acuerdo a las normas que en nuestra sociedad aprueban determinados comportamientos y rechazan otros. Frecuentemente encontramos que las normas sociales no se ajustan a las necesidades de las personas concretas, son por tanto reglas que no tienen sentido (49).

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 (50).

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

otro”.

El poder hablar sobre sexualidad es el primer paso para una salud sexual integral, pues además de poder transmitir mejor la información y aclarar dudas y opiniones, permite a los jóvenes tomar conciencia de su propia postura y tener un mejor cuidado y respeto en el manejo de su sexualidad (50).

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

El siguiente paso es promover en los jóvenes el respeto, la congruencia, y la responsabilidad para vivir conscientemente y con libertad su propia sexualidad. El ser congruente con lo que se piensa, se siente y se hace o dice es un ejercicio que capacita a la persona para comprender y evaluar con responsabilidad lo que la motiva a actuar de una u otra manera, y a entender las propias reacciones y los cambios fisiológicos y hormonales. Toma conciencia de algunos aspectos importantes de su personalidad, como son: sus creencias y pensamientos, sus sentimientos, sensaciones y emociones, y la conducta como consecuencia (52).

La responsabilidad es una actitud de suma importancia en este aspecto, pues al mismo tiempo tenemos el poder para elegir y el compromiso de nuestra respuesta ante uno mismo y ante los demás, y esto nos compromete en el ejercicio de la

libertad. La autoestima va unida a un desarrollo de una sexualidad integradora. La autoestima es la valoración positiva que la persona tiene de sí misma, sin juicio destructivo alguno. El tema de la autoestima ha sido muy comentado; sin embargo, lo tenemos claro en conceptos y a veces no lo ponemos en práctica, pues la sociedad nos invita a no pensar en nosotros mismos y a preocuparnos primero por los demás, a identificar los aspectos negativos para poder mejorar, antes de valorar los factores positivos y aceptarlos (50).

Referencias Bibliográficas

- 1) Coleman J. Hendry L. THE NATURE OF ADULAS CENTES. [CDROM].Madrid: Mejía lequerica; 2003.
- 2) L, Tamizado R, Ferguson J. Perspectivas globales sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes: patrones, la prevención y el potencial. The Lancet. 2007; 369 (07): 1220-1231.
- 3) Villacorta M. salud sexual y reproductiva adolescentes y juvenil, Lima:

- palabra; 2002.
- 4) Berech P. Muertes maternas de adolescentes en Piura: RRPP NOTICIAS, 2011 AGO 05; SECT: Era Tabú (col.3).
 - 5) Información brindada por autoridades del Asentamiento Humano Micaela Bastidas [15 de enero 2011].
 - 6) Pick S. Conducta Sexual Protegida en Adolescentes Mexicanos. Interamerican Journal of Psychology. [serie en Internet].2006, [citado 19 Abr. 2012]; 40(3):333-340. Disponible en: <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP04035.pdf>.
 - 7) García E. Comportamiento de la sexualidad en un grupo de adolescentes del Área de Salud de Mulgoba. Revista Psicología Científica.com [serie en Internet].2006 nov. [Citado 30 May 2012]; 8(32):11-14. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/imprimir-157-comportamiento-de-la-sexualidad-en-un-grupo-de-adolescentes-del-area-de-salud-de-mulgoba.html>.
 - 8) Liberos L, Fuentes L, Pérez A. conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. Respyn [serie en Internet].2008 Oct. [citado 30 May 2012];9(4).disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/ix/4/articulos/articulo_actitudes_sexualidad.htm
 - 9) Cuellar A, Garzón L, Medina L. Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de la institución educativa distrital de Bogotá. [para optar título de enfermería]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2008.
 - 10) Gutiérrez H .Conocimiento y Comportamiento sexual de los Adolescentes

[Monografía en Internet]. Colombia. Portales Medicos.com.12 12 2009
[Citado 10 May 2012]. Disponible en:
http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1891/4/conocimiento_y_Comportamiento_sexual_de_los_Adolescentes

