



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES EN
ADOLESCENTES DE 14 - 19 AÑOS DEL AA.HH.
CHICLAYITO – CASTILLA, DURANTE EL PERIODO
2015 - 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO
EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA**

**AUTORA:
OBST. ROSARIO SOSA ALZAMORA**

**ASESORA:
OBST. MARIA ESPERANZA GARCIA SHIMIZU**

**PIURA – PERÚ
-2016-**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES EN
ADOLESCENTES DE 14 - 19 AÑOS DEL AA.HH.
CHICLAYITO – CASTILLA, DURANTE EL PERIODO
2015 - 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGISTER EN
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA**

**AUTORA:
OBST. ROSARIO SOSA ALZAMORA**

**ASESORA:
OBST. MARIA ESPERANZA GARCIA SHIMIZU**

**PIURA – PERÚ
-2016-**

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. Anita Elizabeth Preciado Marchan
Presidenta

Mgtr. Aurea Panta Boggio
Secretaria

Mgtr. Marleny Chávez Sandoval
Miembro

AGRADECIMIENTO

Dios Todopoderoso quien llena mi
vida de bendiciones, dando fortaleza,
felicidad y salud a mí existir

A todos los adolescentes que con su
participación hicieron posible este
estudio, así como también a Obst.
María García Shimizu, por su apoyo y
asesoría.

A mi madre, quien brindo un apoyo
incondicional para terminar esta etapa
de mi vida y a mi hija quien es el
motor de mí existir.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general, describir el conocimiento y las actitudes sexuales en los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Chiclayito del distrito Castilla-Piura, en el periodo 2015-2016. La metodología fue de tipo descriptivo, de corte transversal, no probabilístico y una muestra de 200 adolescentes de 14 y 19 años, a quienes se aplicó un cuestionario validado estructurado de preguntas cerradas, usando la técnica de encuesta. Obteniéndose como resultado: El 93% de adolescentes desconocen de manera global sobre la sexualidad, siendo la más preocupante la dimensión de prevención de ITS-VIH/SIDA; por otro lado, el 95% presenta actitudes desfavorables hacia la vivencia de una sexualidad responsable y segura. La conclusión es: Los adolescentes entrevistados en un gran porcentaje desconocen su sexualidad y presentan actitudes desfavorables para una vida sexualmente responsable y segura.

Palabras clave: Actitudes, Adolescentes, Conocimientos y Sexualidad.

ABSTRACT

The research was overall objective; describe the knowledge and sexual attitudes in adolescents 14 to 19 years of human settlement Chiclayito located in the district of Castilla- Piura, in 2015-2016. The methodology was descriptive, Transversal corte, non-probabilistic sample of 200 adolescents aged 14 to 19 years, to a validated structured questionnaire with closed questions was applied through the survey technique. Obtained as a result: 93% of teens globally do not know about sexuality, the most worrying dimension of STI-VIH/AIDS prevention; On the other hand, 95% have an unfavorable towards living a responsible and safe sexual attitude. The conclusion is: the adolescents interviewed mostly known their sexuality and have an unfavorable attitude to sexually responsible and safe life.

Keyword: *Attitudes, Adolescents, knowledge, Sex.*

Contenido

1. Título de la tesis	
2. Hoja de firma del jurado y asesor	iv
3. Hoja de agradecimientos	v
4. Resumen y Abstract	vi
5. Contenido	viii
6. Índice de tabla , Índice de grafico	x
I.- Introducción	1
II. Marco Teórico	20
2.1 Bases teóricas relacionadas con el estudio	27
2.2 Variables	40
III. Metodología	79
3.1 Tipo Y Nivel	79
3.2 Diseño de investigación	79
3.3 Población y muestra	79
3.4 Definición y Operacionalizacion de Variables	80
3.5 Técnicas e instrumentos	87
3.6 Plan de Análisis	93
3.7 Matriz de Consistencia	95
IV. Resultados	98
4.1. Resultados	98
4.2. Análisis de resultados	116
V. Conclusiones y Recomendaciones	123

Aspectos complementarios	125
Referencias bibliográficas	126
Anexos:	136
Anexo 1: Instrumento, validez y confiabilidad del instrumento de conocimientos.	137
	141
Anexo 2: Instrumentos, validez y confiabilidad del instrumento de Actitudes	
Anexo 3: Cuestionario de características Socio Demográficos	146
Anexo 4: Croquis Chiclayito	147

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Conocimiento en General sobre Sexualidad en Adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, Durante el Periodo 2015 - 2016.	97
Tabla 2: Conocimientos Según Dimensiones de la Sexualidad en Adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, Durante el Periodo 2015 - 2016.	99
Tabla 3: Ítems Menos Conocidos de la Dimensión Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva en Adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, Durante el Periodo 2015 – 2016	101
Tabla 4: Ítems Menos Conocidos de la Dimensión Respuesta Sexual en Adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, Durante el Periodo 2015 – 2016	103
Tabla 5: Ítems Menos Conocidos de la Dimensión Prevención de ITS- VIH/SIDA Según Ítems de Respuesta en Adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, Durante el Periodo 2015 - 2016.	105

Tabla 6: Ítems menos conocidos de la dimensión de Métodos Anticonceptivos como prevención del embarazo, según ítems de respuesta en adolescentes de 14 a 19 años del AA. HH. Chiclayito- Castilla, Durante el Periodo 2015 - 2016. 107

Tabla 7: Actitudes Sexuales en General en Adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, durante el Periodo 2015 – 2016. 109

Tabla 8: Actitudes Según Dimensiones de la Sexualidad Sexuales en Adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, durante el Periodo 2015 - 2016. 111

Tabla 9: Características Socio demográficas en Adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, durante el Periodo 2015 - 2016. 113

Tabla 10: Principales prácticas sexuales en Adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, durante el Periodo 2015 - 2016. 115

ÍNDICE DE GRAFICOS

Figura 1: Gráfico de Torta del Conocimiento en General sobre Sexualidad 98
en Adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, durante el
Periodo 2015 - 2016.

Figura 2: Gráfico de Barras del Conocimiento Según Dimensiones de la 100
Sexualidad en Adolescentes de 14 a 19 del AA.HH. Chiclayito- Castilla,
durante el Periodo 2015 - 2016.

Figura 3: Gráfico de Barras del Conocimiento Según los Ítems Menos 102
Conocidos de según Dimensión Anatomía y Fisiología Sexual y
Reproductiva en Adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH. Chiclayito-
Castilla, durante el Periodo 2015 - 2016.

Figura 4: Gráfico de Barras del Conocimiento Según los ítems menos 104
conocidos Según Dimensión Respuesta Sexual Humana en Adolescentes de
14 a 19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, durante el Periodo 2015 -
2016.

Figura 5: Gráfico de Barras del Conocimiento Según de los Ítems Menos 106
Conocidos según Dimensión de Prevención de ITS-VIH/SIDA en
Adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, durante el

Periodo 2015 - 2016.

Figura 6: Gráfico de Barras del Conocimiento Según los ítems menos conocidos según Dimensión Métodos Anticonceptivos Como Prevención del Embarazo Según Ítems de Respuesta en Adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, durante el Periodo 2015 - 2016. 108

Figura 7: Gráfico de Torta de Actitudes Sexuales en General en Adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, durante el Periodo 2015 - 2016. 110

Figura 8: Gráfico de Barras de Actitudes Sexuales por Dimensión en Adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, durante el Periodo 2015 - 2016. 112

I.- Introducción

El presente estudio se deriva de la línea de investigación titulada Conocimientos y actitudes en adolescentes de la comunidad zonal de Magdalena Nueva, en Chimbote, realizado por la Obstetra Investigadora Amelia Nelly Solís. ⁽¹⁾ Al final del estudio y conociendo los resultados nos dimos cuenta de un gran problema que existía entre los adolescentes, el mismo que debíamos resolver y dar a conocer a los diferentes sectores para que colaboren con la solución desde su perspectiva.

Para estudiar la Adolescencia debemos conocer primero que esta palabra deriva del latín “adolescere”, y que en el castellano significa “adolecer”: causar dolencia, tener algún defecto. Para nuestro estudio se considerara simplemente como una fase de cambios en cuanto al cuerpo y sus sentimientos .En los tiempos actuales vivimos demasiados cambios acelerados en todas las sociedades, por ejemplo: el progreso tecnológico, las comunicaciones, las moda, la música, la imagen y hasta los valores, todos ellos provocados por la globalización que ha influido en la transición y la formas de vida de la adolescencia. ^(2,3)

Se eligió este trabajo de investigación al ser consciente de la problemática a nivel mundial de la salud sexual del adolescente, que se ve reflejada en los resultados de investigaciones anteriores donde se encontraron deficiencias en la educación sexual, baja percepción del riesgo de un embarazo o de contraer alguna infección de trasmisión sexual, prácticas de cambio frecuente de parejas, tanto en sexo masculino, como el femenino; comienzo temprano de las relaciones sexuales y bajo uso del condón, unido a poca comunicación entre padres e hijos . ⁽⁴⁾

Entre los conocimientos y actitudes de riesgo detectadas encontramos: desconocer otras ITS distintas al VIH, tener una actitud favorable a las relaciones sexuales casuales, ignorar las medidas eficaces para prevenir el VIH, desconocer los riesgos de tener múltiples parejas sexuales y desconocer la transmisión sexual del VIH. ⁽⁵⁾ Muchos adolescentes del todo el mundo ya tienen relaciones sexuales, los datos de las encuestas en los hogares, indican que en los países en desarrollo (excluida China) aproximadamente el 1% de las mujeres y el 6% de los varones de 15 a 19 años, afirma que tuvieron su primera relación sexual antes que cumplieran 15 años. ⁽⁶⁾ Y nuestra realidad nacional no es diferente.

El embarazo adolescente en Perú subió al 14,6 % en 2014, lo que representó un incremento del 1,6 % desde el 2000, mientras que la población total de Perú asciende a 31.151.643 habitantes, según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) publicados el jueves 09 de julio 2015 en Lima. ⁽⁷⁾ De acuerdo al otro indicador de la fecundidad adolescente: la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas, también se perciben cambios según la Encuesta del 2009 en comparación con la del 2000; pues el porcentaje de aquellas que ya son madres y el de las embarazadas de la primera hija o hijo tienden al incremento. Y según la Encuesta del 2013 la proporción de adolescentes Embarazadas con la primera hija o hijo sigue en aumento. ⁽⁸⁾

Al buscar datos regionales encontramos que según el reporte de la Dirección Regional de Salud en Piura, (DIRESA) en el año 2012 se dio 34 muertes maternas, de las cuales cinco fueron madres adolescentes. En el año 2014 la región Piura

supero el porcentaje nacional (14%) de mujeres adolescentes embarazadas en un 3%, llegando a alcanzar el 18%, eso quiere decir que una de cada cinco Piuranas entre los 15 y 19 años ha estado embarazada alguna vez, según la información de DIRESA el 2014.

En el distrito de Castilla, identificamos al AA.HH. Chiclayito, que cuenta con un promedio de 14,0066 habitantes, de los cuales 1,706 son adolescentes con características de la salud sexual y reproductiva preocupante pues diversos factores mencionados antes que agudizan la problemática, sumándose a éste la poca accesibilidad de los servicios de salud especialmente los del área de consejería. ⁽¹⁰⁾

Esta situación ha despertado el interés de profundizar el estudio planteado a través de la siguiente interrogante: **¿Qué Conocimientos y Actitudes sexuales tienen los adolescentes de 14-19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, durante el periodo 2015-2016?** Para dar respuesta al problema se ha planteado el siguiente **objetivo general:** Describir los conocimientos y actitudes sexuales de los Adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla en el periodo 2015-2016.

Y así mismo para lograr cumplir el objetivo general, se consideraron los siguientes **objetivos específicos:**

1.- Detallar los conocimientos en general sobre sexualidad en adolescentes en 14 a 19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, periodo 2015-2016.

- 2.-Detallar el conocimiento sexual en las dimensiones de Anatomía y fisiología sexual y reproductiva , ciclo de respuesta sexual, prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, metodología anticonceptiva como prevención del embarazo, en Adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, periodo 2015-2016.
- 3.-Describir los ítems menos conocidos de las dimensiones de la sexualidad en adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, periodo 2015-2016.
- 4.-Establecer las actitudes hacia la sexualidad en general en Adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, periodo 2015-2016.
- 5.-Determinar las actitudes hacia la sexualidad en las dimensiones : Responsabilidad y prevención del riesgo sexual, Libertad para decidir y actuar, Autonomía, respeto mutuo y reciprocidad, Sexualidad y amor, Sexualidad como algo positivo en Adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla , periodo 2015-2016 .
- 6.-Describir las características socio demográficas y principales prácticas sexuales en Adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, periodo 2015-2016.

Este estudio **se justifica** porque es importante tener a un adolescente saludable como pieza clave para que una sociedad progrese en todos sus ámbitos. Los programas de promoción de salud, direccionados a los adolescentes necesitan

reforzar un sentido completo, orientado hacia el contexto socio económico, político, jurídico y cultural, al ambiente grupal, consanguíneo y además como persona. ⁽¹¹⁾

La vida sexual de los adolescentes se inicia entre los 15 años en mujeres y los 13 a 14 años en varones según señalan a nivel nacional las investigaciones, además tienen como resultados que los adolescentes muestran un conocimiento insuficiente y actitudes desfavorables en cuanto a la sexualidad, es por eso que estamos convencidos que es importante continuar con este tipo de investigaciones, ya que de esta manera podemos unirnos a diferentes instituciones que nos ayude a dar una solución y comprometerlas a trabajar por nuestros adolescentes de manera integral, ya que PREVENIR es la clave para disminuir muchos de los casos de infecciones de ITS/VIH/ sida, embarazos no deseados en adolescentes, abortos clandestinos y mortalidad materna.

Un aporte más del estudio será proveer de información importante sobre sexualidad a la DIRESA Piura, que servirá para modificar tácticas que ayuden a promover que nuestros adolescentes cuiden su salud sexual y reproductiva, la disminución de los indicadores negativos y ayudar al desarrollo completo del adolescente. Además, con una adecuada prevención, los adolescentes podrían determinar el futuro de la epidemia VIH, adoptando comportamientos sexuales responsables, por lo que nos propusimos caracterizar a los adolescentes e implementar una intervención educativa. ⁽¹³⁾

El presente estudio es una investigación cuantitativa con las particularidades de un estudio descriptivo y diseño no experimental, de corte transversal.

Se aplicó un cuestionario validado estructurado de preguntas cerradas, usando la técnica de encuesta a la población que estuvo constituida por el total de adolescentes que cuentan con los criterios de inclusión de 14 a 19 años que radican en el AA.HH. Chiclayito del Distrito de Castilla-Piura.

Los principales resultados encontrados fueron: Que el 93% desconoce de manera general sobre sexualidad, esto nos inclina a pensar que se debe iniciar un cambio en la educación de los adolescentes donde se refuercen este tipo de conocimientos, un 98% desconoce medidas de prevención de ITS–VIH/SIDA en lo que respecta a esta dimensiones, es urgente concientizar a los adolescentes a los riesgos que se están exponiendo , el 95% presentaron actitudes desfavorables sobre sexualidad y un 96% de mostró actitudes desfavorables sobre su responsabilidad y prevención de riesgo, modificar estas actitudes es tarea multisectorial que se debe iniciar desde el hogar y así aseguraremos un futuro feliz y sano para nuestros adolescentes.

II. MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

Diferentes estudios también abordaron la problemática y a nivel internacional, nacional y regional, podemos mencionar los siguientes:

Gonzales. Cuba 2010⁽¹⁷⁾. La epidemia del VIH/SIDA en Cuba, se caracteriza por un aumento lento y sostenido, con mayor incidencia en el último quinquenio y en jóvenes entre 15 a 29 años. Los programas dirigidos a los jóvenes estuvieron encaminados al desarrollo de conocimientos y comportamientos sexuales saludables. Las estrategias más empleadas fueron: educación, capacitación, consejería y campañas, se confeccionaron medios de apoyo: manuales, multimedia, juegos y accesorios. Existió sistematicidad en el desarrollo de las capacitaciones, sin embargo, no hubo adecuada permanencia de los consejeros y facilitadores una vez capacitados; no se comportó igual en los educadores pares y facilitadores de las escuelas. Los adolescentes encuestados tenían un buen nivel de conocimientos sobre las vías de transmisión y las formas de reducir el riesgo de contraer el VIH, sin embargo, existió disonancia entre éstos y el uso sistemático del condón.

Los jóvenes cubanos son beneficiados por el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA que cuenta con un componente educativo y participación intersectorial que tributa a diferentes estrategias educativas. Se comprueba que a pesar de su buen nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA,

estos jóvenes no son sistemáticos en el uso del condón. Se propone que en las capacitaciones y actividades educativas se refuercen las técnicas de reflexión y análisis, considerando la sensibilidad de los adolescentes a la opinión de sus iguales y su influencia en el comportamiento.

Calero. Cuba 2001⁽¹⁸⁾, en su estudio “Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto” reportó, de 399 estudiantes, el 78,9 % (314) participó “alguna vez” en algún círculo de interés o charla sobre educación sexual; encontrando, que la mayor proporción de estos (72,2 %) lo recibieron en las escuelas, y el resto se distribuyeron entre el barrio, el consultorio del médico de la familia y el policlínico; el 1,5 % lo recibió en la Casa de la Cultura. Estos círculos y/o charlas, fueron impartidos en su mayoría por maestros (66,6 %); por psicólogos en el 26,9 % y por médicos en el 23,3 %. El resto de los adolescentes lo recibieron por educadores para la salud, y otras personas.

García Y. Cuba 2001⁽¹⁹⁾ En su estudio “Conocimientos de los Adolescentes sobre aspectos de la Sexualidad” en el Policlínico docente “Wilfredo Pérez Pérez” de La Ciudad de Habana Cuba, en un grupo de 100 adolescentes en edades entre 10 y 19 años de ambos sexos demostró que solo el 5% de los adolescentes no tenían conocimientos sobre la anatomía del aparato genital y pertenecían al grupo de edades de 10 a 13 años. La totalidad de los adolescentes consideró como condiciones indispensables para su primera relación sexual, la privacidad del lugar y que fuera el resultado del deseo de

ambos. Así mismo señalaron como el principal peligro al que se enfrentan con la actividad sexual a la posibilidad de que se enteren los padres. Un porcentaje elevado (81%) considero que la mejor edad para la maternidad es la comprendida entre los 20 y 34 años. El SIDA y la sífilis fueron las principales enfermedades de transmisión sexual conocidas por los adolescentes con 100% y 82% respectivamente. El mayor porcentaje de adolescentes señalaron el condón como el mejor método anticonceptivo en esta etapa de la vida, además de ser el ideal para evitar las enfermedades de transmisión sexual. La información previa sobre sexualidad fue recibida fundamentalmente por compañeros y amigos, solo el 39% por los padres.

