



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

**“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES EN
LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE LA
URBANIZACIÓN POPULAR ISAÍAS VÁSQUEZ
MORÁN DISTRITO DE SULLANA, DURANTE EL
PERIODO 2012 Y 2015”**

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

AUTORA:

ANABELL IMELDA DAYANA ROBLES VARGAS

ASESORA:

LIC. OBST. MARÍA ESPERANZA GARCÍA SHIMIZU

SULLANA – PERÚ 2015

HOJA DE FIRMA DEL JURADO Y ASESORA

PRECIADO MARCHAN ANITA ELIZABETH.

PRESIDENTA

PANTA BOGGIO AUREA LUCIA.

SECRETARIA

CORONADO MORALES SILVIA TERESA.

MIEMBRO

OBST. MARÍA ESPERANZA GARCÍA SHIMIZU.

ASESORA DE TESIS

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por darme la vida, por darme la fuerza para seguir adelante, por acompañarme cada día de mi vida.

Un agradecimiento muy especial a la Obst. María Esperanza García Shimizu, asesora de esta tesis por compartir sus conocimientos y brindarme su tiempo y paciencia para el desarrollo del trabajo.

Gracias a mis padres por darme la oportunidad de culminar mis estudios universitarios, por estar siempre conmigo y sobre todo por su amor y por depositar su confianza en mí.

A los adolescentes por su participación, tiempo y sinceridad, para poder responder a las preguntas del estudio de investigación.

RESUMEN

La adolescencia es una etapa de grandes cambios la cual puede generar graves riesgo en la vivencia de la sexualidad. La investigación tuvo como objetivo general, describir el conocimiento y las actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran - Distrito de Sullana, periodo 2012-2015. Investigación fue cuantitativa-descriptiva, no experimental, de corte transversal. La muestra fueron 141 adolescentes, se aplicó un cuestionario de preguntas cerradas sobre conocimientos, actitudes y características socios demográficos. Los resultados fueron: 67.4% de adolescentes desconocen la sexualidad en general, así como las dimensiones: Anatomía y fisiología, sexual y reproductiva (84,04%), ciclo de respuesta sexual (52,06%). Prevención de ITS-VIH/SIDA (50,04%), Métodos anticonceptivos 50,04%. El 14,02% presenta una actitud global desfavorable hacia la sexualidad. Finalmente, se concluye: la mayoría de adolescentes entrevistados desconocen sobre sexualidad y presentan actitudes favorables para una vida sexual responsable, compartida y placentera.

Palabras clave: Adolescentes, conocimientos actitudes sexuales.

ABSTRACT

Adolescence is a time of great changes which can lead to serious risk in the experience of sexuality. The investigation has as objective: To describe knowledge, sexual attitudes of adolescents 14 to 19 years of People Private Vasquez Isaiah Moran - District of Sullana, 2012-2015. Quantitative research was descriptive, the sample were 141 adolescents to a questionnaire was applied, Related to knowledge and sexual attitudes. Results: 67.4% of teenagers are unaware of sexuality in general, as well as dimensions: anatomy and physiology, sexual and reproductive (84.04%), sexual response cycle (52.06%). Prevention of STD-HIV / AIDS (50.04%) 50.04% contraceptive methods. The 14,02% have an unfavorable overall attitude toward sexuality. Finally, we conclude: most teenagers interviewed know about sexuality and have favorable attitudes for responsible, shared and pleasurable sex life.

Keywords: *Adolescents, knowledge sexual attitudes.*

CONTENIDO

Título de la tesis	ii
Hoja de firma del jurado y asesor	iii
Hoja de agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Contenido	vii
Índice de tablas	
Índice de gráficos	34
I. Introducción	56
II. Revisión de Literatura	95
2.1. Antecedentes	95
2.2. Bases teóricas	96
2.3. Bases conceptuales	97
III. Metodología	106
IV. Resultados	111
4.1. Resultados	113
4.2. Análisis de resultados	114
V. Conclusiones	115
Recomendaciones.	116
Referencias bibliográficas.	153
Anexos	

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 01: Conocimiento sobre Sexualidad en General en Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

TABLA 02: Conocimientos Sexuales según Dimensiones de la Sexualidad en Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

TABLA 03: Ítems Menos Conocidos según Dimensión Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva de los Adolescentes de 14_19 de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

TABLA 04: Ítems Menos Conocidos según Dimensión Respuesta Sexual en adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

TABLA 05: Ítems Menos Conocidos según Prevención de ITS-VIH/SIDA en Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

TABLA 06: Ítems Menos Conocidos según dimensión Métodos Anticonceptivos como Prevención del Embarazo en Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

TABLA 07: Actitudes Sexuales en General en los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

TABLA 08: Actitudes Sexuales según Dimensiones en los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

TABLA 09: Características Socio-Demográficas de los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

TABLA 10: Principales Prácticas Sexuales de los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01: Distribución Porcentual del Conocimiento General sobre Sexualidad de los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

GRÁFICO 02: Distribución Porcentual de los Ítems menos conocidos según Dimensión de la Sexualidad en Adolescentes de 14 a 19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

GRÁFICO 03: Distribución Porcentual de los Ítems Menos Conocidos según Dimensión Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva de los Adolescentes de 14_19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

GRÁFICO 04: Distribución Porcentual de los Ítems menos conocidos según Dimensión Respuesta Sexual Humana en Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

GRÁFICO 05: Distribución Porcentual de los Ítems menos conocidos según Dimensión ITS-VIH/SIDA en Adolescentes de 14-19 años de la Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

GRÁFICO 06: Distribución Porcentual de los Ítems menos conocidos según Dimensión Métodos Anticonceptivos como Prevención del Embarazo en los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

GRÁFICO 07: Distribución Porcentual de las Actitudes Sexuales en General de los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

GRÁFICO 08: Distribución Porcentual de las Actitudes Sexuales según Dimensiones de los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 – 2015.

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de crecimiento físico y emocional que plantea nuevos temas vinculados al cuidado de la salud. Muchas personas creen que “La sexualidad” es sinónimo de relaciones sexuales o se refiere sólo a los genitales. Sin embargo, se trata de un concepto mucho más amplio. La sexualidad es un proceso dinámico y complejo que comienza cuando nacemos, se manifiesta de distintas maneras a lo largo de nuestra vida e involucra también nuestros sentimientos, emociones y el proceso de conformación de nuestra identidad (1).

La adolescencia es la etapa de transición durante la cual el niño se transforma en adulto. En términos generales se puede enmarcar entre los 14 y 19 años. Durante este período se producen aceleradamente en el ser humano cambios físicos y síquicos muy marcados, entre lo más significativos están la aparición de la primera menstruación o menarquía en la niña la maduración completa del organismo de la mujer no se limita a su capacidad de fecundación o a las posibilidades de que se produzca un embarazo, por todo esto no es incorrecto plantear que en esta etapa la mujer tiene la madurez suficiente para enfrentar tanto biológica como socialmente una gestación (2).

Es el período de aprendizaje en el que a menudo es difícil acceder a información y educación sexual en el que se encuentra el individuo con serios obstáculos para acceder a los anticonceptivos y medidas de prevención hacia las infecciones de transmisión sexual, lo cual puede generar dificultades para establecer relaciones sexuales trayendo consecuencias conocidas y alarmantes como el número creciente de embarazos no deseados, matrimonios apresurados, abandono del proceso educativo, riesgos de aborto, alto riesgo de desempleo; sumado así el contagio de ITS como el VIH/SIDA entre otras que se reportan cifras considerables en los adolescentes (3).

El embarazo en la adolescencia se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera: sociedad represiva, restrictiva, permisiva y alentadora Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno

causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos (1).

Es así como todos los factores antes mencionados, es decir las ITS, el embarazo en los adolescentes, el aborto provocado tienen repercusiones sociales y personales convirtiéndose en un problema de salud pública, tanto a nivel nacional como regional, este panorama, ha hecho evidente la necesidad de determinar cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes del sector Sur del centro poblado antes mencionado (3).

En nuestro país los adolescentes representan el 10.32% de toda la población mundial, del total de la población peruana representan el 21% de los cuales el 10.4% vive en condiciones de extrema pobreza y son parte de los 103 millones que viven en América latina. Según la Encuesta Nacional de Desarrollo y Salud (ENDES), la primera relación sexual de las mujeres es a los 19 años, de otro lado existen estudios que señalan que el inicio de la vida sexual es a los 13 a 14 años en varones y a los 15 años en mujeres, el 98% conoce los Métodos Anticonceptivos (MAC), solo el 9% los usa, el 10.3% de los adolescentes está unido o casado, se sabe que de cada cien casos de violación sexual 88% se produce en niñas y adolescentes en las edades entre 13 y 17 años, del total de embarazos el 23% corresponde a los embarazos en adolescente. De los 17,054 casos reportados del Virus Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), 826 corresponden a niños y adolescentes. En el Perú, el 75% de nuevos casos de Sida se da entre jóvenes (4).

Estudios realizados por la UNICEF señalan que cinco millones de adolescentes de entre 15 y 18 años se han practicado abortos en condiciones no seguras todos los años y se han producido 70.000 muertes por causas relacionadas con el aborto entre estas edades todos los años. Otro de los peligros latentes de ejercer la sexualidad sin responsabilidad es el número de contagio de ITS- VIH/SIDA, donde se reporta que la mitad de las nuevas infecciones por VIH ocurre entre los 15 y 24 años de edad, y un tercio de los nuevos casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) afectan a personas menores de 25 años. Esta problemática se evidencia también en Perú, donde la fecundidad adolescente en el censo del 2003 al del 2007 se registró un aumento del 16.8% en las

madres adolescentes en el país lo cual muestra una mayor proporción de embarazo precoz y más aún el saber que del 23% de los embarazos ocurridos corresponde a los adolescentes de 15 a 19 años; el 57% de mujeres casadas y solteras de este grupo etario tiene embarazos no planificados (5).

Si nos enmarcamos a la Provincia de Sullana, está se encuentra situada en la parte Nor-Occidental del departamento de Piura, con una población 304,997 habitantes de los cuales 64,961 son adolescentes entre 10 a 19 años un grupo que esta sesgado por la falta de información, que trasciende en conductas inadecuadas que ponen en riesgo su propio desarrollo. Reflejada en los medios de comunicación, en los cuales connotan al adolescente como un problema de la sociedad: De esta problemática no se excluye la urbanización popular de Isaías Vásquez Moran perteneciente a la Provincia de Sullana.

Según indagaciones del nivel de conocimiento y actitudes sexuales que tienen los adolescentes de la localidad de Isaías Vásquez Moran las autoridades refieren que existe una gran mayoría de adolescentes que no poseen conocimientos y tienen actitudes desfavorables referentes a la sexualidad como son métodos anticonceptivos como prevención del embarazo, por lo tanto esta problemática deberá ser tratada lo antes posible, para evitar que este gran porcentaje de la población se vea afectado.

Este panorama, ha hecho evidente la necesidad de determinar cuáles son los conocimientos, actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años de la urbanización popular de Isaías Vásquez Moran - Provincia de Sullana, donde se plantea el siguiente problema a investigar:

¿Qué conocimientos y actitudes sexuales tienen los adolescentes de 14 a 19 años de la urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran - Provincia de Sullana, durante el periodo de 2012-2015?

Se planteó como Objetivo general:

- Describir los conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

Para lograr el objetivo general se plantearon los siguientes Objetivos específicos:

1. Describir el conocimiento sexual en general de los adolescentes de 14 a 19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.
2. Describir el conocimiento sexual en las dimensiones de Anatomía y fisiología sexual y reproductiva , ciclo de respuesta sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, metodología anticonceptiva como prevención del embarazo, en los Adolescentes de 14 a 19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.
3. Determinar los ítems menos conocidos por cada dimensión en los adolescentes de 14 a 19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.
4. Identificar las actitudes hacia la sexualidad en forma general de los Adolescentes de 14 a 19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.
5. Identificar las actitudes hacia la sexualidad en las dimensiones responsabilidad y prevención del riesgo sexual, Libertad para decidir y actuar, Autonomía, respeto mutuo y reciprocidad, Sexualidad y amor, Sexualidad como algo positivo de los Adolescentes de 14 a 19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.
6. Describir características socio demográficas y principales prácticas sexuales en los adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

El desconocimiento de la sexualidad y las actitudes desfavorables pueden llevar a una conducta sexual irresponsable, con consecuencias tales como ya que el desconocimiento de la vivencia de la sexualidad irresponsable puede conllevar a relaciones sexuales de inicios en edades más tempranas, lo que significa relaciones sexuales por más tiempo y con múltiples parejas con un desconocimiento de su anatomía y fisiología sexual y reproductiva, metodología anticonceptiva como prevención del embarazo, prevención de la ITS/ VIH/SIDA, que indudablemente origina embarazos no deseados, abortos provocados hasta llegar a la muerte , infecciones de transmisión sexual entre otros.

La falta de información y el desconocimiento sobre los diferentes cambios en el comportamiento sexual de los adolescentes, y la poca accesibilidad a los servicios de salud por las barreras socioculturales, económicas e inadecuada comunicación entre los padres e hijos contribuyen a las desfavorables acciones que realizan estos adolescentes en sus acciones diarias y sobre todo el hecho de contar con escasos o nulos conocimientos en lo que corresponde a la sexualidad.

El presente estudio cobra importancia toda vez que se pretende identificar y describir los Conocimientos y Actitudes Sexuales que tienen los adolescentes, con el objetivo contribuir a esclarecer los puntos más vulnerables del adolescente, relacionadas con su escasa o nula comunicación con sus padres o con las hermanas mayores, sobre todo, en lo que concierne al sexo y contacto con "Nuevas experiencias". Por otra parte contribuirá a enriquecer los conceptos y enfoques teóricos. Es importante el aporte a través de los docentes brindar información y orientación sobre los conocimientos y actitudes de los adolescentes de 14 - 19 años de edad ya que a estos adolescentes les falta conocer: La importancia y el uso del preservativo, planificación y temas sobre las infecciones de transmisión sexual VIH SIDA.

Este panorama, hace evidente la necesidad de la comunidad para promover su abordaje en base a información contextualizada y real de la problemática que afecta a los adolescentes y su desarrollo presente y futuro. Se procura contribuir con material teórico para posteriores estudios que busquen generar impacto en la salud sexual y reproductiva del adolescente inmerso en el ámbito de estudio.

Puesto que la educación constituye un pilar fundamental en la reducción de las

enfermedades, pero sobre todo en la preservación de la salud, se hace necesario que los profesionales de la salud sobre todo los Obstetras trabajen dentro de las escuelas y demás instituciones educativas superiores en la educación para la salud, dirigido a desarrollar habilidades sociales y actitudes que permitan al adolescente el control sobre sus emociones personales y el disfrute de una sexualidad segura, placentera y constructiva de su proyecto de vida.

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

La Investigación fue cuantitativa - descriptiva, no experimental, de corte transversal. Se planteó una muestra de 141 adolescentes, a quienes se les aplicó un cuestionario de preguntas cerradas sobre conocimientos, actitudes y características socio demográficas. Obteniéndose los siguientes resultados: El 67.4% de adolescentes desconocen la sexualidad en general, así como las dimensiones: Anatomía y fisiología, sexual y reproductiva (84,04%), ciclo de respuesta sexual (52,06%). Prevención de ITS-VIH/SIDA (50,04%), Métodos anticonceptivos 50,04%. El 14,02% presenta una actitud global desfavorable hacia la sexualidad. Finalmente, se concluye: la mayoría de adolescentes entrevistados desconocen sobre sexualidad y presentan actitudes favorables para una vida sexual responsable, compartida y placentera.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

Diversos estudios han abordado esta problemática para definir si es que los adolescentes conocen; no conocen y si tienen actitudes favorables o desfavorables sobre sexualidad. De esta manera a nivel Internacional podemos citar:

Hurtado M, Olvera J. México. 2013 (6), en su estudio: Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en jóvenes universitarios; se encontró que, en el área de conocimientos generales sobre sexualidad el 1.5% demostró estar en el nivel de conocimientos nulos, en el nivel bajo un 45.4%, mientras que en el nivel moderado y alto un 51.7% y 1.3% respectivamente. En cuanto a los conocimientos sobre anticonceptivos, se encontró en el nivel nulos a el 8% de la muestra, mientras que el 36.3% se ubica en el nivel de conocimientos bajos, el porcentaje más alto de participantes demostró estar en el nivel moderado de conocimientos, el menor número de participantes se encontró en el nivel alto, .1%. Respecto a los conocimientos referentes a Infecciones de Transmisión Sexual, el 61.4% y el 38.5% presentan niveles de conocimientos bajo y moderado respectivamente, un porcentaje muy bajo, .1% demostró un nivel de conocimientos alto.

Trejo P. Habana. 2011 (7): La mayoría de los adolescentes se percibió con un nivel adecuado de conocimiento. Los hombres se consideraron con mayor conocimiento y presentaron prácticas sexuales de mayor riesgo, resultados altamente significativos. La información sobre sexualidad la adquirieron principalmente de padres, amigos y personal sanitario. Una tercera parte tenía vida sexual activa con edad promedio de inicio a los 17 años. El número de parejas sexuales fue mayor en hombres que en mujeres. Los alumnos procedentes del área urbana iniciaron su vida sexual a edades más tempranas en comparación con los del área rural. El anticonceptivo de mayor uso fue el preservativo. Un bajo porcentaje manifestó que el médico había indicado el método anticonceptivo.

Parra J, Domínguez J, Maturana J, Pérez R, Carrasco M. Chile. 2013 (8): Su estudio demostró que el 12% de varones y mujeres habían iniciado su vida sexual (el 42% de los varones y el 22% de las mujeres, antes de los 15 años). Aunque todos reconocían que la responsabilidad es de ambos, las mujeres consultaron más el Programa que los varones (el 40% y el 13,5% respectivamente) y reconocían haber

recibido más información sobre métodos anticonceptivos antes de iniciar su vida sexual que sus pares varones. Los adolescentes de ambos sexos siguen teniendo concepciones erradas sobre el uso de métodos anticonceptivos. Por lo tanto, es necesario intensificar las actividades de difusión de los Programas de Planificación Familiar entre los y las adolescentes.

Ramos M. Venezuela, 2013 (9), en su estudio: Conocimiento sobre la sexualidad en adolescentes de Venezuela; se manifestó que en esta investigación predominó el sexo femenino con el 67% y el grupo de edad de 17 a 19 años con el 46%. Se encontraron buenos conocimientos (52%) en aspectos como: edad recomendada para la maternidad; conocimientos regulares (23,5%) en temas sobre órganos sexuales, edad para la primera relación sexual con penetración, vías de transmisión de sida, métodos para prevenir embarazo e infecciones de transmisión sexual; malos conocimientos o desconocimiento (24,5%) se encontraron en los tipos de infección de transmisión sexual y grupos susceptibles a ellas.

Chávez et al. México 2009 (10): En su estudio sobre actitudes respecto a la sexualidad en estudiantes universitarios revela las actitudes que muestran los universitarios tiene que ver con la edad que consideran “Adecuada” para iniciarse en la actividad sexual; 41% opinó que debería ser entre los 18 y los 20 años, 23% señaló los 21 años o más y 18% dijo que era conveniente esperar hasta el matrimonio. Sin embargo, se aprecia una discrepancia entre la edad de inicio que reportaron y la edad que consideraban adecuada. Así, 18% tuvo su primera relación sexual a los 16 años, 23% a los 17 y 22% a los 18 años; en realidad, 63% de los encuestados inició su vida sexual antes de los 18 años (edad a partir de la cual la mayoría opinó que sería ideal), Incluso 70% dijo que no era conveniente tener relaciones fuera del matrimonio. En función de la pregunta de si habían tenido relaciones sexuales, se encontró que 54% proporcionó respuestas afirmativas y 39% negativas. Se constató que para la muestra la relación sexual se conceptúa sólo como coito, ya que cuando se preguntó por la práctica del sexo oral o anal se halló que 74% había practicado sexo oral y 26% sexo anal, sin que eso implicara para ellos una relación sexual.

Vidal M. La Habana, 2011 (11), en su estudio: Opinión de los adolescentes sobre los conocimientos que poseen sobre sexualidad, se observa que el 57.37% refirió conocer poco sobre sexualidad y el 42.63% restante refirió que conocía mucho sobre la

sexualidad. En relación a los métodos anticonceptivos más usados se registró que el preservativo fue también el más usado con un 33.08%, los DIU con un 22.05% y el coito interrumpido con un 2.94% y que el 10.29% de los adolescentes no usaban anticonceptivos en sus prácticas sexuales, con respecto a la información sobre métodos anticonceptivos de los adolescentes encuestados, se observa que predominaron los adolescentes que refirieron haber obtenido información a través de los amigos con un 98.39%, le siguieron aquellos que refirieron haberla obtenido por medio de los padres que con un 22.43% y en tercer lugar se registraron los que obtuvieron información por medio de los profesores con un 21.15%.

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

Jiménez, et al. Veracruz-México, 2010. (12): En su estudio sobre Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón, encontró los siguientes resultados: en relación al patrón de conducta sexual, se encontró que los hombres inician su vida sexual a los 14 años y a los 15 las mujeres, y que el sexo está asociado con la edad del debut sexual. También que 43.1% de los adolescentes planeó su primer encuentro sexual, y en la comparación entre hombres y mujeres no se encontraron diferencias significativas. En cuanto al uso del condón durante el debut sexual, se obtuvo que 58.3% de los participantes contestó haberlo utilizado.

Además, al analizar las puntuaciones que los adolescentes obtuvieron en cada área de conocimiento sobre VIH/SIDA e ITS, se pudo evidenciar que el área en la que alcanzaron un mayor porcentaje de respuestas correctas fue la de conocimientos generales sobre VIH/ sida (56.94%), seguida del área de transmisión (55.69%), sintomatología (54.95%), prevención (54.10%) y conocimientos sobre ITS(52.13%).

En lo tocante a la comunicación con la pareja, se obtuvo que 71.9 % de los participantes reportó platicar con su pareja sobre temas de sexualidad. Haciendo la comparación por sexo, 63.2% de los hombres y 82.5% de las mujeres conversaban con sus parejas, siendo significativa esta diferencia. Asimismo, se muestra que las mujeres hablan más con sus parejas sobre temas como el condón, los embarazos no deseados

y la posibilidad de tener relaciones sexuales, mientras que los hombres tratan más sobre temas como el VIH/sida, las pastillas anticonceptivas y el alcohol. Finalmente, al preguntar a los adolescentes si tenían o no la intención de usar condón en su próximo encuentro sexual, los datos indican que, en promedio, 8.7% de las mujeres y 84.2% de los hombres reportaron tener tal intención.

Uribe A, Guzmán S, Rodríguez I, Flórez Y; Colombia 2011 (13), realizó un estudio sobre identificar la tendencia de adolescentes escolarizados de Bucaramanga y su área metropolitana a experimentar fobia al SIDA, en términos de miedo a la infección y temor hacia las personas que presentan la infección. El estudio reportó que el 42,2% eran hombres, el 55% mujeres y el 2,8% restante no reportó género. La edad promedio fue de 14,5 años.

Con respecto a las preferencias religiosas, el 70,6% de los adolescentes afirmó pertenecer a la religión católica, el 37,7% señaló ser practicante de su religión mientras el 49,4% reportó serlo un poco. Los resultados indican que los evaluados manifestaron haber recibido más información sobre prevención (72,9%) que sobre la transmisión (56,8%) del virus. Con relación al miedo a la infección, se halló que los alumnos evaluados mostraron en promedio un 34,7% de conformidad con los ítems que indagan por este temor, al respecto, el 43,8% no se realizaría una transfusión de sangre debido al SIDA, un 84,4% le preocupa contraer el SIDA, el 33,7% comprueba su cuerpo frecuentemente para identificar signos de SIDA y un 50% no puede dejar de preocuparse por el SIDA.

García E, Menéndez E, Fernández, P, Cuesta M; España 2012 (14), en el siguiente estudio trata sobre la aproximación a las variables que pueden estar influyendo en el comportamiento sexual de riesgo de los adolescentes y a la posible diferencia de sexos. Participaron 54,6% mujeres y 45,4% hombres con edades comprendidas entre los 13 y los 19 años, de las cuales un 65% había practicado la masturbación, un 84,8% los besos, un 46,9% las caricias genitales, un 27,1% practicó el sexo oral, un 32,3% mantuvo relaciones coitales con penetración vaginal y un 8,3% practicaron la penetración anal. Los adolescentes encuestados refirieron estar bien o muy bien informados en materia de sexualidad en un 75,9%, así se observó que el grupo de 15 a 16 años eran los que se consideraba mejor informados, frente a un 17,9% de los de 13 a 14 años.

El 94,1% declaró mantener relaciones sexuales con el sexo opuesto, un 4,7% con personas de su mismo sexo y un 1,2% con personas de ambos sexos. Un 41,1% declaró mantener relaciones sexuales coitales con una frecuencia mensual y un 25,3% con una frecuencia semanal. Haber tenido una sola pareja sexual lo declaró el 38,4% de la muestra (49,6% de chicas, 27,3% de chicos), mientras que un 58,8% declaró haber tenido dos o más parejas sexuales, de los cuales un 14,1% dijo haber tenido cinco o más (18,8% de los chicos, frente a un 9,4% de las chicas).

El método anticonceptivo usado habitualmente en las relaciones coitales fue el preservativo en un 68,5%, empleando el doble método (preservativo más anticoncepción hormonal) solo un 7,7%. La anticoncepción hormonal solo la empleó un 4% de las/os encuestadas/os. Un 10% de la muestra declaró no usar método y un 3,6% usar uno no seguro. Un 85,5% de las chicas y un 86,3% de los chicos, con el método o métodos usados, se protegieron frente al SIDA/ETS y frente al embarazo.

Szames C, Vázquez S, Discacciati V; Argentina 2012 (15), en su estudio realizado sobre conocimientos, utilización y distribución de la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE). Los resultados mostraron que el 79% de la población encuestada consumía alcohol, el 23% fumaba y el 2% consignó el consumo de sustancias ilegales. El 39% de los adolescentes encuestados se encontraba en pareja, y un 60% de ellos dijo haber tenido relaciones sexuales. El 49% utilizaba MAC. El 30% había realizado una consulta por anticoncepción. A pesar de que el 69% de los encuestados percibía como elevada la posibilidad de un embarazo tras mantener una relación sexual, el 26% dijo que tendría una relación sin protección (57% de varones, 37% de mujeres).