- 11) Guerrero H, Trujillo N, Navarro N, Martínez A. Intervención educativa para elevar conocimientos sobre las ITS/VIH/SIDA en jóvenes. Scielo [serie en internet] 2009 [citada 30 Oct. 2011]; 13(6). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102502552009000600014&script=sci_arttext
- 12) Soto V. Factores asociados al no uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo. Scielo Perú [serie en Internet].2006-Abr [citado 01 Jun. 2012]; 67(2):153-154. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S10255832006000200008&script=sci_arttext.
- 13) Catacora F, Villanueva J. Conocimientos sobre VIH/SIDA y prácticas sexuales de escolares de Tacna. Scielo Perú [serie en Internet]. 2007 Jul. [citado 01 Jun. 2012]:24(3). Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-6342007000300007
- 14) Salas A, Santa María A, Solano I, Lázaro K, Arrollo S, Araujo V. conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito

del agustino, Lima. Horizonte Medico. 2007; 7(2): 79.

- 15) Salazar H. Conductas, conocimiento y actitudes de Estudiantes adolescentes de zonas urbanas de Las ciudades de cusco frente a los Métodos anticonceptivos. Psicol Herediana 2007; 2(1):42.
- 16) Jerónimo C, Álvarez J, Carbonel W, Neira J. Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria. Scielo Perú [serie en Internet]. 2009 Jul. [citado 02 Jun. 2012]; 26(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000300006.
- 17) Arismendiz D. Conocimientos y Actitudes Sexuales en los Adolescentes de 14-19 años del Barrio El Porvenir del Distrito de Bellavista – Sullana. [Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2010.
- 18) García R. Conocimientos y Actitudes Sexuales en los Adolescentes de 14-19 años del AA. HH. Los Jardines del Distrito de Sechura – Piura [Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia] Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2010
- 19) Mory K. Conocimientos y Actitudes Sexuales en los Adolescentes de 14-19 años del AA. HH. Talarita del Distrito de Castilla – Piura [Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia] Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2010

- 20) Ardovin B y Jarpa. La jerarquía de necesidades según Maslow. [Serie en Internet]. 1998; [citado 2011 enero 25]; [Alrededor de 5 pantallas]. Disponible en: http://www.geocities.com/linds_castillo/20101.html.
- 21) Gutiérrez R. Pensamientos filosóficos y literarios de Hostos. UPR. PR [serie en Internet]. 2004 [citado 2011 enero 25]. Disponible en: <http://www.redbetances.com>.
- 22) Gala A y Col. La Adolescencia: Consideraciones biológicas, psicológicas y sociales, Tomo I.
- 23) Salinas GT, Nociones de Psicología. Lima: edic. Adunk SRL; 2005.
- 24) Chueca U. Psicología, Lima: edic. Salesiana; 2003.
- 25) Petersen AC. Adolescent development. Annual Review of Psychology, Ed., Handbook of adolescent psychology. 39. 117-155.
- 26) Morales J. El comportamiento en las etapas del desarrollo humano. [Monografía en Internet]. 2003. [alrededor de 5 pantalla]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/comportamientohumano/comportamiento-humano.shtml>.
- 27) Whittake JO, Sandra J. Psicología. 5 Ed. México: McGraw Hill / Interamericana; 1989.
- 28) Kagan J. Reflexión-Impulsividad: La generalidad y la dinámica conceptual de tiempo. En Psicología, Journal of Abnormal 1996; 71. 17-24.
- 29) Papalia, WO, Duskin F. Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia. 9 ed. México: McGraw Hill-Interamericana; 2005.