Pérez R y col. Chile 2004 ⁽²⁰⁾. Realizaron un estudio para determinar conocimientos, actitudes y conductas sexuales en un grupo de adolescentes. La edad promedio de los adolescentes fue de 14 a 19 años. 76.4% señalo haber tenido educación sexual, más del 50% refirió haber recibido información sexual de padres, profesores amigos y/o medios de comunicación. De los hombres 89.8% y 92.9% de las mujeres mencionaron conocer algún método anticonceptivo. Reconoció el preservativo 84.4% como método que previene el contagio de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. De quienes han iniciado actividad sexual 53.5% reconoció no haber usado ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual.

Valera M. España 2012 ⁽²¹⁾. En su estudio sobre conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes Los varones obtienen en un 30,8% la información sobre sexualidad por internet; en cambio las mujeres lo hacen de

sus familias en un 57,6%. Los chicos le dan mucha más importancia a la sexualidad. La primera experiencia sexual no coital ocurre a los 13 años. La primera relación sexual coital es a los 15 años para los chicos y a los 16 para las chicas. El motivo de la primera relación sexual coital en las mujeres fue el amor (40,6%) frente a los chicos que refirieron el deseo (24,1%). Las mujeres son más conscientes ante el riesgo de embarazo (82,7%). En cuanto a falsos mitos, los chicos creen obtener más satisfacción con un pene grande o pechos voluminosos. Los padres de los adolescentes aceptan que éstos tengan relaciones sexuales en el 27% y solamente en el 7,8% de las adolescentes. El preservativo es el método anticonceptivo más conocido para los encuestados, pero poco utilizado (el 35% en chicos y el 37% en chicas). El sida es la enfermedad de transmisión sexual más conocida. La homosexualidad es mejor tolerada por las chicas, observándose un rechazo en un 26,4% de los chicos. Conclusiones: El nivel de información en los adolescentes es insuficiente, por ello es necesaria la inclusión de la educación sexual en los centros escolares.

Pereira D. Ferreira E. Brasil 2012. ⁽²²⁾Identificar el uso del preservativo entre adolescentes del sexo masculino en el inicio de su vida sexual. Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio cuya recolección de datos fue hecha por medio de cuestionario contestado por 166 adolescentes del sexo masculino de una escuela pública de la ciudad de São Paulo-SP, Brasil. Entre los estudiantes, 93,4% conocen el condón masculino y 69,8% consideran

su uso importante. La sexarca ya ocurrió para 69,3% de los adolescentes a los 13,4 años, siendo que 40,4% usaron el condón en la primera relación sexual y 31,3%, en las relaciones subsiguientes. Los adolescentes de este estudio se mantienen expuestos a un embarazo no deseado o a enfermedades sexualmente transmisibles (ESTs), resaltando la necesidad de concientización del grupo frente a los riesgos del sexo sin protección.

García V, Menéndez R, Fernández G, Cuesta I. España 2012 ⁽²³⁾ En los últimos años se ha observado una mayor liberalización de los comportamientos sexuales en el mundo occidental, esta tendencia se manifiesta de forma especial en los adolescentes. El objetivo del presente estudio es realizar una 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 815 estudiantes españoles (54,6% mujeres y 45,4% hombres), mediante la aplicación de un auto-informe. Se observaron pocas diferencias entre las prácticas sexuales y la edad de inicio entre hombres y mujeres. El preservativo fue el método de elección en la primera relación sexual coital. El consumo de alcohol y la cantidad de parejas sexuales fueron las conductas de riesgo más asociadas con los hombres. Por otra parte, las mujeres se protegen de enfermedades de transmisión sexual, pero hay incremento de abortos, por lo que sería necesario incidir en una mejor protección.

Vargas B, Araya A. Costa Rica 2012 ⁽²⁴⁾ Analiza las condiciones socio-demográficas en jóvenes de noveno año provenientes de un colegio público del cantón Central de Alajuela, Costa Rica, para determinar cómo influyen estas condiciones en las actitudes y comportamiento en sexualidad que ellos expresan. El Método fue la recolección de la información se hizo por medio de un cuestionario, validado de previo con jóvenes de noveno año que provienen de un colegio público. Se seleccionó una muestra simple aleatoria de 33 estudiantes de un total de 181 activos hasta noviembre de 2011. A través de la misma se confirmó que los jóvenes prefieren a sus familiares cercanos como principal fuente para aclarar sus dudas sobre el tema de sexualidad. Además, se corroboró que con una edad promedio de 15,5 años, el 24 % de los jóvenes han iniciado relaciones sexuales coitales. La mayoría de estos jóvenes usan las pastillas como método anticonceptivo. Entre las conclusiones tenemos que los jóvenes están deseosos por aclarar sus dudas en el tema. Aun cuando ellos siguen apostando por sus padres como principal medio para hacer sus consultas, la televisión y los amigos en la calle representan opciones importantes en cuanto al tiempo que ellos dedican como pasatiempo. Por su parte, el inicio tan temprano de las relaciones sexuales íntimas se asocia con los altos índices de embarazos en adolescentes en América Latina. Como adultos, padres de familia y docentes, tenemos un enorme compromiso en proveer un ambiente más confiable y seguro a nuestros jóvenes.

Rodríguez C. Sanabria R. Contreras P. Perdomo C. Cuba 2013 ⁽²⁵⁾ Del diagnóstico efectuado para conocer las necesidades de aprendizaje y diseñar la estrategia se obtuvo lo siguiente: El 43 % de los encuestados eran hombres y el

57 % eran mujeres. Todos estaban en edades entre 14 a 20 años con una edad promedio de 19,4 años. En cuanto al estado civil hubo una mayoría de solteros, sin embargo, alrededor del 30 % ya tenía una relación estable en unión consensual. Otras investigaciones coinciden con este resultado. La mayoría de los estudiantes son hijos de padres divorciados con posibilidades de mayor inestabilidad en el funcionamiento familiar, lo que es un factor significativo para la formación del individuo y propiciar el desarrollo de una sexualidad responsable y placentera. Al explorar los conocimientos de los estudiantes, se obtuvo un nivel de conocimiento general evaluado de malo, es decir que están ubicados en la escala de menos del 60 % de respuestas correctas. En su mayoría consideran la sexualidad innata o relacionada con el sexo biológico, no la ven como un aspecto de la personalidad que tiene sus componentes biológico, psicológico y social. En los grupos focales también se encontró que conciben la sexualidad por sus características biológicas. Esto refuerza la necesidad de trabajar sobre ello para que se tenga un concepto adecuado de la misma.

Della M. Argentina 2016 ⁽²⁶⁾ Se estudian las características psicológicas y sociodemográficas en una muestra de adolescentes embarazadas, escolarizadas, de 13 a 18 años de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Se comparan con un grupo de jóvenes no embarazadas. Se recolectan datos primarios a través de la administración de una encuesta que permite analizar y comparar la relación entre la utilización de métodos anticonceptivos y la información y formación sexual recibida en los distintos ámbitos relacionales. Se analizan asimismo los

datos estadísticos. Los hallazgos muestran que la información recibida no incide en la utilización de métodos de control de la natalidad y cuidado de la salud.

Análisis de los datos referidos al uso de MAC: En cuanto a la información sexual recibida por los padres, en los datos se aprecia, 67% del GE declaró que sus padres fueron sus informantes; no obstante, 88% de las que recibieron información no utilizó método anticonceptivo alguno, mientras que 63% de las que usaron MAC no recibieron tal información. En las adolescentes de este grupo, a mayor acceso a la comunicación sobre temas de la sexualidad con sus padres, menor utilización de MAC. En el Grupo de no Embarazadas con Relaciones (GNECR), 56.9% de las jóvenes manifestó que sus padres aclararon sus dudas sobre la sexualidad; sin embargo, 63.6% de las que recibieron esa información manifestó no haber utilizado ningún método anticonceptivo, mientras que 20% de las que usaron no tuvo tal información, lo que indica que hay asociación positiva moderada, entre la comunicación sobre temas sexuales y la utilización de métodos anticonceptivos. La relación entre el uso de MAC y el temor a embarazarse muestra que 43.5% del GE no utilizó método alguno de prevención, mientras que 81.5% de las que dijeron haber utilizado MAC no experimentó ese temor., indicando que existe relación negativa entre el miedo a quedar embarazada y la utilización de MAC. En las adolescentes de este grupo, a mayor miedo de quedar embarazadas, menor utilización de MAC. Por su parte, en el GNECR se observa que 35% de las que respondieron que no utilizaron MAC manifestó haber sentido temor de embarazarse, en tanto que

20% de las que usaron respondieron que no sintieron miedo alguno.

Reynaga, Perú 2009⁽²⁷⁾. El Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el Sida señaló que hasta el 2008 se notificaron 33,4 millones de casos de personas infectadas con el VIH, de las cuales los 2,7 millones fueron nuevas infecciones y que el 45% de esos casos fueron jóvenes de 15 a 24 años de edad. A pesar que el Perú presenta una epidemia concentrada, el Ministerio de Salud señaló que, en el 2009, el 49% de casos de Sida se concentró en jóvenes y adultos de 20 a 34 años de edad, lo cual sugiere que la infección se produjo a una edad temprana. De allí surge la necesidad de realizar intervenciones educativas de carácter preventivo a una edad temprana para asegurar prácticas sexuales seguras. En este sentido, esta investigación busca evaluar la intervención comunicacional “Cabeza Caliente” en estudiantes del 5to año de secundaria de la ciudad de Iquitos Para ello, se aplicó un cuestionario desarrollado por el Consorcio Impacta en el 2008 a 444 estudiantes de 15 a 19 años. La muestra fue seleccionada al azar y estratificada por sexo. El instrumento estuvo dividido en tres bloques principales sobre conocimientos, actitudes y prácticas y dos bloques de soporte relacionados a información/prevención y recuerdo. Los resultados concluyeron que los y las estudiantes tienen conocimientos limitados específicamente relacionados a la identificación de medidas de prevención de las ITS y el VIH, lo cual genera ciertas actitudes negativas hacia el Sida. El uso del preservativo sigue siendo limitado, sobre todo entre las mujeres. Sin embargo, esta situación se presenta más positiva si se compara con la evaluación de 2008. También se evidencia un nivel recuerdo aceptable

sobre las estrategias “cabeza caliente” y a los medios de comunicación como socializador de estos temas.

Fuentes J. Perú 2002 ⁽²⁸⁾. En Lima, realizó un estudio “Conocimiento sobre Anatomía y Fisiología Sexual”, el 38.18% de los adolescentes, tienen nivel de conocimiento regular sobre "Diferencia de órganos Sexuales del Varón, sin embargo, sobre "Diferencia de órganos sexuales de la mujer en el 35.45% es deficiente. Respecto al nivel de conocimiento sobre "Cambios Anatómicos y Fisiológicos del Varón" en el 41.36% de los adolescentes es deficiente y sobre los "Cambios Anatómicos y Fisiológicos de la mujer" en el 39.09% de adolescentes es regular. El nivel de conocimiento sobre sexualidad en los adolescentes es: El 45.45% de adolescentes tienen conocimiento deficiente sobre " Identidad sexual ", respecto al " Rol sexual" en el 41.82% es regular, así como en el 50.0% en "Fecundidad", 53.63% sobre "Menstruación" y en el 45.0% sobre "Duración del ciclo menstrual" respectivamente; sin embargo, sobre "Homosexualidad en el 35.91% de adolescentes es deficiente, asimismo sobre "Masturbación" en el 44.09%. El nivel de conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual: El 37.73% de adolescentes tienen nivel de conocimiento regular, en el 49.0% sobre el "Concepto", 50.91% sobre Tipos, en el 37.27% sobre Medios de Transmisión y el 49.55% en Formas de Prevención el nivel de conocimiento de adolescentes es deficiente. Sobre el nivel de conocimiento en Métodos Anticonceptivos es como sigue: En "Métodos Anticonceptivos Naturales" 47.27% de adolescente tienen conocimiento deficiente, asimismo en el 58.64% sobre "Métodos Hormonales"

y en el 66.36% "Métodos de Barrera". En cuanto al nivel sobre "Salud sexual y reproductiva en los adolescentes se tiene que: El 4.10% de los Centros de Educación Nocturna Independencia, Comercial 45 y Villa del Lago tienen nivel de conocimiento regular, un 55.10% en las mujeres el conocimiento es deficiente y solo el 2.73% de los adolescentes tanto varones como mujeres tienen un conocimiento bueno.

Huapaya C. Perú 2007 ⁽²⁹⁾. En Lima, en su estudio "Impacto de un Programa Educativo en las actitudes sexuales de riesgo de los adolescentes del 3er año "a" de secundaria del Colegio Manuel Gonzáles Prada de Huaycán, Lima, Perú"; encontró, después de la intervención, que el 93.1% de adolescentes presentó un nivel de conocimientos de bueno a muy bueno y el 6.7% un nivel de conocimientos regular. El 93.3% de los adolescentes presentó actitudes sexuales de bajo riesgo y el 6.7% actitudes sexuales de mediano riesgo.

Tavara L. Perú 2004 ⁽³⁰⁾ Piura, en su estudio contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú, habla sobre la sexualidad en adolescentes en una sociedad con patrones culturales tradicionales, como la peruana, ni la familia, ni la escuela, ni en general la sociedad acepta fácilmente la idea de la sexualidad en la adolescencia. Por esa razón no se educa a los adolescentes sobre la vida familiar o sexual o solamente se les da una educación insuficiente y sin relación con sus necesidades reales. Asimismo, las adolescentes raramente acceden a los servicios de salud reproductiva y anticoncepción. La sexualidad de las adolescentes se caracteriza por la dificultad de acordar un

modelo de comportamiento con sus parejas, así como por relaciones inestables, conflictos emocionales, secretos, actitudes rebeldes y, con frecuencia, relaciones sexuales no protegidas, especialmente en los primeros momentos de su actividad sexual. Asimismo, las adolescentes se ven expuestas con frecuencia a la VBG y especialmente a la violencia sexual. Consecuencia de estas condiciones, muchos embarazos no deseados se producen en el curso de la adolescencia, cuando las muchachas y sus parejas inician su actividad sexual, sin tener en cuenta la necesidad del empleo de la anticoncepción o sin haber tenido acceso a servicios apropiados.

Oliva. Perú 2012⁽³¹⁾ Nuevo Chimbote, en su estudio “**Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de la Urbanización el Pacifico**, tuvo como objetivo general, describir el conocimiento y la actitud hacia la sexualidad que tienen los adolescentes de 14 a 19 años de la Urbanización El Pacífico del distrito de Nuevo Chimbote durante el año 2012. El diseño que se empleó fue no experimental, descriptivo, transversal, no probabilístico por cuotas y una muestra de 85 adolescentes de 14 y 19 años, a quienes se aplicó un cuestionario validado estructurado de preguntas cerradas (índice de confiabilidad Alfa Crombach 0,88 e índice de confiabilidad de Guttman 0,89). Obteniendo los siguientes resultados: El 51.8% de adolescentes desconocen de manera global sobre sexualidad, 68.2% desconocen la Prevención de ITS/VIH y métodos anticonceptivos como prevención del embarazo. El 95.3% presentan una actitud global desfavorables. El 90.6% presentan actitudes desfavorables en cuanto a responsabilidad y prevención de riesgo sexual y libertad para decidir.

Concluyendo así que los adolescentes entrevistados de la urbanización El Pacífico de Nuevo Chimbote en su mayoría desconocen su sexualidad y presentan actitudes desfavorables para una vida sexualmente responsable y segura.

Solís, Perú 2014 ⁽¹⁾ Chimbote. Realizó un estudio para describir el conocimiento y las actitudes de los adolescentes Chimbotanos desde el modelo del Centro de Asesoría y Consultoría de Adolescentes de Colombia tratando de tener un acercamiento a las brechas del conocimiento sexual del adolescente, que sirva de línea de base para intervenciones educativas de prevención y promoción de la salud reproductiva. Se utilizó como Material y Métodos la Investigación cuantitativa, de nivel descriptivo transversal. Se aplicó la técnica de la encuesta voluntaria a 3,389 adolescentes, utilizando dos cuestionarios y un test de Likert. Los Resultados fueron: 71% de adolescentes Chimbotanos no tienen un conocimiento global de su sexualidad; del 62% hasta el 69% desconoce las dimensiones en estudio, sin embargo, un menor porcentaje (31% a 38%) si mostro conocimiento. La mayoría (61,60%) tiende a una actitud global desfavorable hacia la sexualidad. Llegando a la conclusión que; La mayoría de adolescentes no conocen las dimensiones básicas de la sexualidad, y tienen una actitud desfavorable frente a una vivencia sexual y responsable, la misma que los ubica dentro del grupo de adolescentes con riesgo sexual.

Salazar G, Santa M, Solano R, Lázaro V, Arrollo S, Araujo T, Luna R, Echazu I. Perú 2007 ⁽³²⁾ Se realizó un estudio descriptivo transversal, en diez

Instituciones Educativas Nacionales del distrito de El Agustino – Lima, aplicándose un cuestionario a adolescentes hombres y mujeres (n=1109), indagando acerca de conocimientos de planificación familiar, métodos anticonceptivos y usos; infecciones de transmisión sexual, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar con los padres acerca de sexualidad. Se reveló conocimientos sobre sexualidad calificados como malo en un 50% (n=632) y muy malo 15.5% (n=172). El inicio de la vida sexual activa fue 17.9% (n=199), con una edad promedio de 14.5 años, de los cuales el 83% (n=165) han tenido relaciones sexuales de riesgo (sin protección de “preservativo”). La comunicación familiar global entre progenitores y adolescentes fue 19.4% (n=215) mala y 76% (n=843) muy mala. La comunicación familiar global entre progenitores y adolescentes con los conocimientos sobre sexualidad, demostró que adolescentes con regular y mala comunicación familiar (95.4%; n=1058), tienen conocimiento malo y muy malo (70.1%; n=778); la comunicación familiar global entre progenitores y adolescentes con relaciones sexuales de riesgo, evidenció que adolescentes con regular y mala comunicación familiar (95.9%; n=1064), tienen mayor frecuencia de inicio de relaciones sexuales (16.5%; n=182), además más frecuencia de relaciones sexuales sin protección (13.9%; n=154). El grado de conocimientos sobre sexualidad versus relaciones sexuales de riesgo reveló que adolescentes con grado de conocimiento malo y muy malo (72.5%; n=804), tienen mayor frecuencia en el inicio de relaciones sexuales (9.1%; n=100) y sin protección (7.8%; n=86).