El 28% de los adolescentes mostraron conocimientos considerados como suficientes. El 77% de ellos poseía una definición correcta de la AHE, solo el 10% conocía el plazo efectivo para la toma, el 47% estaba al tanto del concepto de efectividad/tiempo, el 43% identificó adecuadamente el tiempo de protección y el 26% sabía cuál es la dosis correcta. El 21% dijo que se necesitaba una receta médica para la adquisición, y un 74% reconoció que no confiere protección contra ITS. Solamente el 11% pudo contestar correctamente cuándo se produce el retorno de la menstruación, y el 45% no sabía si la AHE era similar a los ACO. En lo que respecta a la posibilidad de dañar al feto o producir una interrupción del embarazo, el 53% no conocía la respuesta, y el 37% creía que el método podía provocar un aborto. El 11% de los adolescentes encuestados utilizó la AHE, y el 70% consignó a la pareja como responsable en el

momento de obtenerla. La AHE fue adquirida principalmente en las farmacias comerciales; el 67% tuvo un fácil acceso al método.

4.3 En el ámbito nacional las investigaciones han abordado sobre diversos estudios acerca de conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes, por ello podemos citar:

Leguía J, Niño B, Tito J, Díaz C; Chiclayo 2012 (16), realizaron un estudio de conocimientos sobre el VIH-SIDA que existe en un Colegio de José Leonardo Ortiz. Reportaron el nivel de conocimientos: La mayor parte de la población de nivel Bajo (58,3%), seguido de nivel Medio (22,7%) y por último un nivel de conocimientos Alto (19,0%). Con relación al modo de transmisión del VIH-SIDA con la mayor frecuencia de respuestas correctas en: relaciones sexuales con infectado con 332 (95,4%), seguida de contagio por mano o abrazo con 316 (90,8%) y luego, hincarse con jeringa/aguja con 308 (88,5%); y en cuanto a la mayor frecuencia de respuestas incorrectas con respecto a: donación a un paciente anémico con 263 (75,6%), seguido por persona saludable que pueda contagiar con 176 (50,6%), y luego a través de los animales con 175 (50,3%).

En relación a las respuestas en cuanto a las medidas de prevención, hallando una mayor frecuencia de respuestas incorrectas con: la práctica sexual con más alto riesgo con 315 (90,5%), seguido por cuál es el tiempo que debe transcurrir para dar una prueba de VIH positiva con 300 (86,2%), y luego el tiempo que debe transcurrir de pasar de infección por VIH a Sida con 290 (83,3%); luego observamos la mayor frecuencia de respuestas correctas con relación a: uso de preservativo con 301 (86,5%), seguida por mayor riesgo de contagio en relación sexual con 273 (78,4%), y luego en cuanto a la no transfusión de sangre con VIH 271 (77,9%).

Solís Chimbote 2010 (17), quién estudió los conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 a 19 años de edad de una comunidad zonal de Chimbote, donde el 56% de entrevistados refirió tener enamorado/a, 96% de adolescentes se consideró heterosexual y 34% de ellos ya habían iniciado su actividad sexual a los 16 años. Respecto al conocimiento global sobre sexualidad, el 85% de adolescentes desconoce los aspectos básicos involucrados en esta.

Entre los resultados más relevantes respecto al conocimiento sexual se obtuvo: 97%

reconoce los genitales externos masculinos y 84% los genitales femeninos, 35% desconoce los términos glándula y prepucio; el 89% conoce el proceso de fecundación y un 82% lo considera el inicio del embarazo; el 43% desconoce los posibles días en los que se produce la fecundación; el 85% reconoce al sexo como conducta humana que necesita aprendizaje. Así mismo, 80% de adolescentes reconoció la menstruación, masturbación y la tracción sexual como manifestaciones de madurez sexual. El 71% conoce las fases del ciclo de respuesta sexual, 94% consideró que para vivir una sexualidad responsable se necesita conocer sobre las ITS y el VIH/SIDA, y métodos anticonceptivos, actitudes y valores (96%), y de la autoafirmación (85%); el 93% está de acuerdo en que la persona es quien controla su comportamiento sexual. Sobre las ITS y el VIH/SIDA, 97% de jóvenes considera el SIDA como enfermedad mortal y 92% conoce las formas de transmisión. 81% conoce que las ITS se adquieren a través de las relaciones sexuales, un 70% conoce las principales ITS; el 53% desconoce que el uso correcto del preservativo puede prevenir la transmisión de las ITS y el VIH; y el 74% considera el preservativo no muy seguro en la prevención de la ITS. El 69% de adolescentes considera que tener sexo con una sola mujer no supone un riesgo para la infección del VIH/SIDA.

En lo referente a la metodología anticonceptiva, 91% de los adolescentes conoce los principales métodos anticonceptivos, sabiendo que la T de cobre necesita de los servicios del médico u obstetra para su aplicación, 83% reconoce la existencia de métodos naturales y artificiales, 75% de los métodos de barrera; la mayoría (82%) conoce que la mujer puede quedar embarazada en su primera relación coital. Respecto a las actitudes, en el análisis global, el 75% de los adolescentes presentan actitudes desfavorables.

En el análisis por dimensión se encontró: actitudes desfavorables respecto a la sexualidad y no previenen el riesgo (75%), hacia el deseo sexual y la masturbación, considerándolos como pecado o un motivo de castigo (76%), contrario al 26% que considera que el deseo sexual es digno y motivo de alegría, dentro de un marco de valores y principios morales, respetando las normas de la sociedad. El 77% de participantes no puede expresar su opinión con libertad, y solo el 23% refiere tener control sobre sí mismo.

Muñoz L. Chimbote, 2011 (18), en su investigación: Conocimientos y actitudes

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

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

Jerónimo C, Alvarez J, Carbonel W, Neira J; Lima 2009 (20), realizaron un estudio sobre Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria. El 67,9% de los estudiantes manifestó que sus padres eran casados, 14,9% manifestó que estaban separados, 14,1% señaló que eran convivientes, mientras que 3,1% indicó que su estado marital era otro. El grado de instrucción de la madre fue: 53,6% superior, 38,4% secundaria y 8,0% primaria. El grado de instrucción en el padre fue: 61,6% superior, 34,8% secundaria y 3,7% primaria. Características del conocimiento, actitud y práctica sobre métodos anticonceptivos. 90,0% percibe que conoce los métodos anticonceptivos, 93,5% está predispuesto a usarlos en una relación sexual, siendo el condón el método que más se usaría (62,4%), seguido de las pastillas con 16,4%. También manifestó que usaría la abstinencia (11,1%), otros 3,6% y ninguno 6,5% (23).

Navarro M, López A. Tarapoto. 2012 (21) Resultados de su investigación detallaron que se obtuvo que el 50.6% se ubican en el grupo etario de 14 a 16 años, seguido de

un 49.4% entre la edades de 17 a 19 años. El 60.8% de los adolescentes tienen enamorado(a) esto predispone que los adolescentes puedan tener conductas sexuales de riesgo. Un 54.4% de adolescentes ha iniciado relaciones sexuales; referido al nivel de conocimiento sobre sexualidad se evidencia que el 70.9% tienen un nivel de conocimiento alto, asimismo un conocimiento bajo con un 29.1%. Respecto al nivel de conocimiento sexual según dimensiones, se observa que tienen un aceptable nivel de conocimientos: sobre anatomía y fisiología Sexual el 43.0% nivel de conocimiento alto y el 41.8% nivel de conocimiento medio; sobre salud sexual y reproductiva el 57% nivel de conocimiento alto; en prevención de ITS y VIH-SIDA, el 50.6% nivel de conocimiento alto y de conocimiento bajo un 49,4%; sobre los métodos anticonceptivos, el 56% tiene nivel de conocimientos alto, siendo el conocimiento bajo de 44%.

En cuanto a las actitudes sexuales en general hacia la sexualidad se evidencia que un 79.7% de los adolescentes encuestados demostraron tener actitudes favorables frente a su sexualidad; mientras que un 20.3% de los adolescentes demuestran una actitud desfavorable en cada una de las dimensiones abarcadas.

Rengifo S, Uribe V, Yporra K; Ica 2014 (22), realizaron investigaciones sobre la prevalencia y las principales motivaciones para el inicio temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes, donde mostro como resultados que el 18,33% de los adolescentes había iniciado relaciones sexuales, siendo la edad promedio de este inicio 14 años. La persona con quien se produjo el inicio precoz en mayor porcentaje (61,6%) fue con su enamorado. La principal motivación para el inicio precoz fue el deseo de probar (46,4%), el 65,60% de ellos hizo uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual. En aquellos que profesaban la religión católica se observaron 17,84%, en los testigos de Jehová o mormones 15,63% y en los cristianos evangélicos 12,63%. En aquellos que profesaban otras religiones se observaron 33,33%. También en aquellos que iniciaron precozmente las relaciones sexuales, 35,20% estudiaban o trabajaban, 77,60% tenían enamorado(a) y 44,00% tenían conocimiento que sus pares habían iniciado relaciones sexuales, 29,75% de los que mencionaron que las relaciones coitales nunca originan embarazo, 27,66% de los que pensaban que estas relaciones nunca transmiten una ITS, 34,97% de los que señalaron que originaba dificultad para estudiar, 32,72% de los que creen que nunca lleva a abortos y en 31,1 3% de los que no piensan que hace perder los estudios, ya existía práctica de relaciones sexuales.

Guevara C, Bustamante E; Trujillo 2013 (23), en su estudio realizado sobre la relación a los riesgos de las infecciones de transmisión, reportaron conocer con respecto a los métodos anticonceptivos representado por el 78% de los encuestados; mientras que El 11% indica que es para evitar los embarazos no deseados, el 9% indica que se utiliza para evitarlas ITS . En relación a lo MAC 78% los conocen, 11% conocen cuál es su función, otro 11% conoce u efectividad de cada MAC. Se logró determinar que 50% conoce como se transmite la ITS, 20% reportaron que la forma de contagio es al usar objetos de una persona infectada con alguna ITS, mientras que otro 20% indican que la forma de contagio es a través por el contacto físico; y sólo el 10% indicó que las transfusiones sanguíneas son el método de contagio de una ITS.

De la misma manera existen Diversos estudios a nivel regional que también han abordado esta problemática por lo que sus análisis nos muestra lo siguiente:

Juárez J y Pozo E; Piura 2010 (24), Las PVVS que reciben TARGA tienen comportamientos sexuales de riesgo. Esto concuerda con estudios cuantitativos epidemiológicos que afirman que el inicio de la era TARGA está relacionada con continuación o incremento de comportamientos sexuales de riesgo. Las PVVS al recibir antirretrovirales y mejorar el estado de su salud, mantienen comportamientos sexuales de riesgo que podrían facilitar la transmisión del virus a sus parejas serodiscordantes e incrementar el número de casos con esta infección. Hasta el momento, las actividades de prevención se han dirigido mayormente hacia personas que se supone no están infectadas, no obstante, se requiere también de un trabajo intenso de prevención secundaria, que incluya explícitamente el abordaje de la sexualidad en todas sus dimensiones.

En los resultados obtenidos de los participantes que se realizó en la región Piura los varones y mujeres afirman que luego de iniciar la toma de antirretrovirales, experimentaron una notable mejoría en su salud. Esto es debido a la creencia de que los medicamentos producen un “adormecimiento del virus”, con la consiguiente disminución de las molestias ocasionadas por infecciones oportunistas, que les permite retornar a sus actividades cotidianas.

Villareyes L, Villanueva A.Sullana.2014 (25) sus resultados nos muestran que los

adolescentes de la Provincia de Sullana el 73% desconoce el ciclo menstrual, el 62% no conoce la función principal de las trompas de Falopio, el 59% desconoce que el extremo final del pene se llama “glande” y la importancia de la higiene de esta parte del aparato reproductor masculino; 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 en su forma y 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. Para aceptar o rechazar o controlar el inicio coital es necesario conocer y estar informados, situación que no se encontró en el estudio, dado que el 67% de los adolescentes no saben que es el comportamiento sexual no coital, el 61% de adolescentes desconocen que son ellos quienes controlan su propio comportamiento sexual y el 60% no sabe que la abstinencia sexual es el mejor método anticonceptivo para postergar el inicio precoz de las relaciones coitales.

Moscol M, Villanueva A. Piura. 2014 (26) Reportaron en su estudio que (95%) de adolescentes del Caserío el Papayo-Piura no tienen un conocimiento global sobre su sexualidad. Las dimensiones con mayor desconocimiento oscilan por encima del 96%, ciclo de respuesta sexual humana (97.3%), seguido de un (96.7%) de desconocimiento en prevención de ITS-VIH/SIDA y de anatomía y fisiología sexual reproductiva. Los adolescentes tienen actitudes desfavorables (98%) frente a su sexualidad. La actitud frente a la sexualidad en los adolescentes resulto desfavorable para las 6 dimensiones exploradas, en el 100% de adolescentes.

Juárez D. Piura, 2011 (27), en su investigación: conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de 14 – 19 años del Asentamiento Humano Víctor Raúl – Piura, durante el periodo 2011. Los resultados obtenidos reflejan que los adolescentes del Asentamiento Humano “Víctor Raúl” tienen conocimiento (95.00%) sobre sexualidad. En cuanto a los conocimientos de sexualidad en sus cuatro dimensiones: Prevención de infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA (78.75%), Metodología Anticonceptiva como Prevención del embarazo (76.25%), ciclo de respuesta sexual humana (91.25%), anatomía y fisiología sexual y reproductiva (83.75%), reportaron tener conocimiento. con relación a la actitud sexual, se obtuvo que el 31.25% de sus actitudes son desfavorables. en cuanto a las actitudes por dimensiones, autonomía (13.33%) sexualidad y amor (8.67%), respeto mutuo y reciprocidad (11.33%),

responsabilidad y prevención de riesgo sexual (32.00%), libertad para decidir y actuar (50.67%), sexualidad como algo positivo (20.67%).

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

Ramos N. Sullana, 2011 (28), en la Investigación: Conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 – 19 años del “AA HH Ramiro Priale” del distrito de Sullana, se observó que Del 100% de los adolescentes encuestados el 50.29% no conocen aspectos relacionados a su sexualidad, mientras que un 49.71% de adolescentes si los conocen. Respecto al nivel de las actitudes sexuales, del 100% de los adolescentes encuestados un 26.29% tienen actitudes desfavorables mientras que un 73.71% presentan actitudes favorables.

2.2 Entre las diferentes Bases teóricas que pueden sustentar los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes presentaremos las siguientes: Perspectivas teóricas del desarrollo de la vida

La adolescencia, al igual que la niñez, es un periodo evolutivo que ha sufrido cambios en su grado de “Visibilidad” social occidental, aunque la pubertad -entendida como ese conjunto de cambios físicos que denotan la madurez física de un individuo adulto ha existido siempre, el individuo que sufría estos cambios no era considerado de igual forma a lo largo de los siglos. Puede ser por este motivo, por el que en las sociedades actuales, caracterizadas por una creciente especialización y complejidad, la etapa de la adolescencia se dilata de manera progresiva y continua. De este modo, el concepto de *adolescencia*, asociado con la idea de tránsito evolutivo, se ha ido construyendo socialmente (29).

A partir de lo comentado hasta este momento, se puede afirmar que la adolescencia supone una transición evolutiva en la que el individuo debe hacer frente a numerosos

cambios. A este respecto, una de las diferencias entre este periodo y otras etapas del desarrollo evolutivo es, precisamente, el número de cambios a los que el sujeto se debe enfrentar, así como la brevedad y rapidez de los mismos. (29) 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: El psicoanálisis es un sistema teórico cuyo interés fundamental no es el desarrollo motor o cognitivo sino que también a la indagación en los orígenes históricos de la personalidad individual y la explicación dinámica de su desarrollo. Basada en las teorías psicosexual y psicosocial. (30)

La **teoría psicosexual (Sigmund Freud)**, es un elemento central de la teoría psicoanalítica de las pulsiones sexuales que sostiene que el ser humano, desde el nacimiento, posee una libido instintiva que se desarrolla en cinco etapas. En esta teoría, Freud propone un concepto ampliado de la sexualidad humana, idea revolucionaria en su época, que postula la existencia de una sexualidad infantil, cuyo desarrollo está organizado en fases. Cada una de estas fases está caracterizada por una zona erógena que es la fuente de la pulsión libidinal durante esa etapa. (30) Estas fases son:

Fase oral, dura desde el comienzo de la vida hasta el primer año. Durante la misma, el foco de la satisfacción está en la boca y el placer se obtiene por los cuidados, pero también a través de la exploración del entorno (30).

Fase anal, el foco de la energía pulsional (zona erógena) mueve desde el tracto digestivo superior al final inferior y el ano. Esta fase dura desde aproximadamente el 15º mes hasta el tercer año de vida. Durante la misma la formación del Yo continúa.

Fase fálica, abarca desde los tres a seis años, en los cuales los genitales del niño son su principal zona erógena (30).

Período de latencia, se extiende desde la edad de seis años hasta la pubertad, en la que el niño consolida los hábitos de carácter que él o ella ha desarrollado en las tres etapas más tempranas del desarrollo psicológico y sexual (30).

Fase genital, que abarca la pubertad y la edad adulta, por lo que ocupa la mayor parte de la vida de un hombre y de una mujer, cuyo propósito es el desprendimiento de la psicología cognitiva y la independencia de los padres (30).

4.4 Teoría del desarrollo Psicosocial de Erikson

Al difundirse sus obras Freud atrajo muchos seguidores. Pero no siempre coincidieron con él y algunos terminaron modificando las ideas de su maestro y formularon su propia teoría. Erik Erikson es uno de los más conocidos (31).

Erikson aceptó muchas de las ideas de Freud. Pero se distinguió de él en dos aspectos centrales. Primero Erikson insistió en que los niños son exploradores, activos y curiosos que tratan de adaptarse al ambiente, no esclavos pasivos de impulsos biológicos moldeados por sus padres. Erikson ha sido catalogado como un psicólogo del “ego”, pues estaba convencido de que en cada etapa de su vida las personas han de enfrentar las realidades sociales si quieren adaptarse exitosamente y mostrar un patrón normal de desarrollo. Por eso en su teoría el ego no es un mero mediador entre las demandas antagónicas del ello y del superyó. Otra gran diferencia entre ambos es que Erikson concedió mucha menor importancia a los impulsos sexuales y mucho mayor a las influencias culturales.

En todo ello influyeron sus experiencias tan diversas. Nació en Dinamarca, Creció en Alemania y pasó gran parte de la adolescencia recorriendo Europa. Terminada su formación profesional, se trasladó a Estados Unidos donde examinó a estudiantes universitarios, a soldados de combate, a activistas de derechos civiles en el Sur y a indios nativos americanos. Habiendo observado multitud de semejanzas y diferencias del desarrollo en grupos sociales tan heterogéneos se comprende que en su teoría psicosocial haya puesto de relieve los aspectos sociales y culturales del desarrollo (31).

Perspectiva social: Teoría Cognitivo Social (Albert Bandura) trata de superar el modelo conductista; al presentar una alternativa para cierto tipo de aprendizajes. Bandura acepta que los humanos adquieren destrezas y conductas de modo operante e instrumental, rechazando así que nuestros aprendizajes se realicen, según el modelo conductista. Pone de relieve cómo, entre la observación y la imitación, intervienen factores cognitivos que ayudan al sujeto a decidir si lo observado se imita o no. La observación e imitación en los niños pequeños toman como modelo a los padres, educadores, amigos y hasta los héroes de televisión. En definitiva el comportamiento depende del ambiente así como de los factores personales (motivación, atención, retención y producción motora) (32).

Perspectiva cognoscitiva: (Jean Piaget), el individuo desarrolla la capacidad de

razonar en términos proposicionales y es capaz de tratar problemas abstractos, basarse en hipótesis, en posibilidades puramente teóricas, en relaciones lógicas, sin preocuparse por la realidad. Es capaz de emplear la lógica formal, independientemente de todo contenido. Lo posible prevalece sobre lo real, el pensamiento está en condiciones de combinar las operaciones entre sí: una capacidad que permite integrar lo real en el ámbito de lo posible (29).

Perspectiva moral: El razonamiento moral se desarrolla durante la adolescencia de manera que aparece una creciente preocupación por cuestiones de orden social. Se ha considerado que este desarrollo es más pronunciado en hombres que en mujeres (Petersen y Ebata, 1984). El desarrollo moral de las mujeres se caracteriza por un mayor énfasis en las relaciones interpersonales (Gilligan, 1982). De acuerdo con Kohlberg (1973), lo que distingue el razonamiento moral post convencional el esfuerzo de los adolescentes por definir sus propias reglas morales en lugar de acatar simplemente las normas del grupo o de un individuo en particular del razonamiento preadolescente que se encuentra en el nivel concreto, es que cada individuo reconoce que existe un contrato recíproco implícito entre el individuo y la sociedad. Además durante esta fase existe un desarrollo posterior de principios, conciencia y juicios morales (Frydenberg, 1997). (29).

Relación entre las perspectivas teóricas

El uso de las teorías del desarrollo, cobran importancia para el momento de la creación de currículos de enseñanza, y hacer de los mismos unos eficaces, es importante conocer las relaciones existentes entre cada una de las perspectivas señaladas. Para determinar estas relaciones se ha tomado en consideración los estatutos que cada una de ellas expone y si utilizan o no etapas como método de medición para establecer patrones de conductas. La siguiente tabla muestra de manera sencilla la información a considerar:

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

La Adolescencia: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales

Todo desarrollo humano se realiza en la interdependencia de dos procesos, uno de maduración y otro de mutación o cambio. Se caracteriza fundamentalmente por ser un período de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo. El término transición remite a la idea de dinamismo y pasaje que no debe estar en contradicción con la delimitación de características propias y definitorias. Es una etapa de la vida de toda persona en la cual se producen grandes cambios a nivel biológico, psicológico y social

Adolescencia viene de la palabra latina “*Adolescere*”, que nos remite al verbo *adolecer* y que en lengua castellana tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y crecer. También 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. 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.

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 (33).

Proceso de la Adolescencia: Etapas evolutivas

Cronológicamente: La OMS la delimita cronológicamente entre los 10 y 19 años, aunque actualmente diferencia tres períodos, que la extienden hasta los 24 años: Pre-adolescencia o temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad. Adolescencia media o propiamente dicha, de 14 a 18 años. Adolescencia tardía de 19 a 24 años (33).

Sociológicamente: Es el período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma, tanto en los aspectos económicos como sociales. La adolescencia sólo podrá ser suficientemente entendida, con carácter de continuidad e interconexión, en íntima relación con el medio familiar y social (33).

Psicológicamente: Aunque en todas las edades se puede hablar de evolución y cambio, aspectos como la rapidez en las transformaciones y el aumento de estatura son muy superiores en la adolescencia, motivados en gran medida por la eclosión de los cambios fisiológicos y morfológicos, que marcaran una ruptura definitiva con la infancia.

La forma en que se irá desarrollando dependerá en gran manera de las estructuras psicológicas y sobre todo de las vivencias individuales de la infancia y en relación al entorno más cercano. Una de las características que más definiría psicológicamente el período de la adolescencia es la constante alternativa de retroceso y avance en su comportamiento afectivo, intelectual y relacional (33).

4.5 La adolescencia propiamente dicha.

La adolescencia temprana – pubertad

Se trata de un período en el que los cambios físicos son muy rápidos en donde se inicia la lucha del adolescente por su independencia y libertad (33).

Crecimiento y maduración somática; Ocurren aquellos cambios morfológicos y fisiológicos que posibilitan el inicio de las funciones sexuales y reproductivas (33).

Destacan los siguientes cambios:

- Aceleración del crecimiento longitudinal. Se adquiere el 25% de la estatura.
- Modificación de las relaciones segmentarias y de la composición de los tejidos, (masa esquelética, peso, distribución muscular y de grasa, aumento del volumen sanguíneo), desarrollo del sistema respiratorio y circulatorio, desarrollo de las gónadas y órganos reproductivos (33).

En las niñas es un acontecimiento precoz casi al mismo tiempo que la aparición de los caracteres sexuales secundarios, mientras que en los niños se inicia cuando la pubertad ya está avanzada (33).

Cambios psicosociales, Los cambios que registra el adolescente significan rupturas más o menos considerables, que aunque normales, obligadas y necesarias, tienen evidentemente un coste psíquico personal y una considerable repercusión sobre su entorno más cercano. Estas rupturas movilizan sentimientos característicos, uno de los cuales podemos describirlo como de duelo, lógicamente a la sensación de haber perdido, abandonado o dejado atrás algo (33).

La imagen y el cuerpo, Los rápidos cambios físicos y a menudo disarmónicos llevan

al adolescente a estar cada vez más preocupado por el aspecto de su cuerpo y por si lo que le ocurre es o no es normal (33).

- El cuerpo pasa ser un punto importante de referencia para sí y para los otros; es como la carta de presentación y el soporte de la autoestima.
- Mayor interés por la anatomía y fisiología sexual.
- Las sensaciones eróticas comienzan a despertarse y se hacen más prohibitivos los contactos con los padres u otros adultos. Manifestaciones de pudor sobre todo frente al sexo contrario. Necesidad de intimidad y recogimiento con uno mismo. Soledad y timidez (33).

Lucha entre la dependencia y la independencia, Los cambios físicos descritos anteriormente engendran egocentrismo y aquí empieza la lucha del adolescente por su independencia (33).

- Pérdida de condición de niño/a, del rol y de la identidad infantil. Se les describe como sujetos fuertemente paradójicos: tremendamente necesitados de independencia y nostálgicos de la dependencia y la seguridad infantil.
- Pérdida de los padres de la infancia. En efecto, los padres aun siendo los mismos son vistos de modo muy diferente y más real. La imagen que tienen de ellos es transmitida en términos de desacuerdo, de desadmiración, y a menudo es sustituida por otras figuras que toman un valor significativo.
- Comportamiento ambivalente e inestable, actitudes de rebeldía y humor variable.