- 30) Whittake JO, Sandra J. Psicología. 5 Ed. México: McGraw Hill / Interamericana.
- 31) Arieu P. Teoría del conocimiento /epistemología [monografía en internet]. España: pauloarieu en Filosofía Comments. [Citado 2011 enero 25]. [Alrededor de 17 pantallas]. Disponible en: <http://mujercristianaylatina.wordpress.com/2009/03/22/teoria-del-conocimiento-epistemologia>.
- 32) Covarrubias F. Manual de Técnicas y Procedimientos de Investigación Social desde la Epistemología Dialéctica Crítica. Oaxaca, México: Ed. Lasser Plus Artes Gráficas; 1998.
- 33) Moreno C. Teoría del conocimiento: Introducción a la epistemología [monografía en internet]. España: Wikipedia; 2001 [citado 2011 enero 25] [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible desde: <http://www.ciencia.net/VerArticulo/Teoria-del-conocimientoidArticulo=dsfjuvb78mvklixioz602c4>.
- 34) Sobrevilla L. Sexualidad Humana. Instituto de Estudios de Población IEPO. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Ed. Saywa. Perú; 1993.
- 35) Romero L. Sexualidad y educación sexual irresponsable. Monografía en Internet]. Colombia: Centro de Asesoría y Consultoría; 2006 [citado 2011 enero 25]. [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos13/sexyeduc/sexyeduc.shtml>.
- 36) Chirino R, Fernández L, Torres S, Navarro D. Fisiología Reproductiva Femenina: Hormonas Sexuales y sus ciclos. RVFO [serie en Internet]. 2004

- [citado 2011 enero 25]; 1 (2): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en:http://www.biocancer.com/?q=system/files/Fisiologia_reproductivaFemenina.
- 37) Candiotti J, Anatomía y Fisiología Humana. Año 1986
- 38) Totorá Gerard J. y Grabowski Sandra Reynolds Principios de Anatomía y Fisiología, 9º edición, 2006.
- 39) Wikipedia. Respuesta sexual humana, [serie en Internet]. 2006.[citado 2007 jun 13] . Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Respuesta_sexual_humana
- 40) Sobrevilla L. Sexualidad Humana. Instituto de Estudios de Población IEPO. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Ed. Saywa. Perú; 1993.
- 41) Loundgren R. Protocolos de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes varones en América Latina. OPS/FNUAP/Kellogg/ASDI; 2000. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/protocol.pdf>
- 42) Flavio N, La Responsabilidad. [Monografía en Internet]. 2005. [citado 2008 julio 30]. Lugar de publicación: www.monografias.com/trabajos14/la-responsabilidad/la-responsabilidad.shtml – [38www.bastet.atonra.com/?p=705](http://www.bastet.atonra.com/?p=705)
- 43) Cuauhtemoc C. Juventud en Extasis. [monografía en internet]. Argentina: Ediciones Selectas. 2007, [citada Agosto 12]. [alrededor de 4 pantallas]. Disponible en: www.saludfemenina.com.ar
- 44) Aldara M. El valor del autoestima. [monografía en internet].España, 2006 [citado setiembre 14]. [alrededor de 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.disease.com/Article17.html>

- 45) Orzú WM. Amor y familia. Guía práctica de educación y sexualidad. Madrid-España: Ed. Palabra; 1998. pp. 32-36.
- 46) Orientación matrimonial: Reciprocidad [monografía en internet]. España, 2007[citado 2007 Febrero 19] [alrededor al de 3 pantallas], Lugar de. Disponible en:
<http://orientacionmatrimonial.wordpress.com/2007/02/07/reciprocidad>.
- 47) Marco conceptual para el desarrollo y la salud sexual de adolescentes y jóvenes. [Monografía en internet]. Disponible en:
www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-marconceptual.pdf.
- 48) Morris L. Sexual Behavior and Reproductive Health of Latin American Adolescents. Presented at the UNFPA Regional Conference on Reproductive Health in Latin America and the Caribbean. [conferencia] Mexico; 1995.
- 49) Noviazgo y matrimonio, Lugar de Publicación
http://www.encuentra.com/documento.phpf_doc=1611&f_tipo_doc=9.
- 50) Martínez L. Hacia una sexualidad integral. blog de aplicaciones,[citado Agosto 23]. Disponible en:
http://famiiliatec.itesm.mx/publicaciones/docs/boletin8/familia_presepte.pdf.

Anexos

Anexo1: Instrumento d recolección de la información



Código: _____

Fecha ___/___/___

Hora: _____

Autora: Mg. Nelly Solís Villanueva

Estimada y estimado adolescente:

Nos encontramos desarrollando un proyecto de investigación en el área de la salud sexual y la salud reproductiva, con el objetivo de conocer cuál es el nivel de

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

Instrucciones:

1. No escriba su nombre en ninguna parte del cuestionario.
2. Marque con una X el casillero que refleje más la forma de pensar o de sentir del encuestado.
3. Por favor, no deje ninguna pregunta sin contestar.