Fernandez-Honorio Perú 2015 ⁽³³⁾ Este estudio tuvo como objetivo determinar la relación del nivel de conocimiento, el uso de los métodos anticonceptivos (MAC) y el anticonceptivo oral de emergencia. Fue un estudio descriptivo, correlacional y corte transversal, la población fueron 125 adolescentes, se aplicó una encuesta constituida por preguntas del perfil sociodemográfico, experiencia sexual, conocimiento y uso de MAC, Los resultados: La edad de los adolescentes esta entre 13 a 19 años, nivel de escolaridad quinto de secundaria. El nivel de conocimiento del uso de MAC el 65,6 % se ubica en el nivel medio. Las adolescentes (35%) tienen mayor conocimiento que los adolescentes (30,0 %). El conocimiento del anticonceptivo oral de emergencia es alto con el 91.5 %. En la primera relación sexual un 50% hizo uso del método, y en la última relación sexual el 64 %. Las razones de no uso, el 57 % no planeó tener relaciones sexuales, 27% no disponía del método, 13 % no sabía cómo usarlo, 3% no conocía ningún método. El 58 % usa a veces, el 26 % siempre, y 16 % nunca. Los factores que tienen una mayor correlación con el nivel de conocimientos son el uso del preservativo, el uso en la primera, última relación sexual, formas de evitar el embarazo, cuánto conocen, confianza en los MAC. El nivel de conocimiento es medio, usaron más el preservativo, el conocimiento del anticonceptivo oral de emergencia es alto, existe ausencia de protección anticonceptiva en la primera y última relación sexual, una proporción importante no conoce.

Chura M., Campos P., Miranda M., Asca Perú 2013 ⁽³⁴⁾ *Este* estudio tiene como objetivo determinar los factores socioculturales relacionados con el

embarazo reincidente en adolescentes atendidas en el hospital docente Madre Niño San Bartolomé durante el mes de junio de 2012, Lima. Fue una investigación de tipo descriptivo correlacional y corte transversal. La población estuvo conformada por 120 gestantes adolescentes atendidas en consultorios externos, y adolescentes gestantes hospitalizadas en el servicio “Madre adolescente”. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario validado por expertos y administrado por las investigadoras. Teniendo como resultados que la edad promedio de las adolescentes fue de 17 años; de estado civil solteras en el 51.7%; el 67.5 % abandonan los estudios; el 34.2% de las adolescentes residen con sus padres y hermanos. Asimismo, el 50.8% recibe apoyo económico de su pareja; el 45% de las adolescentes tiene instrucción secundaria completa; el 85% respondió que los métodos anticonceptivos sirven para no quedar embarazadas; el 58.3% usaba el preservativo como método anticonceptivo antes de quedar embarazadas. El 50% dejó de usar el preservativo por descuido u olvido; el 10.8% de ellas tuvo embarazo reincidente. La relación entre los factores socio-culturales y el embarazo reincidente es poco significativa.

Escobar L. Perú 2009 ⁽³⁵⁾. **Sullana.** Realizo un estudio sobre los “Conocimientos y Actitudes sexuales de los adolescentes de la Institución Educativa "Ricardo Palma" del distrito de Marcavelica - Sullana”.

La población estuvo constituida por 82 adolescentes de 14 a 19 años, observándose que el 100% de adolescentes tuvieron un nivel de conocimiento bajo.

Sobre las 4 dimensiones de conocimiento se observó que en Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva los adolescentes tuvieron conocimientos bajos, seguida de Ciclo de Respuesta Sexual y Metodología Anticonceptiva con 98%, el 10% resultaron con un nivel de conocimiento medio en Prevención de enfermedades de transmisión sexual, seguido de Ciclo de respuesta sexual y Metodología Anticonceptiva como prevención del embarazo con 2%.

Referente a las Actitudes frente a la sexualidad reportó que el 100% de los adolescentes tenían actitudes desfavorables en la dimensión Autonomía, Respeto mutuo y reciprocidad, Sexualidad y amor y Sexualidad como algo positivo, seguida de las dimensiones Libertad para decidir y actuar y Responsabilidad y prevención del riesgo sexual con un 96% y 92% respectivamente.

Campos M. Perú 2009 ⁽³⁶⁾. Bellavista. Realizo una investigación en la I.E. Luciano Castillo Coloma del distrito de Bellavista – Sullana donde el 98% de adolescentes encuestados, presentaron un nivel de conocimiento bajo sobre sexualidad, seguido de un 2% con nivel de conocimiento medio. Los resultados del estudio de la dimensión conocimientos sobre el ciclo de la respuesta sexual indican que existe una brecha de adolescentes (67%) que no conocen el comportamiento sexual pues tienen un bajo nivel de conocimientos y solo un 30% medio para la misma dimensión.

Por otra parte, en su mayoría varones y mujeres adolescentes entrevistados

no tienen claro que el VIH /SIDA es una enfermedad mortal y por lo tanto desconocen las formas de contagio, en un (100%). Finalmente los resultados sobre actitudes sexuales en general reporto, que la gran mayoría de los entrevistados presentan una actitud desfavorable (56%).

Carrasco J. et al. Perú 2006 ⁽³⁷⁾. **Salitral**. 2006. Realizaron una tesis denominada: Conocimientos en Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes de secundaria salitral en Piura, año 2006. Estudio descriptivo realizado con adolescentes para medir el conocimiento que tienen sobre salud sexual. El resultado fue que el 50.4% de adolescentes de secundaria poseen un regular nivel de conocimiento, un 38.7% bueno y el 10.8% deficiente en la dimensión sexualidad. El 48.6% poseen un regular nivel de conocimiento, un 29.7% bueno y el 21.6% deficiente en la dimensión planificación familiar. El 46.8% poseen un regular nivel de conocimiento, un 18.9% bueno y el 34.2% deficiente en la dimensión de infecciones de transmisión sexual.

Zeta A. Perú 2012 ⁽³⁸⁾ –**Chulucanas**, en la investigación de “Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 a 19 años, de la zona urbano marginal - Chulucanas - Piura”, tuvo como objetivo general describir los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes, de 14 a 19 años de edad, de la zona urbano marginal de la ciudad de Chulucanas, en agosto del 2012. La investigación fue no experimental descriptivo transversal, se escogió una muestra de 238 adolescentes, a quienes se les aplicó un cuestionario de

preguntas cerradas, aplicando la técnica de la encuesta. Obteniéndose los siguientes resultados: el 93% de los adolescentes no tienen conocimiento global de sexualidad y el 51% manifestaron actitudes desfavorables sobre sexualidad. En conocimientos sexuales por dimensión el 97% de adolescentes desconoce sobre prevención de ITS-VIH/SIDA, 94% no conoce anatomía y fisiología sexual y reproductiva, el 93% no conoce sobre respuesta sexual y el 87% no conoce métodos anticonceptivos como prevención del embarazo en adolescentes. También se encontró que el 62% tiene actitudes desfavorables con respecto a que la sexualidad está unida al amor. En conclusión, los adolescentes de la zona urbana marginal de Chulucanas desconocen y tienen actitudes desfavorables para enfrentar una vida sexual responsable y segura, por ello es necesario mejorar la educación sexual en las instituciones educativas y familia.

Tume P, Perú 2012⁽³⁹⁾ Sechura La presente investigación “Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 - 19 años del Colegio Sagrado Corazón de Jesús Sechura”, tiene como objetivo general describir los conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 a 19 del Colegio Sagrado Corazón de Jesús Sechura -Piura, año 2012. Se desarrolló una investigación cuantitativa, descriptiva. Se planteó una muestra de 150 adolescentes de 14 a 19 años, a quienes se aplicó un cuestionario de conocimientos, actitudes y características sociodemográficas y sexuales; aplicando la técnica de la encuesta. Obteniéndose los siguientes resultados: en

forma global, el 53,33% de los adolescentes encuestados no conocen aspectos relacionados a su sexualidad y sus actitudes fueron desfavorables con el 52,67%. Con respecto a las dimensiones se obtuvo que las menos conocidas fueron la dimensión prevención de ITS/VIH-SIDA (80%), y la dimensión anatomía y fisiología (68,67%). Después de observar e interpretar los resultados podemos confirmar que el 53,33% de los adolescentes no conocen aspectos básicos sobre sexualidad y en relación a sus actitudes sexuales estas son desfavorables con el 51,33%.

Castro Ñ. Perú 2014 ⁽⁴⁰⁾ Catacaos, En este estudio tenemos que el conocimiento global sobre métodos anticonceptivos en adolescentes se encontró que el 41.75% de los encuestados tiene un nivel de conocimientos deficiente y solo el 15.53% tiene un nivel de conocimiento bueno.

En cuanto al conocimiento sobre métodos anticonceptivos hormonales se encontró que el 24.27% de los Adolescentes encuestados tiene un nivel de conocimientos deficiente y solo el 43.69% tiene un nivel de conocimiento bueno. En conocimiento sobre métodos anticonceptivos de barrera se encontró que el 41.75% de los adolescentes encuestados tiene un nivel de conocimientos deficiente y solo el 10.68% tiene un nivel de conocimiento bueno. Sobre métodos anticonceptivos intrauterinos en adolescentes del ámbito de estudio se encontró que el 21.36% de los encuestados tiene un nivel de conocimientos deficiente y solo el 36.89% tiene un nivel de conocimiento bueno. Sobre métodos anticonceptivos definitivos en adolescentes del ámbito de estudio se encontró que el 21.36% de los encuestados tiene un nivel de conocimientos

deficiente y solo el 12.62% tiene un nivel de conocimiento bueno.

Con respecto al lugar de adquisición de los métodos, predominó el 40.78% con la respuesta de Farmacia. Se ha logrado determinar que las fuentes de información de los métodos anticonceptivos en adolescentes del ámbito de estudio predominaron el 50.49% con la respuesta de Profesional de Salud como mejor fuente de información.

Teniendo en cuenta las características socio-demográficas de los adolescentes encuestados, observándose la mayor concentración de participantes en la edad de 16 años (51.46%), siendo la mayoría varones (76.70%), solteros (100%), católicos (83.50%) y estudiantes (84.47%) seguida de estudiante/trabajador (15.53%). Respecto a las características sexuales refirió tener enamorado/a el 43.69%, que corresponde a menos de la mitad, y solo el 12.62% manifestó haber iniciado las relaciones coitales. Finalmente, el 95.15% de encuestados se considera heterosexual.

2.1 Bases teóricas relacionadas con el estudio

Muchos investigadores se tomaron el trabajo de clasificar el comportamiento humano en distintas etapas del desarrollo, tomando varias perspectivas. Como resultados los teóricos han constituido las teorías más conocidas, y entre ellas citaremos las siguientes perspectivas: **Perspectiva psicoanalítica; Perspectiva Psicosocial; Perspectiva cognoscitiva; Perspectiva moral** ^(41, 42,43). A pesar que no son las únicas perspectivas del desarrollo humano que existen, son las más conocidas a nivel de todo el mundo, es por tal motivo que se citan.

En las diferentes teorías se puede apreciar una percepción particular sobre la adolescencia y la conducta de cada individuo en cada una de las etapas de su vida. Los teóricos han empleado su tiempo y esfuerzos en describir las particularidades más predominantes en la adolescencia, por lo tanto cada uno de ellos presenta sus conclusiones.

1. Perspectiva psicoanalítica: La perspectiva psicoanalítica detalla el desarrollo como un evolución inconsciente donde predominan las emociones. Los teóricos psicoanalíticos sostienen que el comportamiento sólo es una particularidad somero y que, para comprender el desarrollo, tenemos que examinar los significados simbólicos de la conducta y cómo funciona la mente.⁽⁴¹⁾ Los teóricos psicoanalíticos recalcan que las experiencias en los primeros años con sus progenitores marcan en gran manera el desarrollo de las personas. Estas características se reflejan claramente en la principal teoría psicoanalítica, la de Sigmund Freud. ⁽⁴¹⁾

Estructura de la personalidad. Freud (1917) Afirmaba que la personalidad estaba formada por tres partes diferentes: el *id* o ello, el ego o yo y el superego o superyo. El *id* o ello, es la parte constituida por los instintos, los cuales forman la reserva de energía psíquica del individuo. En esta teoría Freud señala que el *id* es completamente inconsciente y no tiene ningún tipo de contacto con la realidad.⁽⁴¹⁾ Cuando los niños experimentan las exigencias y restricciones impuestas por la realidad, emerge una nueva estructura de la personalidad —el ego o yo—, la estructura freudiana de la personalidad que afronta las demandas de la

existencia. El ego es la «rama ejecutiva» de la personalidad porque es quien asume las decisiones más racionales. El *id* y el ego no tienen la parte moral —no les importa si las cosas van en buen camino o no. El superego o superyó, la tercera estructura freudiana, es la «rama moral» de la personalidad. Al superego sí le importan como van las cosas bien o mal.⁽⁴¹⁾ Se puede aceptar el superego como en lo que nosotros consideramos nuestra «conciencia». Probablemente ya habrá empezado a intuir que el *id* y el superego se lo ponen muy difícil al ego. Su ego puede decir: «Mantendré relaciones sexuales sólo ocasionalmente y me aseguraré de tomar las precauciones necesarias porque no quiero que el hecho de tener un hijo interfiera con mis estudios». Pero su *id* le dirá: «Quiero satisfacer mis instintos; el sexo es placentero». Y su superego también tendrá algo que decir: «Me siento culpable por mantener relaciones sexuales».⁽⁴¹⁾

Freud estaba convencido que la vida de los adolescentes está saturada de tensiones y conflictos. Para disminuir estas tensiones, los adolescentes bloqueada esa información colocándola en la parte inconsciente en su mente⁽⁴¹⁾. Creía que hasta los comportamientos más triviales tienen un significado especial cuando se descubren las fuerzas inconscientes que hay detrás de ellos. El teórico Freud, dice que un tartamudeo, una broma, una contracción nerviosa, hasta una sonrisa podrían tener un motivo inconsciente para manifestarse⁽⁴¹⁾. Por ejemplo, Bárbara, de 17 años, está besando y abrazando a Tom, cuando dice: «Oh, *Jeff*, te quiero tanto». Tom la aparta y le pregunta: «¿Por qué me has llamado Jeff? Creía que

ya habías dejado de pensar en él. ¡Tenemos que hablar!». Probablemente recordará momentos de su vida en que tuvo este tipo de *actos fallidos freudianos*⁽⁴¹⁾

2. Perspectiva Psicosocial: Esta basada en La teoría psicosocial por Erik Erikson

Su fundamento es que la personalidad está influenciada por la sociedad y se desenvuelve a través de diferentes crisis. Elaboró una Teoría del desarrollo de la personalidad a la que denominó "Teoría psicosocial". En ella describe ocho etapas del ciclo vital o estadios psicosociales (crisis o conflictos en el desarrollo de la vida, a las cuales han de enfrentarse las personas): En este estudio nombramos 5 de ellas que están relacionadas a la adolescencia⁽⁴²⁾

- *Confianza frente a desconfianza*, hasta el año de edad la confianza la da la madre, la crisis aparece en el destete. Si no se da desde un primer momento la confianza el niño se opone totalmente (desconfianza)
- *Autonomía frente vergüenza y duda*: del año a los tres, el niño hace muchas actividades si son independientes, hablamos de una autonomía, si se siente criticado o duda siente la vergüenza y la duda
- *Iniciativa frente a culpa*: Entre los 3 y los 6 años, los niños hacen muchas actividades con iniciativa, si tienen que contradecir a los padres les aparece la culpa.

- *Laboriosidad frente a inferioridad*: desde los 7 a los 11, se refiere en trabajo si se siente muy aplicado (juego o trabajo) o si en cambio tiene una falta de reconocimiento, inferioridad
- *Identidad frente a confusión*. Los adolescentes intentan averiguar su identidad, pero a veces puede haber una confusión de roles.

3. Perspectiva cognoscitiva: Existen tres teorías cognitivas importantes: la de Piaget, la de Vygotsky y la teoría del procesamiento de la información. En este estudio nos centraremos en la Piaget. ^(41,42)

La teoría de Piaget El famoso psicólogo suizo Jean Piaget (1896-1980). La teoría de Piaget afirma que son las personas las que fabrican de forma activa la comprensión del mundo y al hacer esto pasan por cuatro estadios de desarrollo cognitivo. ^(41,42) Piaget dice que la persona para dar sentido al mundo, estructura sus experiencias. Por ejemplo, separamos las ideas importantes de las menos importantes y conectamos ideas entre sí. Pero no nos limitamos a organizar nuestras observaciones y experiencias, también *adaptamos* nuestro pensamiento para incluir nuevas ideas porque la información adicional acrecienta nuestra comprensión. ^(41,42)

Piaget creía que atravesamos cuatro estadios en nuestra comprensión del mundo. Cada estadio está relacionado con la edad e implica una forma particular de pensar. Recordemos que es la forma *diferente* de entender el mundo lo que determina que una persona se encuentre en un estadio o en otro; adquirir *más* información no implica avanzar de un estadio a otro en la teoría de Piaget. A esto se refería Piaget

cuando sostenía que la cognición es *cualitativamente* diferente en cada uno de los distintos estadios de desarrollo^(41,42)

- El *estadio sensoriomotor*, constituido desde que se nace hasta los 2 años. Es aquí donde los infantes elaboran la comprensión del mundo uniendo experiencias sensoriales (la visión y la audición) y acciones motoras ,por ello aparece el término sensoriomotor. Al iniciar este periodo, los recién nacidos disponen de poco más que patrones reflejos; al final del mismo, los niños de dos años poseen esquemas sensoriomotores complejos y empiezan a utilizar símbolos^(41,42)
- El *estadio preoperacional*, esta constituido entre los 2 a los 7 años, es el segunda etapa piagetiano. Es aquí donde los pequeños inician a representar su mundo con palabras, imágenes y dibujos. El pensamiento simbólico va más allá del establecimiento de conexiones entre la información sensorial y las acciones. No obstante, aunque los preescolares pueden representar simbólicamente el mundo, según Piaget todavía no poseen la habilidad de realizar *operaciones*. Éste es el término que utiliza Piaget para referirse a las acciones interiorizadas que permiten que un niño haga mentalmente lo que previamente hizo físicamente^(41,42)
- El *estadio de las operaciones concretas*, abarca entre de los 7 a los 11 años. En esta etapa los niños logran hacer operaciones y aparecera el razonamiento lógico, cuando se aplique a ejemplos preciso y particular. Por ejemplo, en esta etapa un niño no se puede imaginar los pasos

necesarios para resolver una ecuación algebraica, lo que es demasiado abstracto para esta etapa evolutiva.^(41,42)

- El *estadio de las operaciones formales*, se da entre los 11 y los 15 años, es el cuarto y último estadio piagetiano. En este periodo, el individuo va más allá de las experiencias concretas y piensa de una forma más abstracta y lógica. Esta forma de pensar permite que los adolescentes elaboren imágenes mentales de situaciones hipotéticas. Pueden reflexionar sobre cómo sería un padre ideal y comparar a sus padres con ese punto de referencia. Empiezan a dar vueltas a las posibilidades que tienen a su alcance y se sienten fascinados con lo que podrían convertirse en el futuro. A la hora de resolver un problema, los adolescentes son más sistemáticos: formulan hipótesis sobre por qué las cosas ocurren del modo en que ocurren y las ponen a prueba utilizando la deducción.^(41,42)

4. Perspectiva moral: la teoría de Lawrence Kohlberg, al igual que Piaget piensa que la moral es un proceso en cada individuo que tiene que pasar por varias fases. Siendo las mismas para todas las personas y dándose en con la misma secuencias formando bases que ayudaran al paso de las siguientes. Es así que el desarrollo biológico e intelectual es, una condición para el desarrollo moral, pero no suficiente. Además, según Kohlberg, no todos las personas logran alcanzarlos los estadios superiores. (43)

El proceso de aprendizaje se manifiesta al pasar de una fase a otra, esto no se revierte sino que adquieren nuevas formas de conocimiento, valoración y acción.