Integración en el grupo de amigos, Comienza a disminuir el contacto y la relación con la familia en favor de las relaciones con los de su grupo de edad(33).

Desarrollo de la identidad: En esta etapa hay una mejora notable de las capacidades cognitivas. Evolución desde el pensamiento operacional concreto al pensamiento abstracto o formal. Se inicia el desarrollo académico y su preparación para el futuro (33).

- Presencia de la excitación sexual con nuevas sensaciones. Toma mayor relieve la masturbación y el contar chistes “Verdes”.
- Exploración de sus recién descubiertas capacidades para la abstracción, comenzando las operaciones formales. Normalmente se desarrolla interiormente y provoca autointerés y fantasía.
- Establecimiento de unos objetivos vocacionales idealizados o irreales.

- Enfrentamiento a la autoridad de los padres o educadores para probar su propia autoridad.
- Necesidad de mayor intimidad, escribir en el diario, escuchar música en la habitación o simplemente soñar despierto.
- Desarrollo del propio sistema de valores y falta de control de los impulsos, que puede derivar en un comportamiento arriesgado y peligroso.
- Tendencia a exagerar la propia situación personal. Ello les puede llevar a sentir que son el centro de atención o bien a sentirse solos y únicos en sus problemas (33).

La adolescencia media

Se caracteriza por un creciente ámbito e intensidad de sentimientos, así como por la importancia concedida a los valores del grupo de amigos (33).

Crecimiento y maduración somática; En esta etapa se da el proceso de remodelación morfológica y se adquiere la talla final. La nutrición sigue jugando un papel crítico en la evolución del crecimiento y desarrollo. Aquí, cabe mencionar la influencia de las modas, la separación parcial del medio familiar y los hábitos adquiridos en el grupo. En esta época, coincidiendo con trastornos emocionales o afectivos, puede haber una inhibición en el desarrollo psico-sexual y traducirse en trastornos alimentarios: comer exageradamente o dejar de comer (33).

Cambios psicosociales: Destacan la profundización en las relaciones sentimentales y amorosas y el inicio de las relaciones sexuales, todo ello en interrelación con los valores y experiencias del grupo de amigos (33).

La imagen y el cuerpo: Hay una menor preocupación por el cuerpo, puesto que en esta etapa la mayoría de adolescentes ya han experimentado los cambios de su pubertad. Aunque existe una mayor aceptación y comodidad con el cuerpo, ocupan mucho tiempo en intentar hacer resaltar su atractivo. La ropa y el maquillaje pueden ser muy importantes (33).

Lucha entre la dependencia y la independencia: En esta época predominan cada vez más los conflictos con la familia. El/la adolescente va mostrando menos interés por los padres y dedica mucho más tiempo a sus amigos (33).

- Hacen prevalecer su propia opinión y discuten frontalmente con sus padres.
- Reivindican su espacio, su tiempo y cómo y cuándo utilizar las horas del día.
- Transgresión de lo normativizado por los adultos, que será muy importante para ir modelando el propio “YO” y la independencia.

4.6 Integración en el grupo de amigos

La formación de grupos es el modo más idóneo para que los jóvenes puedan realizar la comprobación de las imágenes internas, tanto idealizadas como atacadas, verifiquen paulatinamente su diferenciación sexual, revivan la rivalidad y los celos y experimenten el amor y la amistad de forma más realista. Las características de esta relación incluyen:

- Avenencia con los valores, reglas y formas de vestir de los amigos/as en un intento de separarse más de su familia.
- Integración en la subcultura de los amigos/as.
- Incorporación ascendente en relaciones heterosexuales, mostrada a través del contacto y el baile en las discotecas, citas en una calle de un barrio, en una plaza o en un bar, diversos experimentos y contactos sexuales.
- Integración en clubs, deportes de equipo, pandillas y otros grupos.

4.7 Desarrollo de la identidad

Se incrementa notablemente la capacidad cognoscitiva, el razonamiento y las habilidades para la abstracción, todo ello le da un nuevo sentido a la individualidad, pero aún persiste el pensamiento mágico infantil (a mí no me pasará...) y la dificultad para prever o anticiparse a las situaciones de riesgo (33).

- Aumento de la capacidad intelectual y la creatividad.
- Disminuyen las aspiraciones vocacionales idealistas. En este período pueden reconocer sus limitaciones y con ello experimentar una menor autoestima y también sufrir trastornos emocionales y depresión.
- Aumentan el ámbito y apertura de los sentimientos.
- Comprobación de la identidad sexual con gran impacto emocional de las primeras relaciones sexuales, refugiándose a menudo en los “mitos”. Descubrimiento de uno mismo y del otro.
- Se ponen en juego la autoestima y la capacidad de ser asertivo frente a las demandas del otro/a.

- Sentimientos de omnipotencia e invulnerabilidad. Viven el momento sin tener conciencia del riesgo. Y precisamente, esta actitud les lleva a comportamientos arriesgados que pueden tener consecuencias. Estos comportamientos, constituyen un factor del alto índice de accidentes, embarazos, enfermedades de transmisión sexual, drogadicción, suicidios.

Adolescencia tardía

Se considera la última fase del adolescente en la lucha por su identidad e independencia (33).

Crecimiento y maduración somática: Si no ha habido alteraciones en las etapas anteriores, nos encontramos con un cuerpo de adulto con la talla definitiva y las funciones plenas en cuanto a la sexualidad y la reproducción (33).

Cambios psicosociales: La adolescencia tardía tiene como característica principal la preparación para funciones del adulto, la definición de su vocación de forma realista y el establecimiento de los valores personales (33).

La imagen y el cuerpo: Normalmente hay una aceptación e identificación de la imagen corporal y tienen ya adquiridas las preferencias en el vestir y en cómo hacerla más atractiva (33).

Lucha entre la dependencia y la independencia: Este es un período de menor agitación y creciente integración al medio social, aunque no es extraño que algunos adolescentes muestren dificultades para asumir las responsabilidades de la adultez y continúen dependiendo de su familia y amigos. (33) Si el proceso de desarrollo ha sido “normal” el/la adolescente:

- Se convierte en una entidad independiente de su familia.
- Puede apreciar la importancia del valor de sus padres y de otros adultos.
- Busca y acepta de nuevo el consejo de los padres. Puede valorar todo lo aprendido en el proceso de crecimiento.

Integración en el grupo de amigos: En esta última etapa se sienten más a gusto con sus propios valores y su identidad personal en su rol social y sexual. Los valores de los amigos siguen siendo referentes pero de menor importancia (33).

- Es frecuente establecer la relación con una sola persona en la que hay menos

exigencia y se comparten más las experiencias.

- La selección de compañeros y compañeras se basa más en la comprensión mutua y la diversión que en la aceptación de sus semejantes.
- Se produce la formación de parejas.

Desarrollo de la identidad: Se encuentran en un momento de la evolución en el que el propio “Yo” está casi conformado. Este periodo se caracteriza por:

- La maduración del desarrollo cognitivo y de una conciencia racional y realista.
- El establecimiento de relaciones no narcisistas.
- Comienza la definición de los papeles funcionales, se amplía el sentido de perspectiva con capacidades para demorar, comprometerse y establecer límites.
- La capacidad de planificación de futuro y de poder anticiparse y prevenir frente al riesgo. Puede reconocer las consecuencias de sus acciones.
- El poder hablar y discutir sobre objetivos vitales y hacerse partícipe de todas las opciones.
- El desarrollo de objetivos vocacionales prácticos y comienzo de una independencia económica.
- Una mayor actividad sexual y concreción de los valores éticos, morales y sexuales (33).

Bases teóricas de la Sexualidad

Teoría del aprendizaje social.

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. Así, en los primeros años de vida, los modelos a observar e imitar son ante todo los padres; el niño aprende a “Copiar” la conducta del progenitor del mismo sexo porque su imitación es recompensada. Además, es bien sabido que los padres tratan de forma distinta a los niños y a las niñas desde el momento mismo del nacimiento, en función de la expectativa diferente con que se les contemplan. Se piensa que esta actitud, conocida como socialización diferencial, repercute tanto en la identidad como en el rol de género (Kagan, 1976; Peterson, 1980) (34).

Teoría cognitivo-evolutiva.

Según este punto de vista, el desarrollo del género corre paralelo al progreso intelectual del niño (Kohlberg, 1966). Así, los niños de muy corta edad tienen una visión

exageradamente simplificada del género, equivalente a una estimación no menos estereotipada del mundo en general, hasta los 4 y 5 años de edad, etapa en la que el niño no comprende que el género es una constante; posteriormente, el niño va desarrollando dicha conciencia (34).

La interacción bio-social.

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 mismo tiempo en las pautas futuras que el recién nacido desarrolla durante la niñez y la adolescencia. Money (Money: 1974, 1980) estima que los factores que más influyen en la formación del género no son de origen biológico, sino más bien fruto del aprendizaje cultural. (34)

Bases teóricas de la actitud

Definición de actitud

Aunque la sexualidad, adolescencia y actitud son términos y teorías muy ligadas, se relacionan estrechamente, sin embargo para efectos metodológicos se presentan por separado. Una actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida relativamente permanente. También se define como las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí (35).

Las actitudes son aprendidas. En consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular. Raras veces son un asunto individual; generalmente son tomadas de grupos a los que debemos nuestra mayor simpatía. Se componen de 3 elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual) (35).

El estudio de las actitudes tradicionalmente ha ocupado un lugar muy importante en la psicología social. En el desarrollo de la cognición, por una parte, y en el trabajo por competencias en el terreno educativo, el estudio de las actitudes destacó importancia debido a que aporta valiosos elementos en la predicción de conductas. Las definiciones más coincidentes determinan cinco campos propios de las actitudes:

- a) poseen una orientación definida en el mundo de los valores.
- b) no son rutinarias ni obedecen a conductas automáticas.
- c) varían en intensidad.
- d) pueden predominar o pasar inadvertidas.
- e) tienen relación con la experiencia personal de los sujetos.

Seguidamente, veamos un recuento de cómo se define la actitud desde la perspectiva de algunos teóricos (34).

Rodríguez (1993) define a las actitudes “como variables intercurrentes, directamente inferibles, observables y que constituyen una organización cognoscitiva duradera; incluyen un componente afectivo a favor o en contra de un determinado objeto y predisponen a la acción”. Debido a que nuestras evaluaciones de los objetos de actitud pueden ser favorables, neutrales o desfavorables, se dice que las actitudes tienen una dirección positiva, neutral o negativa, y que, en la medida en que difieren de dirección, las actitudes también difieren en su intensidad, reflejando si su directriz es débil o fuerte (34).

Smith y Mackie et al. (1997), las actitudes “son predisposiciones de un sujeto para aceptar o rechazar un determinado objeto, fenómeno, situación, u otro sujeto; y que puede ayudar a predecir la conducta que el sujeto tendrá frente al objeto actitudinal. Las actitudes son susceptibles de ser modificadas por ser relativamente (34).

López y Fuertes (1999) definen la actitud “como una disposición a comportarnos de una determinada manera. Así, si valoramos alguna situación como negativa, lo más probable es que intentemos evitarla, lo contrario ocurriría con la valoración positiva”. (34).

Componentes de las actitudes

En función de lo que se ha dicho, puede notarse que toda actitud, posee tres componentes: el componente cognitivo, el afectivo y el conativo o conductual, los cuales caracterizamos seguidamente:

a) Componente cognitivo. Implica que los conocimientos que una persona posee de un objeto, o hecho social, pueden ser suficientes para sustentar una actitud firme respecto del mismo (34).

b) Componente afectivo. Es la referida a los sentimientos y emociones del individuo frente al objeto. Suele ser considerado el aspecto fundamental, ya que numerosas actitudes se orientan en sentido afirmativo o negativo afectivo respecto de sus objetos. Por esto mismo, las actitudes son difíciles de modificar si es que sólo se emplean métodos racionales basados en el conocimiento objetivo de las cosas, ajenos de una carga emocional; por ello, un vínculo afectivo con el alumno (entendido dentro de los parámetros normales de la relación profesor/alumno) podría jugar en mucho en el proceso de modificación de una actitud negativa o perniciosa en el mismo (34).

a) Componente conativo. Es la predisposición a la acción del individuo. Es una tendencia inconsciente a comportarse de una forma determinada, lo que le diferencia de la intención, que es un acto consciente, voluntario. Es aquel relacionado con el comportamiento guiado por la actitud. En tal sentido, el componente conativo puede ser muy importante en actitudes de negatividad o marginalidad social, tanto como generadoras potenciales de actitudes violentas; por ello, frenar el plano conativo de la actitud, estimulando el plano emocional, suele ser la técnica más usada para el tratamiento escolar en el caso de conductas sexuales perniciosas, en pro de conseguir así una modificación favorable. Modificado el plano emocional se tiene mejor acceso a los planos cognitivo y conativo (34).

Dimensiones de la actitud

Rodríguez (1993) menciona que las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de las conductas. Ahora bien, hasta qué punto una actitud determina una conducta es algo que se puede conocer a través de las llamadas “dimensiones”, que sirven precisamente para su medición. Tales dimensiones son: dirección e intensidad.

a) Dirección de la actitud. Marca el aspecto positivo o negativo de la misma; es decir, señala el modo de sentir, en pro o en contra del objeto actitudinal; sólo se registra neutralidad en los instrumentos, cuando no se ha desarrollado una actitud frente al objeto en cuestión (34).

b) Intensidad de la actitud. No todo se acepta o se rechaza con igual fuerza: puede tenerse una actitud de rechazo hacia el robo; pero, probablemente, se rechaza con mayor fuerza el asesinato o la violación. La intensidad, pues, es lo que da la fuerza a la dirección de la actitud, determina el punto de aceptación o rechazo. Para ello se elabora una escala cuya intensidad va gradualmente de “fuerte a débil”, tanto para el lado positivo como para el lado negativo. La intensidad está directamente relacionada con la emoción que origina la vivencia de la actitud. Así, si la intensidad es mayor, es porque la emoción que provoca el objeto actitudinal también lo es. A la inversa, si la intensidad es leve, es porque la reacción emocional ante el actitudinal también lo era. Además, cuanto mayor es la intensidad, mayor disposición a la acción habrá en la persona (34).

Actitudes y Valores del adolescente según Dimensiones:

Responsabilidad y Prevención del Riesgo Sexual.

La responsabilidad se considera una cualidad y un valor del ser humano. Se trata de una característica positiva de las personas que son capaces de comprometerse y actuar de forma correcta. En muchos casos, la responsabilidad viene dada por un cargo, un rol o una circunstancia, como un puesto de trabajo o la paternidad. En una sociedad, se espera que las personas actúen de forma responsable, ejerciendo sus derechos y desempeñando sus obligaciones como ciudadanos (36).

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. 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. 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 (21).

Sexualidad y Amor

Es una dimensión fundamental del ser humano porque es necesaria para identificar al ser humano como tal, ya que está íntimamente relacionada con la afectividad, la capacidad de amar y la aptitud para relacionarse con los demás. De acuerdo a la OMS la sexualidad se define como Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales (37).

Cuando se habla de sexualidad hay que adentrarse en las relaciones interpersonales, en los sentimientos más íntimos de unos y otras y ver sus efectos en el desarrollo y autodesarrollo del ser humano. Es una realidad de por sí valiosa por el hecho de pertenecer a la intimidad de lo humano, pero que influye en la calidad de vida de ambos géneros, de la familia (37).

La sexualidad está vinculada orgánicamente a la personalidad, es vida, placer, descubrimiento, está ligada, además, como dijo el sexólogo brasileño Malcolm Montgomery, al renacimiento, al desarrollo personal, a lo interaccional, a lo lúdico, a lo comunicacional, a lo nuevo, a la magia, a la belleza y a la naturaleza, al amor y a la salud (37).

En cuanto al amor no existe una definición única y clara de lo que significa el amor. Podría decirse que se trata de una relación de amistad, cariño, confianza e intimidad donde a la vez se produce una atracción sexual, pero no siempre coinciden todos estos aspectos a la vez. Alguien puede sentir amor por otra persona pero no necesariamente atracción sexual, o bien puede verse muy apasionado en una relación en la que no existe la intimidad o la confianza. Las variaciones son amplias (38).

El amor es una construcción cultural y cada período histórico ha desarrollado una concepción diferente sobre él y sobre los vínculos entre matrimonio, amor y sexo. El

amor puede entenderse como actitud positiva o atracción hacia otra persona, que incluye una predisposición a pensar, sentir y comportarse de un cierto modo hacia esa persona, como una emoción sentimiento o pasión que incluye, además, ciertas reacciones fisiológicas o como una conducta cuidar de la otra persona, estar con ella, atender sus necesidades (38).

Libertad para decidir y actuar

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 hacer 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 (39).

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 (39).

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 (39).

Respeto mutuo y Reciprocidad

Hoy es importante tanto para los hombres como para las mujeres comenzar a preguntar a su cónyuge que 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 (38).

Respeto mutuo implica que se respete la decisión de tu pareja al no desear una relación coital y no solo eso sino también respetar los derechos y cultura. La ley de la reciprocidad es similar a la equidad y la justicia: si es correcto que tu recibas, entonces también lo es que yo reciba. 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 Dentro del respeto mutuo se considera la fidelidad, la cual consiste en:

- Tener una pareja estable.
- Amar y respetar a tu pareja.
- La mejor manera de evitar enfermedades o situaciones lamentables (38).

Autonomía

Es la capacidad para darse normas a uno mismo sin influencia de presiones externas o internas. También se usa como sinónimo de autogobierno de núcleos o sectores sociales. Según Coulbalut C, divide a la autonomía en tres áreas, que la componen: La autonomía personal ante necesidades materiales, Autonomía en desplazamientos y en relaciones amicales y Autonomía ideológica y de decisión. En este sentido realiza un estudio para la fiabilidad de la escala. Así los resultados muestran una acentuada subordinación del adolescente al núcleo familiar, que en función del sexo aparece aún más marcada en unas u otras áreas. Las chicas son más autónomas en aquellas

actividades que implican más obligaciones y mayor responsabilidad en el hogar, en tanto que los chicos disponen de mayor independencia y libertad para realizar actividades fuera del hogar sin la compañía de los padres (39).

2.3. Bases conceptuales

No obstante observamos que la sexualidad por sus características y diversidad de enfoques se abordaran de diferentes dimensiones, sin embargo el presente estudio denominado “Conocimientos y Actitudes Sexuales del Adolescente de 14 a 19 años de la urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran- Provincia de Sullana”, se abordara, tomando el modelo del centro de consultoría y asesoría del adolescente. Según cuadro N° 1.

Desde la nueva educación sexual se propone enseñar que "La sexualidad es algo maravilloso que merece vivirse, no de cualquier forma, sino de manera responsable". Los criterios que se proponen para vivir una sexualidad en forma responsable son: La persona se hace cargo de los propios actos y decisiones; tiene en cuenta las consecuencias de los propios actos sobre sí mismo y los demás; tiene en cuenta los propios sentimientos, valores y actitudes para tomar decisiones respecto a la vida sexual; tiene la capacidad de aplazar el placer y la gratificación en situaciones que ocasionarían problemas y consecuencias negativas para sí mismo y otras personas; decide libre, consciente y autónomamente. Cuando la vivencia sexual está asociada a un sentido que le da significado a la experiencia sexual y amorosa. La responsabilidad será el producto de un largo y complejo proceso de formación que implicará la estructuración de conocimientos, valores, actitudes positivas, habilidades y el desarrollo de una adecuada autoestima.

Desde esta propuesta se tomara a las dimensiones relacionados con el área cognitiva y actitudinal del adolescente, las mismas que se convirtieron en las variables principales que en adelante denominaremos variable conocimientos y variable actitudes. (39)

Este modelo que plantea el Centro de Asesoría y Consultoría del Adolescente de Colombia, sustenta: Mientras se siga evitando hacer una educación sexual abierta, basada en la verdad, centrada en la promoción de valores y actitudes para una sexualidad responsable, realizante y constructiva, no se podrá esperar que las futuras generaciones tengan una salud superior a la que han tenido las generaciones anteriores (39).

La investigación apunta a describir la variable principal Conocimientos sexuales de los adolescentes de la urbanización popular de Isaías Vásquez Moran - Provincia de Sullana, en sus dimensiones:

Conocimiento de Anatomía y fisiología sexual y reproductiva: Ciclo menstrual, fecundación y embarazo, seguido del ciclo de respuesta sexual; infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA y los métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.

Así mismo la variable principal Actitudes Sexuales de los adolescentes de la urbanización popular de Isaías Vásquez Moran, en sus dimensiones:

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

Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva

Recuento anatómico y fisiológico del aparato reproductor Femenino

El aparato reproductor se divide para su estudio en 3 partes, que son: los genitales externos, los internos y las mamas (40).

Genitales externos

Vulva

La parte visible en el exterior, por la simple observación, conocida como la vulva, se extiende desde el pubis hasta el perineo y está formada por: el monte de Venus, los labios mayores y menores, el clítoris, el vestíbulo con el orificio uretral y el orificio vaginal, que en el caso de las vírgenes es llamado orificio del himen y termina en el centro del perineo. por delante del ano. Están presentes también los orificios de las glándulas de Skene y de Bartholin (40).

La vulva como tal es una abertura en el centro de la región perineal, que se encuentra recubierta de vellos sobre todo por delante, en la zona del monte de Venus, con un vello púbico grueso que habitualmente se extiende hacia los labios mayores, repliegues laterales o rodetes gruesos de piel con abundante tejido celular adiposo que se unen por detrás en la horquilla vulvar. Por dentro de los labios mayores y paralelos a ellos se encuentran los labios menores o ninfas, que son unos repliegues cutáneos delgados, sin grasa en su interior; éstos se continúan hacia delante para unirse y cerrar en un capuchón al clítoris (prepucio) (40).

El clítoris es el órgano eréctil de la mujer y tiene una estructura cavernosa similar a la del pene. Por detrás del clítoris con su capuchón y enmarcado por los labios menores se encuentra el orificio externo de la uretra y por detrás de éste, el introito vaginal. El introito puede estar parcialmente ocluido en las vírgenes, sobre todo en niñas y adolescentes, por la membrana conocida como himen, con orificios de forma y disposición variables y del cual quedan restos después del inicio de las relaciones sexuales y los partos (carúnculas mirtiformes) (40).

Los labios menores también se unen por detrás, aunque es frecuente que no se identifiquen muy claramente en su parte posterior, en la llamada comisura posterior en el centro del perineo que separa la vulva del ano. En las márgenes laterales del orificio vaginal y por dentro de los labios menores, se encuentran a cada lado los orificios de excreción de las glándulas de Bartholin o vestibulares, cuya función es la lubricación de los genitales durante el coito. También a ambos lados del orificio externo de la uretra se hallan los orificios de excreción de las glándulas parauretrales o de Skene (40).

Aunque no son visibles al exterior, debemos recordar que las estructuras cavernosas del clítoris tienen unas extensiones o prolongaciones hacia atrás llamadas bulbos vestibulares que cumplen una función eréctil y de excitación durante las relaciones sexuales (40).

Genitales externos femeninos

La vulva está constituida por el conjunto de órganos genitales externos. Se ubica en el perineo y está comprendida por una zona central llamada vestíbulo rodeada por dos repliegues: labios mayores y labios menores. En el vestíbulo se abren dos orificios, la salida de la uretra o meato uretral y la entrada a la vagina o introito vaginal. (40).

El Monte de Venus situado sobre el pubis, está formado por una capa de tejido adiposo subcutáneo. En la pubertad se cubre de vello adquiriendo una forma triangular característica. La piel que cubre el Monte de Venus posee terminaciones nerviosas que cuando son estimuladas pueden provocar excitación sexual (40).

Los labios mayores son dos pliegues de piel que se unen a nivel del monte de Venus, su cara exterior está cubierta de vello. Su cara interna tiene terminaciones nerviosas, es suave y brillante y posee glándulas sudoríparas y sebáceas. Su función es proteger el vestíbulo (40).

Los labios menores son estructuras de tejido mucoso que se unen en un vértice superior formando el capuchón del clítoris. Están muy vascularizados e inervados y poseen glándulas de producción sebáceas (40).

El clítoris es un órgano cilíndrico constituido por tejido eréctil, se encuentra situado por encima del vestíbulo, y en el borde inferior del pubis. Posee abundante inervación e irrigación, constituyéndose en la zona genital con mayor excitabilidad sexual. Al igual que el pene posee glande, capuchón o prepucio, frenillo, cuerpo y raíces. El glande es la única parte visible y accesible al tacto directo, está recubierto por la unión de los labios menores que forman el prepucio. El cuerpo posee dos prolongaciones o raíces que se extienden a ambos lados de la vagina (40).

En la parte inferior de la vagina se encuentra **el himen**, es una membrana fina que está formada por un repliegue de la vagina, está naturalmente perforado. El himen no perforado es muy raro, y se detecta en la pubertad con la retención del sangrado menstrual. La estructura y la consistencia son variables, puede desgarrarse en la primera penetración, ser doloroso o no y producir una leve hemorragia a esto se lo denomina desfloración.

Puede suceder que el himen sea muy elástico y permita la entrada del pene sin desgarrarse, himen complaciente. Si la penetración es muy dolorosa porque el himen muy resistente es conveniente consultar. También se puede desgarrar en una caída, andando en bicicleta o por manipulaciones y juegos que realizan las niñas. Su apertura total recién se produce en el parto (40).

El vestíbulo consta de dos partes principales la desembocadura de la uretra y la entrada a la vagina. El orificio uretral se ubica por debajo del clítoris y por encima del orificio vaginal. El introito vaginal es una zona que posee gran cantidad de terminaciones

nerviosas y vasos sanguíneos, a cada lado del orificio se encuentran las glándulas vestibulares mayores o glándulas de Bartholin, que secretan pequeñas cantidades de líquido durante la excitación sexual (40).