Anexo 1.1 Conocimientos

Iniciaremos con una serie de enunciados sobre diversos temas de sexualidad.

Por favor marque “Si” o “No” según su propia apreciación.

ANATOMIA Y FISIOLOGIA, SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE	SI	N O
1. Los genitales externos de la mujer está conformado por: Marque con una X solo la respuesta correcta Los labios mayores y menores (), el clítoris (), orificio de la uretra () y la abertura de la vagina().		
2. ¿La fecundación se da cuando el espermatozoide ingresa al óvulo?		
3. El embarazo comienza con la fecundación.		
4. Durante el embarazo la mujer experimenta modificaciones anatómicas y fisiológicas.		

5. Los genitales externos del hombre está conformado por: el pene, los testículos y las bolsas escrotales.		
6. ¿El glande es el extremo final (la punta) del pene?		
7. ¿Las trompas de Falopio trasportan el óvulo hacia el útero?		
8. Una mujer puede quedar embarazada en la mitad del ciclo menstrual + - 3 días.		
9. El sexo es una conducta natural y por tanto las personas necesitan aprender cómo hacerlo		
CICLO DE RESPUESTA SEXUAL HUMANA		
1. Marque con una X, solo la respuesta o respuestas que a su parecer son correctas		
2. Las fases en la respuesta sexual son: deseo (), excitación (), meseta (), orgasmo (), resolución ().		
3. La vivencia de una sexualidad responsable tiene como elemento principal La autoafirmación personal (ejercer control sobre la vida sexual).		
4. Vivir una sexualidad responsable es tener conocimientos de ITS y VIH/SIDA, y métodos de planificación familiar.		
5. Las actitudes y valores de los jóvenes son importantes en la vivencia de la sexualidad.		
6. Son manifestaciones de madurez sexual: menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto, masturbación.		
7. Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad.		
a. Marca con una X las respuesta que creas correcta;		
8. El comportamiento sexual no coital es cuando se practica los: besos abrazos (), caricias (), masturbación ().		
La persona es quien controla su propio comportamiento sexual.		
PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL – VIH/SIDA		
1.¿Sabes que el sida es una enfermedad que amenaza la vida?		
2.Las vías de contagio de la infección por el virus del VIH/SIDA está dada por vía sanguínea, (trasfusiones sanguíneas), relación coital, transmisión de madre a hijo.		
3.Un hombre puede infectarse con el virus del VIH si tiene coito con una sola mujer.		
4.El usar preservativos convenientemente en una relación te previene del contagio del SIDA		
5.El SIDA se contagia por los abrazos, los besos y el contacto con una personas infectadas (-).		
6.Las ITS son infecciones que se trasmiten a través de las relaciones coitales.		
7.Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas que corresponden a una infección de transmisión sexual.		
8.La sífilis, la gonorrea, el chancroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal. Son infecciones de trasmisión sexual.		
9.El uso de preservativo es 100% seguro para la prevención de las ITS.		

METODOS ANTICONCEPTIVOS COMO ALTERNATIVA DE PREVENCION DEL EMBARAZO		
1.En su primera relación coital una mujer puede quedar embarazada.		
2.Los métodos de planificación familiar están divididos en: métodos naturales y artificiales.		
3.La píldora, los inyectables y el DIU, son métodos anticonceptivos.		
4.Para usar la T de cobre la chica debe ir al médico u obstetra.		
5.Método de abstinencia sexual consiste en no tener las relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.		
6.l preservativo es un método de planificación familiar.		
7.Conoces los métodos de barrera, menciónalos: los preservativos masculinos y femeninos, los diafragmas, los espermicidas.		
8.Conoces los métodos hormonales? menciónalos: la píldora (), los inyectables () y el norplant ().		
9.Conoces los anticonceptivos para regular la fecundidad del adolescente menciónalos Marca con una X el que menciona: el preservativo (), el diafragma (), las píldoras (), los inyectables (), el DIU ().		