Kohlberg afirma que una vez que empezó a funcionar este mecanismo no hay marcha atrás, rara vez se produce un desajuste, esto solo ocasionaría un retroceso en el desarrollo. (43)

Este teórico elaboro las definiciones de sus etapas de desarrollo moral realizando su trabajo de investigación en los suburbios de Chicago con niños y adolescentes de este lugar, y queriendo demostrar que estas etapas eran universales, realizó otra investigación bastante parecida con niños de una aldea de Taiwan, (43)

Bases teóricas de la Sexualidad

Los diferentes cambios físicos y psicológicos que ocurren en la adolescencia tienen una gran huella en el inicio de la sexualidad y su vida reproductiva, tanto en el varón como en la mujer (44) Es crucial comprender las inquietudes de los adolescentes a estos cambios para poder reconocer el inicio de las necesidades de salud reproductiva y sexual y de esta manera poder proporcionarles servicios satisfactorios. (44) Las principales teorías de la sexualidad son:

a. Teoría del Aprendizaje

La teoría del aprendizaje manifiesta que las actitudes se aprenden como todo lo demás. Cuando aprendemos una información nueva en este evento también se aprenden los , sentimientos, pensamientos y las acciones que están en relación con ella. ^(43,44). Según esta teoría sostiene que la determinación del género está condicionada por los modelos personales y las influencias socio ambientales que tiene los niños ,los padres se constituyen en el modelo para ser imitado para que por sus hijos ^(45, 46, 47)

b. Teoría Cognitivo-Evolutiva

Esta teoría manifiesta que el género va paralelo al avance intelectual que realice el niño., pues los niños menores de 5 años tiene conceptos muy simples de lo que es el género ,esto lo pone en desventaja para tener una sólida y firme identidad de género. ⁽⁴⁸⁾.

c. La interacción Biosocial

Existen estudiosos que opinan que la influencia de los factores biológicos y psicosociales pueden dar origen a una incipiente identidad de género. Dicho de otra manera, la programación genética en la fase prenatal, los elementos psicológicos y las reglas sociales influyen a futuro en un neonato hasta que sea niño y adolescente . Money y su equipo de teóricos afirman que los factores que influyen en mayor

porcentaje no son los biológicos sino los que se logran con el aprendizaje de la cultura. ⁽⁶⁹⁾

Existen quienes definen la sexualidad como la mezcla de muchas variables: experiencias sexuales, orientación sexual, género, deseo sexual, sentimientos, influencia cultural, historia familiar, características físicas y espiritualidad, entre otros. La gran mayoría de lo antes mencionado influyen en la percepción sexual que tenga cada persona y como los demás la ven y actúan hacia él/ella como un ser sexual. ⁽⁴⁴⁾

Si asumimos el **enfoque psicobiológico**: la "sexualidad" sería una "construcción cultural". Constituida por el conjunto relativo del comportamiento erótico y la problemática de reproducción. La propiedad neurobiológica que señala la aparición de este fenómeno cultural sería el máximo desarrollo en el ser humano de la neocorteza, origen de las funciones intelectuales superiores ⁽⁴⁸⁾.

Podemos darnos cuentas que existen un sin número de teorías que intentan determinar a la sexualidad, unas se refieren a declaraciones psicológicas, biológicas y sociales del ser humano sea hombre o mujer considerando las creencias, actitudes, conocimientos valores, etc y sus dimensiones abarcan la respuesta sexual ,personalidad, anatomía entre otras. ⁽⁴⁸⁾

Bases Teóricas de la Actitud

Entre las principales teorías tenemos:

a. Teorías del aprendizaje.

La teoría del Aprendizaje afirma que todo en la vida se aprende de la misma forma y aprender actitudes no es diferente^(46.48)

b. Teorías de la consistencia cognitiva.

La teoría de la inconsistencia afirma que la persona debe ser coherente entre sus acciones y sus pensamientos, si estos no concuerdan, debe cambiar o sus pensamientos o sus acciones para no sentirse incomodo consigo mismo^(46.48)

c. Teoría de la disonancia cognitiva.

Festinger manifiesta que el ser humano puede albergar dos ideas contradictorias que le genera una incomodidad , es por eso que la persona busca la manera de cambiar esta situación, disminuyendo la disonancia⁽⁴⁹⁾

Se ha comprobado a menudo, y a veces se ha señalado, que el individuo procura lograr la consistencia dentro de sí mismo. Sus opiniones y actitudes, por ejemplo, suelen existir en grupos que son interiormente consistentes. Claro está que hay sus excepciones probablemente. Una persona puede pensar que los negros son iguales que los blancos y, sin embargo, no querer vivir en la compañía de ellos; o puede opinar que los niños deben estar callados y sin molestar, pero al mismo tiempo estar muy orgullosa de que sus hijos se porten de manera agresiva y de que capten así la

atención de sus huéspedes, que son personas mayores. Que se den tales incoherencias puede parecernos hasta algo teatral. En primer lugar, porque atraen nuestro interés y, en segundo lugar, porque se alzan en agudo contraste contra el telón de fondo de la consistencia. Lo que es una verdad innegable es que las opiniones y las actitudes de una persona son consonantes las unas con las otras. Estudio tras estudio nos confirma la realidad de una consistencia o conexión entre las actitudes políticas, sociales y otras muchas de una persona. ⁽⁴⁹⁾

d. Perspectiva de la actitud

La actitud es la forma aprendida de responder a algo o alguien, que es casi de forma estable. Las actitudes son las predisposiciones a reaccionar de forma favorable o desfavorable hacia algo o alguien. Estas actitudes están influenciadas factores que se relacionan entre sí, como por ejemplo las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, etc. ⁽⁴⁵⁾.

Como las actitudes son aprendidas se pueden diferenciar de los motivos biosociales (el hambre, la sed y el sexo), que no son aprendidas, Estas permanecen muy estables a pesar del tiempo y son dirigidas hacia un objeto o idea particular ⁽⁵⁰⁾.

Teoría del Conocimiento

La teoría del Conocimiento es aquella que desea explicar cómo adquiere el conocimiento el ser humano en todo el mundo y cuál es el proceso que genera este conocimiento para poder ser catalogado como verdadero o falso. ⁽⁴⁶⁾

a. El Conocimiento Humano

El ser humano pone en práctica sus facultades intelectuales e intenta averiguar la naturaleza y cualidades de las cosas, haciendo la salvedad que se refieren a las cosas que puedan ser identificadas. El procesador principal del ser humano es el cerebro.^(46,48)

b. Análisis y Enfoques del Conocimiento Humano

Cada vez que se estudia algo tan importante y difícil como es el conocimiento humano se recomienda descomponerlo para facilitar su estudio, aun sabiendo que aquel funciona, vitalmente, como un todo.^(46,48)

Podemos analizar su funcionamiento o funcionalidad, sus productos (conductas mentales y sus consecuencias). El concepto de prototipo desde un punto de vista epistemológico, es arcaico pues, a fin de cuentas, se trata de una definición, más o menos extensa, de una teoría o esquema de la misma. Dentro del término “enfoque”, también encontramos diferentes niveles, como: el enfoque estructural, el Enfoque conexionista, Enfoque integral, Enfoque procedimental, Enfoque procesal, Enfoque relacional, Enfoque asociacionista, Enfoque dinámico, entre otros.⁽⁴¹⁾

Sin embargo, para el presente estudio del conocimiento sobre sexualidad del adolescente partimos del Enfoque **constructivista**, la cual asegura que la persona es un agente activo cuando codifica, elabora o transfiere información; luego reconstruye cognitivamente el mundo, haciendo sus propias teorías acerca del mismo, creando hipótesis y siguiendo acciones singulares.^(46,48)

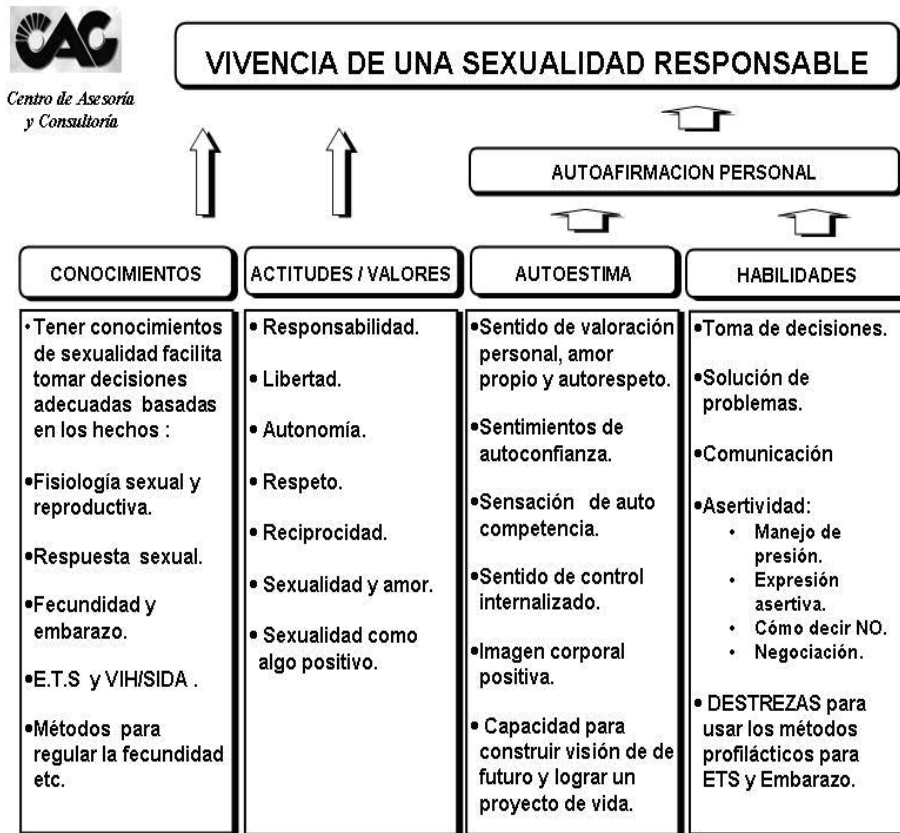
2.2 Definición de términos usados

Este estudio usa el marco conceptual según el modelo utilizado por el Centro de Consultoría y Asesoría del Adolescente de Colombia, este modelo nos ayudara para realizar el estudio en los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Chiclayito (ver cuadro n° 2)

Se presenta una nueva forma de enseñar: “La sexualidad es algo maravilloso que merece vivirse, no de cualquier forma, sino de manera responsable”. Las pautas que se proponen para vivir una sexualidad responsable son:

- Tener la capacidad de retardar el placer en circunstancias que traerían consecuencias negativas para sí y los demás.
- Tener la capacidad de decidir de forma autónomamente, libre y consciente.
- Ser responsable de sus actos y decisiones.
- Asumir las consecuencias de sus actos sobre sí y los otros.
- Tener en cuenta sus sentimientos, valores y actitudes para decidir respecto a la vida sexual.

CUADRO N° 2



El modelo del Centro de Asesoría y Consultoría del Adolescente de Colombia, afirma: Que al no realizar una educación sexual libre, que se base en la verdad y que tenga como centro sus valores y actitudes para dar como resultado una sexualidad responsable ,no podemos espera que nuestras próximas generaciones sean mejor que las que les precedieron⁽⁵²⁾.

Esta investigación va en dirección a describir la variable principal Conocimientos sexuales del adolescente del AA.HH. Chiclayito del distrito de Castilla, en las siguientes dimensiones:

- Conocimiento de Anatomía y fisiología sexual y reproductiva: ciclo menstrual, fecundación y embarazo,

- Conocimientos del ciclo de Respuesta Sexual.
- Conocimiento de las Infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA.
- Conocimiento de los Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.

De la misma manera la variable principal Actitudes Sexuales del adolescente de Chiclayito y sus dimensiones:

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

Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva:

Anatomía de los órganos sexuales masculinos y femeninos

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

A.1. Los genitales externos: También llamados vulva, tienen las siguientes estructuras: monte de Venus, labios mayores, labios menores, clítoris, meato uretral, orificio vaginal e himen ⁽⁵¹⁾.

- **Monte de Venus:** Tiene forma triangular, con la base en la parte superior. Está constituida en su interior por un abundante tejido graso y exteriormente por una piel que se cubre de vello a partir de la pubertad.
- **Labios mayores:** Son pliegues carnosos cubiertos de vello, localizados a cada lado de la abertura vaginal.
- **Los labios menores** localizados por dentro de los anteriores, son dos pliegues sin vello, ubicados al borde de la entrada de la vagina, los labios mayores y menores en conjunto conforman la vulva. Poseen abundantes terminaciones nerviosas, las que los hacen muy sensibles.
- **Clítoris:** Ubicado en la parte superior de la vulva, por debajo de los labios mayores y entre los repliegues de los labios menores. Es órgano eréctil del tamaño de un guisante, con una estructura muy parecida a la del pene, pues está formado por un tejido esponjoso y abundantes terminaciones nerviosas. Asimismo, tiene un glande cubierto por un prepucio. Tiene como función la de ser un órgano altamente sensitivo al estímulo físico y que sirve para enviar al cerebro las sensaciones de placer.
- **Meato uretral:** Pequeño agujero donde termina la uretra y por el que sale la orina. Se localiza entre el clítoris y el orificio vaginal ⁽⁵¹⁾.

A.2. Órganos internos Femeninos

- **La vagina.** Órgano tubular por el cual penetra el pene durante el coito, así mismo es la vía de paso del bebé durante el parto, por lo que sus paredes son muy elásticas, por la parte externa comienza con el orificio o

entrada vaginal, y por la parte interna termina en el cuello del útero. En estado de reposo sus paredes están plegadas una contra la otra, pero durante la excitación se expanden dando espacio al pene. Tienen terminaciones nerviosas sobre todo en su tercio externo, que es sensible a la estimulación erótica. Es también el órgano por el cual sale al exterior el flujo menstrual ⁽⁵¹⁾.

- **El Útero o Matriz** Tiene el tamaño de una pera invertida. Tiene un orificio inferior que se llama cuello uterino (cérvix) y comunica con la vagina. El útero aloja y nutre al feto en desarrollo. La capa de tejido que cubre al útero se llama endometrio, y tiene muchos vasos sanguíneos. El endometrio se desprende durante la menstruación y produce la mayor parte del flujo menstrual.
- **Trompas de Falopio:** son canales que conectan los ovarios con el útero. Luego que el ovulo sale de uno de los ovarios, demora 24 horas en recorrer el tercio exterior de la trompa correspondiente. Es ahí donde usualmente es fecundado por un espermatozoide si ha habido una relación sexual. Si la fecundación se produce, el óvulo fecundado descenderá el resto de camino hacia el útero; si no se produce, el ovulo será eliminado con el flujo menstrual.
- **Ovarios:** tienen forma de almendra y son las glándulas sexuales femeninas encargadas de producir óvulos y hormonas (estrógenos y

progesterona). A partir de la pubertad y hasta la menopausia, se dedicarán a liberar un óvulo maduro la ovulación se presenta cada treinta días aproximadamente. El óvulo es el elemento germinal femenino capaz de ser fecundado por el espermatozoide, se diferencia de éste en que es mucho más grande y lento. Las hormonas femeninas son las responsables del aspecto físico particular de la mujer, mantener el ciclo menstrual, y proveer a las necesidades hormonales durante un embarazo ⁽⁵¹⁾.

B. Órganos Sexuales Masculinos

B.1. Genitales Externos. Según Sobrevilla ⁽⁵¹⁾

- **Pene** Tiene importantes funciones en la reproducción y eliminación de la orina. Tiene forma de tubo, y termina en el glande. La abertura en la punta es el orificio urinario, por el que discurre la orina durante la micción y el semen durante la eyaculación. El borde del glande se llama corona, aunque todo el pene es sensible, el glande y la corona son mucho más. El prepucio es la capucha de piel que cubre el glande.
- **El Escroto y Los Testículos.** El escroto es una bolsa de piel y músculos que contiene los testículos. Los testículos son las gónadas o glándulas reproductoras del varón, tal como los ovarios lo son en la mujer. En tal medida tienen dos funciones principales: producir las células reproductoras masculinas (espermatozoide) y elaborar la hormona sexual masculina o testosterona.

B.2. Órganos Internos Masculino

- **Conductos deferentes:** conducto cilindroide, en número par, sigue a la cola del epidídimo y se extiende hasta la vesícula seminal, en la que su diámetro aumenta formando la ampolla del conducto deferente, la cual se une con el conducto de la vesícula seminal para formar el conducto eyaculador.
- **Vesículas seminales:** Glándulas que producen líquidos que van a formar parte del semen.
- **La próstata** se encuentra debajo de la vejiga y rodea a la porción interna de la uretra originada en ésta. Tiene forma de castaña. Está constituida por músculo y tejido glandular, crece durante la pubertad y se encoge en la vejez, puede endurecerse e interferir con la micción en el hombre mayor, en cuyo caso requiere de cirugía.
- **Glándula de Cowper:** Son dos pequeñas formaciones del tamaño de una arveja que se encuentran situadas a los lados de la uretra por debajo de la próstata que también contribuyen con el líquido seminal. Cuando el orgasmo es inminente, estas glándulas se contraen y vierten un líquido alcalino claro, que sale al exterior inmediatamente antes de la salida de la eyaculación y en algunos casos puede llevar espermatozoides ⁽⁵¹⁾.

Fisiología Sexual y Reproductiva

Para efectos de la medición de la dimensión fisiología sexual y reproductiva nos centraremos a definir el marco conceptual de los principales indicadores como son: el ciclo menstrual, fecundación y embarazo, el conocimiento de los órganos sexuales y reproductivos, esto implica que los adolescentes de ambos sexos conozcan la fisiología del ciclo menstrual, la fecundación y embarazo.