Mamas

Las mamas se encuentran en la cara anterior del tórax y están formadas por glándulas de secreción externa, rodeadas de tejido adiposo y recubiertas por la piel; se extienden predominantemente entre la tercera y la sexta costillas y entre la línea axilar anterior y la para esternal o la línea media en las muy voluminosas. En la mayoría de las mujeres existe una ligera asimetría entre las 2 mamas y su volumen o tamaño varían de acuerdo con la constitución física o biotipo, y sufre variaciones a lo largo de la vida de la mujer, los embarazos y muchas veces cambios en el estado nutricional (40).

Cada mama tiene de 10 a 20 lóbulos, que a su vez están constituidos por lobulillos que se encuentran separados por una armazón conjuntiva. Los lóbulos vierten su contenido a través de un conducto excretor galactóforo que presenta una dilatación o seno antes de desembocar en el pezón por un orificio o poro. Están irrigadas por las arterias mamarias internas, intercostales y mamarias externas (ramas de la axilar). La red venosa de la mama con frecuencia se observa superficialmente, sobre todo durante la lactancia, y los vasos linfáticos drenan hacia los ganglios axilares que en el cáncer de mama son asiento frecuente de metástasis (40).

Están inervadas por ramas de los nervios intercostales y ramas torácicas del plexo braquial. La mama descansa sobre los músculos pectorales y parte del serrato, separados por fascias conjuntivas. La zona más prominente de la mama es el pezón, donde desembocan los conductos galactóforos que se rodean de fibras musculares y tejido conjuntivo, sobre las cuales actúa la oxitocina. Está rodeado por una areola o zona de piel más oscura, con prominencias, llamadas glándulas de Morgagni (glándulas sebáceas), que en el embarazo aumentan de volumen y son denominadas tubérculos de Montgomery. La coloración del pezón y la areola aumenta mucho más en la gestación (40).

Genitales internos

Se encuentran ubicados en la pelvis menor, que constituye la parte inferior de la pelvis, formada por los huesos coxales y el sacro. El límite superior de la pelvis menor sigue

el borde superior del pubis, la línea innominada del coxal y el borde superior de la primera vértebra sacra. Dentro de la pelvis menor encontramos los genitales internos: ovarios, trompas, útero y la Vagina (40-41).

Ovario: Órgano par y simétrico situado en la pelvis menor, en la llamada fosita ovárica, limitada por detrás por los vasos ilíacos internos; por delante, por el ligamento infundibulopelviano, y por encima por la línea innominada del coxal. Queda por detrás y a un lado del útero, al cual está unido por el ligamento úteroovárico, y lateralmente unido al ligamento ancho por el mesoovario, que se continúa con el ligamento infundibulopelviano al llegar a la pared pelviana (40-41).

El ovario tiene forma ovoide, aplanada, con un diámetro longitudinal mayor que 3 a 5 cm, uno transversal de 2 a 3 cm y un espesor de 1 a 2 cm. Estos diámetros son menores en la niña, aumentan en la pubertad y en la edad adulta, y disminuyen en la menopausia (40-41).

Órgano bilateral situado cada uno en la fosa ovárica, en el ángulo formado por la bifurcación de la arteria iliaca primitiva. Por la base de la fosa discurre el nervio y los vasos obturadores, mientras que por su borde posterior descende el uréter y los vasos hipogástricos. El polo superior del ovario está en contacto con la trompa mientras que el polo inferior está orientado hacia el útero y fijado a él por el ligamento útero ovárico. Por su borde anterior se encuentra unido a la hoja postero superior del ligamento ancho por el meso del ovario que es por donde llega la inervación y vascularización ovárica (40-41).

Trompas de Falopio: Órgano que se encuentra en ambos lados del útero, con el que se comunica al nivel del cuerno uterino y que se extiende lateralmente hasta el ovario, cerca del cual termina. Las trompas de Falopio, de unos 12 cm de longitud, comunican las cavidades uterina y peritoneal. Están situadas en el borde superior libre del ligamento ancho (mesosálpinx), entre los ligamentos redondo y úteroovárico. Se divide en cuatro porciones:

- Intersticial (a través de la pared uterina)
- Ístmica (a la salida del útero)
- Ampular (intermedia y la más extensa)
- Fímbrica o pabellón (lengüetas del extremo libre abdominal).

El diámetro de la luz tubaria es de 1 mm en la porción intersticial, algo más en la

ístmica y de 4 mm en la ampular. El perineo, que constituye el ligamento ancho se divide en 3 aletas: la anterior, por delante del ligamento redondo, la media, entre éste y la trompa, y la posterior, entre la trompa y el ovario (40-41).

Útero: Órgano único, situado en el centro de la pelvis y fijado a la pelvis ósea por los ligamentos laterales o de Mackenrodt como elementos fundamentales, y secundariamente por los ligamentos uterosacros por detrás, y en un menor grado, por fibras que lo unen a la vejiga y al pubis por delante (ligamento uterovesicopubiano). Los ligamentos redondos que sirven como elemento de orientación salen de un punto cercano al cuerno uterino, penetran en el conducto inguinal y llegan a los labios mayores, donde se fijan (40-41).

Órgano muscular hueco que se compone de cuerpo y cuello uterino, separados entre sí por un ligero estrechamiento que constituye el istmo uterino. El cérvix o cuello uterino presenta una porción supravaginal (2/3) y una porción intravaginal (1/3) denominada hocico de tenca, que muestra en su superficie el orificio cervical externo con un labio anterior y otro posterior. Este orificio constituye un extremo del conducto del cuello uterino, abierto por el otro lado en la cavidad uterina (40-41).

Está formado por tres capas: el endometrio, que es la capa mucosa interna, el miometrio, que es la capa de músculo liso y el perimetrio o cubierta peritoneal que se refleja a nivel del istmo para cubrir la cara superior de la vejiga, formando el espacio útero-vesical y por la pared posterior recubre el cuerpo uterino y la porción superior del cérvix extendiéndose hasta el recto, formando el espacio rectouterino o fondo de saco de Douglas (40-41).

El útero está separado del pubis por la vejiga y la cavidad abdominal por delante, y de la excavación sacra por el rectosigmoide, y a veces por algunas asas iliales, por detrás. Tiene forma de pera invertida, aplanada en sentido anteroposterior y se divide para su estudio en 2 porciones: cuerpo y cuello (40-41).

La porción superior o cuerpo, de 4 a 5 cm de diámetro longitudinal, presenta una cavidad triangular isósceles de base superior, cuyos ángulos coinciden con el inicio de las trompas, recubierta por el endometrio y con una capacidad de 4 a 6 ml, la que puede aumentar en las mujeres multíparas.

La porción inferior o cuello, de 3 cm de largo con un conducto de 3 a 5 mm de diámetro, tiene un límite superior (orificio cervical interno) que lo comunica con la

cavidad uterina, y otro inferior (orificio externo) que lo comunica con la vagina. Existe una zona de transición entre el cuello y el cuerpo, algo por encima del orificio cervical interno, denominada istmo del útero, que tiene gran importancia en la gestación y el parto, ya que da lugar al llamado segmento inferior. La cúpula vaginal o límite superior de la vagina se une al cuello por debajo de los ligamentos que se fijan en la región ístmica, dejan por debajo una porción vaginal del cuello, llamada también exocérnix, visible en el examen con espéculo o valvas, detalle de extraordinaria importancia en el diagnóstico y el tratamiento de las afecciones del cuello, sobre todo del cáncer (40-41).

Recuento fisiológico Ciclo menstrual:

Partiendo del inicio de la menstruación y por la acción de los factores de liberación mencionados que influyen sobre la hipófisis, esta actúa sobre el ovario por medio de la hormona foliculoestimulante (HFE o FSH), que como expresa su nombre, estimula el crecimiento y desarrollo de varios folículos y la producción estrogénica de éstos, que irá en aumento progresivo. Cuando el tenor de estrógenos y de hormona foliculoestimulante en sangre rebasa determinado límite, se produce por retroalimentación la acción sobre el hipotálamo de estimulación de la liberación de hormona luteinizante e inhibición de la foliculoestimulante (40-41).

Estas 2 hormonas participan conjuntamente en el mecanismo de la ruptura folicular y puesta ovular (ovulación), que ocurre 14 días antes de la próxima menstruación (en ciclos de 28 días). En la ruptura folicular influyen la disminución del riego sanguíneo en la zona más superficial del folículo, junto con la vasoconstricción producida por las prostaglandinas, para formar el estigma, a través del cual se produce la ovulación (40-41).

La hormona luteinizante estimula la transformación luteínica del folículo, desde antes de romperse y más intensamente después de roto, para convertirlo en cuerpo amarillo, el cual produce progesterona y estrógenos. Estas 2 hormonas inhibirán por retroalimentación el hipotálamo posterior para frenar la liberación de las gonadotropinas foliculoestimulante y luteinizante. En esta inhibición participan, por otra vía, las propias gonadotropinas, por lo que la acción luteinizante y la función del cuerpo amarillo declinarán hasta llegar por disminución progresiva a la deprivación hormonal estrógenos-progesterona, que desencadena el mecanismo complejo de la

menstruación y estimula la secreción de hormona foliculoestimulante, que iniciará el crecimiento de los nuevos folículos para el ciclo siguiente o consecutivo (40-41).

Menstruación

Se define como la hemorragia periódica y espontánea que se acompaña de la descamación de la capa funcional del endometrio. La síntesis de ADN ocurre en aquellas áreas de la capa basal que han sido completamente denudadas en el día 2 -3 del ciclo menstrual (área ístmica, la estrecha franja entre el cuello y el cuerpo uterino, y el endometrio de la zona corneal y el ostium tubárico) (40-41).

La nueva superficie del epitelio surge a partir de los bordes de los fondos de saco de las glándulas en la capa basal que comienza después de la descamación menstrual. La rápida reepitelización sigue a la proliferación de las células en la capa basal y la superficie epitelial en el istmo y el ostium tubárico endometrial. Esta reparación epitelial se realiza sobre fibroblastos subyacentes. Los fibroblastos del estroma forman una masa compacta sobre la cual emigra el epitelio en su proliferación (40-41).

En resumen, la capa estromal contribuye de forma importante a través de factores autocrinos/paracrinos para el crecimiento y la migración. Debido a que los niveles hormonales están en su nadir durante esta fase de reparación, la respuesta puede ser debida más a la lesión que a la mediación hormonal. Sin embargo, la capa basal es rica en receptores estrogénicos. Esta “reparación” es rápida pues en el día 4 del ciclo más de los dos tercios de la cavidad están cubiertos por nuevo epitelio. Entre el día 5-6 la totalidad de la cavidad está reepitelizada y comienza el crecimiento estromal (40-41).

El ciclo menstrual ideal tiene una periodicidad de 28 días, considerándose ciclos normales aquellos con intervalos mínimos de 24 días y máximo de 35 días. La duración del flujo menstrual más frecuente es de 3-6 días, aunque algunas mujeres normales tienen reglas de sólo 2 días de duración y otras de hasta 8 días. El volumen de sangre menstrual perdido es de unos 30 ml por ciclo, siendo anormal cuando supera los 80 ml (40-41).

Ciclo ovárico

La GnRH es secretada en forma intermitente y en un rango crítico. El cambio de la frecuencia de la intermitencia influye en la secreción de FSH y LH a la circulación. La infusión continua de GnRH suspende su liberación. Los análogos de GnRH pueden ser

usados para disminuir la formación de gonadotropinas cíclicas llegada la madurez sexual. En el ovario se producen cambios fundamentales que inician la función germinativa (producción de óvulos) y todos los cambios fisiológicos que caracterizan el ciclo bifásico o normal. Por la estimulación de la hormona hipofisaria gonadotropina foliculoestimulante, comenzarán a crecer y desarrollarse varios folículos en el ovario, y uno de ellos llegará a la etapa de madurez o folículo de Graaf, el cual contiene un óvulo listo para ser liberado y posiblemente fecundado (40-41).

Para llegar a este estadio, previamente el folículo atravesará las etapas de primario, secundario y terciario. De inicio, las ovogonias, que constituyen los folículos primordiales, aumentan de tamaño y se rodean de varias hileras concéntricas de células epiteliales cuboideas de pequeño tamaño, con poco citoplasma y núcleo, que reciben el nombre de capa granulosa. Por fuera de esta capa está dispuesto en forma concéntrica el tejido conjuntivo, denominado teca, y queda constituido así el folículo primario. Al iniciarse la maduración, las células epiteliales planas se transforman en cilíndricas, sus dimensiones aumentan, y por segmentación y mitosis se originan varias capas superpuestas, y se forma así el folículo secundario. Este folículo emigra hacia la superficie del ovario y como consecuencia de un proceso de secreción se origina una cavidad llena de líquido a expensas de las capas foliculares internas (40-41).

Dentro de esta cavidad hay células que circundan el óvulo y forman una prominencia (cúmulo ovígero) cuyas dimensiones aumentan progresivamente; de este modo, el folículo primitivo se transforma en secundario y finalmente en terciario y al mismo tiempo se aproxima a la superficie del ovario. El óvulo contenido en el folículo se abre paso al exterior al producirse la ruptura folicular (ovulación o puesta ovular). Se invoca en este hecho la acción conjunta de FSH y LH con la participación de la prostaglandina, colagenasa y plasmina en la puesta ovular. Al producirse la expulsión del óvulo, la membrana granulosa se pliega y en el interior de la cavidad folicular tiene lugar una hemorragia. Comienza en este momento la formación del cuerpo amarillo (40-41).

El cuerpo amarillo se convierte en una glándula de secreción interna típica, productora de progesterona y en menor cantidad de estrógenos. Tendrá una actividad funcional de 8 a 10 días, si el óvulo no es fecundado, y decrecerá paulatinamente en su secreción hasta desaparecer. Después se producirá la degeneración grasosa de las células

luteínicas y la proliferación del tejido conjuntivo con transformación hialina y como resultado se formará el llamado cuerpo blanco o albicans (40-41).

El ciclo ovárico comprende la maduración de un folículo primordial y la constitución del cuerpo amarillo. Su duración es de 4 semanas y la ovulación marca su división en 2 períodos: el primero, fase folicular o estrogénica, de 14 días de duración, y el segundo, post ovulatorio o fase luteínica, de 14 días de duración en el ciclo de 28 días (40-41).

La Fecundación

También llamada Concepción, es el hecho fisiológico en el cual el espermatozoide alcanza al ovulo, y perdiendo su cuello y su cola entra en él, que es de tamaño bastante mayor, permitiendo así la reunión del material genético de ambas células, para formar el huevo o cigoto del futuro ser humano con 46 cromosomas (39).

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 (49,51). 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 tapón 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 (39).

Recuento anatómico y fisiológico del aparato reproductor masculino

Desde el punto de vista fisiológico, el sistema genital de los varones sirve para el coito, la reproducción y la producción de hormonas. Como comparte algunas estructuras con el sistema excretor, también cumple la función de eliminar la orina

(42).

Órganos Internos

Testículos: Son dos órganos que cumplen con la función de formar los espermatozoides y la testosterona, que es la hormona sexual masculina. Están ubicados en la bolsa escrotal, que presentan un aspecto de prominencia voluminosa impar, situada delante de la sínfisis pubiana, en el espacio que queda por delante de los muslos. La piel de las bolsas es delgada, oscura, extensible y elástica, cubierta de pelos, y con glándulas sudoríparas y sebáceas luego de la pubertad (42).

Estas bolsas sirven para mantener una temperatura testicular adecuada para la formación de los espermatozoides. Dicha temperatura debe ser 1 ó 2 grados inferior a la temperatura corporal (42).

Epidídimo: Es un tubo de aproximadamente 7 cm de largo, enrollado, a modo de casquete, sobre el testículo, donde los espermatozoides se almacenan y maduran (42).

Conducto deferente: Nace en el epidídimo, mide 35 a 45 cm de largo y pasa a través del conducto inguinal a la cavidad abdominal para unirse con la uretra. Antes de que ocurra esto, cada conducto deferente se hunde por detrás de la vejiga urinaria, penetra en la próstata y se une a un conducto de la vesícula seminal para dar origen al conducto eyaculador. Éstos son dos conductos (derecho e izquierdo) cortos, pasan a través de la próstata y se vacían en la uretra, volcando en ella el esperma, formado y almacenado en la vesícula y la próstata (42).

Vesícula seminal: Son dos, derecha e izquierda, situadas entre la vejiga y el recto. Estas glándulas son receptáculos membranosos extensibles y contráctiles, de unos 6 cm de largo, en los cuales se acumula el esperma a medida que se va elaborando. Segregan un líquido alcalino de color blanco, con alto contenido en fructosa y otros nutrientes. En las vesículas se forma el 60 % del semen (42).

Próstata: Es una glándula que se desarrolla alrededor de la porción inicial de la uretra, situada en la excavación pélvica, inmediatamente por debajo de la vejiga. Tiene forma de cono, es de color gris, de consistencia dura y de unos 28 cm de largo. Esta glándula crece rápidamente durante la pubertad y se atrofia durante la ancianidad. El líquido que forma esta glándula es alcalino y neutraliza la acidez de

la vagina, ya que los espermatozoides no sobreviven en un medio ácido (42).

Glándulas de Cowper: Son dos (derecha e izquierda) y segregan un fluido que contribuye a lubricar el pene durante la excitación sexual. También son llamadas glándulas bulbouretrales. Tienen forma de pequeñas ramas redondeadas del tamaño de una lenteja. Su conducto excretorio se abre en la parte posterior de la uretra (42).

Uretra: Es un largo conducto que se extiende desde el cuello de la vejiga hasta la extremidad libre del pene. Sirve para la evacuación de la orina y del semen. Tiene forma de S y mide aproximadamente 20 cm. Termina en el vértice del glande con un orificio en forma de hendidura vertical: el orificio urogenital (42).

Órganos Externos:

Escroto: Es la bolsa externa que contiene a los testículos. Está dividida en dos mitades desiguales, la izquierda suele descender más abajo que la derecha. La piel del escroto es muy sensible y se contrae (los testículos se elevan contra el perineo) bajo la acción del frío, en el transcurso del coito; gracias a la acción de los músculos cremastéricos. Su función es mantener a los testículos a temperatura inferior a la resto del cuerpo para que los espermatozoides producidos en ellos puedan madurar. La temperatura escrotal es inferior a la corporal en 2-3 ° C, si la temperatura externa es demasiado fría, el escroto se aproxima más al cuerpo y lo apartan cuando la temperatura es cálida(42).

Pene: Es el órgano copulador del hombre, cuya función es llevar el semen al aparato genital femenino durante el coito. Está situado inmediatamente encima de la bolsa, delante de la sínfisis pubiana. En estado de flacidez, mide 10 a 11 cm de largo por 8 a 9 cm de circunferencia. Durante la erección, alcanza aproximadamente 15 a 16 cm de largo por 11 a 12 cm de circunferencia. Externamente está formado por el glande, que es el extremo distal del pene, y el prepucio, que es un repliegue tegumentario que envuelve y protege al glande (42).

El Glande: Es la punta o cabeza del pene. Está cubierta por el prepucio (pliegue de la piel del pene) y posee muchas terminaciones nerviosas. En el glande se encuentra el orificio de la uretra (42).

El prepucio: Es elástico y está sujeto a la parte inferior del glande por el frenillo.

Cuando el pene está en erección el glande queda al descubierto. En ocasiones el prepucio carece de elasticidad o es demasiado estrecho no permitiendo la total salida del glande, es lo que se llama fimosis. Se soluciona con una sencilla intervención quirúrgica que consiste en la incisión total o parcial del prepucio. Esta intervención no

tiene ninguna repercusión en la vida sexual ni reproductiva del varón. Durante la erección, el prepucio se pliega para dar salida al glande, este contiene numerosas terminaciones nerviosas y junto con el frenillo son muy sensibles a los estímulos sexuales (42).

Fisiología reproductiva en el hombre

La función reproductora del hombre comienza en la pubertad y continúa toda la vida. Los espermatozoides se desarrollan a lo largo de las paredes de los túbulos seminíferos testiculares. Cuando maduran, emigran hacia el epidídimo, en donde sufren una nueva maduración. Durante la eyaculación, se elimina el semen, formado por millones de espermatozoides y por las secreciones de los conductos deferentes, las vesículas seminales, la próstata, las glándulas bulbouretrales e innumerables glándulas secretoras de mucus, que se encuentran a lo largo de la uretra (42).

El semen es ligeramente alcalino (pH 7,3 a 7,5), de aspecto lechoso, y tiene una densidad cercana a la del plasma. La erección del pene permite su introducción en la vagina durante el acto sexual. A su vez, la estimulación del pene provoca la contracción de los músculos del escroto y de los músculos que rodean al epidídimo y al conducto deferente, provocando el pasaje de los espermatozoides hacia la uretra. En su trayecto reciben el aporte de las vesículas seminales, de la próstata y de las glándulas bulbouretrales. Finalmente el músculo bulbocavernoso voluntario se contrae, produciéndose la eyaculación. El semen sale de la uretra con las sensaciones asociadas al orgasmo. Su volumen aproximado es de 3 a 6 ml por eyaculación (42).

Ciclo de Respuesta Sexual Humana

Un elemento relevante para el disfrute de la sexualidad humana consiste en conocer cómo se produce la respuesta sexual en el hombre y la mujer. Con el objeto de ayudar a las personas con problemas en el ejercicio de la función sexual, en 1958, Masters y Johnson, pioneros formando un equipo de investigación en el campo de la sexualidad humana, adelantaron estudios acerca de los cambios fisiológicos y

anatómicos que se producen durante la relación sexual. Para facilitar la comprensión del fenómeno, esquematizaron las reacciones en cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo, y resolución, cuyo esquema se presenta a continuación (43).

En la Mujer:

Fase de excitación: Con las caricias comienza la lubricación vaginal. A medida que aumenta la tensión la vagina se ensancha y se agranda, el útero se eleva debido a la afluencia de sangre en gran cantidad en la zona pélvica, los labios menores se agrandan y los mayores se abren hacia los lados, muchos músculos se tensan. Los pezones se ponen erectos debido a la concentración de suero sanguíneo en los tejidos de los senos (43).

Fase de meseta: Se constituye la plataforma orgásmica que consiste en un engrosamiento de las paredes de la vagina, los labios menores que ya estaban congestionados cambian de color hacia un tono rojo mucho más intenso, el clítoris se esconde debajo de su capuchón y los cambios que se han producido se hacen más intensos (43).

Fase orgásmica: Toda la tensión sexual que se ha acumulado en las fases anteriores se descarga mediante el orgasmo, el cual se caracteriza por contracciones que se inician en la plataforma orgásmica para extenderse inmediatamente a toda la zona vaginal y uterina. La respiración se hace por lo menos tres veces más rápido de lo normal, las pulsaciones del corazón superan el doble de lo normal y la presión sanguínea aumenta (43).

Fase de resolución: Después del orgasmo se vuelve a la normalidad. La vagina descende y retoma su tamaño y posición habitual. Desaparece la hinchazón de los labios menores y los mayores vuelven a su tamaño normal. Pero si la mujer es nuevamente estimulada después de la Fase Orgásmica puede tener otro o incluso varios orgasmos, lo que no ocurre en el hombre (43).

En el Hombre:

Fase de excitación: Se muestra un signo visible, la erección del pene; la piel del escroto se tensa y aumenta de grosor. Los pezones se mantienen erectos (43).

Fase de meseta: Se mantiene la erección total, así como la elevación de los testículos dentro del escroto y una gran tensión muscular generalizada; se produce la

emulsión de unas gotas imperceptibles de líquido producido por la glándula de Cowper. Este líquido puede contener espermatozoides (43).

Fase orgásmica: Hay cambios en el ritmo de la respiración, palpitaciones y presión sanguínea. El orgasmo se manifiesta en dos sub fases: en la primera el hombre se da cuenta de que el orgasmo es inminente y presenta contracciones en los testículos, próstata y vesículas seminales. En la segunda se produce la emisión de esperma o eyaculación debido a las contracciones espasmódicas que se dan en el pene (43).

Fase de resolución: En la mayoría de los hombres se da en dos períodos: a) la pérdida de erección terminada la eyaculación, la cual generalmente desaparece con rapidez, y

b) una segunda fase en la que puede mantenerse una erección parcial por un tiempo mayor, que se denomina período refractario. Generalmente la bolsa del escroto se descongiona y los testículos descienden rápidamente (43).

Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA.

Las infecciones de transmisión sexual constituyen un importante problema de salud pública tanto por la magnitud que alcanzan a nivel mundial (actualmente se encuentran entre las causas más frecuentes de morbilidad mundial con un marcado crecimiento en las últimas décadas) (44).

El término de ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) es más amplio que el anteriormente utilizado ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) ya que abarca aquellas infecciones que se pueden transmitir no sólo por las relaciones sexuales sino también por otras vías y pueden no tener aún manifestación clínica (44).

Candidiasis vaginal: En el 80-92 % de los casos, la candidiasis vaginal está originada por *Cándida albicans*, y aunque este patógeno se identifique en un cultivo, en ausencia de síntomas no hay indicación para iniciar tratamiento; ya que puede formar parte de la flora vaginal normal sin dar lugar a patología (44).

La clínica se caracteriza por prurito y escozor vulvovaginal, sensación de quemazón, dispareunia, disuria. Las paredes vaginales aparecen eritematosas y la vulva edematosa y eritematosa. No siempre aparece alteración de la secreción vaginal, y si la hay, su apariencia suele variar, o bien líquida, o bien blanquecina espesa, adherente, con grumos similares al yogur. Entre el 10 y el 50 % de las

mujeres en edad reproductiva son portadoras asintomáticas (44).

Vaginosis bacteriana: Existe un desequilibrio de la flora, que implica un descenso de los bacilos de Doderlein y la presencia de *Gardenerella vaginalis* y *Mycoplasma hominis*. Es la causa más prevalente de secreción vaginal y/o mal olor vaginal. Aunque se puede transmitir por vía sexual, no se considera una ITS ya que se ha demostrado que mujeres vírgenes pueden llegar a padecerla. La clínica de la Vaginosis bacteriana se caracteriza por un flujo blanquecino grisáceo, homogéneo, maloliente (olor a pescado) y excesivo (44).

El diagnóstico se realiza evaluando los criterios de Amsell Flujo anómalo, pH > 4,5, Test de aminas positivo con KOH al 10 % (olor a pescado), Visualización en frotis al fresco de las “clue cells” (células epiteliales recubiertas de cocobacilos)(44).