Anexo 1.2: Cuestionario de características socio demográficas de los adolescentes

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

1. Edad: Años	2. Sexo: 1. Masculino () 2. Femenino ()	3. Estado civil: 1. Soltero () 2. Casado () 3. conviviente ()
4. Religión: 1. Católico () 2. Otras () 3. No creyentes ()	5. Tiene enamorado (a): 1. Si () 2. No ()	
6. Ocupación: 1. Estudiante () 2. Trabaja () 3. Trabaja/estudia ()		

4. No trabaja / no estudia () 5. Ama de casa ()
7. Has tenido relaciones sexuales coitales alguna vez: 1. Si () Pase a la pregunta 8; 2. No (), pase a la pregunta 9
8. A qué edad tuviste por primera vez: a losaños
9.Cuál es tu preferencia u opción sexual: 1. Heterosexual - de tu sexo opuesto () 2. Homosexual - de tu mismo sexo () 3. Bisexual - de ambos sexos ()

Anexo 1.3: Test de actitudes sexuales del adolescente

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

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

ACTITUDES Y VALORES SEXUALES DEL ADOLESCENTE	1	2	3	4	5
	RESPONSABILIDAD Y PREVENCION DEL RIESGO SEXUAL				
1. Cumples con tus obligaciones.					
2. Te consideras obediente.					
3. Llegas a tus clases puntualmente.					

4. Ayudas en las tareas de la casa.					
5. Cuando tienes relaciones sexuales (coitales) lo haces conciente de que te expones a problemas de salud como: embarazo precoz, ITS /VIH/SIDA.					
6. Prevés y te preparas para enfrentar las consecuencias de tus actos: salir embarazada, adquirir ITS /VIH/SIDA.					
7. La conducta sexual de una persona es cosa suya y nadie debe hacer juicios de valor sobre ella.					
8. Una persona que va a tener una conducta coital, debe buscar información y consejos sobre anticoncepción.					
9. Crees que las relaciones sexuales entre personas jóvenes es aceptable, si hay afecto entre ellos y si ambos están de acuerdo.					
10. Crees que hoy en día todos deben usar los preservativos para protegerse de ITS/VIH/SIDA.					
LIBERTAD PARA DECIDIR					
1. Cuando vas a tomar una decisión, lo haces por tu propia voluntad.					
2. Siempre que vas a decidir por algo, necesitas la intervención de otras personas.					
3. Cuando una pareja desea tener relaciones coitales, debe ser porque ambos lo deseen y lo acepten.					
4.Si has iniciado tu actividad sexual, utilizas un método de planificación familiar.					
5.Cuando tienes relaciones sexuales lo haces por tu propia voluntad.					
6.Cuando iniciaste tu actividad sexual lo hiciste por la presión de tus amigos.					
AUTONOMIA					
1.Tú tienes derecho a elegir con quien y en donde realizar tu vida sexual.					
2.Crees que es necesario recibir información sobre sexualidad cuando tú lo solicites.					
3.Es fácil expresar tu opinión ante los demás.					
1.Sientes y crees que nuestro cuerpo nos pertenece, por ello solo tú eres la/el única (o) responsable de tu integridad corporal.					
1.Tú decides por el control de tu cuerpo, por ello realizas deportes, buscas espacios de distracción etc.					
RESPECTO MUTUO Y RECIPROCIDAD					
1.Tú y tu pareja se consideran iguales.					
1.Crees que el sexo debe ser compartido únicamente con alguien que conozcas mucho.					
1.Cuando estas frente a un problema de salud sexual tu pareja responde conjuntamente contigo en la solución del problema.					
1.4. Tu pareja respeta la decisión de no tener el acto sexual, cuando tú no lo deseas.					
1.5 Tu pareja respeta tus espacios con tus amigos.					
1.6.Tu pareja entiende que estás en tus días de peligro y que no es posible una relación sexual (coital).					
1.7 Tu pareja conversa contigo acerca de las consecuencias que trae la conducta sexual irresponsable.					
1.8Conversas con tu pareja sobre el desarrollo personal de ambos.					