El iniciar el periodo menstrual o también llamado “la menstruación” o “regla” es una señal que la adolescente está creciendo, quiere decir que su cuerpo está saludable y normal.

a. Ciclo ovárico

Los ovarios están constituidos por un estroma y una gran cantidad de folículos (200.000 por ovario). Los folículos están formados por una pared de células estromales conocida como teca, que rodea a una capa de células foliculares conocida como granulosa, que segrega estrógenos. La porción central del folículo está ocupada por un oocito, que, por división meiótica durante la maduración del mismo, dará lugar a un óvulo. A partir de la pubertad, comienzan a madurar varios folículos cada mes, pero habitualmente sólo uno completa el proceso de maduración. Los folículos maduros se llaman folículos de Graaf. El interior del folículo está ocupado por el líquido folicular ⁽⁵³⁾.

Aproximadamente, a los 14 días del inicio de la menstruación, el folículo maduro se rompe y expulsa el óvulo a la trompa de Falopio, lo que se conoce como ovulación. El óvulo viaja por la trompa hasta el útero, a menos que no haya ocurrido fecundación. Tras la ovulación el folículo se llena de grasa y se transforma en el

cuerpo lúteo o cuerpo amarillo, que segrega estrógenos y progesterona. Si no ha habido fecundación, el cuerpo lúteo degenera poco antes de la siguiente menstruación y da lugar al cuerpo albicans ⁽⁵⁴⁾

b. Ciclo uterino o menstrual

Mientras que para Sobrevilla ⁽⁵¹⁾. El ciclo menstrual es un ciclo biológico que involucra a los órganos reproductivos de la mujer y que depende de los niveles de hormonas femeninas (estrógenos y progesterona). El ciclo menstrual se cuenta en días, y se ha decidido llamar día 1° de este ciclo al primer día de la menstruación, ya que es más fácil de identificar.

Chirino R. ⁽⁵⁴⁾ profundiza y refiere que, en esta fase del final de la menstruación, sólo se conservan las capas más profundas del endometrio, que es la mucosa que recubre el interior del útero. Los estrógenos del folículo en desarrollo hacen que el endometrio crezca y aumente de espesor. Tras la ovulación, el cuerpo lúteo segrega estrógenos y progesterona; esta última hace que las glándulas endometriales comiencen a segregar, de tal forma que el endometrio se vuelve edematoso, ideal para la implantación del embrión. Si no hay embarazo el cuerpo lúteo degenera; dejan de producirse estrógenos y progesterona, y sobreviene la menstruación: las arterias uterinas se abren y el flujo de sangre hacia el exterior arrastra consigo los restos de este endometrio neoformado ⁽⁵⁴⁾

c. La Fecundación

También llamada Concepción, es el hecho fisiológico en el cual el espermatozoide alcanza al ovulo, y perdiendo su cuello y su cola entra en él, que es

de tamaño bastante mayor, permitiendo así la reunión del material genético de ambas células, para formar el huevo o cigoto del futuro ser humano con 46 cromosomas ⁽⁵¹⁾

d. El embarazo

Es el proceso de concepción y desarrollo del nuevo ser en el aparato reproductor femenino que culmina en el parto, es el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, su duración aproximada es de 280 días, (de 36 a 40 semanas, 10 meses lunares o casi 9 meses de calendario solar). Durante éste tiempo la gestante experimentará modificaciones anatómicas y fisiológicas y la mayoría de las cuales se revertirán durante las etapas del puerperio y la lactancia ^(55,56).

Entre los cambios físicos más relevantes podemos encontrar: El útero aumenta de 500 a 1.000 veces su capacidad y pasa de pesar unos 60 grs. a 1.000 grs. al final del embarazo. En el cuello uterino se forma el llamado tapón mucoso que va a sellar el conducto endocervical, evitando de esta forma el paso de bacterias u otras sustancias hacia el interior del útero, este tampón mucoso se expulsa cuando se inicia la dilatación cervical antes del parto. La vagina aumenta su elasticidad la secreción de flujo. Las mamas aumentan de tamaño para la preparación de la lactancia, los pezones se vuelven más eréctiles y aumenta la pigmentación de las areolas ⁽⁵⁶⁾.

e. Menarquia

Es la primera vez que tiene su periodo la niña. Normalmente el periodo dura de tres a siete días, el flujo empieza leve. Puede volverse más fuerte por dos o tres días y

de allí más leve hasta que se termina. La mayoría de veces empieza de color café, pero se vuelve más rojo. De allí se vuelve más café hasta que se termina. Un ciclo menstrual normal puede ser tan corto como de 21 días o tan largo como de 35 días. Es normal que haya cambios que sucedan de mes a mes. Algunos meses no tendrá un periodo, especialmente durante el primero o segundo año. La salud también puede estar influenciada. La mayoría de las niñas y mujeres no sienten cuando sucede la ovulación. No están realmente seguras cuando ocurre. Es posible que sientan dolor en la parte baja del abdomen. La ovulación sucede aproximadamente en medio del ciclo menstrual. Muchas niñas marcan el calendario con una “X” los días que sangran. Para la mayoría de las mujeres, el periodo viene cada 25–30 días.⁽⁵⁶⁾

Ciclo de Respuesta Sexual Humana

La Respuesta Sexual Humana es una sucesión de acontecimientos fisiológicos cuyo fin es el adecuado desempeño de la actividad sexual. Para que ésta sea posible, los órganos genitales han de experimentar cambios importantes en su forma y su función a través de un proceso de excitación, de tal modo que el coito es imposible si el pene permanece flácido o la vagina está seca y no se ha dilatado. Conviene destacar que el coito vaginal no es el fin del proceso de respuesta sexual. Aunque así suceda en buena parte de los encuentros sexuales heterosexuales, los procesos fisiológicos denominados respuesta sexual acontecen igualmente en cualquier otra forma de actividad sexual placentera, con independencia de si ésta alcanza alguna o algunas descargas orgásmicas⁽⁵⁷⁾.

Hasta hace pocos años se tenía la idea de que en la respuesta sexual humana se producía una única fase que abarcaba todo, sin límites entre el deseo y el orgasmo.

Como consecuencia de ello, todos los trastornos sexuales se consideraban una única entidad clínica, sin diferenciar entre eyaculación precoz o disfunción eréctil y anorgasmia. El hombre incapaz de desempeñar la actividad sexual, con independencia del origen del problema, era incluido dentro del grupo de hombres con problemas de impotencia. Lo mismo ocurría con las mujeres, cuyos problemas sexuales se englobaban dentro del grupo que padecía frigidez, denominados respuesta sexual ⁽⁵⁷⁾.

Master y Jonson, investigadores en Saint Louis, Missouri, considerados por muchos como los padres de la sexología moderna, rompieron con los prejuicios emocionales que impedían el estudio científico de la fisiología sexual y analizaron, de manera muy detallada, las interacciones sexuales de 382 mujeres y 312 hombres de 18 a 89 años, en más de diez mil episodios de actividad sexual. En 1966 publicaron en el libro 'Respuesta Sexual Humana' las conclusiones de sus investigaciones. Algunas de ellas fueron:

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

- La capacidad sexual de los adultos de mayor edad.
- La similitud esencial de la respuesta sexual del hombre y la mujer.

El descubrimiento de que la mujer no experimenta periodo refractario y el de su capacidad multiorgásmica impactaron fuertemente en la sociedad de la época y sirvieron para desinflar el mito de la superioridad sexual masculina ⁽³⁵⁾. Masters y Jonson (incluso después de casarse). Diferenciaron 4 fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución ⁽⁵⁷⁾.

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

- **Fase de deseo**

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

- **Fase de excitación**

La excitación es la primera fase, se puede provocar por muchos estímulos diferentes: la visión de un cuerpo desnudo, una caricia, una mirada... la lista

puede ser infinita. Aún no se ha podido clasificar de manera diferenciada si hay algo que excite a hombres y mujeres por separado, aunque las creencias populares son que el hombre se excita más por la visión y las mujeres más por el tacto, la mirada, una palabra o un gesto. Durante la excitación, en los hombres el pene se agranda y endurece, se pone erecto. En las mujeres la vagina se lubrica, la vulva se hincha. El cerebro envía mensajes que producen ciertos cambios en el cuerpo, que son involuntarios y nos indican el comienzo de la excitación. Los más importantes son ^(55,57).

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

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

- **Meseta**

Los cambios de la fase anterior alcanzan un máximo y se mantienen así durante un tiempo, para luego dar paso a algunos cambios: En la mujer el

clítoris se esconde y apenas se palpa, en el hombre las glándulas de Cowper segregan un líquido que puede contener espermatozoides, llamado líquido pre-seminal.

- **Orgasmo**

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

En la Mujer, a menudo se producen unas contracciones involuntarias que irradian desde los genitales, el útero y el ano. Se acompañan de una gran sensación de placer, que cada mujer puede vivir y describir de formas distintas: como un calambre, como una acumulación de tensión y rigidez seguida de una explosión, como un alivio, como una corriente de sensaciones cálidas. En el Hombre, se expulsa el semen, gracias a las contracciones de los genitales internos, acompañadas también de una intensa sensación de placer. El orgasmo suele coincidir con la eyaculación ^(55,57).

- **Fase de resolución**

Hay una sensación de relajación en todo el cuerpo, que indica la vuelta al estado normal. La sangre abandona el área genital, los genitales vuelven a su

tamaño y posición originales, la respiración se calma y la tensión arterial vuelve a su nivel normal.

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

La Mujer, en cambio, sí puede alcanzar otro orgasmo si vuelve a ser estimulada ^(55,57).

Infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA.

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

El VIH, epidemia de la actualidad, es un grave problema de salud en todo el mundo. Tiene, además, grandes efectos sobre la salud reproductiva en general. Las infecciones de transmisión sexual o ITS, antes denominadas venéreas, son infecciones transmisibles con contacto sexual sin casi excepción. Estas infecciones poseen una valoración social especial ⁽⁵⁸⁾.

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

- **Sífilis:** Es causada por una bacteria llamada “*treponema pallidum*”, generalmente se transmite por las mucosas. La vagina y el glande son las puertas de entrada más frecuentes, aunque se han visto casos en los que entra por heridas. En la sífilis temprana sintomática (ya que también existe sífilis tardía) se presenta el famoso chancro, es considerada como una infección bacteriana. Su tratamiento con antimicrobianos es eficiente pero su efectividad depende de una detección temprana. La sífilis causa graves consecuencias para la función reproductiva del hombre. Al infectar a la mujer puede provocar severos daños congénitos en el bebé en órganos vitales como el cerebro y el corazón. ⁽⁵⁸⁾.
- **Chancro:** Consta de una ulcera con bordes duros que no es dolorosa.
- **Gonorrea:** Conocida también como blenorragia. Es causado por “*Neisseria Gonorrhoeae*”. Es la inflamación de las estructuras en las que penetra. Puede ser la uretra o la vagina y cuello uterino. Pero también, se han visto casos en el recto o en la cavidad oral. Se combate oportunamente con antibióticos, pero no tratada provoca infertilidad. Se expande a través del sistema reproductor masculino por medio de la uretra y provoca alteraciones en la próstata, vesículas seminales y el epidídimo ⁽⁵⁸⁾
- **Tricomoniiasis:** Es causada por un parásito llamado “*trichomonas vaginales*” y se transmite por el contacto sexual. Esta enfermedad también se presenta en los niños a causa de las violaciones.

- **Candidiasis:** Es producida por hongos generalmente el “Cándida Albican”. La mayoría de veces se transmite por contacto sexual, pero no se considera exactamente como una ITS.
- **Herpes Genital:** es una enfermedad infecciosa inflamatoria de tipo vírico, que se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneas formadas por pequeñas vesículas agrupadas en racimo y rodeadas de un aro rojo. Es causada por el *virus herpes simplex*, o *virus herpes hominis*, de *tipo I* (VHS-1) que afecta cara, labios, boca y parte superior del cuerpo, y de *tipo II* (VHS-2) que se presenta más frecuentemente en genitales y parte inferior del cuerpo.⁽⁵⁸⁾
- **Uretritis no gonocócica:** Es la inflamación de la uretra, conocida también como uretritis inespecífica. Se transmite por contacto sexual y sus síntomas son como los de la gonorrea, pero más leves.
- **Chancroide:** Es producida por una bacteria llamada “Haenophiles Ducrey”. Se presenta una lesión en el pene o en la vagina semejante a una ampolla.
- **SIDA:** El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es responsable del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y ataca a los linfocitos T-4, que forman parte fundamental del sistema inmunitario del ser humano. Como consecuencia, disminuye la capacidad de respuesta del organismo para hacer frente a infecciones oportunista originadas por virus, bacterias, protozoos, hongos y otros tipos de infecciones. ⁽⁵⁸⁾

Como prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual

La promoción de la salud es la herramienta fundamental en la prevención de conductas de riesgo, que mediante el autocuidado y habilidades para la vida le brinda a la persona herramientas y la responsabilidad de velar por su salud.

El tema de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) no puede ser desligado del de Sexualidad Sana. Se hace necesario abordar primeramente este aspecto pues es claro que la sociedad moderna maneja muchos mitos acerca de su significado real. Dichos conceptos son necesarios para poder trabajar integralmente la sexualidad.

Debido al aumento que se ha dado en la incidencia de distintas infecciones de transmisión sexual, la aplicación de un taller sobre las mismas en poblaciones de edades tempranas, genera un mayor conocimiento para su prevención, además se aclaran mitos sobre dichas infecciones, su tratamiento y prevención. ⁽⁵⁸⁾

El control de las infecciones de transmisión sexual se complica por factores de conducta instintiva e individual y por la gran diversidad de estas infecciones, en comparación con otras enfermedades transmisibles. Son las únicas infecciones cuya propagación es diseminada directamente por la necesidad humana básica de compartir la intimidad sexual y reproducirse. La exposición a cualquiera de las infecciones de transmisión sexual es consecuencia directa de la sexualidad de una persona. Aunque en general las personas entienden que el tener un mayor número de compañeros sexuales aumenta el riesgo de contraer cualquiera de las infecciones de transmisión sexual ⁽⁵⁸⁾.

El conjunto de estas infecciones constituye una amenaza importante y en gran parte previsible para las mujeres y sus hijos nacidos y no nacidos. Lo que se necesita básicamente es que la población en general, sobre todo las mujeres apliquen esta información para prevenir las infecciones de transmisión sexual y sus consecuencias. Su frecuencia y variedad incluyen esterilidad, infecciones peri natales, cáncer genital femenino y tal vez la muerte, deben ser conocidas tanto por las mujeres como por sus parejas sexuales. Los cambios simples como la restricción de contactos sexuales y el uso adecuado de condones, pueden disminuir espectacularmente el riesgo de contagio personal de estas infecciones ⁽⁵⁸⁾.

Métodos anticonceptivos como alternativa de prevención del embarazo Según las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual Reproductiva los métodos de Planificación Familiar se clasifican en: ⁽⁵⁹⁾

1. METODOS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA

Abstención de relaciones sexuales durante un período determinado del ciclo menstrual (fase fértil) para evitar un embarazo.

- a . Método del moco cervical (de Billings)
- b . Método del ritmo – Calendario
- c . Método de los días fijos o método del Collar.

Mecanismo de acción: La mujer solo es fértil durante algunos días de su ciclo menstrual (los cinco días anteriores de la ovulación y el día que sigue a la ovulación), por lo que el mecanismo de acción de estos métodos consiste en evitar las relaciones

sexuales durante éste periodo.

Se debe hacer énfasis que este método no protege contra ITS o SIDA. ⁽⁵⁹⁾

2. MÉTODO DE LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA (MELA)

Método natural, basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la lactancia.

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

Tasa de falla: 2 embarazos por 100 mujeres (teórica), en los primeros seis meses postparto.

Criterios básicos. Debe cumplir necesariamente estas 3 condiciones:

- Lactancia exclusiva (amamantar 10 a 12 veces durante el día y la noche, con un intervalo no mayor de 4 horas durante el día y de 6 horas durante la noche).
- Que la usuaria tenga amenorrea.
- Hasta los 6 meses postparto.

Características:

- Fácil de usar
- Muy eficaz, si cumple con los criterios básicos
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- No requiere insumos anticonceptivos
- No tiene efectos secundarios
- Depende de la usuaria: circunstancias sociales, laborales, voluntad,

costumbres, dificultan el cumplimiento de las instrucciones

La madre VIH (+) puede infectar al neonato a través de la lactancia

Contraindicaciones:

- Mujeres que tengan contraindicación para dar de lactar a su hijo.
- Portadoras de VIH.
- Mujeres que no cumplen los tres requisitos.

3. MÉTODOS DE BARRERA

CONDÓN Funda delgada de látex, lubricada.

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

Tasa de falla: De 3 (teórica) a 12 (real) embarazos por cada 100 mujeres, en el primer año de uso.

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 usa en el momento durante la relación sexual.

Condiciones de almacenaje

- El ambiente debe ser seco.

- Evite fuentes de calor o luz solar.
- Revise que se encuentren dentro de los cinco años de la fecha de fabricación (MFD).
- Antes de distribuirlos revise si se mantiene la sensación de “almohadilla de aire” del sobre.

Quien no puede usarlo

- Personas alérgicas o hipersensibles al látex o al lubricante.
- Personas con disfunciones sexuales.

Forma de uso

- Se coloca antes de la penetración vaginal.
- 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.

Posibles efectos y su tratamiento: Irritación del pene o vagina/alergia ⁽⁵⁹⁾

4. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (AOC) Son aquellos que poseen una combinación de estrógeno y progestágeno.

Mecanismos de acción

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical, que dificulta el ascenso de los espermatozoides hacia el tracto reproductivo superior.

Tasa de falla: De 0,1 (teórica) a 3 (real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Forma de uso

- Debe ser indicado por personal capacitado.
- Se recomienda usar anticonceptivos orales de dosis media o baja (etinilestradiol de 15 a 30 microgramos).
- Ingesta diaria y preferentemente a la misma hora.

Iniciar el método:

- 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; en caso contrario, diferir los anticonceptivos hormonales combinados hasta los seis meses post parto.
 - En los siguientes ciclos:
 - En el caso de paquete o tira de 21 pastillas, reiniciar luego de siete días de haber terminado el ciclo anterior.
 - En el caso de paquete o tira de 28 pastillas, no interrumpir la toma y continuar inmediatamente con el siguiente luego de terminar el anterior.

Contraindicaciones

- Mujeres embarazadas (embarazo posible o confirmado).
- Mujeres con sangrado genital sin explicación (hasta que se evalúe).
- Mujeres que estén amamantando, hasta los seis meses del postparto.
- Mujeres con una hepatopatía activa.
- Mujeres fumadoras (más de 15 cigarrillos por día) de más de 35 años de edad.
- Mujeres con antecedentes de cardiopatía, hipertensión arterial (mayor de

160/100) o accidente cerebro vascular, coagulopatía o diabetes con compromiso vascular y/o cualquier enfermedad con evidencia de daño vascular.