Tricomoniasis: Causada por una parasito, el *Trichomonas vaginalis*. Los síntomas incluyen secreción vaginal espumosa, amarillo verdosa, maloliente y abundante; prurito, disuria, eritema y/o edema de vulva y vagina. En la colposcopia se observa “Cérvix en fresa” (44).

Sífilis: La sífilis o lúes es una infección crónica generalizada conocida como que está causada por *Treponema pallidum*. Infecta a través de mucosas y lesiones de piel, generalmente por contacto sexual. Es una patología que evoluciona en distintas fases (primaria, secundaria y tardía) (44).

Fase primaria: Periodo de incubación de 3 semanas. Aparece el chancro duro en la zona de inoculación (fundamentalmente en labios menores y cuello, también puede aparecer en ano, periné y labios mayores), es una lesión ulcerosa redondeada de bordes sobre elevados indurados, no dolorosa, que en ocasiones puede ser múltiple. La resolución es espontánea en aproximadamente 4 a 6 semanas tras el contacto (44).

Fase secundaria: Aparece entre los 2 meses y los 2 años después de la primaria. Lesiones cutáneas secas (sífilides, de bordes hiperqueratosis y despegados) o húmedas (condilomas planos), contagiosas, de carácter difuso, roséola sífilítica (erupción papulosa eritematosa) en palmas y plantas asintomáticas, alopecia y adenopatías generalizadas (44).

Fase terciaria: Chancro blando (gomas sifilíticas) sobre todo en piel, mucosas, hueso. También existe afectación del sistema nervioso central (SNC) y cardiovascular.

Chancroide: Es una patología causada por el *Haemophilus ducrey*. El periodo de incubación del chancroide es de 1 a 3 días. La lesión característica o chancro blando es una lesión ulcerosa múltiple, de fondo sucio eritematoso con bordes más o menos regulares, intensamente dolorosa. En las zonas cercanas puede aparecer una adenopatía fluctuante-bubón que en ocasiones puede fistulizar o ulcerar (44).

Linfogranuloma venéreo: Es una infección de transmisión sexual causada por una bacteria, la *Chlamydia trachomatis* (serotipos L1, L2, L3). Inicialmente suele aparecer una lesión inicial (pápula o úlcera) de dolor variable en la zona de inoculación, que suele desaparecer sola en una semana. Más del 50 % de las personas infectadas no la perciben. A las 3 semanas de la lesión inicial puede aparecer adenopatía regional, fiebre, mialgias, artralgias y malestar general. En caso de infección por prácticas anales puede aparecer inflamación del recto y el colon, dando lugar a secreción, hemorragias rectales, dolor y estreñimiento (44).

Granuloma inguinal o donovanosis: Es una infección de transmisión sexual causada por el *Calymmatobacterium granulomatis*, que se incluye en el grupo de las *Klebsiellas* (*K. granulomatis*). El 50 % de las personas contagiadas presentan úlceras en el área anal. Suele aparecer desgaste de la piel y protuberancias que se convierten en nódulos. Los bultos que aparecen en la zona perineal y en los genitales son indoloros pero sangran con facilidad. En fases iniciales se suele confundir con el chancroide (44). **Herpes simple:** Es una infección producida por el Virus Herpes Simple (VHS), del que existen 2 tipos inmunológicos principales que pueden causar infecciones genitales: VHS 1 y VHS 2; el tipo 2 es el responsable del 70-90 % de los casos de infección genital por herpes simple. El periodo de incubación del herpes es de 3 a 7 días. Se transmite por contacto mucocutáneo (oral, genital, anal), por auto inoculación o por vía materno-fetal (44).

La clínica del herpes simple se presenta en forma de múltiples lesiones, como vesículas o úlceras dolorosas, principalmente en la región genital, anal o bucal. Se trata de una infección de transmisión sexual crónica. El diagnóstico en urgencias es clínico. También se puede realizar mediante la demostración del virus en el material

obtenido de las lesiones por cultivo viral, inmunofluorescencia o PCR. La serología permite identificar el tipo de VHS (44).

Gonorrea: Es una infección de transmisión sexual causada por la *Neisseria gonorrhoeae*. También es conocida como gonorrea o blenorragia. Es la segunda ITS bacteriana en incidencia en el mundo occidental. Se transmite durante las relaciones sexuales (orales, vaginales y/o anales) por contacto con las secreciones genitales, faríngeas o rectales de personas infectadas sin necesidad de que haya eyaculación.

El periodo de incubación es de 2 a 7 días (a veces se alarga un poco más) y el de transmisibilidad puede durar varios meses, sobre todo en mujeres asintomáticas si no realizan tratamiento adecuado (44).

Es habitual que cursen de forma asintomática en la población femenina y, si producen clínica, la más importante en la mujer es la cervicitis, siendo la uretritis en el hombre. Suele aparecer dolor al orinar y secreción purulenta en ambos sexos.

Molusco contagioso: Es una infección causada por un poxvirus (*Molluscum contagiosum*), muy frecuente en niños e inmunodeprimidos. En adultos aparece como afectación genital tras contacto sexual, considerándose en este caso una infección de transmisión sexual. La clínica consiste en pápulas agrupadas (frecuente auto inoculación) de tamaño variable, menores de 1 cm de diámetro, umbilicadas en el centro, de color perlado sobre una base eritematosa. Suelen ser asintomáticas aunque pueden producir prurito (44).

SIDA: El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) es el conjunto de manifestaciones clínicas causadas por el VIH. El virus de VIH/SIDA afecta el sistema inmunológico, dejando sin defensa al organismo para protegerse contra enfermedades infecciosas. Sólo después de 7 a 9 años de contraído el virus la persona empieza a manifestar la enfermedad. Hasta ese momento lucía bien y no tenía síntomas de ninguna enfermedad, pero empieza a presentar síntomas como diarrea, pérdida de peso sin razón aparente, cansancio, sensación de gripe que no desaparece, lesiones en la piel, manchas blancas en la boca. En las mujeres, hongos vaginales que no desaparecen. La persona está expuesta a padecer de infecciones oportunistas cuyas complicaciones pueden conducir a la muerte. Cuando empiezan a manifestarse los síntomas se está en la etapa final, ya no hay defensa y la persona muere (43).

Cómo protegerse contra las Infecciones de Transmisión Sexual

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

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

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

Métodos Anticonceptivos como prevención del embarazo.

Método de Billings, de la ovulación o del moco cervical

Consiste en reconocer la fase fértil del ciclo menstrual, por la presencia del moco cervical, la lubricación o sensación de humedad mediante la observación diaria de

sus genitales. Puede ser usado por cualquier mujer en edad reproductiva (45).

Método del ritmo, ogino-knaus, de la regla o del calendario:

Es un método de abstinencia periódica.

Forma de uso: En las mujeres con ciclos entre 27 y 30 días, instruir a la pareja que debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el noveno y décimo noveno día del ciclo menstrual (45).

Características particulares para el uso: Puede ser usado por mujeres de cualquier edad con ciclos regulares. La mujer debe registrar la duración de los ciclos menstruales por lo menos durante 6 meses; idealmente entre 10 a 12 meses (historia menstrual). El ciclo se inicia el primer día del sangrado menstrual y termina el día anterior de la siguiente menstruación. De la historia menstrual se obtiene el período fértil. Para calcular el primer día del período fértil: reste 18 al ciclo más corto. Para calcular el último día del período fértil: Reste 11 al ciclo más largo. De no tener la historia menstrual la usuaria debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el 9no y 19vo día del ciclo menstrual (45).

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, que representa el ciclo menstrual de la mujer y está formado por perlas de colores (marrón, blanco y rojo) (45).

Mecanismo de acción: Evita el embarazo al reducir la probabilidad alta de fecundación debida a la abstinencia desde el día 8 al día 19 del ciclo para mujeres en quienes la mayoría de ciclos duran entre 26 y 32 días (45).

Características: Es efectivo, tiempo de aprendizaje corto. El uso del “Collar” como ayuda visual facilita el aprendizaje y la utilización del método. No hay efectos secundarios y es fácil de enseñar y aprender. Alrededor del 70% de los ciclos duran entre 26 y 32 días (45).

Forma de uso: Se determina por historia si la mujer suele tener ciclos entre 26 y 32 días y se indaga sobre la aceptación de su pareja en no tener relaciones sin protección durante los días fértiles. El método del collar consiste en 32 perlas de colores que representan los días del ciclo, y un anillo movable para marcar en qué día de su ciclo está la mujer.

- Perla roja (1): Primer día de menstruación.
- Perlas marrón (6): Días no fértiles o de muy baja probabilidad de embarazo.
- Perlas blancas (12): Días fértiles o de alta probabilidad de embarazo.
- Perlas marrón (13): Días no fértiles o de muy baja probabilidad de embarazo. (45)

Método de lactancia materna y amenorrea (MELA)

Método natural, basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la lactancia, donde se debe cumplir necesariamente 3 condiciones: Lactancia exclusiva, que la usuaria tenga amenorrea y debe ser utilizado hasta los 6 meses postparto. (45)

Mecanismo de acción: Supresión de la ovulación ocasionada por cambios hormonales, producto del amamantamiento, siendo la principal modificación el incremento de la prolactina (45).

Características: Es fácil de usar y muy eficaz, si cumple con los criterios básicos. No interfiere con las relaciones sexuales y no requiere insumos anticonceptivos. No tiene

efectos secundarios. Depende de la usuaria: Circunstancias sociales, laborales, voluntad, costumbres, dificultan el cumplimiento de las instrucciones (45).

Contraindicaciones: Mujeres que tengan contraindicación para dar de lactar a su hijo, portadoras de VIH, Mujeres que no cumplen los tres requisitos (45).

Anticonceptivos orales combinados (AOC)

Son aquellos que contienen estrógenos y progestágenos. El Ministerio de Salud distribuye un producto de 28 píldoras: Veintiuna píldoras contienen 30 ug de etinilestriol y 150 ug de levonorgestrel y siete píldoras contienen sulfato ferroso (45).

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

Características: Muy eficaz. Método dependiente de la usuaria. Requiere una motivación y uso diario. No requiere examen pélvico de rutina para el inicio del método. Retorno inmediato de la fertilidad al discontinuar el método. Puede ser usado por mujeres de cualquier edad y paridad. Regulariza los ciclos menstruales. Protege contra el cáncer de ovario y de endometrio. Disminuye la patología benigna de mamas. Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) (45).

Forma de uso: Ingesta diaria y preferentemente a la misma hora. Se debe iniciar el

método en:

- El primer día del ciclo, pero puede iniciarse entre el primero y el quinto día.
- En el postaborto, entre el primero y quinto día después de la evacuación.
- En el postparto si no está amamantando a partir de la sexta semana.

Contraindicaciones: Mujeres embarazadas. Mujeres con sangrado genital sin explicación. Mujeres que estén amamantando, hasta los seis meses del postparto.

Mujeres con una hepatopatía activa. Mujeres con antecedentes de cardiopatía, hipertensión arterial. Mujeres con cáncer de mama o endometrio (45).

Anticonceptivos inyectables combinados (AIC)

Son aquellos que poseen estrógeno y progestágeno. El Ministerio de Salud no distribuye estos anticonceptivos. Existen dos composiciones: (98) 5mg de valerato de estradiol y 50 mg de enantato de noretisterona y 5 mg de cipionato de estradiol y 25 mg de acetato de medroxiprogesterona (45).

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

Características: Eficaz y de efecto rápido. Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad. No requiere un examen pélvico previo a su uso. Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EIP). No interfiere en las relaciones sexuales. Son frecuentes los cambios en el patrón del sangrado menstrual (sangrado/goteos irregulares). Puede producir aumento de peso. El retorno de la fecundidad es inmediato (45).

Formas de uso: Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación. Primera dosis: Entre el primer o quinto día del ciclo menstrual. En mujeres que están amamantando diferir el inicio hasta los seis meses. En el post aborto se puede iniciar entre el primero y quinto día pos intervención (45).

Contraindicaciones: Mujeres embarazadas. Mujeres con sangrado genital sin explicación. Mujeres que estén amamantando, hasta los seis meses del postparto.

Mujeres con una hepatopatía activa. Mujeres con antecedentes de cardiopatía, hipertensión arterial. Mujeres con cáncer de mama o endometrio (45).

Anticonceptivos orales de solo progestágenos

Son aquellas que poseen solo progestágeno.

Mecanismos de acción: Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides y suprime la ovulación (45).

Características: Eficaz y de efecto rápido. Requiere una motivación continua y uso diario. Rápido retorno de la fecundidad al suspenderse. No requiere un examen pélvico previo a su uso. Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio. Provoca cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres. Puede producir cambios en el peso (aumento o disminución). No previene las ITS, VIH Y SIDA. (45)

Forma de uso: Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad. Se debe iniciar entre el primer o quinto día del ciclo menstrual, si se inicia en otro día del ciclo menstrual o en el post parto, se debe estar razonablemente seguro de que no existe una gestación. En caso de iniciarse después del quinto día, debe usarse un método de respaldo durante las primeras 48 horas de uso. Recuerde que la usuaria no debe suspender la toma de las pastillas en ningún momento incluido durante la menstruación. La eficacia se presenta a las 24 horas de inicio de la toma (45).

Contraindicaciones: Mujeres que estén embarazadas. Mujeres con un sangrado genital anormal sin explicación. Mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo. Mujeres que estén tomando o vayan a recibir medicamentos, como rifampicina para la tuberculosis. Mujeres que estén tomando anticonvulsivos, excepto ácido valproico (45).

Inyectables de solo progestágenos

Son aquellos que poseen sólo progestágeno el más usado es el acetato de medroxiprogesterona de 150 miligramos.

Mecanismos de acción: Suprime la ovulación, espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides, reduce el transporte de los óvulos en las trompas de Falopio y cambios en el endometrio (45).

Características: Pueden ser usados por mujeres en cualquier edad o paridad, eficaz y de efecto rápido, no requiere examen pélvico para el inicio del método, brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), ayuda a prevenir el cáncer de endometrio y posiblemente el cáncer de ovario, Cambios en el patrón del

sangrado menstrual en la mayoría de mujeres: amenorrea, sangrado/goteo irregulares, puede producir aumento de peso, el retorno de la fecundidad no es inmediato, en promedio puede demorar cuatro meses (45).

Forma de uso: Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación. Primera dosis: Entre el primer a quinto día del ciclo menstrual o en el post parto, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe gestación. Sigüientes dosis: Administrar cada tres meses, pudiendo adelantarse hasta dos semanas o, en caso de olvido, aplicarla con una demora de dos semanas (45).

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

Dispositivos intrauterinos (DIU)

Son dispositivos que se insertan en la cavidad intrauterina con el fin de prevenir un embarazo. Existen tipos de DIU: Liberadores de iones de cobre (Cu), T de Cu 380 A (duración 10 años) y Liberadores de progestágenos (Levonorgestrel) (45).

Mecanismos de acción de los DIU liberadores de cobre: Afectan la capacidad de los espermatozoides para pasar a través de la cavidad uterina ya sea inmovilizándolos o destruyéndolos, interfieren en el proceso reproductivo antes que ocurra la fertilización (45).

Características: Eficacia elevada e inmediata, no interfiere con el coito, retorno inmediato de la fecundidad al retirarse. Requiere examen pélvico previo, de 1 al 2% se expulsan en forma espontánea. Los que se insertan en el post parto inmediato y transcesárea se expulsan con más frecuencia (45).

Contraindicaciones: Embarazo posible o confirmado, Sangrado genital anormal, mujeres con múltiples parejas sexuales que no usen condón, mujeres cuyas parejas tengan a su vez múltiples parejas sexuales. Mujeres con infección activa del tracto genital del tipo cervicitis aguda, mucopurulenta o vaginitis severa, mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria, mujeres con anomalías uterinas o con tumores benignos y mujeres con cáncer genital.

Ligadura de trompas de Falopio

Es un método anticonceptivo quirúrgico permanente cuyo objetivo es ocluir y seccionar las trompas de Falopio (45).

Mecanismo de acción: Impedir la unión del espermatozoide con el óvulo a nivel de la trompa, con el fin de evitar la fertilización (45).

Características: Alta eficacia, inmediata y permanente. Puede ser realizada en forma ambulatoria, no interfiere con el deseo sexual, ni con la producción hormonal por parte de los ovarios. Requiere, previamente, evaluación médica y orientación/consejería adecuada. Es considerada irreversible y debe ser realizada por personal médico capacitado (45).

Consideraciones para realizar el procedimiento:

- ✓ Que la usuaria solicite el método.
- ✓ Que la mujer sea mayor de edad. No se recomienda realizar el procedimiento a menores de 25 años, a menos que presenten algún factor de riesgo reproductivo.
- ✓ Paridad satisfecha.
- ✓ Que la usuaria haya recibido las dos sesiones obligatorias de orientación/consejería previa.
- ✓ Que haya comprendido los alcances del procedimiento, haya firmado el consentimiento informado y la solicitud para la intervención.
- ✓ Contar con análisis de rutina, riesgo quirúrgico y cuando proceda riesgo anestésico.
- ✓ El Bloqueo Tubarico debe efectuarse por médico/a calificado/a en el procedimiento.
- ✓ El procedimiento puede realizarse cualquier día del ciclo menstrual, cuando se está razonablemente seguro que no existe un embarazo.
- ✓ El procedimiento debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y de bioseguridad establecidas y en establecimientos con capacidad resolutive.

Contraindicado en mujeres: Presionadas por el cónyuge o alguna persona, decisión bajo presión, conflictos de índole religioso o cultural (45).

Procedimiento: La técnica recomendada es la de Pomeroy, a través de minilaparatomía, el tipo de incisión será supra púbica para el periodo internatal,

umbilical para el post parto y la transcesarea. El tipo de anestesia local con sedo analgesia. No se recomienda el uso de este tipo de anestesia en: Mujeres con antecedentes de cirugía pélvica previa; enfermedad pélvica inflamatoria reciente. Retroflexión uterina fija. Mujeres obesas. Mujeres con problemas psiquiátricos, que impidan su colaboración. En estos casos se usará la anestesia epidural o general. (45)

Vasectomía

Es un método anticonceptivo quirúrgico permanente para el varón, cuyo objetivo es ocluir y seccionar los conductos deferentes (45).

Mecanismo de acción: La oclusión de los conductos deferentes impide la salida de los espermatozoides en el semen, evitando la unión con el óvulo (45).

Características: Alta eficacia, es considerado irreversible y permanente. La eficacia empieza luego de 20 eyaculaciones ó 3 meses después de la cirugía, no interfiere con las relaciones sexuales. Es realizada en forma ambulatoria. No interfiere con el deseo ni la potencia sexual (45).

Procedimiento: La vasectomía puede ser realizada, en cualquier momento, mediante dos técnicas: La **convencional**, en la que se realiza una o dos incisiones en el escroto, y la técnica **sin bisturí**, en la que se punza con una pinza especial la piel del escroto, para aislar el conducto deferente (45).

Consideraciones para realizar el procedimiento. Puede ser elegido por hombres que deseen un método permanente. Para ello se requiere:

- ✓ Que el hombre solicite el método.
- ✓ Que el hombre sea mayor de edad.
- ✓ Que no desee tener más hijos.
- ✓ Que haya recibido las dos sesiones obligatorias de orientación/consejería previa.
- ✓ Que haya comprendido los alcances del procedimiento, haya firmado el consentimiento informado y la solicitud para la intervención.
- ✓ Contar con análisis de rutina.
- ✓ La vasectomía debe ser efectuada por médico/a calificado/a en el procedimiento.
- ✓ El procedimiento debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y de bioseguridad establecidas y en establecimientos con capacidad resolutive.

Anticoncepción oral de emergencia (AOE)

Definición: Método de emergencia para prevenir un embarazo; no reemplaza al uso

continuado de otros métodos anticonceptivos.

Mecanismo de acción: Impide la ovulación, previene la fertilización por alteración del transporte de los espermatozoides y el óvulo (45).

Características: No es un método anticonceptivo de rutina, sino de excepción; por lo que no debe usarse en lugar de los otros métodos de planificación familiar. Cualquier mujer puede usar AOE siempre y cuando no esté embarazada (45).

En qué casos usar la AOE. Se puede usar en situaciones de emergencia:

- ✓ Mujeres que han tenido una relación sexual contra su voluntad (violación).
- ✓ Si el condón se ha roto.
- ✓ Si el DIU ha sido expulsado.
- ✓ Si la mujer ha olvidado de tomar 2 días o más sus anticonceptivos orales, o se ha retrasado más de 2 semanas en recibir su inyectable anticonceptivo (Depoprovera) y ha tenido una relación sexual sin usar otro método de planificación familiar.
- ✓ Si la relación sexual tuvo lugar sin protección anticonceptiva y la mujer no desea quedar embarazada.

Modo de uso: Se debe usar como máximo dentro de las 72 horas después de la relación sexual sin protección. Debe ser administrado por personal capacitado. Toda mujer que recibe AOE debe tener consejería en planificación familiar (45).

Condomes masculinos

Son fundas delgadas de látex, que se adaptan a la forma del pene erecto. Requiere el uso correcto con cada acto sexual para una mayor eficacia (45).

Mecanismo de acción: Funcionan formando una barrera que impide que los espermatozoides entren en la vagina, evitando así el embarazo. También impiden que las infecciones en el semen, en el pene, o en la vagina infecten a la pareja (45).

Características: Eficaz si se usa correctamente. Pocos efectos negativos: alergia al látex. De fácil obtención y bajo costo. No requiere examen ni prescripción médica. Fomenta la participación activa del varón en la anticoncepción. Su uso correcto evita la transmisión de las ITS y VIH/SIDA. Requiere motivación de la pareja. Se utiliza durante la relación sexual (45).

Forma de uso: Se coloca antes de la penetración vaginal y se debe retirar antes que el pene pierda la erección y eliminarlo en depósitos que eviten que otras personas puedan estar en contacto con el mismo. Cada condón se usa una sola vez (45).

Posibles efectos y su tratamiento:

Irritación del pene o vagina/alergia. El manejo consistirá en: si es una molestia que genera incomodidad, recomendar cambio de método anticonceptivo. De ser necesario recomendar baños de asiento y uso de alguna crema tópica con efecto antipruriginoso y antiinflamatorio (45).

Programación de seguimiento: Primera consulta se entregarán 10 condones y se da cita en un mes. Las siguientes consultas: Se entregan 30 condones y el intervalo de consultas es cada 03 meses (45).

III. METODOLOGÍA

3.1 El Tipo de investigación

Se desarrolló una investigación de tipo cuantitativa.

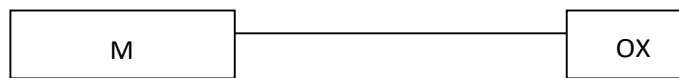
Nivel de la investigación de la tesis

El nivel fue descriptivo.

3.2 Diseño de la investigación.

Diseño simple no experimental, de corte transversal.

ESQUEMA:



M: Representa la muestra conformada por los y las adolescentes de 14-19 años de la urbanización popular de Isaías Vásquez Moran de la Provincia de Sullana.

O: Representa lo que observamos.

3.3 Población y

muestra Población

La población estuvo constituida por el total de 385 adolescentes de 14 a 19 años que radican en la urbanización popular de Isaías Vásquez Moran.

Muestra

Siendo una población pequeña se tomó como muestra al 100% de adolescentes quedando conformada por 141 adolescentes de 14 a 19 años que radican en la urbanización popular de Isaías Vásquez Moran que cumplieron con los criterios de inclusión.

La unidad de análisis estuvo constituida por cada uno de los adolescentes de 14 a 19 años que radican en la urbanización popular de Isaías Vásquez Moran. Para la selección de cada unidad de análisis se realizó primero la selección de sectores, y posteriormente se visitó cada uno de los hogares donde residen cada uno de los adolescentes.

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 la urbanización popular de Isaías Vásquez

Moran.

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

Exclusión:

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

3.4 Definición y operacionalización de las variables

VARIABLES PRINCIPALES Y SUS DIMENSIONES CONOCIMIENTO DE SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE

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

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.

La 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.

La Dimensión Infecciones de Transmisión Sexual y VIH / SIDA

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

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.

Actitud Sexual del Adolescente

Es la forma de respuesta ante las siguientes Dimensiones:

Dimensión: Responsabilidad y prevención del Riesgo Sexual:

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 infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, embarazos no deseados.

Dimensión Libertad para decidir y actuar:

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

Dimensión Autonomía

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

Dimensión Respeto Mutuo y Reciprocidad:

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

Dimensión Sexualidad y Amor:

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

Dimensión Sexualidad como Algo Positivo:

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

Variables Intervinientes

Características Socio demográficas:

Estado civil: conjunto de cualidades que distingue al individuo de la sociedad y en la familia.

Ocupación: Actividad que realiza el encuestado en los últimos treinta días.

Lugar de residencia: Sitio donde está situado el domicilio del encuestado.

Grado de Instrucción: nivel de estudios alcanzados.

Religión: Tipo de religión que profesa.

Edad de inicio de la primera relación sexual: edad que se inicia sexualmente.

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.

Operacionalización de las variables

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CONOCIMIENTOS SEXUALES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Conocimiento sexuales de los adolescentes	Conjunto de ideas, conceptos, y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del adolescente, referida a su sexualidad.	Anatomía y fisiología sexual y reproductiva:	<ul style="list-style-type: none"> - Conoce los genitales internos y externos del Varón y la Mujer. - Conoce ciclo menstrual - Conoce la Fecundación - Conoce el proceso de Embarazo 	N O M I N A L	Si conoce No conoce
		Respuesta sexual	Conoce las fases del ciclo de respuesta sexual		Si conoce
		Prevención de Infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica las vías de transmisión del VIH/SIDA - Conoce los síntomas de la ITS/VIH/SIDA. - Medidas de protección y prevención 		Si conoce No conoce
		Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> - Conoce los diferentes métodos anticonceptivos. - Utiliza los métodos. - Se protege y previene el embarazo. 		Si conoce No conoce

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE ACTITUDES SEXUALES

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. 	O R D I N A L	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 - Que sentimiento tienes después de una relación coital. - Que sentimientos te aflora después de la masturbación - La sexualidad debe vivirse respetando los principios y valores - La relación sexual debe llevarse , respetando las normas sociales 		Favorable Desfavorable
		Sexualidad como algo positivo	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos después de la masturbación - Sentimientos después del acto sexual - sentimientos después de una masturbación. 		Favorable Desfavorable

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

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

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CARACTERÍSTICAS DE CONTROL

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

3.5 Técnica e Instrumentos de Medición.

Técnica

Se utilizó la técnica de la encuesta.