1.9Acuerdan situaciones para ejercer su sexualidad sin riesgos.					
SEXUALIDAD Y AMOR					
1. Crees que en una relación sexual debe haber amor de por medio.					
2. Las relaciones coitales se dan casualmente.					
3. La pérdida de la virginidad de la mujer antes del matrimonio no deber ser mal vista por la sociedad.					
4. La relación sentimental que inicia una pareja debe ser relativamente estable.					
5. La relación con tu pareja es estable.					
6. El amor que sientes por tu pareja es correspondido de la misma manera que tú lo haces.					
7. Ser mutuamente fieles es actuar con responsabilidad y respeto mutuo.					
8. Las fantasías sexuales son muy normales entre personas jóvenes.					
9. Crees que Las/los jóvenes que se masturban llevan a cabo una conducta normalmente saludable.					
SEXUALIDAD COMO ALGO POSITIVO					
1.Sientes y crees que tener relaciones sexuales es una decisión individual y voluntaria de la persona.					
2.Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista deseo sexual.					
3.Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista amor.					
4.Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista respeto.					
5.Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista comunicación.					
6.Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista responsabilidad y cuidado.					
7.Cuando decidimos tener relaciones sexuales debemos aceptar a nuestros sentimientos sin culpa ni vergüenza.					
8.La sexualidad es compartida por esa razón debe ser cuidada por ambos protegiéndose y utilizando anticonceptivos.					
9.Antes de tener relaciones sexuales debemos pensar, si nos sentimos bien al hacerlo.					
10.Las mujeres vemos a la sexualidad como algo malo porque nuestros padres nos transmitieron ese concepto.					
11.Las mujeres que sienten temor a la sexualidad es por la mala información que recibió en su infancia, ya sea de sus padres, adultos, y por experiencias negativas que fueron víctimas.					

Anexo 2: Validez y confiabilidad del instrumento

Anexo 2.1 Reporte de validación y del cuestionario de conocimientos sexuales

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

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

Año	2007
Autora	Mg. Nelly Solís Villanueva
Procedencia	Chimbote-Perú
Administración	Adolescentes de 14 a 19 años
Significancia	Evalúa la forma de respuesta, a alguien o algo, aprendida y relativamente permanente..
Duración	No tiene límite, como promedio 20 minutos
Confiabilidad	La confiabilidad con el Método de Alfa Crombachs es de 0.88 (Alta confiabilidad).

Validez	La Escala ha sido sometida a criterio de Jueces expertos para calificar su validez de contenido teniendo resultados favorables.
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Anexo 2.3. Reporte de confiabilidad de la prueba de conocimientos y actitudes sexuales.

CONOCIMIENTO

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,757	35

ACTITUDES

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,804	50

Baremaciones

Nivel		
Conocimiento	No conoce Conoce	21 o menos Más de 21
Anatomía y fisiología	No conoce Conoce	6 o menos Más de 6
Respuesta sexual	No conoce Conoce	5 o menos Más de 5
Prevención de ITS VIH/SIDA	No conoce Conoce	6 o menos Más de 6

Metodología anticonceptiva	No conoce Conoce	5 o menos Más de 5
----------------------------	---------------------	-----------------------

Nivel		
Actitudes	Desfavorable Favorable	150 o menos Más de 150
Responsabilidad y prevención	Desfavorable Favorable	29 o menos Más de 29
Libertad para decidir	Desfavorable Favorable	18 o menos Más de 18
Autonomía	Desfavorable Favorable	16 o menos Más de 16
Respeto mutuo	Desfavorable Favorable	27 o menos Más de 27
Sexualidad y amor	Desfavorable Favorable	28 o menos Más de 28
Sexualidad algo positivo	Desfavorable Favorable	34 o menos Más de 34