- Mujeres cuya condición les impida cumplir con las indicaciones.
- Mujeres con cáncer de mama o endometrio.
- Mujeres con indicación de reposo absoluto por una semana o más (cirugía, traumatismos, etc).
- Mujeres con cefalea intensa asociada a visión borrosa, pérdida temporal de la visión, destellos, problemas al hablar o realizar movimientos.

Condiciones especiales

Hipertensión arterial

Diabetes mellitus ⁽⁵⁹⁾

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS (AIC) Ampollas que contienen en su fórmula estrógenos y progestágenos.

Mecanismo de acción: Similar a los AC orales combinados.

Tasa de falla: De 0.5 a 1 embarazo por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Forma de uso

- Primera ampolla:
 - Aplicar entre el primer y quinto día del inicio de la menstruación.
 - En el postparto aplicar a partir de la tercera semana en mujeres que no dan de lactar; en mujeres que dan de lactar después de los 6 meses
 - En el postaborto aplicar entre el primer y quinto día (considerar la evacuación como el primer día del ciclo).

- Siguiendo ampollas:
- Cada 30 días con un margen de 3 días antes o después.
- Administrar en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación.

Contraindicaciones

- Mujeres embarazadas (embarazo posible o confirmado).
- Mujeres con sangrado genital sin explicación (hasta que se evalúe).
- Mujeres que estén amamantando, hasta los seis meses del postparto.
- Mujeres con una hepatopatía activa.
- Mujeres fumadoras (más de 15 cigarrillos por día) de más de 35 años de edad.
- Mujeres con antecedentes de cardiopatía, hipertensión arterial (mayor de 160/100) o accidente cerebro vascular, coagulopatía o diabetes con compromiso vascular y/o cualquier enfermedad con evidencia de daño vascular.
- Mujeres con cáncer de mama o endometrio.
- Mujeres con indicación de reposo absoluto por una semana o más; por ejemplo, cirugía y traumatismos.
- Mujeres con cefalea intensa asociada a visión borrosa, pérdida temporal de la visión, destellos, problemas al hablar o realizar movimientos. ⁽⁵⁹⁾

PASTILLAS /PÍLDORAS DE SOLO PROGESTÁGENO

Son aquellas que poseen sólo progestágeno.

Mecanismos de acción. Los principales son:

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los

espermatozoides

- Supresión de la ovulación en más de la mitad de los ciclos menstruales.

Tasa de falla: De 0.3 (teórica) a 8 (real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Forma de uso:

Inicio:

- Entre el primer o quinto día del inicio de la menstruación;
 - En el postparto, inmediatamente en mujeres que no dan de lactar.
 - En mujeres que dan de lactar después de las seis semanas postparto
 - En el postaborto, entre el primero y quinto día después de la evacuación.
- Recuerde que la usuaria no debe suspender la toma de las pastillas en ningún momento (se debe tomar todos los días), incluso durante la menstruación.
 - La eficacia se presenta a las 24 horas del inicio de la toma.
 - La toma debe ser todos los días, de preferencia a la misma hora. Con un retraso de 3 ó más horas, se pierde la acción anticonceptiva. En ese caso usar condón si se tiene relaciones sexuales en los dos días subsiguientes.
 - En caso de haber tenido relaciones en los días que no tomó la pastilla, brindar consejería sobre el uso de la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE).

Contraindicaciones:

- Embarazo.
- Sangrado genital anormal sin explicación (hasta que se evalúe).
- Hepatopatía activa, accidentes cerebro vascular y cardiopatía aguda
- Cáncer de mamas o antecedente del mismo.
- Ingesta de medicamentos como rifampicina para tuberculosis, griseofulvina

para micosis (hongos) ó antiepilépticos (excepto ácido valproico). ⁽⁵⁹⁾

INYECTABLES DE SOLO PROGESTÁGENOS

El más usado es el acetato de medroxiprogesterona de 150 miligramos (DMPA)

Mecanismos de acción

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
- Reducción del transporte de los óvulos en las trompas de Falopio.
- Cambios en el endometrio.

Tasa de falla. De 0,3 a 0,4 embarazos por cada 100 mujeres por año de uso.

Forma de uso

- Inicio:
 - Entre el primer o quinto día del inicio de la menstruación;
 - Postparto: inmediatamente en mujeres que no dan de lactar.
 - Mujeres que dan de lactar: iniciar a las seis semanas postparto
 - Postaborto: entre el primero y quinto día después de la evacuación.
 - La eficacia se presenta a las 24 horas del inicio.
 - En mujeres que dan de lactar, podría ser utilizado inmediatamente en el post parto,
 - Sigüientes dosis:
 - Administrar cada tres meses,
 - En casos especiales se puede adelantar o atrasar su aplicación hasta dos semanas.
 - Administrar en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación.

Contraindicaciones

- Mujeres que estén embarazadas.
- Mujeres con un sangrado genital anormal (hasta que se evalúe).
- Mujeres con antecedente o con cáncer de mama.
- Mujeres con hepatopatía activa (ejemplo: hepatitis).⁽⁵⁹⁾

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

Son dispositivos que se insertan en la cavidad intrauterina con el fin de prevenir un embarazo.

Tasa de falla: De 0,6 (teórica) a 0,8 (real) embarazos por 100 mujeres por año de uso.

Forma de uso

- Debe ser insertado por profesional capacitado:
 - En los primeros 5 días del ciclo menstrual o en cualquier momento del ciclo, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe una gestación.
 - Postparto inmediato hasta las 48 horas.
 - Transcesárea
 - Puerperio tardío a partir de la sexta semana
 - En el postaborto inmediato, o en los primeros 7 días postaborto no complicado
- Debe ser extraído por profesional capacitado.
 - Asegurarse que la usuaria haya comprendido cómo controlar que el DIU está en su lugar.

Contraindicaciones:

- Embarazo posible o confirmado.
- Sangrado genital anormal (hasta que se evalúe).

- 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. La cervicitis crónica no es contraindicación para su inserción.
- Mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual o reciente (dentro de los 3 últimos meses).
- Mujeres con anomalías uterinas o con tumores benignos (fibromas) de útero que distorsionen en forma significativa la cavidad uterina.
- Mujeres con cáncer genital. ⁽⁵⁹⁾

ANTICONCEPCION QUIRÚRGICA VOLUNTARIA (AQV)

Consideraciones previas a la intervención.

Si la persona decide optar por la anticoncepción quirúrgica voluntaria:

Se le debe informar que la AQV es un procedimiento electivo, bajo ninguna circunstancia puede ser considerado procedimiento de emergencia.

Se ha establecido un Plazo de Reflexión, que rige desde la toma de decisión informada, posterior a las sesiones de consejería y orientación y la intervención misma, el cual no será menor de 72 horas (verificar las fechas de las dos firmas en los Formatos de Solicitud de Intervención para AQV). Este plazo permitirá la reflexión y el ejercicio consciente de la libre elección. El documento de Solicitud de Intervención para AQV se llenará por duplicado, debiendo entregarse la copia a la persona solicitante luego de la primera firma, y el original quedará en la Historia Clínica. ⁽⁵⁹⁾

BLOQUEO TUBÁRIO BILATERAL (LTB)

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

Mecanismo de acción:

Impedir la unión del espermatozoide con el óvulo a nivel de la trompa, con el fin de evitar la fertilización.

Tasa de falla: De 0,2 - 0,5 embarazos por cada 100 mujeres intervenidas.

Requiere, previamente, evaluación médica y orientación/consejería adecuada.

- Es considerada irreversible.
- Debe ser realizada por personal médico capacitado.
- Requiere condiciones de infraestructura, equipamiento e instrumental especial, de acuerdo a los criterios establecidos en las normas.

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
- Con conflictos de índole religioso o cultural
- Con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad ⁽⁵⁹⁾

VASECTOMIA

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

Mecanismo de acción:

La oclusión de los conductos deferentes impide la salida de los espermatozoides en el semen, evitando la unión con el óvulo.

Tasa de falla:

De 0,1 a 0,15 embarazos por cada 100 parejas durante el primer año de uso.

Condiciones Gineco Obstétricas o aspectos quirúrgicos de pared abdominal

- Es realizada en forma ambulatoria.
- No interfiere con el deseo ni la potencia sexual, ni con la producción

hormonal por parte de los testículos.

- Requiere previamente, evaluación médica y orientación/consejería adecuadas.
- El/la proveedor/a debe ser necesariamente un/a médico/a capacitado/a.
- Requiere instrumental especial

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 pinza con una pinza especial la piel del escroto, para aislar el conducto deferente.

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 (sin embargo, no se recomienda operar a usuarios menores de 25 años).
- 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

Contraindicaciones:

Absolutas: No existe ninguna contraindicación absoluta.

Relativas. Diferir hasta solucionar el problema:

- Hidrocele grande
- Hernia inguinal
- Masa escrotal
- Anemia severa sintomática
- Cardiopatía sintomática
- Diabetes mellitus descompensada
- Trastornos hemorrágicos
- Infecciones cutáneas en la región inguinoescrotal
- Infecciones del aparato genital. ⁽⁵⁹⁾

ANTICONCEPCION ORAL DE EMERGENCIA (AOE)

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.
- No altera el endometrio
- No actúa como abortivo, ya que no interrumpe un embarazo ya existente.

Tasa de efectividad: Utilizando correctamente el método, hasta el 95% de mujeres que usan Lenorgestrel y 75% de las que usan fórmulas combinadas, logran evitar el

embarazo.

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.

Existen 2 esquemas:

Píldoras Combinadas

Se denominan así porque se usan píldoras con estrógeno y progestágeno. Es también conocido como el método de Yuzpe. El esquema es el siguiente: Denominación Fórmula por tableta Dosis Inicial 2da. Dosis (antes de 72 horas) (12 horas después de dosis inicial)

Píldoras de sólo progestágeno: Se usan píldoras que sólo contienen progestágeno.

Los únicos componentes estudiados hasta la fecha son el L-norgestrel y el norgestrel.

Contraindicaciones

- La mujer embarazada, por el hecho de que no interrumpirá el embarazo
- No existen contraindicaciones médicas conocidas para el uso ocasional de las pastillas anticonceptivas de emergencia.
- Sin embargo su uso repetido implica las mismas contraindicaciones que los anticonceptivos hormonales orales de uso rutinario.
- La AOE no debe reemplazar el uso de otros métodos de planificación familiar.

2.2 Variables principales

1. Conocimiento de sexualidad del adolescente

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

1.1. Dimensión Conocimiento de Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva

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

1.2. La Dimensión Ciclo de Respuesta Sexual Humana,

Referida a los conocimientos que tienen los adolescentes sobre: Las fases en la respuesta sexual, la vivencia de una sexualidad responsable que tiene como elemento principal la autoafirmación personal (ejercer control sobre la vida sexual), vivir una sexualidad responsable es tener conocimientos de ITS y VIH/SIDA, y métodos de planificación familiar, las actitudes y valores de los jóvenes son importantes en la vivencia de la sexualidad, las manifestaciones de madurez sexual: menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto y el comportamiento sexual no coital (besos, abrazos, caricias, masturbación).

1.3. 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.

1.4. Dimensión métodos anticonceptivos (MAC):

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

2. Actitud Sexual del Adolescente

Es la forma de respuesta ante las siguientes Dimensiones:

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

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

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

2.4. Dimensión Respeto Mutuo y Reciprocidad, es una variable que cobra importancia por los altos índices de violencia que se presenta hoy en día, por ello la definición está relacionada al respeto mutuo que se deben los adolescentes, respeto a

no tener sexo forzado, a no ser agredidos físicamente por su pareja, a no ser tocado por ninguna persona.

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

2.6. Dimensión Sexualidad como Algo Positivo, que hace agradable, nuestras vidas, oportunidad de placer y bienestar, es asumir que, nuestros deseos sexuales son digno motivo de alegría cuando se lleva dentro de un marco de valores y principios morales, respetando las normas de la sociedad. Un indicador a considerar para efectos del estudio estará relacionado con los sentimientos que tiene el adolescente después de una masturbación, después del acto sexual.

B. Variables 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.

C. Variables de control

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

III.- Metodología

3.1 Tipo y Nivel de investigación

El presente estudio por el grado de cuantificación reúne las condiciones de una investigación cuantitativa. De acuerdo a la naturaleza del estudio de la investigación, reúne por su nivel, las características de un estudio descriptivo.

3.2. Diseño de la Investigación

Diseño no experimental, de corte transversal

ESQUEMA



3.3. Población y muestra

Población

La población estuvo constituida por 1706 adolescentes de 14 a 19 años que radican en el AA.HH Chiclayito del Distrito de Castilla-Piura ⁽¹⁰⁾

Muestra

Se utilizó el muestreo no probabilístico, porque se requirió una cuidadosa y controlada elección de los sujetos con las características especificadas en el planteamiento del problema, quedando constituida por 200 adolescentes de Chiclayito calculada mediante el programa Epi data 3.1.

3.4 Definición y operacionalización de las variables en estudio

Unidad de análisis

Las unidades de análisis fueron cada uno de los adolescentes de 14 a 19 años que viven en el AA.HH Chiclayito del Distrito de Castilla-Piura. Para la selección de cada unidad de análisis se realizó primero la selección de manzanas, y posteriormente se visitó cada uno de los hogares donde residen 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 el AA.HH Chiclayito del Distrito de Castilla Piura.
- No interesa la condición civil.
- Puede o no tener hijos.
- Asentimiento informado 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.

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 	nominal	Si conoce No conoce
		Ciclo de Respuesta sexual,	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce las fases del ciclo de respuesta sexual 		Si conoce No conoce
		Prevención de Infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica las vías de transmisión del VIH/SIDA • Conoce los síntomas de la ITS/VIH/SIDA. • Medidas de protección y prevención 		Si conoce No conoce
		Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce los diferentes métodos anticonceptivos • Utiliza los métodos • Se protege y previene el embarazo 		Si conoce No conoce

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE ACTITUDES SEXUALES

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 	Nominal	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"> • Respeto 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 		Favorable Desfavorable

			<p>después de una relación coital.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que sentimientos te aflora después de la masturbación 		
		Sexualidad como algo positivo	<ul style="list-style-type: none"> • La sexualidad debe vivirse respetando los principios y valores • La relación sexual debe llevarse, respetando las normas sociales • Cuando tienes relaciones sexuales son producto del amor, la comunicación y respeto. • Te sienta bien después de realizar el acto sexual 		<p>Favorable</p> <p>Desfavorable</p>

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

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

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CARACTERÍSTICAS DE CONTROL

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.

3.5.1. Técnica

Se utilizó la técnica de la encuesta

3.5.2. Instrumentos

Los instrumentos fueron aplicados a los 200 adolescentes que se encontraban entre las edades de 14 a 19 años que conformaron 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 (Anexo 1-A), la escala consta de 35 ítems ,con opciones de respuestas dicotómicas si conoce y no conoce, realizadas de manera agrupada según dimensiones, dicho cuestionario contiene 9 ítems que miden los conocimientos de Anatomía y fisiología sexual y reproductiva; 8 ítems sobre repuesta sexual ; 9 relacionadas a los conocimientos de prevención de las ITSS/VIH/SIDA, 9 destinados a metodología anticonceptiva como alternativa de prevención del embarazo. Un Si representa un valor de 1 y un No un valor 0. Sumando las respuestas de cada ítem se pueden tener un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 35, 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 (Anexo 1-B).

La Prueba tiene un índice de confiabilidad alpha Crombach igual a 0.65; siendo su confiabilidad moderada (Anexo 1-C).

- **Test de actitudes sexuales del adolescente de 14 – 19 años del AA. HH Chiclayito Distrito de Castilla-Piura**

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 (Anexo 2-A):

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 (Anexo 2-B).

La Prueba tiene un índice de confiabilidad alpha Crombach igual a 0.88; siendo su confiabilidad alta (Anexo 2-C).

Características socio demográficas y de control

Para la recogida de los datos socio demográfico, se empleará un cuestionario donde se identifica las variables estado civil, religión, ocupación y lugar de residencia, asimismo si tiene enamorado o enamorada, si ha tenido relaciones sexuales, la edad de inicio de actividad sexual y la opción sexual. También se incluye la edad y el sexo del adolescente (Anexo 3).

3.3.3. Baremación del Test.

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

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

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

ACTITUD:

Favorable: 151 – 250.

Desfavorable: 0 – 150.

ACTITUDES POR 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:

Por estudios anteriores los instrumentos para medir los conocimientos y actitudes sexuales fue validado y confiable mediante el programa estadístico SPSS versión 17 a través del Alfa de Cronbach.

3.6 Procedimiento y Plan de análisis

El proceso de ejecución de la investigación fue llevado cumpliendo la programación establecida según cronograma de trabajo, se trató de cumplir los tiempos especificados, para tal efecto inicialmente se realizó coordinaciones con las autoridades locales: teniente gobernador, secretario comunal del AAHH Chiclayito del distrito de Castilla – Piura. Se programará 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 la toma de la muestra se les invitará a participar en forma voluntaria a los adolescentes del AA.HH Chiclayito, posteriormente se le explicará de forma breve y concisa el desarrollo del cuestionario de conocimientos y actitudes sexuales; para luego despejar cualquier duda que tuvieran los adolescentes en el momento de la aplicación de la encuesta.

Después se procedió a encuestar de manera personalizada cara a cara, manteniendo una total privacidad y confidencialidad, luego de la recolección de la información se pasó a procesar en la base de datos de manera computarizada, mediante la utilización del programa 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 Open Office Calc. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS V 17 (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.

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 enfatiza la vivencia sexual del adolescente a partir de las variables edad de inicio de actividad sexual y enamoramiento.