Instrumentos

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

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

Para la medición del nivel de conocimiento sexuales se utilizó el cuestionario previamente estructurado de preguntas cerradas diseñado y validado por la autora, 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. Si representa un valor de 1 y un No un valor

0. Sumando las respuestas de cada ítem se pueden tener un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 35, considerando. Cuyos rangos fueron establecidos de la siguiente manera:

- ✓ Conoce: Puntaje igual o mayor al valor del percentil 75° de los datos de la muestra.
- ✓ No conoce: Puntaje menor al valor del percentil 75° de los datos de la muestra.

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

La Prueba tiene un índice de confiabilidad alpha Crombach igual a 0.65; siendo su confiabilidad moderada.

Test de Actitudes Sexuales del Adolescente de 14 - 19 de la urbanización popular de Isaías Vásquez Moran

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

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

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

Se tendrá en cuenta los siguientes rangos:

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

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

La Prueba tiene un índice de confiabilidad alpha Crombach igual a 0.88; siendo su confiabilidad alta.

Características socio demográficas y de control

Para la recogida de los datos socio demográfico, se empleó un cuestionario donde se identifica las variables estado civil, religión, ocupación y lugar de residencia, así mismo 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.

Baremación del Test.

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

Conocimiento:

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

Conocimiento por dimensiones:

- ✓ **Anatomía y fisiología, sexual y reproductiva del adolescente.**
 - Conoce: 8 – 9.
 - No conoce: 0 – 7
- ✓ **Ciclo de Respuesta Sexual.**
 - Conoce: 7– 8.
 - No conoce: 0 – 6
- ✓ **Prevención de enfermedades de Transmisión Sexual – VIH/SIDA.**
 - Conoce: 8 – 9.
 - No conoce: 0 – 7
- ✓ **Métodos Anticonceptivos como Alternativa de Prevención del Embarazo.**
 - Conoce: 8 – 9.
 - No conoce: 0 – 7.

Actitudes:

- Favorable: 151 – 250.
- Desfavorable: 0 – 150.

Actitud según dimensiones:

- ✓ **Responsabilidad y Prevención del Riesgo Sexual.**
 - Favorable: 29 – 50.
 - Desfavorable: 0 – 28.

✓ **Libertad para Decidir y Actuar.**

-Favorable: 16 – 30.

-Desfavorable: 0 – 15.

✓ **Autonomía.**

-Favorable: 20 – 25.

-Desfavorable: 0 – 19.

✓ **Respeto Mutuo y Reciprocidad.**

-Favorable: 28 – 45.

-Desfavorable: 0 – 27.

✓ **Sexualidad y Amor.**

-Favorable: 31 – 45.

-Desfavorable: 0 – 30.

✓ **Sexualidad como Algo Positivo.**

-Favorable: 38 – 55.

-Desfavorable: 0 – 37.

Validez y Confiabilidad:

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

CONOCIMIENTO

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,862	35

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Conoce los genitales externos de mujer.	18,719	48,877	,514	,855
La fecundación es el ingreso del espermatozoide al ovulo.	18,638	48,968	,522	,855
El embarazo comienza con la fecundación.	18,675	49,201	,473	,856
En el embarazo se dan las modificaciones anatómicas y fisiológicas.	18,730	49,319	,446	,856
Conoce los genitales externos del varón.	18,659	48,861	,532	,855
Conoce la denominación del extremo final del pene.	18,801	49,632	,393	,858
Las trompas de Falopio transportan el óvulo hacia el útero.	18,743	49,854	,364	,858

La mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual.	18,903	51,422	,143	,863
El sexo es natural y necesita ser aprendido.	18,751	50,277	,303	,860
Conoce las fases de la respuesta sexual humana.	18,746	49,220	,458	,856
La VSR tiene como elemento, la autoafirmación personal.	18,761	49,680	,390	,858
La VSR implica tener conocimientos de ITS/ VIH/SIDA.	18,662	48,710	,555	,854
La VSR implica actitudes y valores.	18,651	49,018	,511	,855
Manifestaciones de Madurez sexual: menstruación, masturbación y acercamiento a jóvenes del sexo opuesto.	18,707	48,976	,501	,855
Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad.	18,724	50,396	,289	,860
Comportamiento no coital abarca besos, abrazos, caricias y masturbación.	18,759	50,308	,298	,860

La persona es quien controla su comportamiento sexual.	18,655	48,851	,536	,854
El SIDA es una enfermedad que amenaza la vida.	18,616	49,133	,508	,855
Conoce las 3 vías de contagio del VIH/SIDA.	18,631	49,002	,522	,855
Un hombre puede infectarse con VIH si tiene coito con una sola mujer.	18,877	52,572	-,020	,867
El usar preservativos convenientemente en una relación previene el SIDA.	18,761	50,269	,304	,860
El SIDA se contagia por abrazos, besos y contacto con persona infectada.	18,887	53,514	-,151	,870
Las ITS se transmiten a través de la relación coital.	18,752	49,650	,395	,858
Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas de ITS.	18,752	49,580	,405	,857
Conoce y nombra las enfermedades de transmisión sexual.	18,823	50,235	,309	,860
El uso del preservativo es 100% seguro en la prevención de ITS.	18,838	51,581	,118	,864

Una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual.	18,726	49,440	,429	,857
Los MAC pueden ser naturales y artificiales.	18,779	49,866	,362	,858
Sabe que píldoras, inyectables, DIU, son métodos anticonceptivos.	18,741	49,384	,435	,857
Para aplicarse la T de Cu la joven debe ir al médico u obstetra	18,705	49,377	,442	,857
La abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.	18,799	50,354	,291	,860
Utilizar el preservativo es un método de Planificación Familiar.	18,789	50,861	,219	,862
Los MAC de barrera son: los preservativos, el diafragma y espermicidas.	18,805	49,582	,403	,857
Los métodos hormonales son: la píldora, inyectable, norplant.	18,804	50,336	,294	,860
Los MAC para los adolescentes son: el preservativo, diafragma, píldoras, inyectables, DIU.	18,739	50,408	,244	,862

ACTITUDES

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach

N de elementos

,960

50

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
a1	165,37	1790,490	,545	,959
a2	165,52	1801,534	,488	,960
a3	165,25	1792,052	,534	,959
a4	165,30	1790,447	,539	,959
a5	165,60	1783,721	,518	,959
a6	165,85	1797,294	,424	,960
a7	165,55	1786,780	,524	,959
a8	165,27	1775,221	,630	,959
a9	165,44	1781,219	,575	,959
a10	165,19	1771,155	,650	,959
a11	165,21	1785,567	,567	,959
a12	165,98	1808,874	,352	,960
a13	165,21	1774,752	,649	,959
a14	165,53	1791,197	,507	,960

a15	165,56	1797,354	,427	,960
a16	166,89	1846,020	,071	,961
a17	165,26	1775,684	,606	,959
a18	165,54	1799,799	,403	,960
a19	165,63	1796,735	,489	,960
a20	165,25	1775,437	,631	,959
a21	165,06	1770,587	,682	,959
a22	165,79	1792,647	,467	,960
a23	165,62	1784,199	,531	,959
a24	165,61	1778,229	,598	,959
a25	165,43	1780,947	,593	,959
a26	165,44	1774,350	,535	,959
a27	165,54	1779,656	,584	,959
a28	165,63	1786,763	,539	,959
a29	165,59	1781,713	,594	,959
a30	165,62	1792,065	,480	,960
a31	165,21	1779,822	,596	,959
a32	166,20	1814,508	,336	,960
a33	165,71	1794,017	,471	,960
a34	165,42	1777,128	,631	,959
a35	165,54	1782,095	,552	,959
a36	165,40	1771,447	,674	,959
a37	165,29	1765,917	,697	,959
a38	165,72	1788,741	,542	,959
a39	166,29	1822,780	,263	,960
a40	165,50	1772,251	,606	,959
a41	165,39	1773,259	,647	,959

a42	165,28	1762,868	,721	,959
a43	165,22	1760,276	,741	,959
a44	165,23	1759,551	,737	,959
a45	165,23	1759,441	,742	,959
a46	165,44	1767,313	,684	,959
a47	165,41	1766,688	,687	,959
a48	165,33	1764,542	,709	,959
a49	165,73	1783,462	,562	,959
a50	165,55	1780,162	,567	,959

3.6 Plan de Análisis.

El proceso de ejecución de la investigación se llevó a cabo cumpliendo la programación establecida según cronograma de trabajo, se trató de cumplir los tiempos especificados, para tal efecto inicialmente se realizó coordinaciones con los líderes comunales de la urbanización popular de Isaías Vásquez Moran, posteriormente se visitó y se realizó el reconocimiento de la zona a investigar, se programó la aplicación del cuestionario durante dos semanas, con una duración promedio de 30 minutos.

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

Los resultados se presentaron en 5 grandes áreas, la primera relacionada a la descripción del nivel de conocimiento sobre sexualidad en general de los adolescentes, la segunda referida a la descripción del nivel de conocimiento en las cuatro

dimensiones en estudio, la tercera dirigida a la identificación de las actitudes hacia la sexualidad en forma general pudiendo ser favorables y/o desfavorables en el adolescente la cuarta encaminada a identificar actitudes hacia la sexualidad según dimensiones de responsabilidad y prevención del riesgo sexual, Libertad para decidir y actuar, autonomía, respeto mutuo y reciprocidad, sexualidad y amor, sexualidad como algo positivo.

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

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

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Sciences) Versión 17 con el cual se obtuvo la frecuencia de cada una de las variables en estudio con sus respectivos gráficos.

3.7 Matriz de Consistencia

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

3.8 Principios éticos

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

En todo momento de la investigación se siguieron los principios éticos para la investigación médica en seres humanos:

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

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

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados

TABLA N° 01

Conocimiento sobre Sexualidad en General de los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

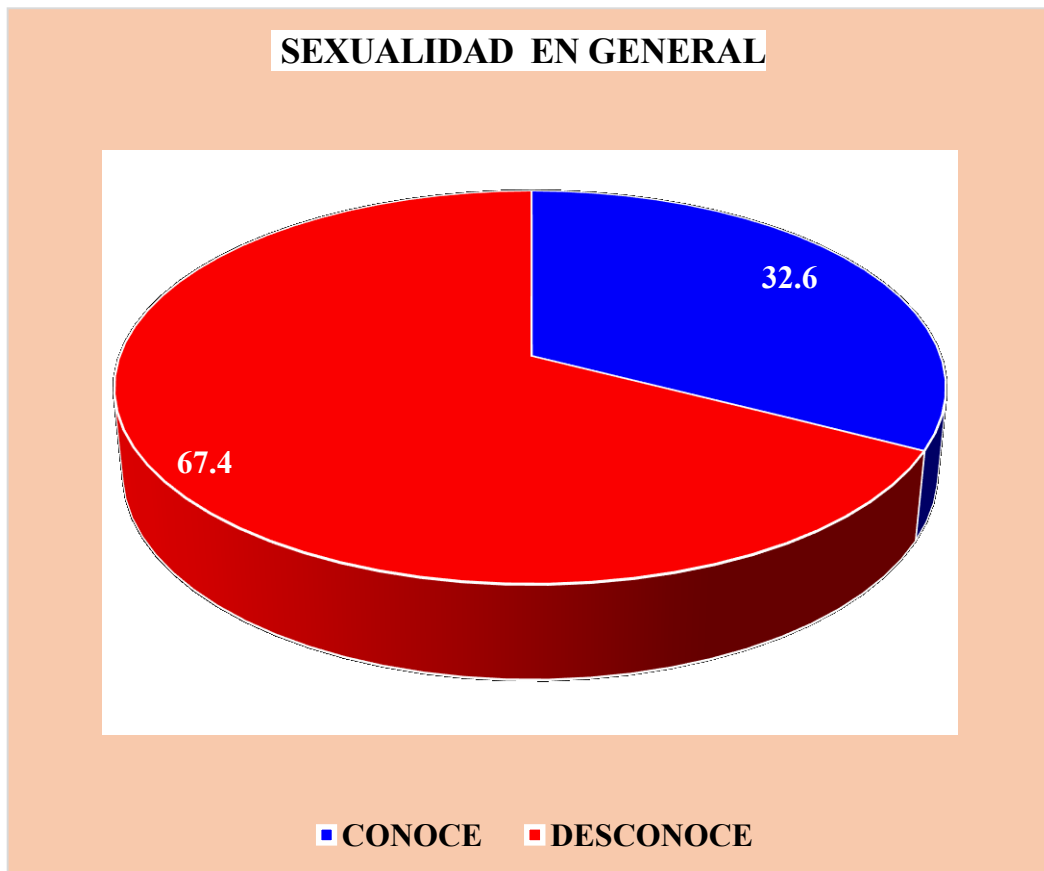
CONOCIMIENTO	N	%
Conoce	46	32,6
Desconoce	95	67,4
Total	141	100,00

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2013.

La Tabla N° 01 muestra que el **67,04%** de adolescentes encuestados desconocen aspectos importantes sobre sexualidad en general.

GRÁFICO N° 01

Distribución Porcentual del Conocimiento sobre Sexualidad en General de los Adolescentes de 14-19 Años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.



Fuente: Tabla N° 01.

TABLA N° 02

Conocimientos Sexuales por Dimensión de los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

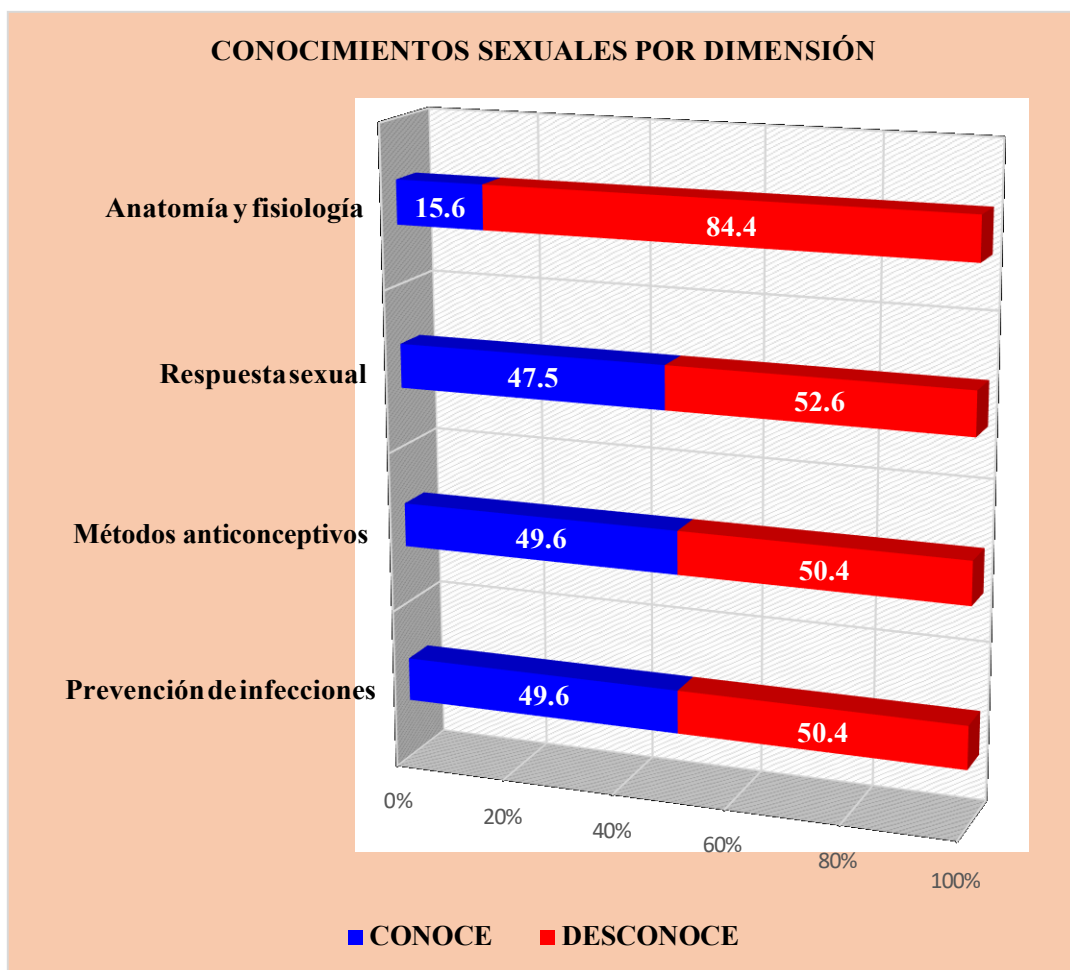
	CONOCE		DESCONOCE	
	N	%	N	%
Prevención de infecciones	70	49,6	71	50,4
Métodos anticonceptivos	70	49,6	71	50,4
Respuesta sexual	67	47,4	74	52,6
Anatomía y fisiología	22	15,6	119	84,4

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2013.

En esta **Tabla** se muestra el desconocimiento que tienen los adolescentes respecto a las cuatro dimensiones sexuales estudiadas; se aprecia que un **84,04%** de adolescentes desconocen la dimensión Anatomía y fisiología; seguido del **52,06 %** desconocen la dimensión Ciclo de Respuesta Sexual Humana, así mismo **50,4%** desconocen cuáles son los métodos anticonceptivos y cómo prevenir las ITS.

GRÁFICO N° 02

Distribución Porcentual de los Conocimientos Sexuales por Dimensión de los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.



Fuente: Tabla N° 02.

TABLA N° 03

Ítems menos Conocidos de la Dimensión Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva de los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

	CONOCE		NO CONOCE	
	N	%	N	%
Conoce los genitales externos de mujer.	18	12,08	123	87,02
Las trompas de Falopio transportan el óvulo hacia el útero.	26	18,04	115	81,06
Conoce la denominación del extremo final del pene.	28	19,01	113	80,09
La fecundación es el ingreso del espermatozoide al ovulo.	35	24,08	106	75,02
La mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual.	28	19,01	113	80,09
La mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual.	97	68,08	44	31,02
En el embarazo se dan las modificaciones anatómicas y fisiológicas.	99	70,02	42	29,08
El sexo es natural y necesita ser aprendido.	109	77,03	32	22,07
El embarazo comienza con la fecundación.	110	78,00	31	22,00
Conoce los genitales externos del varón.	135	95,07	6	4,03

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2013.

En la presente **Tabla** se muestran los resultados obtenidos según los ítems por la dimensión de anatomía y fisiología sexual y reproductiva; donde podemos apreciar que los adolescentes desconocen en su mayoría los ítems de ésta dimensión: Un **87,02%** desconoce acerca de los genitales externos de la mujer, demostrándonos que el **81,06%** no saben que son las trompas de falopio las encargada de transportar el ovulo hacia el útero, **80,09** desconocen cómo se llama la punta final del pene. Otros de los ítems que son preocupantes es que los adolescentes no conocen que una mujer puede salir embarazada en la mitad de su del ciclo menstrual y finalmente **75,02%** no conocen como se da la fecundación.

GRÁFICO N° 03

Distribución Porcentual de los Ítems menos conocidos de la Dimensión Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva de los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.



TABLA N° 04

Ítems menos Conocidos de la Dimensión Respuesta Sexual de los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

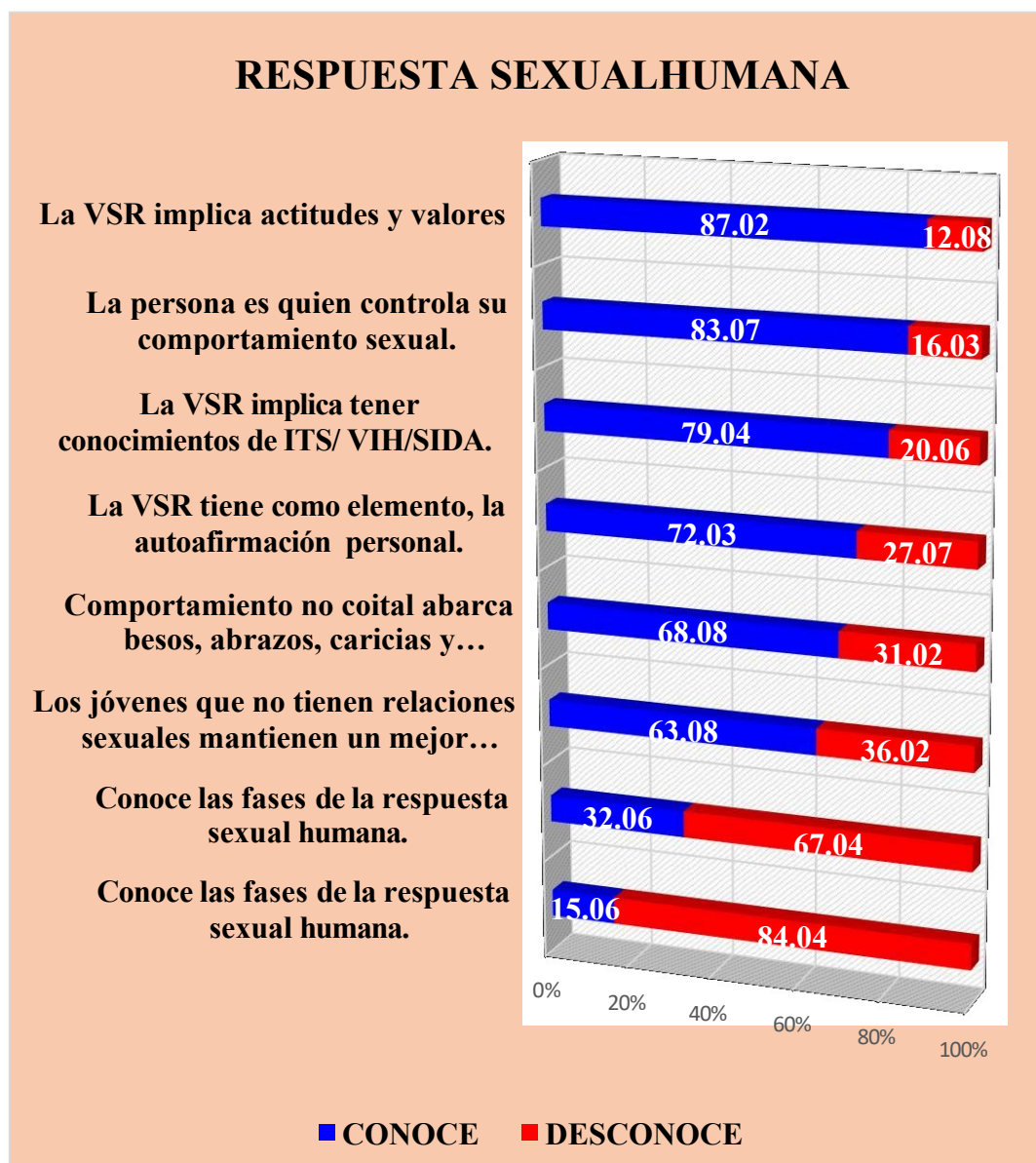
	CONOCE		DESCONOCE	
	N	%	N	%
Conoce las fases de la respuesta sexual humana.	22	15,06	119	84,04
Manifestaciones de Madurez sexual: menstruación, masturbación y acercamiento a jóvenes del sexo opuesto.	56	32,06	85	67,04
Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad.	90	63,08	51	36,02
Comportamiento no coital abarca besos, abrazos, caricias y masturbación.	97	68,08	4	31,02
La VSR tiene como elemento, la autoafirmación personal.	102	72,03	39	27,07
La VSR implica tener conocimientos de ITS/ VIH/SIDA.	112	79,04	29	20,06
La persona es quien controla su comportamiento sexual.	118	83,07	23	16,03
La VSR implica actitudes y valores	123	87,02	18	12,08

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2013.

En la siguiente **Tabla** encontramos que en los ítems menos conocidos de la Dimensión Respuesta Sexual Humana encontramos; que el **84,04%** de los jóvenes desconocen las cinco fases de la respuesta sexual humana; seguido de un **67,04%** no conocen sobre las manifestaciones de madurez sexual; **36,02%** de los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad y finalmente **31,02%** desconoce en qué consiste el comportamiento sexual no coital.

GRÁFICO N° 04

Distribución Porcentual de los Ítems menos conocidos de la Dimensión Respuesta Sexual de los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.



Fuente: Tabla N° 04.