Anexo 3: Matriz de consistencia

Título: Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 – 19 años del Asentamiento Humano Micaela Bastidas – Piura 2012.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES
<p>¿Qué conocimientos y actitudes tienen los adolescentes de 14 – 19 años del Asentamiento Humano Micaela Bastidas -Piura 2012.?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Describir los conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes del Asentamiento Humano Micaela Bastidas -Piura 2012.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>(a) describir el conocimiento global sobre sexualidad de los adolescentes del Asentamiento Humano Micaela Bastidas -Piura 2012.</p> <p>(b) Describir el conocimiento sexual en las dimensiones: anatomía y fisiología Sexual reproductiva, ciclo de respuesta sexual, prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, metodología anticonceptiva como prevención del embarazo, en los adolescentes del Asentamiento Humano Micaela Bastidas -Piura 2012.</p> <p>(c) Determinar los ítems menos conocidos por cada dimensión en los adolescentes del Asentamiento Humano Micaela Bastidas -Piura 2012.</p> <p>(d) Identificar las actitudes hacia la sexualidad en forma general de los del Asentamiento Humano Micaela Bastidas -Piura 2012.</p> <p>(e) Identificar las actitudes hacia la sexualidad en las dimensiones: responsabilidad y prevención del riesgo sexual, libertad para decidir y actuar, autonomía, respeto mutuo y reciprocidad, sexualidad y amor, sexualidad como algo positivo en los adolescentes del Asentamiento Humano Micaela Bastidas -Piura 2012.</p> <p>(f) Describir características socio demográficas y sexuales en los adolescentes del Asentamiento Humano Micaela Bastidas -Piura 2012.</p>	<p>VARIABLES PRINCIPALES:</p> <p>1. Conocimiento sexual: es el conocimiento que tiene el adolescente respecto a su sexualidad</p> <p>2. Actitud sexual: es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente.</p> <p>VARIABLES SECUNDARIAS:</p> <p>1. Características sociodemográficas.</p> <p>a) Estado civil: conjunto de cualidades que distingue al individuo de la sociedad y en la familia.</p> <p>b) Ocupación: Actividad que realiza el encuestado en los últimos treinta días.</p> <p>c) Religión: Tipo de religión que profesa.</p> <p>d) Edad de inicio de la primera relación sexual: edad que se inicia sexualmente.</p> <p>VARIABLES DE CONTROL</p> <p>a) Sexo: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.</p> <p>b) Edad: Tiempo vivido por el adolescente, expresada en 14 a 19 años cumplidos.</p>

METODOLOGÍA			
TIPO, NIVEL Y DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS
<p>Tipo de Investigación: Descriptivo.</p> <p>Nivel de Investigación: Por el grado de cuantificación se trata de un estudio cuantitativo.</p> <p>Diseño de la investigación: Diseño no experimental, transversal</p>	<p>Población: La población la conformaron 257 adolescentes que residen en el Asentamiento Humano Micaela Bastidas -Piura 2012.</p> <p>.</p> <p>Muestra: El estudio se realizó en una muestra de 95 adolescentes del Asentamiento Humano Micaela Bastidas -Piura 2012.</p>	<p>Técnica: La encuesta.</p> <p>Instrumentos: *Cuestionario de conocimientos de la sexualidad del adolescente de 14 a 19 años. - Conoce - No conoce</p> <p>*Cuestionario de características socio demográficas. *Test de actitudes sexuales del adolescente. _ Completamente en desacuerdo _ Bastante en desacuerdo _ Opinión intermedia _ Bastante de acuerdo _ Completamente de acuerdo</p>	<p>Para el plan de análisis se hará uso de la estadística descriptiva, utilizando figuras y tablas.</p>

Anexo 4: Consentimiento informado
Información para consentimiento informado

Sr. Padre de Familia:

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

Cordialmente.

Obst. Flor de María Vásquez S.
Docente Tutor

Yeni Marilu Castillo Neira
Tesista

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

Docente Tutor:

Celular: 999699148

Oficina del Dpto. Investigación: 327933

Tesista: Yeni Marilu Castillo Neira

Celular: 968145097

Anexo 5: Ficha de consentimiento informado del participante

Yo, como sujeto de investigación, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, **EXPONGO**: Que he sido debidamente **INFORMADO/A** por los responsables de realizar la presente investigación científica titulada Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 a 19 años del años del Asentamiento Humano Micaela Bastidas –Piura durante el periodo Mayo-Agosto 2012; siendo importante mi participación en una encuesta para contribuir a dicho trabajo de investigación.

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

MANIFIESTO:

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

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

Firma del Participante

Fecha