El análisis se realizó por estudios anteriores (Taller de Titulación I), la baremación por percentiles para determinar la escala de puntuación mediante el paquete estadístico SPSS versión 17, quedo el cálculo como se detalla: Conoce: Puntaje mayor al valor del percentil 75 de los datos de la muestra, y no conoce: Puntaje menor o igual al valor del percentil 75 de los datos de la muestra. Por otro lado, para medir la Actitud se consideró Favorable: Puntaje mayor al valor del percentil 75 y Desfavorable: puntaje menor o igual al percentil 75.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

**TÍTULO: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES EN ADOLESCENTES DE 14 – 19 AÑOS DEL AAHH “CHICLAYITO”
del Distrito de Castilla – Piura, durante el periodo 2015-2016”**

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p><u>Preguntas de investigación:</u> ¿Qué conocimiento y actitudes sexuales tienen los adolescentes de 14-19 años del AA.HH.Chiclayito distrito de Castilla durante el periodo 2015-2016?</p>	<p><u>General:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir el conocimiento y las actitudes sexuales en los adolescentes de 14-19 años del AA.HH Chiclayito-distrito de Castilla durante el periodo 2015-2016. <p><u>Específicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir el nivel de conocimiento en general sobre sexualidad • 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 • Identificar las actitudes hacia la sexualidad en forma general de los Adolescentes • 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 • Describir características socio demográficas. 	<p>No se propondrá una hipótesis.</p>	<p>Revisar la matriz de operacionalización de variables.</p>

METODOLOGÍA			
TIPO, NIVEL Y DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS
<p><u>Tipo:</u> Cuantitativo</p> <p><u>Nivel:</u> Descriptivo</p> <p><u>Diseño:</u> No experimental Simple de una casilla de corte transversal.</p>	<p><u>Población:</u> La población de este estudio estará conformada por los adolescentes de 14 a 19 años del AAHH Chiclayito ,del distrito de castilla en el periodo 2015-2016</p> <p><u>Muestra:</u> Las unidades de análisis serán cada uno de los jóvenes adolescentes de 14 a 19 años que viven en el AA.HH Chiclayito del Distrito de Chiclayito- Piura. Para la selección de cada unidad de análisis se realizará primero la selección de manzanas, y posteriormente se visitará cada uno de los hogares donde residen cada uno de los jóvenes.</p>	<p><u>Técnicas:</u> 1. Encuesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento y actitud <p><u>Instrumentos:</u></p> <p>1. Cuestionario para conocimientos</p> <p>2. Escala tipo Likert para actitud</p>	<p>Se empleará la Bioestadística, los datos serán codificados e ingresados en una hoja de cálculo del programa Office Excel 2010, luego transferidos a una matriz y guardados en archivos. El análisis descriptivo de cada variable se realizará utilizando el software PASWStatistics para Windows versión 18.0. Utilizándose estadígrafos o indicadores numéricos de localización: media aritmética o promedio y mediana.</p> <p>Para la presentación de los resultados obtenidos se utilizará tablas estadísticas de distribución de frecuencia, de doble entrada, con frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales, presentándose gráficos estadísticos: histogramas y gráficas circulares.</p>

IV. Resultados

4.1. Resultados.

TABLA 1

Conocimiento Global Sobre Sexualidad en Adolescentes de 14-19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, Durante el Periodo 2015-2016.

CONOCIMIENTO	N	%
CONOCE	15	7%
NO CONOCE	185	93%
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes de 14 a 19 años en el periodo 2015-2016

TABLA 01: Esta tabla muestra el conocimiento global que tienen los adolescentes sobre sexualidad, evidenciándose un 93% de desconocimiento sobre dimensiones en estudio y donde solo un 7% tiene conocimientos básicos sobre sexualidad.

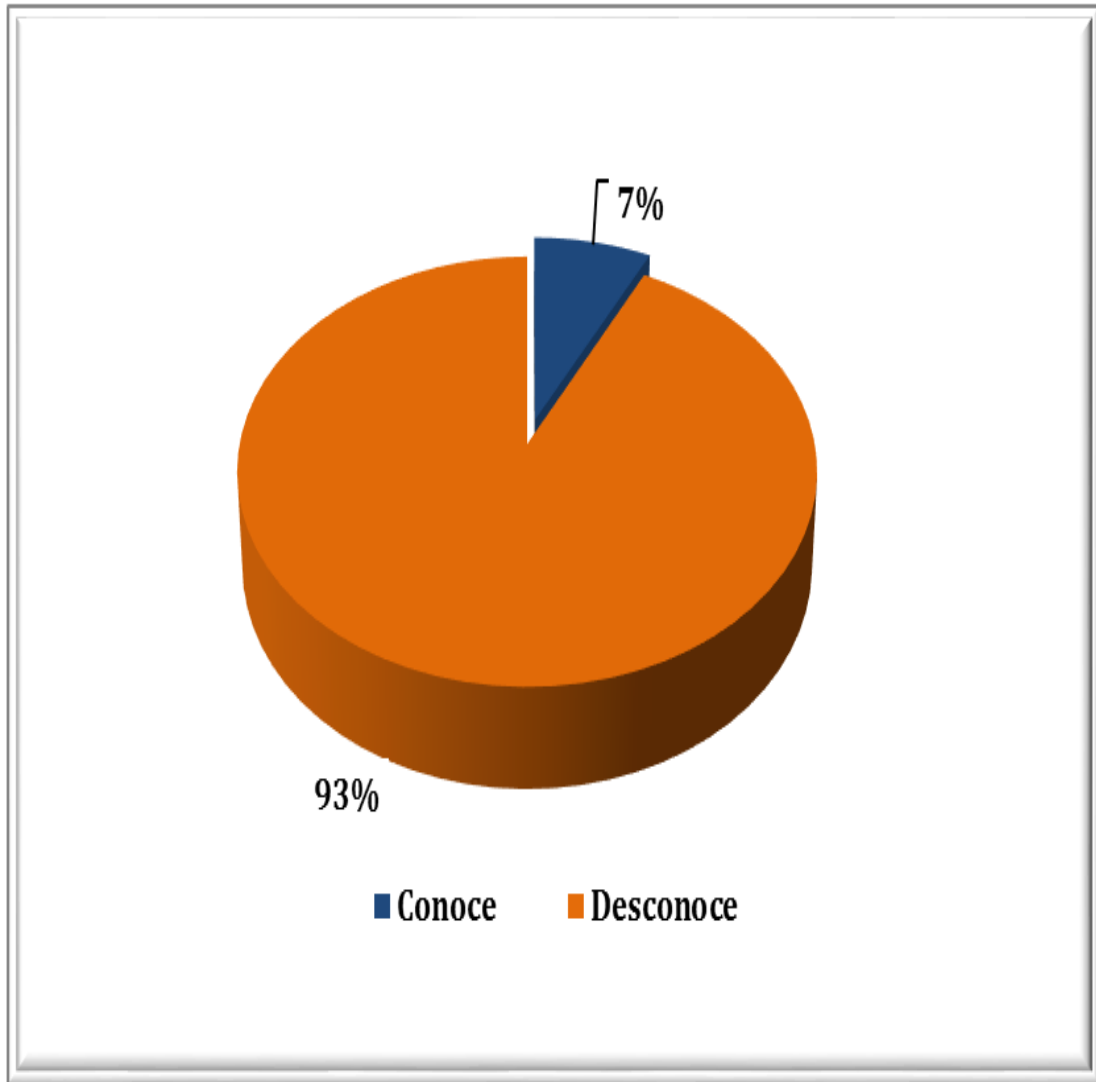


Figura 1. Gráfico de la Distribución Porcentual del Conocimiento Global Sobre Sexualidad en Adolescentes de 14-19 Años del AA.HH Chiclayito-Castilla, Durante el Periodo 2015-2016.

TABLA 2

Conocimientos Sexuales por Dimensión en Adolescentes de 14-19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, Durante el Periodo 2015-2016.

Dimensión	Conoce		Desconoce	
	n	%	n	%
Prevención de ITS-VIH/SIDA	4	2	196	98
Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo	18	9	182	91
Ciclo de respuesta sexual	19	9.5	181	90.5
Anatomía y fisiología de Aparato Genital	45	22.5	155	77.5

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes de 14 a 19 años en el periodo 2015-2016

TABLA 2: Esta tabla muestra el conocimiento según dimensiones, donde se evidencia el desconocimiento de los adolescentes entrevistados en todas las dimensiones exploradas: un 98% desconoce medidas de prevención de ITS–VIH/SIDA seguido por un 91% que también desconocen los métodos anticonceptivos utilizados como prevención del embarazo. El 90.5% no conoce las fases del ciclo de respuesta sexual y respecto a la anatomía y fisiología sexual y reproductiva finalmente desconoce el 77.5%.

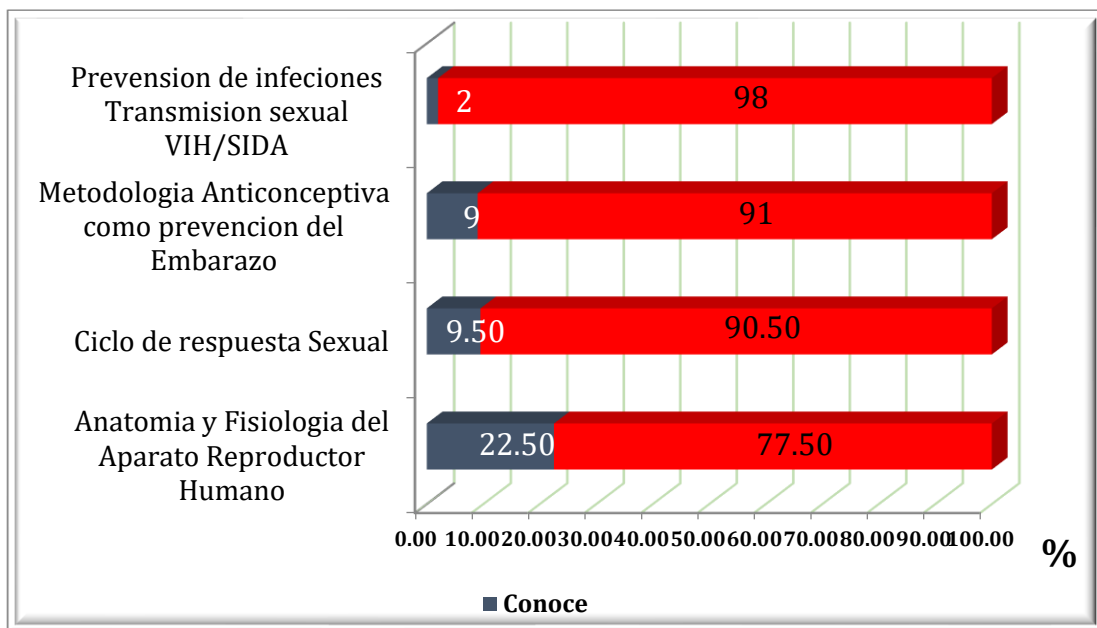


Figura 2. Gráfico de Distribución Porcentual del Conocimiento por Dimensiones Sexuales en Adolescentes de 14-19 Años del AA.HH. Chiclayito-Castilla, Durante el Periodo 2015-2016.

TABLA 3

Ítems Menos Conocidos en la Dimensión Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva en Adolescentes de 14 -19 Años del AA.HH Chiclayito- Castilla, Durante el Periodo 2015-2016.

Anatomía y fisiología sexual y reproductiva.	Conocen		Desconocen	
	n	%	n	%
El embarazo comienza con la fecundación.	82	41	118	59
Conoce los genitales externos de mujer.	97	48.5	103	51.5
El sexo es natural y necesita ser aprendido	98	49	102	51
La mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual.	118	59	82	41
Conoce la denominación del extremo final del pene.	120	60	80	40
Las trompas de Falopio transportan el óvulo hacia el útero.	139	69.5	61	30.5
En el embarazo se dan las modificaciones anatómicas y fisiológicas.	162	81	38	19
Conoce los genitales externos del varón.	166	83.5	34	16.5
La fecundación es el ingreso del espermatozoide al ovulo.	177	88.5	23	11.5

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2015-2016

TABLA 3: Esta tabla muestra los resultados obtenidos de los adolescentes para la dimensión de anatomía y fisiología sexual y reproductiva; si bien es cierto que los adolescentes muestra conocimiento de la mayoría de los reactivos explorados; Cabe señalar que el 59% desconoce que el embarazo se inicia con la fecundación , en anatomía genital se observa que el 51.5% de participantes desconoce los genitales externos de la mujer, seguido del 51% que no identifica que el sexo es natural y necesita ser aprendido, mientras que un importante 30.5% ignora que las trompas de Falopio transportan el ovulo hacia el útero .

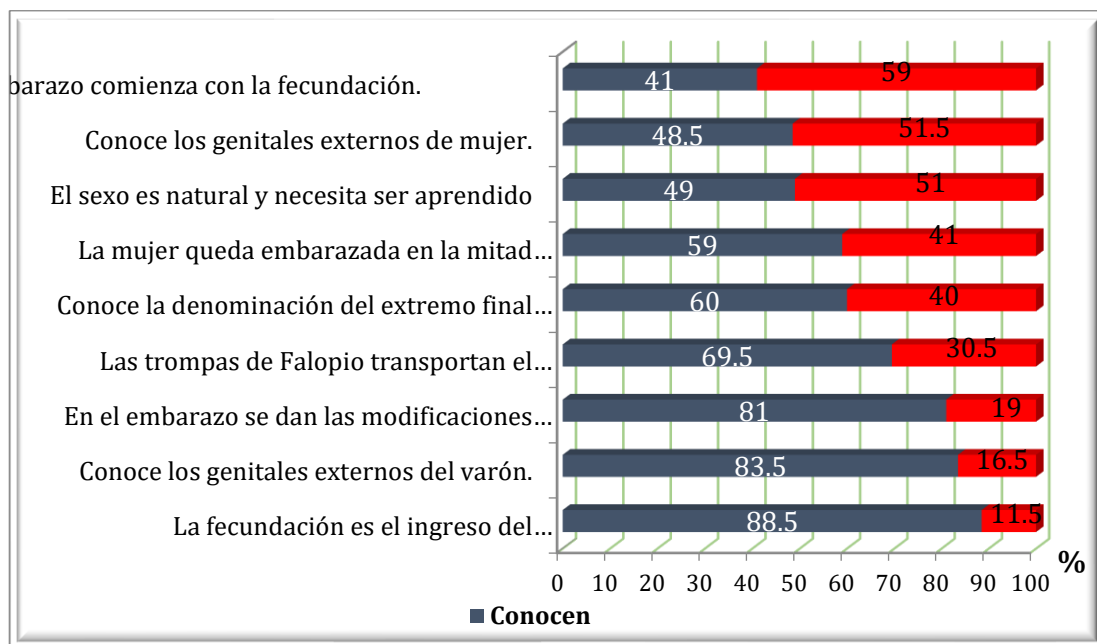


Figura 3. Gráfico de Distribución Porcentual de Conocimiento Sexual Según Ítems Menos Conocidos en la Dimensión Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva en Adolescentes de 14-19 Años del AA.HH. Chiclayito-Castilla, Durante el Periodo 2015-2016.

TABLA 4

Ítems menos conocidos en la Dimensión Respuesta Sexual en Adolescentes de 14-19 años del AA.HH. Chiclayito Castilla, Durante el Periodo 2015-2016.

Ciclo de respuesta sexual	Conocen		Desconocen	
	n	%	n	%
Conoce las fases de la respuesta sexual humana.	68	34	132	66
Comportamiento no coital abarca besos, abrazos, caricias y masturbación.	81	40.5	119	59.5
Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad.	118	59	82	41
Manifestaciones de Madurez sexual: menstruación, masturbación y acercamiento a jóvenes del sexo opuesto.	129	64.5	71	35.5
La persona es quien controla su comportamiento sexual.	142	71	58	29
La VSR tiene como elemento, la autoafirmación personal.	154	77	46	23
La VSR implica actitudes y valores.	157	78.5	43	21.5
La VSR implica tener conocimientos de ITS/VIH/SIDA.	177	88.5	23	11.5

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2015-2016.

TABLA 4: Esta tabla muestra el conocimiento por reactivo sobre el ciclo de respuesta sexual que tienen los adolescentes. Donde el 66% de los entrevistados desconocen las cinco fases de la respuesta sexual humana, el 59.5% no identificó los besos, abrazos, caricias y masturbación como comportamiento no coital. Finalmente, el 41% desconoce que los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad.

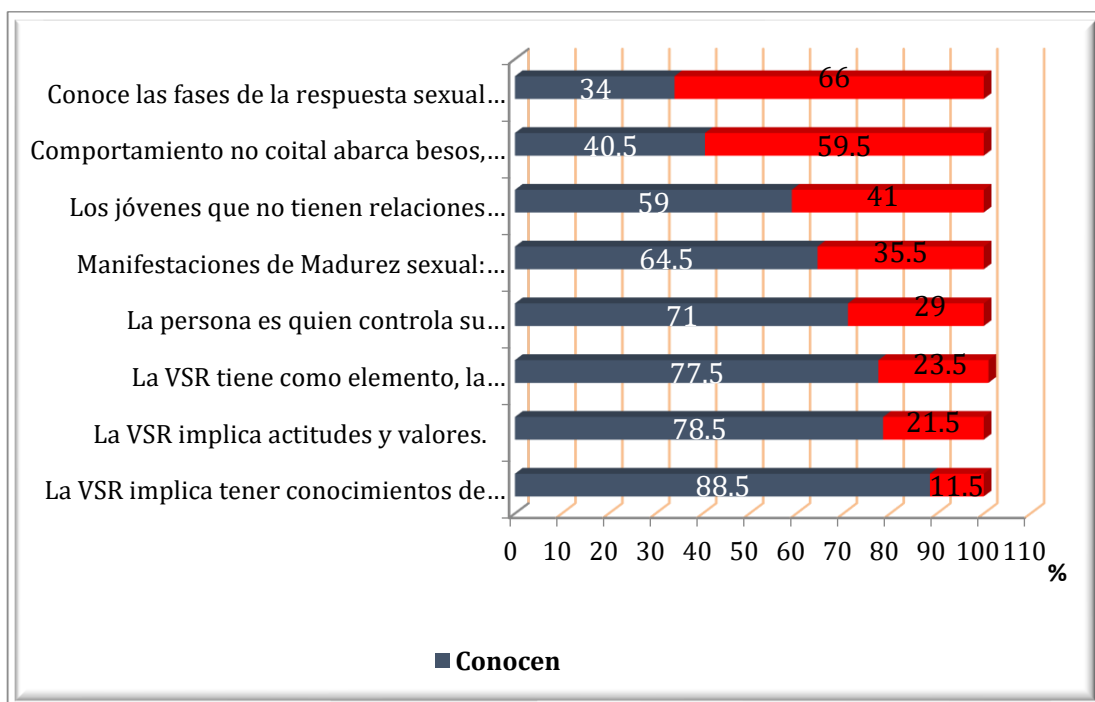


Figura 4. Gráfico de Distribución Porcentual del Conocimiento Sexuales Según Ítems Menos Conocidos en la Dimensión Respuesta Sexual Humana en Adolescentes de 14-19 Años del AA.HH. Chiclayito-Castilla, Durante el Periodo 2015-2016.

TABLA 5

Ítems menos conocidos en la Dimensión Prevención de ITS-VIH/Sida en Adolescentes de 14-19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, Durante el Periodo 2015-2016.

Prevención de las ITS y VIH/SIDA	Conocen		Desconocen	
	n	%	n	%
El SIDA se contagia por abrazos, besos y contacto con persona infectada.	49	24.5	151	75.5
El uso del preservativo es 100% seguro en la prevención de ITS.	51	25.5	149	74.5
Un hombre puede infectarse con VIH si tiene coito con una sola mujer.	70	35	130	65
Conoce y nombra las enfermedades de transmisión sexual.	104	52	96	48
El usar preservativos convenientemente en una relación previene el SIDA.	110	55	90	45
Las ITS se transmiten a través de la relación coital.	141	70.5	59	29.5
Conoce las tres vías de contagio del VIH/ SIDA.	153	76.5	47	23.5
Las úlceras, llagas y herida en la zona genital son síntomas de ITS.	155	77.5	45	22.5
El SIDA es una enfermedad que amenaza la vida.	194	97	6	3

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2015-2016.