TABLA N° 05

Ítems menos Conocidos de la Dimensión Prevención de ITS-VIH/SIDA de los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

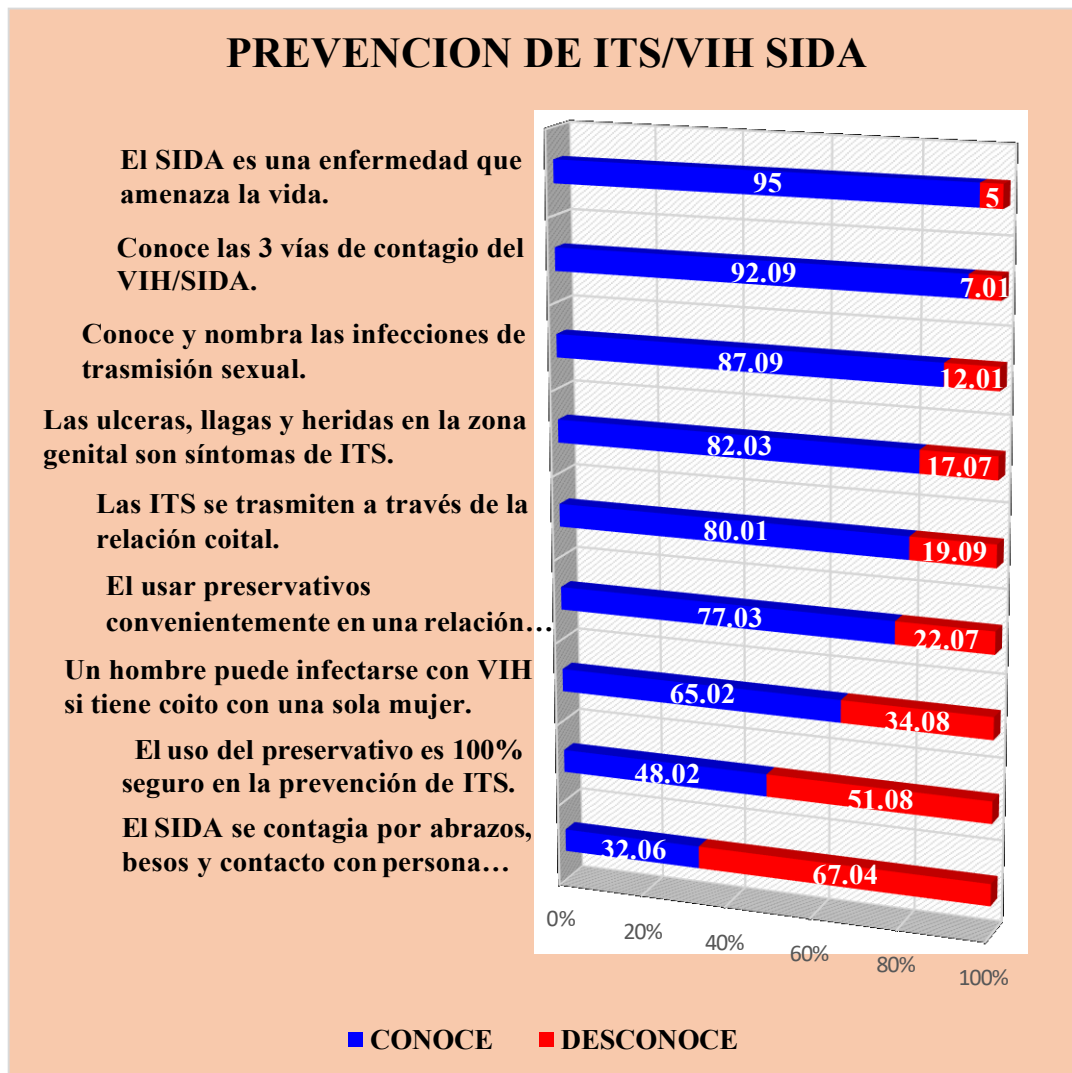
	CONOCE		DESCONOCE	
	N	%	N	%
El SIDA se contagia por abrazos, besos y contacto con persona infectada.	46	32,06	95	67,04
El uso del preservativo es 100% seguro en la prevención de ITS.	69	48,02	72	51,08
Un hombre puede infectarse con VIH si tiene coito con una sola mujer.	92	65,02	49	34,08
El usar preservativos convenientemente en una relación previene el SIDA.	109	77,03	32	22,07
Las ITS se transmiten a través de la relación coital.	113	80,01	28	19,09
Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas de ITS.	116	82,03	25	17,07
Conoce y nombra las infecciones de transmisión sexual.	124	87,09	17	12,01
Conoce las 3 vías de contagio del VIH/SIDA.	131	92,09	10	7,01
El SIDA es una enfermedad que amenaza la vida.	134	95,00	7	5,00

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2013.

En la **Tabla N° 05** Muestra las respuestas de la dimensión de prevención de las ITSVIH/ SIDA por ítems, donde podemos apreciar que la mayoría de los adolescentes desconocen cómo se contagia el SIDA con un **67,04%**; **51,08** no saben que el uso del preservativo es 100% seguro en la prevención de ITS; **34,08%** desconocen que un hombre puede infectarse con VIH si tiene coito con una sola mujer y finalmente el **22,07%** desconocen que el uso del preservativo en la prevención de ITS.

GRÁFICO N° 05

Distribución Porcentual de los Ítems menos conocidos de la Dimensión ITS-VIH/SIDA de los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.



Fuente: Tabla N° 05.

TABLA N° 06

Ítems menos Conocidos de la Dimensión Métodos Anticonceptivos como Prevención del Embarazo de los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

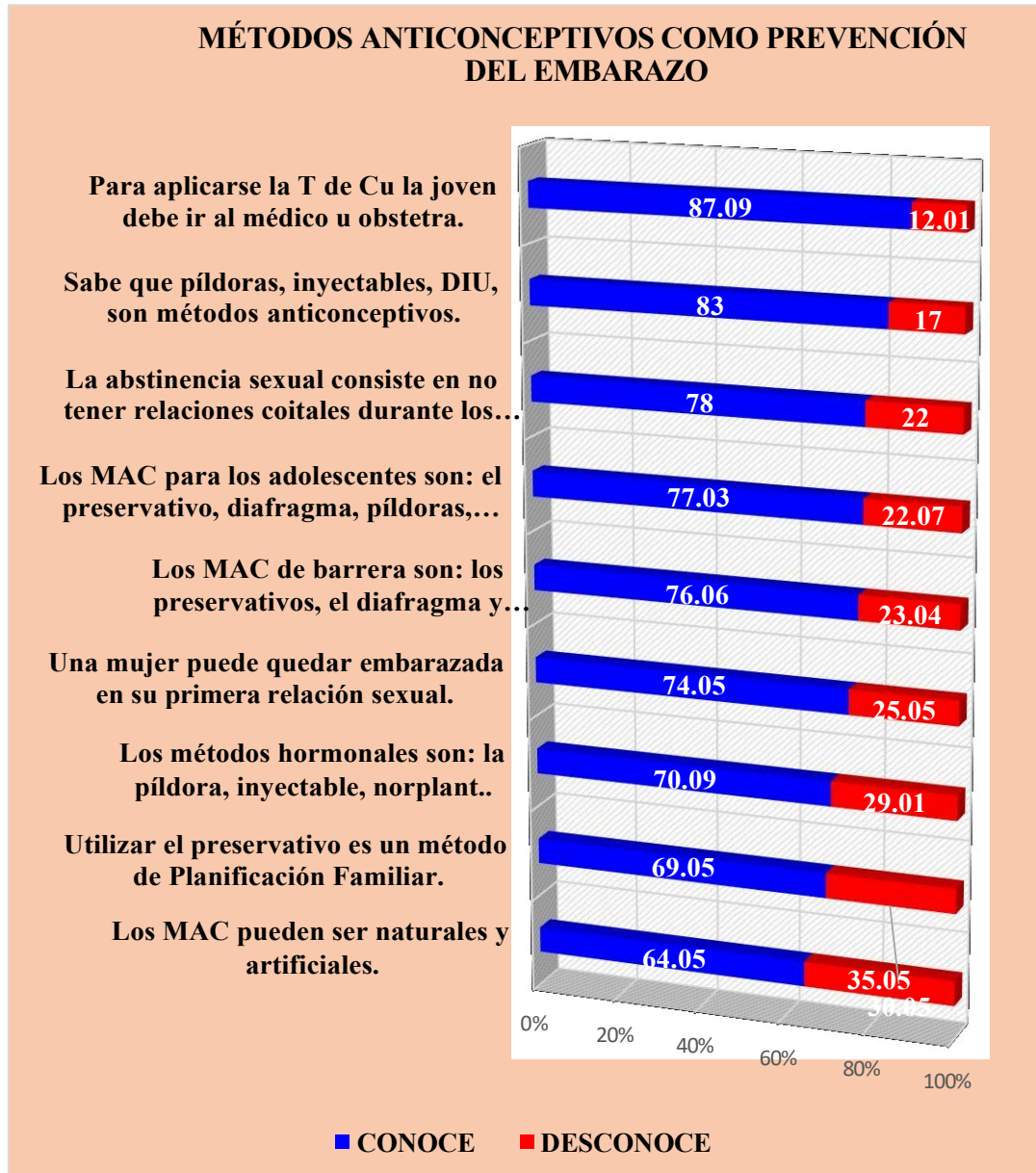
	CONOCE		DESCONOCE	
	N	%	N	%
Los MAC pueden ser naturales y artificiales.	91	64,05	50	35,05
Utilizar el preservativo es un método de Planificación Familiar.	98	69,05	43	30,05
Los métodos hormonales son: la píldora, inyectable, norplant..	100	70,09	41	29,01
Una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual.	105	74,05	36	25,05
Los MAC de barrera son: los preservativos, el diafragma y espermicidas.	108	76,06	33	23,04
Los MAC para los adolescentes son: el preservativo, diafragma, píldoras, inyectables, DIU.	109	77,03	32	22,07
La abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.	110	78,00	31	22,00
Sabe que píldoras, inyectables, DIU, son métodos anticonceptivos.	117	83,00	24	17,00
Para aplicarse la T de Cu la joven debe ir al médico u obstetra.	124	87,09	17	12,01

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2013.

En la **Tabla N° 06**, muestra las respuestas de la dimensión de métodos anticonceptivos como prevención del embarazo por ítems, donde podemos apreciar que los adolescentes desconocen que los MAC pueden ser naturales y artificiales en un **35,05%**, seguido del **30,05%** quienes no saben que el preservativo es un método de Planificación Familiar; **29,01%** no conocen que los métodos hormonales son: La píldora, inyectable, norplant y un **25,05%** no saben que una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual.

GRÁFICO N° 06

Distribución Porcentual de los Ítems menos conocidos de la Dimensión Métodos Anticonceptivos como Prevención del Embarazo de los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.



Fuente: Tabla N° 06.

TABLA N° 07

Actitudes Sexuales en General de los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

ACTITUDES	N	%
Desfavorable	20	14,02
Favorable	121	85,08
Total	141	100,00

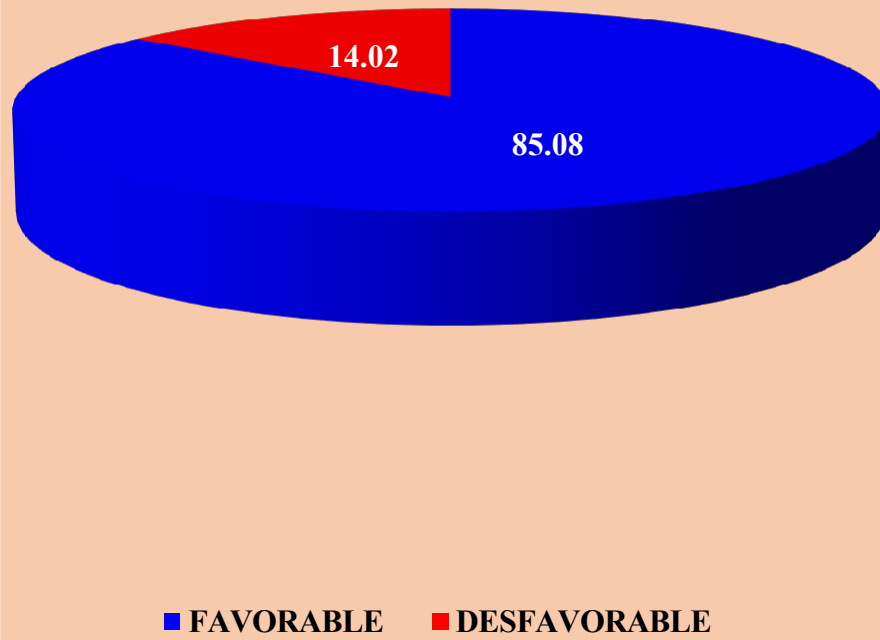
Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2013.

TABLA N° 07: Muestra de manera general de las actitudes hacia la sexualidad de los adolescentes encuestados donde se aprecia que el **14,02%** manifiestan una actitud desfavorable hacia la sexualidad, mientras que el **85,08%** presenta una actitud favorable en la misma dimensión.

GRAFICO N° 07

Distribución Porcentual de las Actitudes Sexuales en General de los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

ACTITUDES SEXUALES



Fuente: Tabla N° 07.

TABLA N° 08

Actitudes Según Dimensiones Sexuales de los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

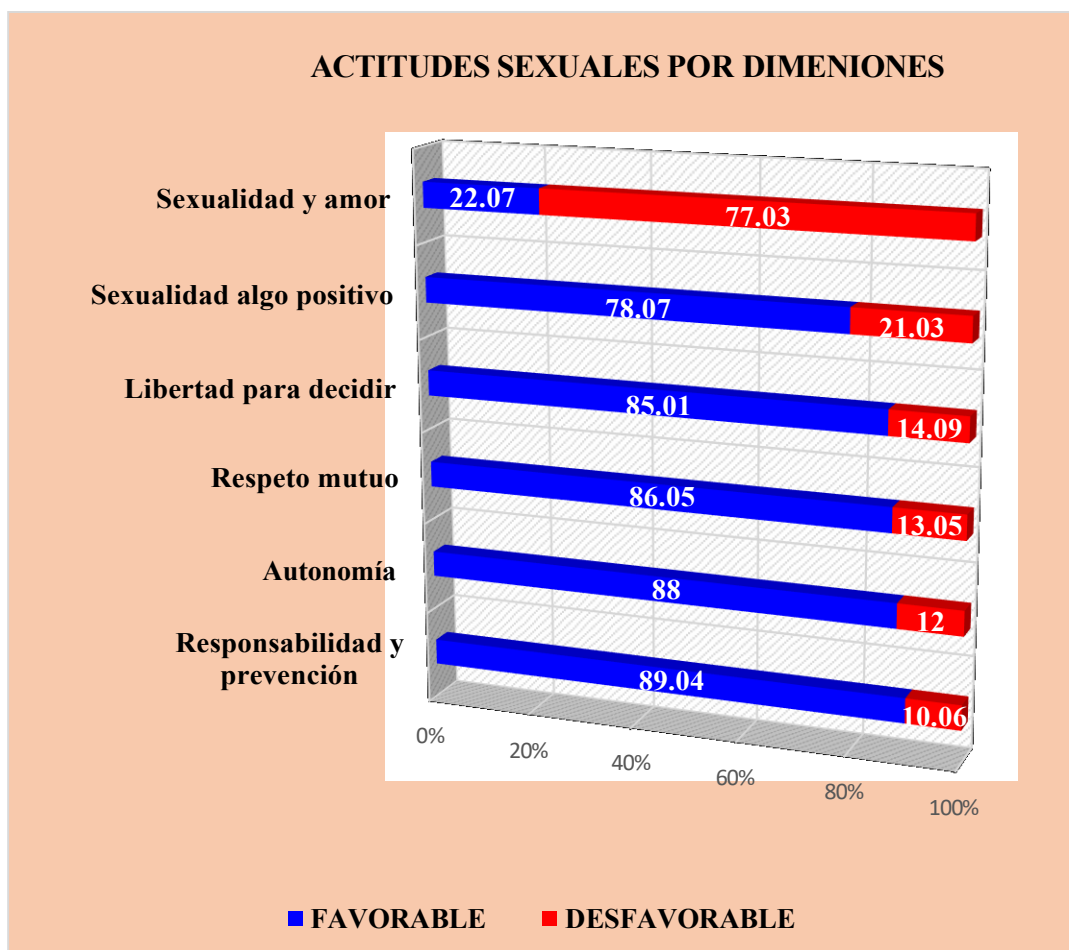
	Favorable		Desfavorable	
	N	%	N	%
Responsabilidad y prevención	128	89,04	13	10,06
Autonomía	124	88,00	17	12,00
Respeto mutuo	122	86,05	19	13,05
Libertad para decidir	120	85,01	21	14,09
Sexualidad algo positivo	111	78,07	30	21,03
Sexualidad y amor	109	22,07	32	77,03

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2013.

Con respecto a la **Tabla N° 08**: se evidencia los resultados de las actitudes de los y las adolescentes por dimensiones, donde se aprecia que en la dimensión Sexualidad y amor asumieron una actitud desfavorable al **77,03%**, seguida de la dimensión Sexualidad algo positivo **63,47%**, Libertad para decidir **14,09%** y dimensión Respeto mutuo con un **13,05%**.

GRÁFICO N° 08

Distribución Porcentual de las Actitudes Sexuales por Dimensión de los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.



Fuente: Tabla N° 08.

TABLA N° 09

Características Socio-Demográficas de los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

VARIABLE		N	%
	14 - 16	45	32
Edad			
Media=	17 - 19	96	68
<hr/>			
Genero	Masculino	75	53,02
	Femenino	66	46,08
<hr/>			
Estado civil	Soltera(o)	115	81,06
	Casada(o)	16	11,03
	Conviviente	10	7,01
<hr/>			
Religión	Católica(o)	107	75,09
	Otro	20	14,18
	No creyente	14	1,80
<hr/>			
Ocupación	Estudiante	93	66,00
	Trabajador	30	21,02
	Estudiante/trabajador	18	12,08

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2013.

En la **TABLA N° 09**: Se muestra las características socio demográficas de la población encuestada teniendo como resultado que la edad de mayor representación es de 17 - 19 años con un **68,34%**. El **53,02%** de los encuestados fueron del sexo masculino, un estado civil de soltero **81.06%**. Así mismo la religión católica obtuvo un mayor porcentaje **75.09%**. En su mayoría eran estudiantes con un **66,00%**.

TABLA N° 10

Principales Prácticas Sexuales de los Adolescentes de 14-19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, Provincia de Sullana, en el año 2012 - 2015.

VARIABLE		N	%
Enamorada	Si tiene enamorada(o)	75	53,02
	No tiene enamorada(o)	66	46,08
Relaciones coitales	Si	46	53,02
	No	95	46,08
n= Media= Edad de Inicio de relación coital	10 – 12	25	17,08
	13 – 16	72	51,00
	17 – 19	44	31,02
Orientación sexual	Heterosexual	130	92,00
	Homosexual	11	8,00
	Bisexual	0	,00

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2013.

TABLA N° 10: En relación a las principales prácticas sexuales de los adolescentes el **53,02%** había tenido enamorado; **53,02%** de adolescentes ya habían tenido relaciones sexuales coitales, el **51,00%** había inicia entre los 13 - 16 años. En cuanto a la orientación sexual el **92,00%** eran heterosexuales.

4.2. Análisis de Resultados

La adolescencia es una etapa de crecimiento físico y emocional que plantea nuevos temas vinculados al cuidado de la salud. Muchas personas creen que “La sexualidad” es sinónimo de relaciones sexuales o se refiere sólo a los genitales. Sin embargo, se trata de un concepto mucho más amplio. La sexualidad es un proceso dinámico y complejo que comienza cuando nacemos, se manifiesta de distintas maneras a lo largo de nuestra vida e involucra también nuestros sentimientos, emociones y el proceso de conformación de nuestra identidad. La sexualidad como elemento fundamental en la vida de las personas necesita ser experimentada de manera libre y placentera, vinculando al ser humano consigo mismo y con los demás. Esta se va construyendo a lo largo de la vida mediante un proceso de socialización constante que involucra pensamientos, emociones, sentimientos y comportamientos.

En este marco son preocupantes los resultados obtenidos en la investigación realizada en la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran perteneciente a la Provincia de Sullana, **donde se observa en forma general el desconocimiento sobre aspectos de su sexualidad en un 67,04% de los encuestados**, situación similar a lo reportado por Vidal M. La Habana, 2011 (11), quien reporta que el 57.37% refirió conocer poco sobre sexualidad, de la misma manera Solís Chimbote 2010 (17), en su estudio reporta que el 85% de adolescentes desconoce los aspectos básicos involucrados a la sexualidad. A diferencia de Juárez D. Piura, 2011 (27), en su investigación: conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes del Asentamiento Humano Víctor Raúl – Piura, los resultados obtenidos reflejan que los adolescentes del Asentamiento Humano “Víctor Raúl” tienen conocimiento (95.00%) sobre sexualidad.

Esta situación pondría en riesgo la vivencia de una sexualidad segura, placentera, constructiva en este grupo etéreo. Estas diferencias pueden estar relacionadas al acceso de los adolescente a información y educación basada en el contexto en el que viven los adolescentes.

Con respecto al nivel de conocimiento de sexualidad en las cuatro dimensiones básicas de este estudio se encontró que el 84.04% de adolescentes desconocen la dimensión Anatomía y fisiología; seguido del 52,06 % desconocen la dimensión Ciclo de Respuesta Sexual Humana, así mismo 50,4% desconocen cuáles son los métodos anticonceptivos y cómo prevenir las ITS. Similares resultados mostraron los estudios por Moscol M, Villanueva A. Piura. 2014 (26) quienes reportaron en su estudio que (95%) de adolescentes no tienen un conocimiento global sobre su sexualidad. Las dimensiones con mayor desconocimiento oscilan por encima del 96%, ciclo de respuesta sexual humana (97.3%), seguido de un (96.7%) de desconocimiento en prevención de ITS-VIH/SIDA y de anatomía y fisiología sexual reproductiva. A diferencia de Navarro M, López A. Tarapoto. 2012 (21) quien señala que en su estudio según dimensiones, se observa que tienen un aceptable nivel de conocimientos: sobre anatomía y fisiología Sexual el 43.0% nivel de conocimiento alto y el 41.8% nivel de conocimiento medio; sobre salud sexual y reproductiva el 57% nivel de conocimiento alto; en prevención de ITS y VIH-SIDA, el 50.6% nivel de conocimiento alto y de conocimiento bajo un 49,4%; sobre los métodos anticonceptivos, el 56% tiene nivel de conocimientos alto, siendo el conocimiento bajo de 44%.

Al explorar el desconocimiento según Ítems de la dimensión Anatomía y Fisiología es desalentador encontrar que la mayoría de los adolescentes no conozcan en un 87,02% los genitales externos de la mujer, el 81,06% no saben que las trompas de Falopio son las encargada de transportar el ovulo hacia el útero, 80,09 desconocen cómo se llama la punta final del pene. Otros de los ítems que son preocupantes es que los adolescentes no conocen que una mujer puede salir embarazada en la mitad de su del ciclo menstrual y finalmente 75,02% no conocen como se da la fecundación. Resultados similares demostró Villareyes L, Villanueva A. Sullana. 2014 (25) donde sus resultados nos muestran que el 73% desconoce el ciclo menstrual, el 62% no conoce la función principal de las trompas de Falopio, el 59% desconoce que el extremo final del pene se llama “glande” y la importancia de la higiene de esta parte del aparato reproductor masculino. Solís Chimbote 2010 (17), Entre los resultados más relevantes respecto al conocimiento sexual se obtuvo: 97% reconoce los genitales externos masculinos y 84% los genitales femeninos, 35% desconoce los términos glande y prepucio; el 89% conoce el proceso de fecundación y un 82% lo considera el inicio del embarazo; el 43% desconoce los posibles días en los que se produce la

fecundación; el 85% reconoce al sexo como conducta humana que necesita aprendizaje.

Este desconocimiento pone en grave riesgo de embarazos no deseados, puesto que no reconocen sus genitales ni el funcionamiento de los mismos, como se produce un embarazo, los cambios que ocurren en el mismo.

En tal sentido, otro elemento importante para el disfrute de la sexualidad de manera efectiva lo constituye el conocimiento del Ciclo de Respuesta Sexual Humana, como elemento básico para el entendimiento y control del impulso sexual. Los adolescentes encuestados desconocen sobre los siguientes ítems: El 84,04% de los jóvenes desconocen las cinco fases de la respuesta sexual humana; seguido de un 67,04% desconocen cuáles son las manifestaciones de madurez sexual, 36,02% de los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad y finalmente 31,02% desconoce en qué consiste el comportamiento sexual no coital. Resultados similares demostró Villareyes L, Villanueva A.Sullana.2014 (25) quien señala que el 67% de los adolescentes no saben que es el comportamiento sexual no coital, el 61% de adolescentes desconocen que son ellos quienes controlan su propio comportamiento sexual y el 60% no sabe que la abstinencia sexual es el mejor método anticonceptivo para postergar el inicio precoz de las relaciones coitales. De igual manera García E, en España 2012 (14), en el estudio de comportamiento sexual de riesgo de los adolescentes reporta que un 65% había practicado la masturbación, un 84,8% los besos, un 46,9% las caricias genitales, un 27,1% practicó el sexo oral, un 32,3% mantuvo relaciones coitales con penetración vaginal y un 8,3% practicaron la penetración anal.

Las infecciones de transmisión sexual, son un problema emergente, asociado a los problemas de una sociedad empobrecida constituyendo una de las principales causas de enfermedad, provocando complicaciones graves y consecuencia a largo plazo.

Respecto a los ítems menos conocidos en esta dimensión de prevención de ITS – VIH/SIDA encontramos que los adolescentes desconocen si el SIDA se contagia por abrazos, besos y contacto con persona infectada con un **67,04%**; **51,08** de los encuestados no saben que el uso del preservativo es 100% seguro en la prevención de ITS; **34,08%** desconocen que un hombre puede infectarse con VIH si tiene coito con una sola mujer y finalmente el **22,07%** desconocen que el uso del preservativo en la

prevención de ITS. Resultados diferentes demostró Jiménez, et al. Veracruz-México, 2010. (12), quien presento conocimiento sobre VIH/SIDA e ITS, se pudo evidenciar que el área en la que alcanzaron un mayor porcentaje de respuestas correctas fue la de conocimientos generales sobre VIH/ sida (56.94%), seguida del área de transmisión (55.69%), sintomatología (54.95%), prevención (54.10%) y conocimientos sobre ITS (52.13%). De la misma manera Solís Chimbote 2010 (17), Sobre las ITS y el VIH/SIDA, 97% de jóvenes considera el SIDA como enfermedad mortal y 92% conoce las formas de transmisión. 81% conoce que las ITS se adquieren a través de las relaciones sexuales, un 70% conoce las principales ITS; el 53% desconoce que el uso correcto del preservativo puede prevenir la transmisión de las ITS y el VIH; y el 74% considera el preservativo no muy seguro en la prevención de la ITS. El 69% de adolescentes considera que tener sexo con una sola mujer no supone un riesgo para la infección del VIH/SIDA.

En los ítems menos conocidos en la dimensión de Métodos Anticonceptivos como Prevención del Embarazo, donde podemos apreciar que los adolescentes desconocen que los MAC pueden ser naturales y artificiales en un **35,05%**, seguido del **30,05%** quienes no saben que el preservativo es un método de Planificación Familiar; **29,01%** no conocen que los métodos hormonales son: la píldora, inyectable, norplant y un **25,05%** no saben que una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual. A diferencia de Solís Chimbote 2010 (17), quien en su investigación metodología anticonceptiva, 91% de los adolescentes conoce los principales métodos anticonceptivos, sabiendo que la T de cobre necesita de los servicios del médico u obstetra para su aplicación, 83% reconoce la existencia de métodos naturales y artificiales, 75% de los métodos de barrera; la mayoría (82%) conoce que la mujer puede quedar embarazada en su primera relación coital. Respecto a las actitudes, en el análisis global, el 75% de los adolescentes presentan actitudes desfavorables. De la misma manera Guevara C, Bustamante E; Trujillo 2013 (23), En relación a lo MAC 78% los conocen, 11% conocen cuál es su función, otro 11% conoce u efectividad de cada MAC.

Toda esta problemática del aumento de embarazo en adolescentes confirma la tendencia de que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, aumentando así el riesgo de embarazo (2).

Referente a las Actitudes del adolescente frente a la sexualidad en general los resultados obtenidos en la investigación realizada en la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran - Provincia de Sullana, donde se observa en forma general de las actitudes hacia la sexualidad de los adolescentes encuestados donde se aprecia que el 14,02% manifiestan una actitud desfavorable hacia la sexualidad, mientras que el 85,08% presenta una actitud favorable en la misma dimensión. A diferencia de Muñoz L. Chimbote, 2011 (18), quien señala que el 86% presenta actitudes desfavorables hacia la vivencia de una sexualidad responsable y gratificante. De la misma manera Juárez D. Piura, 2011 (27), reporto también sobre la actitud sexual, donde se obtuvo que el 31.25% de sus actitudes son desfavorables.

Respecto a la actitud por dimensiones abordadas al estudio se aprecia que en la dimensión de Sexualidad y amor asumieron una actitud desfavorable al 77,03%, seguida de la dimensión Sexualidad algo positivo 63.47%, Libertad para decidir 14,09% y dimensión Respeto mutuo con un 13,05%. **Solís Chimbote 2010 (17)**, en el análisis por dimensión se encontró: actitudes desfavorables respecto a la sexualidad y no previenen el riesgo (75%), hacia el deseo sexual y la masturbación, considerándolos como pecado o un motivo de castigo (76%), contrario al 26% que considera que el deseo sexual es digno y motivo de alegría, dentro de un marco de valores y principios morales, respetando las normas de la sociedad. El 77% de participantes no puede expresar su opinión con libertad, y solo el 23% refiere tener control sobre sí mismo. Al describir la actitud hacia las relaciones interpersonales, se reportó falta de respeto por los espacios, carencia de diálogo sobre conducta sexual, falta de negociación para las relaciones sexuales y relaciones sexuales sin riesgo, en el 77% de adolescentes. Solo el 23% presenta actitudes favorables hacia el respeto mutuo, acuerdo en respetar los días de peligro para embarazo, y compartir el sexo con alguien que se conozca mucho. 80% necesita de la intervención de otras personas en sus decisiones, 82% considera que las relaciones sexuales no deben ser planificadas, por el contrario son espontáneas y casuales. Finalmente, solo 18% de adolescentes refirió tener relaciones coitales con sentimientos de amor, manteniendo una relación “estable” con su pareja.

Por último, referente a las principales características Sociodemográficas y Principales prácticas sexuales de los adolescentes de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran teniendo como resultado que la edad de mayor representación es de 17 - 19

años con un **68,34%**. El **53,02%** de los encuestados fueron del sexo masculino. Del total de los adolescentes la mayoría mantiene un estado civil de soltero **81.06%**. Así mismo la religión católica obtuvo un mayor porcentaje **75.09%**. En su mayoría eran estudiantes con un **66,00%**. En relación a las principales prácticas sexuales de los adolescentes el **53,02%** había tenido enamorado; **53,02%** de adolescentes ya habían tenido relaciones sexuales coitales, el **51,00%** había inicia entre los 13 - 16 años. En cuanto a la orientación sexual el **92,00%** eran heterosexuales. Mientras tanto Navarro M, López A. Tarapoto. 2012 (21) Resultados de su investigación detallaron que se obtuvo que el 50.6% se ubican en el grupo etario de 14 a 16 años, seguido de un 49.4% entre la edades de 17 a 19 años. El 60.8% de los adolescentes tienen enamorado(a) esto predispone que los adolescentes puedan tener conductas sexuales de riesgo. Un 54.4% de adolescentes ha iniciado relaciones sexuales. Juárez D. Piura, 2011 (27), en relación a las características socio demográficas se demostró que las edades que más predominaron fueron 15 y 16 años. Debemos señalar también que el mayor porcentaje de adolescentes en relación al estado civil son solteros equivalente a un 97.50%. De los cuales el 75% pertenecen a la religión católica y solo un 23.75% a otra religión y el 1.25% es no creyente. Un grupo significativo de adolescentes (98.75%) manifestaron como opción sexual la heterosexualidad y se obtuvo que un 61.25% no han iniciado su actividad sexual, seguido de un 38.75% entre la edades de 14 y 15 años como edad de inicio de las relaciones sexuales.

v. CONCLUSIONES

- ✓ De manera general, los adolescentes de 14 a 19 años de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, presentan desconocimiento sobre sexualidad.
- ✓ Los adolescentes desconocen las cuatro dimensiones sobre sexualidad: **84.04%** desconocen la dimensión Anatomía y fisiología; seguido del **52,06 %** de la dimensión Ciclo de Respuesta Sexual Humana, así mismo **50,4%** desconocen cuáles son los métodos anticonceptivos y cómo prevenir las ITS.
- ✓ Referente a las actitudes sexuales en general, se manifestó que el 85.08% de los adolescentes poseen actitudes favorables.
- ✓ Se evidencia los resultados de las actitudes de los y las adolescentes por dimensiones, donde se aprecia que en la dimensión Sexualidad y amor asumieron una actitud desfavorable al **77,03%**, seguida de la dimensión Sexualidad algo positivo **63.47%**, Libertad para decidir **14,09%** y dimensión Respeto mutuo con un **13,05%**.
- ✓ Referente a las principales características Sociodemográficas y Principales prácticas sexuales de los adolescentes la edad de mayor representación es de 17 - 19 años con un **68,34%**, el **53,02%** fueron del sexo masculino, un estado civil de soltero **81.06%**, eran católica **75.09%**, eran estudiantes con un **66,00%**. En relación a las principales prácticas sexuales de los adolescentes el **53,02%** había tenido enamorado; **53,02%** ya habían tenido relaciones sexuales coitales, el **51,00%** había inicia entre los 13 - 16 años. En cuanto a la orientación sexual el **92,00%** eran heterosexuales.

Recomendaciones

- ✓ Se sugiere trabajar de manera conjunta con los docentes de las instituciones educativas de la Urbanización Popular de Isaías Vásquez Moran, dándoles la capacitación y el conocimiento necesario para que ellos como promotores de la educación lleguen a sus alumnos con información veraz y concreta.
- ✓ Impartir la Salud Sexual y Reproductiva, en donde se enfatice la importancia del conocimiento y prácticas adecuadas en torno a la sexualidad.
- ✓ Formar promotores expertos en la temática de sexualidad, invitando a la escuela de Obstetricia y Psicología, en coordinación con el departamento de responsabilidad social.
- ✓ Implementar cursos, talleres y seminarios de escuela para padres con el fin de brindarles orientación sobre temas de educación sexual para que ellos puedan orientar y brindar una mayor confianza a sus hijos para dialogar sobre estos temas.
- ✓ En los colegios debería instalarse servicios de consejería en salud reproductiva a cargo de profesionales de la salud especializados, a fin de dar información y educar a los adolescentes para evitar comportamientos sexuales de riesgo, que muchas veces conducen al contagio de ITS, VIH/SIDA, embarazos no deseados, prácticas abortivas inseguras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Issler J. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina [revista en internet]. 2001 ago [citado 22 mzo 2014]:11- 23.
Disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html
2. Dávila o. ADOLESCENCIA Y JUVENTUD: DE LAS NOCIONES A LOS ABORDAJES. [serie de internet].santiago2004diciembre,12(21):2_8 disponible en : http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22362004000200004&script=sci_arttext
3. Libreros L, Fuentes L, Pérez A. conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. Revista salud pública y nutrición [serie en internet].2008 oct-dic [citado 22 marzo 2014]; 9(4):11.
Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2008/spn084i.pdf>
4. Rojas G, editor. Adolescencia en el Perú. [monografía en internet]. Cuzco: Universidad Andina del Cusco; 2008 [citada 11 Junio 2013]. [Alrededor de 12 pantallas]. Disponible en:
<http://www.guamanpoma.org/escuela%20lideres/II%20Congreso/adolescencia.pdf>
5. UNICEF. Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios. [página en internet]. New York. Stephanie Borise. [actualizado Sep 2009; citado 22 Mar 2014]. Disponible en:
http://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/UNFPA_ASRHtoolkit_espanol.pdf
6. Hurtado M, Olvera J. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en jóvenes universitarios. Rev Elect Psico Iztacala [serie en internet]. 2013 Marzo [citado 28 mzo 2014]; 16 (1): 241-251. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/epsiologia/epi-2013/epi131o.pdf>
7. Trejo Perla, Moreno P, Macías M, Valdez F, Lugo L, et al. Conocimiento y comportamiento sexual en adolescentes. Área Académica Ciencias de la Salud.

Universidad Autónoma de Zacatecas. Rev. Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 28 mzo 2015]; 27(4): 273-280. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192011000400005&lng=es.

8. Parra J, Domínguez J, Maturana J, Pérez R, Carrasco M. Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile. Salud colectiva [revista en internet]. 2013 Dic [citado 25 Jul 2015]; 9 (3). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652013000300009&script=sci_arttext
9. Ramos M, Almira F, Suárez R, Nonell L. Conocimiento sobre la sexualidad en adolescentes de Venezuela. Rev. Coc Med [serie en internet]. 2013 [citado 14 Oct 2013]; 17 (1) .Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1292/328>
10. Chávez M, Petrzalová J, Zapata J. Actitudes respecto a la sexualidad en estudiantes universitarios. Enseñanza e Investigación en Psicología. [serie en internet]. 2009 [citado 2013 Julio 08]; 14 (1): pp. 137-151. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29214110>
11. Vidal M, Vidal M, Barrios J, Gonzáles K. Opinión de los adolescentes sobre los conocimientos que poseen sobre sexualidad. Revista de Ciencias Médicas [serie en internet]. 2011 [citado 12 Oct 2013]; 17 (1). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol17_1_11/hab07111.html
12. Jiménez G, Magali Iacunacuri M. Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. Redalyc [Serie en Internet]. 2010 [citado 2013 Junio 13]; 15 (1): [Alrededor de 24 páginas]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/292/29213133008.pdf>
13. Uribe A, Guzmán S, Rodríguez I, Flórez Y. Influencia del conocimiento común en las pautas afectivo - comportamentales frente al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en adolescentes. Influence de la connaissance commun sur les règles affective-comportementales devant le Virus de l'ImmunodéficienceHumaine (VIH) chez les adolescents. [Serie en internet]. Dic. 2011. [citado el 21 de Jul 2015]. 35. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD14392.pdf>.

14. Garcia E, Menendez E, Fernandez, P, Cuesta M. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. International Journal of Psychological Research. [Serie en internet]. Mayo 2012. [citado el 21 de Jul 2015]. 5(1), 79-87. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3974532>
15. Szames C, Vázquez S, Discacciati V. Conocimiento, utilización y obtención de la anticoncepción hormonal de emergencia por adolescentes en rauch. Rev Argent Salud Pública. [Serie en internet]. Junio 2012. [Citado el 21 de marzo 2015]. 3 (11). Disponible en: http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen11/articulo_conocimiento.pdf
16. Leguía J, Niño B, Tito J, Díaz C. Nivel de conocimientos sobre VIH / SIDA en una institución educativa de José Leonardo Ortiz Chiclayo marzo – mayo 2011. Rev. cuerpo médico. [Serie en internet]. 2012. [Citado el 21 de Jul 2015]. 5 (4). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4133864.pdf>
17. Solís N. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de comunidad zonal de Magdalena Nueva. Chimbote año 2010 [Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Chimbote. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2010.
18. Muñoz LM. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 – 19 años del Pueblo Joven San Pedro, Sector I del distrito de Chimbote [tesis para optar el título profesional de licenciada de obstetricia]. Chimbote: Universidad Los Ángeles de Chimbote; 2011. Disponible en: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/20874.pdf>
19. Romero ES. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 a 19 años del pueblo joven El Porvenir sector I – Chimbote [tesis para optar el título profesional de licenciada de obstetricia]. Chimbote: Universidad Los Ángeles de Chimbote; 2011. Disponible en: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/20866.pdf>

20. Jerónimo C, Álvarez J, Carbonel W, Neira J, Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria. Acta Med Per. 2009; 26(3): 175-179.
21. Navarro M, López A. Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización La Palmeras –Distrito de Morales, período Junio –setiembre 2012. [Tesis para optar el título profesional de obstetra]. Tarapoto-Perú: Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Martín. 2012. http://ftp.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyectox/archivo_87_Binder1.pdf
22. Rengifo S, Uribe V, Yporra K. Inicio temprano de relaciones sexuales en adolescentes escolares de la ciudad de Ica, 2014. Rev méd panacea. [Serie en internet] 2014 abril. [Citado el 23 de Jul 2015]. 4(1): 8-12. Disponible en: <http://www.unica.edu.pe/rev.med.panacea/index.php/med/article/view/86>
23. Guevara C, Bustamante E. Cotidianidad familiar de los adolescentes de 15 a 20 años con relación a Los riesgos de las infecciones de transmisión sexual del Asentamiento Humano Nuevo Horizonte de la Esperanza, Trujillo. Rev UCV SCIENTIA [Serie en internet] 2013 [Citado el 23 de marzo 2015]. 5 (1). Disponible en: <http://ojs.ucv.edu.pe/index.php/UCV-SCIENTIA/article/view/269/160>
24. Juárez J, Pozo E. PERCEPCIONES SOBRE COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE RIESGO EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA Y RECIBEN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PIURA, PERÚ. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. [Revista on-line]. 2010 Mar. [Citado el 25 de Jul 2015]. 27(1): 31-37. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n1/a06v27n1.pdf>
25. Villareyes L, Villanueva A. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de la institución educativa “Jorge Basadre Grohman” Huangalá – Sullana. Rev. Ciencias de la salud [serie en internet].2014 [citado 22 mzo 2015]; 1 (2): 455-462. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/380/255>

26. Moscol M, Villanueva A. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes del caserío el papayo, castilla-Piura. Rev. Ciencias de la Salud [Serie en internet].2014 [Citado 22 Jul 2015]; 1(2): 463-469.Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/382/256>

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

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

29. Juárez J, Pozo E. PERCEPCIONES SOBRE COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE RIESGO EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA Y RECIBEN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PIURA, PERÚ. Rev Perú Med Exp Salud Pública. [Revista on-line]. 2010 Mar. [Citado el 25 de marzo 2015]. 27(1): 31-37. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n1/a06v27n1.pdf>

30. Fernández M. Relaciones familiares y ajuste en la adolescencia. [Tesis Doctoral]. Valladolid: NIVERSIDAD DE VALLADOLID DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA; 2005.

31. Delval J. El desarrollo humano. 1ed. España. Menéndez Pidal; 1994._
<https://books.google.com.pe/books?id=WCr6oxkZP-EC&pg=PA33&lpg=PA33&dq=libros+de+teorias+psicologicas+sobre+el+de+sarrollo+humano&source=bl&ots=DhB46z8vhx&sig=621quX6Fu8929k1jbkMABwJZPv4&hl=es&sa=X&ei=yJcdVfTuH4q-ggSTo4CwDQ&ved=0CEYQ6AEwBw#v=onepage&q&f=false>

32. Boeree G. Teorías de la Personalidad. *[Revista on-line], 2011 May. [citado 22 Jul 2015]. 1- 13 Disponible en:
<http://instituto162.com.ar/wp-content/uploads/2014/05/20-Erik-Erikson.pdf>
33. Buil C, Lete I, Ros R, Pablo J. MANUAL DE SALUD REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA. 1 ed. De España. Sociedad Española de Contracepción; 2001. Disponible en:
http://sec.es/descargas/AA_1999_Manual_Salud_Reproductiva_Adolescencia.pdf
34. Masías Y. RELACIÓN ENTRE ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE DISCAPACIDAD PRENATAL EN ADOLESCENTES DEL CONO SUR DE LIMA. [Tesis para optar el Grado de Magíster en Psicología Educacional]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2006.
35. Calderón C, Amador J, foms M. trastorno por déficit de atención con hiperactividad: programa de tratamiento cognitivo-conductual. [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona. Facultad de Psicología; 2003.
http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/2531/TESI_CCALDERO_N_GARRIDO.pdf?sequence=1
36. Dirección general de Salud pública. Salud Sexual. Guia de Métodos anticonceptivos. Barcelona: Castilla – La Mancha.
http://www.portaljovenclm.com/documentos/saludJoven/SaludJoven_Guia_Anticonceptivos.pdf
37. Sistema de Universidad Virtual. [Página en Internet]. México: Universidad autónoma del estado de Hidalgo; [actualizado 10 abril 2015; citado 10 abril 2015]. Disponible en:
http://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES44.pdf
38. Ferrer V, Bosch E, Navarro C, Ramis C, García E. El concepto de amor en España. Psicotherma [Serie en Internet]. 2008 [Citado 10 Jul 2015]; 20 (4): 589-595. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3527.pdf>
39. Ruidias A. Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de 14 19

años del asentamiento humano Cirilo Antón Bancayan Rinconadallicuar Sechura Piura durante el periodo septiembre diciembre 2011. [Tesis para optar el título en Licenciada en Obstetricia]. Chicbote: Universidad católica los Ángeles de Chicbote; 2013. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/172395485/Proyecto-de-Tesis-Ruidias-Seminario-Alejandra>

40. Sánchez T. Obstetricia Y Ginecología. 1ed. La Habana. Ciencias médicas; 2004.
41. Bajo J, Melchor J, Merce L. Fundamentos de Obstetricia. 1 ed. Madrod. Graficas Marte; 2007 Abril.
42. Barone L, Rodríguez C, Ghiglioni M, Gonzales C, Luna S. Anatomía Y Fisiología del Cuerpo Humano. 1ed. Argentina. Grupo Clasa; 2000. <http://www.colimdo.org/media/4277966/anatomofisiologia.pdf>
43. UNFPA. [Página en internet]. Venezuela: -Fondo de Población de Naciones Unidas; 2010 [citado 24 Jul 2015]. Disponible en: <http://venezuela.unfpa.org/doumentos/Educacion%20SSR%20Guia%20Docentes.pdf>
44. Cruz C, Ubaldo Ramos, González A. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS. 1 ed. México; 2011. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/guia_preencion_diagnostico ITS-FEB13CS4.pdf
45. MINSA. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Módulo VIII planificación familiar [Serie en internet]. 2004 [citado 2013 Mayo 05]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/21/guias_atencionintegrali_dela_salud_sexual_y_reproductiva.pdf



Anexo N° 01: Instrumento

ENCUESTA PARA ADOLESCENTES

Código: _____

Fecha ____ / ____ / ____ Hora: _____

Autora: Mg. Nelly Solís Villanueva

Estimada y estimado adolescente:

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

Instrucciones:

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

CONOCIMIENTOS

Iniciaremos con una serie de enunciados sobre diversos temas de sexualidad. Por favor marque "Sí" o "No", según su propia apreciación.

ANATOMIA Y FISIOLOGIA, SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE	SÍ	NO
1. Los genitales externos de la mujer está conformado por los labios mayores y menores, el clítoris y la abertura de la vagina.		
2. La fecundación se da cuando el espermatozoide ingresa al ovulo.		
3. El embarazo comienza con la fecundación.		
4. Durante el embarazo la mujer experimenta modificaciones anatómicas y fisiológicas.		
5. Los genitales externos del hombre está conformado por el pene, los testículos y las bolsas escrotales.		
6. El glande es el extremo final o punta del pene.		
7. Las trompas de Falopio trasportan el ovulo hacia el útero.		
8. Una mujer puede quedar embarazada en la mitad del ciclo menstrual +/- 3 días.		
9. El sexo es una conducta natural que necesita ser aprendido.		
CICLO DE RESPUESTA SEXUAL HUMANA		
1. Las fases en la respuesta sexual son deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución.		
2. La vivencia de una sexualidad responsable tiene como elemento principal la autoafirmación personal (ejercer control sobre la vida sexual).		
3. Vivir una sexualidad responsable es tener conocimientos de ITS, VIH/SIDA y métodos de planificación familiar.		
4. Las actitudes y valores de los jóvenes son importantes en la vivencia de la sexualidad.		
5. Son manifestaciones de madurez sexual la menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto y masturbación.		
6. Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad.		
7. El comportamiento sexual no coital es cuando se practica los besos, abrazos, caricias y masturbación.		
8. La persona es quien controla su propio comportamiento sexual.		
PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL – VIH/SIDA	SÍ	NO
1. El sida es una enfermedad que amenaza la vida.		
2. Son vías de contagio del VIH/SIDA: sanguínea, relaciones coitales y trasmisión de madre a hijo.		
3. Un hombre puede infectarse con el virus del VIH si tiene coito con una sola mujer.		
4. El usar preservativos convenientemente en una relación te previene del contagio del SIDA.		
5. El SIDA se contagia por los abrazos, los besos y el contacto con una persona infectada.		
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 todas las ITS.		

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS COMO ALTERNATIVA DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	SÍ	
1. En su primera relación coital una mujer puede quedar embarazada.		
2. Los métodos de planificación familiar están divididos en: métodos naturales y artificiales.		
3. La píldora, los inyectables y el DIU son métodos anticonceptivos.		
4. Para usar la T de cobre la chica debe ir al médico u obstetra.		
5. El método de abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.		
6. El preservativo es un método de planificación familiar.		
7. Son métodos de barrera: los preservativos masculinos y femeninos, los diafragmas y los espermicidas.		
8. La píldora, los inyectables y el norplant son métodos anticonceptivos hormonales.		
9. El preservativo, las píldoras, los inyectables y el DIU son métodos anticonceptivos para los adolescentes.		

PARTE 2: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

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

1. Edad: Años..... Cumplidos.	2. Género: 1. Masculino () 2. Femenino ()	3. Estado civil: 1. Soltero () 2. Casado () 3. conviviente ()
4. Religión : 1. Católico () 2. Otras () 3. No creyentes ()		5. Tiene enamorado (a) : 1. Si () 2. No ()
6. Ocupación: 1. Estudiante () 2. Trabaja () 3. Trabaja/estudia () 4. No trabaja /no estudia ()		
5. Ama de casa ()		
7. ¿Has tenido relaciones sexuales coitales alguna vez? 1. Si () Pase a la pregunta 8 2. No () Pase a la pregunta 9		
8. ¿A qué edad tuviste por primera vez? A losaños		

9. ¿Cuál es tu preferencia u opción sexual?

1. Heterosexual - de tu sexo opuesto ()
2. Homosexual - De tu mismo sexo ()
3. Bisexual - De ambos sexos ()

PARTE 3: ACTITUDES

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

Para lo cual me responderás:

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

ACTITUDES Y VALORES SEXUALES DEL ADOLESCENTE	OPINIÓN				
	1	2	3	4	5
RESPONSABILIDAD Y PREVENCION DEL RIESGO SEXUAL					
1. Cumpló con mis obligaciones.					
2. Me considero obediente.					
3. Llego a mis clases puntualmente.					
4. Ayudo en las tareas de la casa.					
5. Tener relaciones sexuales (coitales) me expone a problemas de salud como: embarazo precoz y las ITS /VIH/SIDA.					
6. Preveo y me preparo para enfrentar las consecuencias de mis actos como salir embarazada/embarazar a una chica o 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 tendrá una conducta coital, debe buscar información y consejos sobre anticoncepción.					
9. Las relaciones sexuales entre personas jóvenes es aceptable si hay afecto entre ellos y si ambos están de acuerdo.					
10. Hoy en día todos deben usar los preservativos para protegerse de ITS/VIH/SIDA.					
LIBERTAD PARA DECIDIR	1	2	3	4	5
1. Cuando tomo una decisión, lo hago por mi propia voluntad.					

2. Siempre que voy a decidir por algo, necesito la intervención de otras personas.					
3. Cuando una pareja desea tener relaciones coitales, debe ser porque ambos lo deseen y lo acepten.					
4. Al iniciar la actividad sexual, se utiliza un método de planificación familiar					
5. Mantengo relaciones sexuales por mi propia voluntad.					
6. Inicio mi actividad sexual por presión de mis amigos.					
AUTONOMÍA	1	2	3	4	5
1. Tengo derecho a elegir con quien y en donde realizar mi vida sexual.					
2. Es necesario recibir información sobre sexualidad.					
3. Es fácil expresar mi opinión ante los demás.					
4. Mi cuerpo me pertenece, por eso solo yo soy el/la único/a responsable de mi integridad corporal.					
5. Yo decido por el control de mi cuerpo, por ello realizo deportes, busco espacios de distracción etc.					

ACTITUDES Y VALORES SEXUALES DEL ADOLESCENTE	OPINIÓN				
	1	2	3	4	5
RESPECTO MUTUO Y RECIPROCIDAD					
2. El sexo debe ser compartido únicamente con alguien que conozcas mucho.					
3. Si estuviera frente a un problema de salud sexual respondería conjuntamente con mi pareja en la solución del problema.					
4. Mi pareja respeta la decisión de no tener el acto sexual, cuando no lo deseo.					
5. Mi pareja respeta mi espacio con mis amigos					
6. Mi pareja entiende que estoy en días de peligro y no podemos tener relaciones coitales.					
7. Mi pareja conversa conmigo acerca de las consecuencias que trae la conducta sexual irresponsable					
8. Converso con mi pareja sobre el desarrollo personal de ambos.					
9. Acuerdo con mi pareja situaciones para ejercer nuestra sexualidad sin riesgos.					

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