TABLA 5: Esta tabla muestra que el 75.5% desconoce que el SIDA no se transmite por abrazos, besos y contacto con una persona infectada, y el 74.5% desconoce que el uso del preservativo en 100% seguro en la prevención de ITS. Además el 65% no sabe que basta tener coito con una sola mujer para infectarse.

Por el contrario el 97% considera que el SIDA es una enfermedad que amenaza la vida y solo el 77.5% reconoce las úlceras, llagas y heridas en la zona genital como síntomas de una ITS.

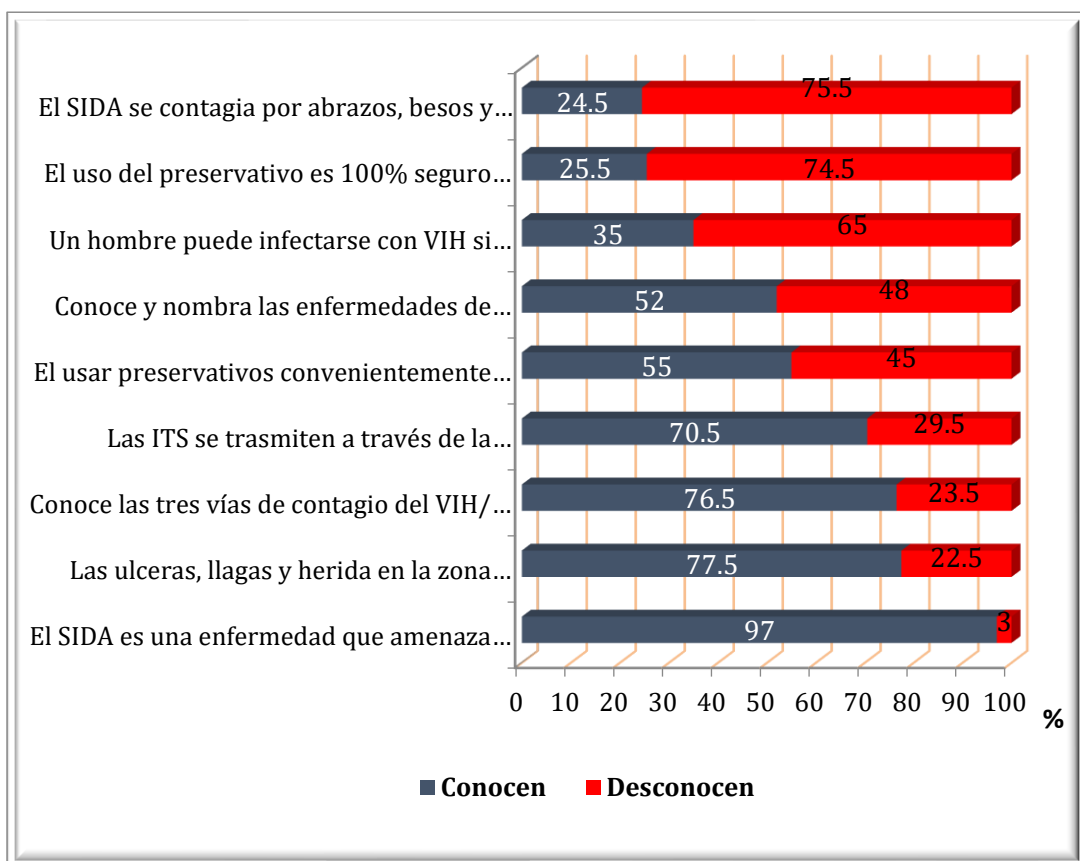


Figura 5. Gráfico de Distribución Porcentual del Conocimiento Sexuales Según Ítems Menos Conocidos en la Dimensión Prevención de ITS/ VIH SIDA en Adolescentes de 14-19 Años del AA.HH Chiclayito-Castilla, Durante el Periodo 2015-2016.

TABLA 6

Ítems Menos Conocidos en la Dimensión Métodos Anticonceptivos Como Prevención del Embarazo en Adolescentes de 14-19 años en el AA.HH. Chiclayito- Castilla, Durante el Periodo 2015-2016

Métodos anticonceptivos como forma de prevención del embarazo	Conocen		Desconocen	
	n	%	n	%
Los métodos hormonales son: la píldora, inyectable, norplant.	61	36.5	139	69.5
Los MAC de barrera son: los preservativos, el diafragma y espermicidas.	69	34.5	131	65.5
Los MAC para los adolescentes son: el preservativo, diafragma, píldoras, inyectables, DIU.	74	37	126	63
Utilizar el preservativo es un método de Planificación Familiar.	86	43	114	57
La abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.	108	54	92	46
Para aplicarse la T de Cu la joven debe ir al médico u obstetra.	127	63.5	73	36.5
Los MAC pueden ser naturales y artificiales.	135	67.5	65	32.5
Sabe que píldoras, inyectables, DIU, son métodos anticonceptivos.	148	74	52	26
Una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual.	153	76.5	47	23.5

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2015-2016.

TABLA 6: Esta tabla muestra el desconocimiento que tienen los adolescentes en cada ítem de la dimensión métodos anticonceptivos como forma de prevención del embarazo. Donde un 69.5% de los encuestados desconocen los métodos hormonales, un 65.5% desconoce los preservativos, el diafragma y espermicidas como métodos anticonceptivos de barrera y 63% no identifica correctamente los métodos anticonceptivos para adolescentes.

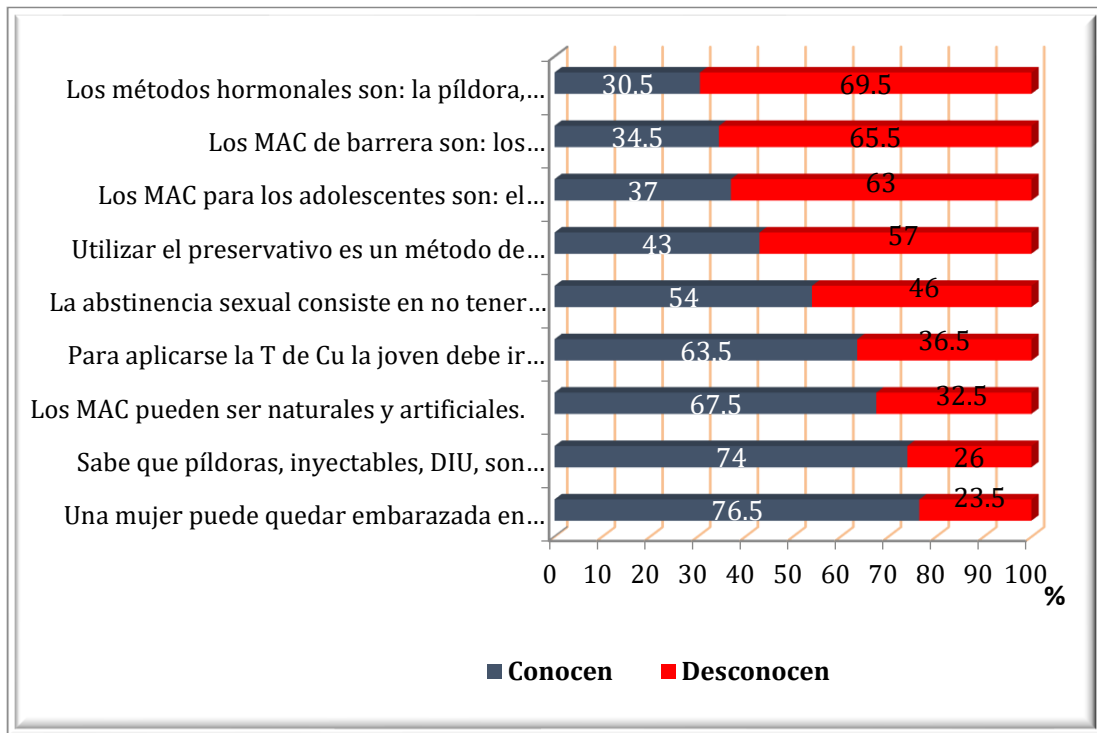


Figura 6. Gráfico de Distribución Porcentual del Conocimiento Sexuales Según Ítems Menos Conocidos en la Dimensión Metodología Anticonceptiva Como Prevención del Embarazo en Adolescentes de 14-19 Años del AA.HH. Chiclayito-Castilla, Durante el Periodo 2015-2016.

TABLA 7

Actitud Global Frente a la Sexualidad en Adolescentes de 14-19 años en el AA.HH. Chiclayito- Castilla, Durante el Periodo 2015-2016

ACTITUD	N	%
FAVORABLE	11	5%
DESFAVORABLE	189	95%
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2015-2016

TABLA 7: Esta Tabla muestran la actitud global frente a la sexualidad de los adolescentes entrevistados, obteniendo un 95% de actitudes desfavorables y un 5%, actitudes favorables.

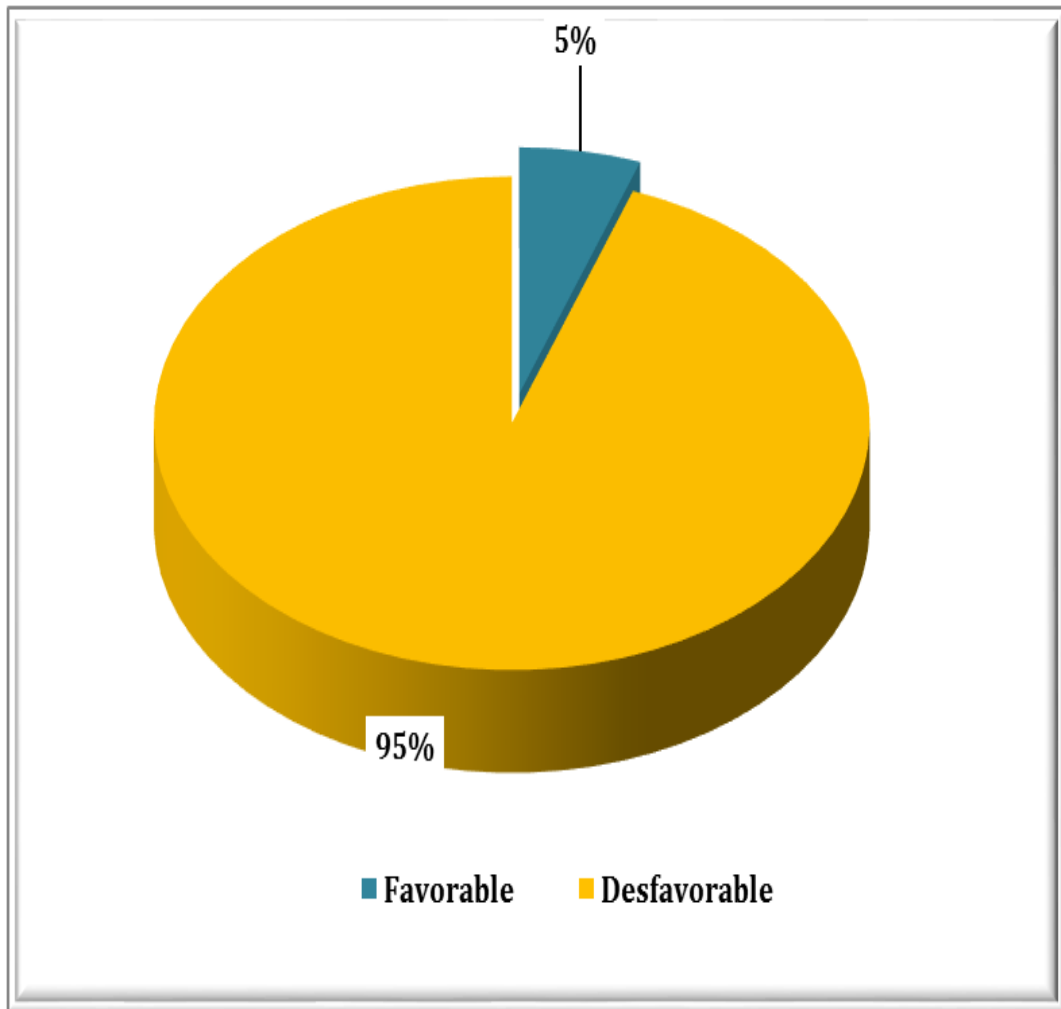


Figura 7. Gráfico de Distribución Porcentual de la Actitud Global Frente a la Sexualidad en Adolescentes de 14-19 Años del AA.HH. Chiclayito -Castilla, Durante el Periodo 2015-2016

TABLA 8

Actitudes Sexuales por Dimensión en Adolescentes de 14-19 años del AA.HH Chiclayito- Castilla, Durante el Periodo 2015-2016

Dimensión	Favorable		Desfavorable	
	n	%	n	%
Responsabilidad y prevención de riesgo sexual	8	4	192	96
Autonomía	14	7	186	93
Sexualidad como algo positivo	15	7.5	185	92.5
Respeto mutuo y reciprocidad	15	7.5	185	92.5
Sexualidad y amor	26	13	174	87
Libertad para decidir	38	19	162	81

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2015-2016

TABLA 08: Esta tabla muestra que los adolescentes presentan actitudes desfavorables en las seis dimensiones de la sexualidad un 96% de mostró actitudes desfavorables sobre su responsabilidad y prevención de riesgo, el 93% no tiene predisposición hacia la autonomía, seguido del 92.5 % que tiene actitudes desfavorable hacia la sexualidad como algo positivo, respeto mutuo y reciprocidad, hacia la sexualidad y amor con un 87% y finalmente no tienen libertad para decidir (81%).

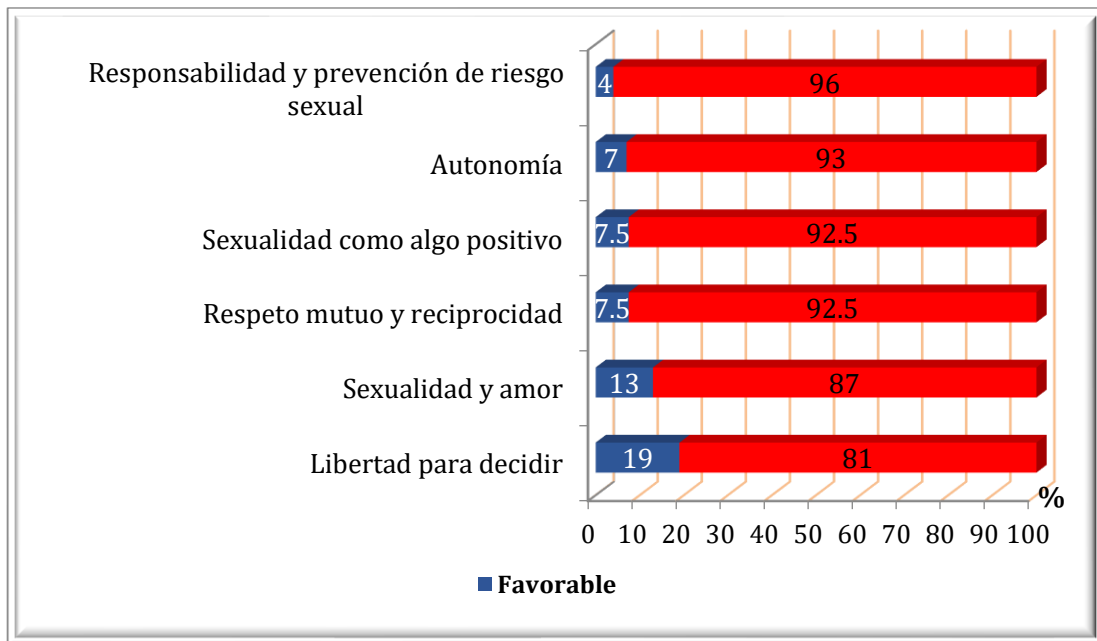


Figura 8. Gráfico de Distribución Porcentual de Actitudes Sexuales Según las Dimensiones en Adolescentes de 14-19 Años del AA.HH. Chiclayito-Castilla, Durante el Periodo 2015-2016.

TABLA 9

Características Socio-Demográficas en Adolescentes de 14-19 años en el AA.HH. Chiclayito- Castilla, Durante el Periodo 2015-2016

Características socio-demográficas	TOTAL	
	n	%
EDAD		
Adolescencia media (14 – 16 años)	149	74.5
Adolescencia tardía (17 – 19 años)	51	25.5
Media 16.12		
SEXO		
Masculino	90	45
Femenino	110	55
ESTADO CIVIL		
Soltero (a)	165	82.5
Casado(a)	05	15
Conviviente	30	2.5
RELIGIÓN		
Católico (a)	125	62.5
Otras	62	31
No creyentes	13	6.5
OCUPACIÓN		
Estudia	155	77.5
Trabaja	3	1.5
Estudia y Trabaja	11	5.5
No estudia ni trabaja	6	3
Ama de casa	25	12.5

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2015-2016

TABLA 09: Esta tabla muestra las características socio-demográficas de los 200 adolescentes entrevistados, observándose la mayor concentración de participantes entre las edades de 14 - 16 años (74.5%) con una edad media de 16.12 años. Predominando el sexo femenino con el 55%. Así mismo se observa que el 82.5% son solteros. El 62.5% son de religión católica y la mayoría de adolescentes manifestó ser estudiantes (77.5%), frente al 12.5% que ya son ama de casa.

TABLA 10

Principales prácticas Sexuales en Adolescentes de 14-19 años del AA.HH. Chiclayito- Castilla, Durante el Periodo 2015-2016

Prácticas sexuales	TOTAL	
	n	%
ENAMORADO		
Si tiene enamorado (a)	90	45
No tiene enamorado (a)	110	55
RELACIONES COITALES		
Si	63	31.5
No	137	68.5
EDAD DE INICIO DE RELACIONES COITALES		
n=		
10 - 12	8	12.8
13 – 16	42	66.6
17 - 22	13	20.6
ORIENTACIÓN SEXUAL		
Heterosexual	187	93.5
Homosexual	10	5
Bisexual	03	1.5

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo 2015-2016

TABLA 10: Esta tabla muestra las características sexuales de los adolescentes entrevistados, observándose que el 45% de adolescentes tiene enamorado de los cuales el 31.5% manifestó haber iniciado las relaciones coitales entre los 13 a 16 años (66.6%) frente al 68.5% que respondió no haberlo hecho; Finalmente, el 93.5% de encuestados tienen orientación heterosexual, 5% homosexual y el 1.5% bisexual.

4.2. Análisis de resultados:

El presente estudio se deriva de la línea de investigación titulada Conocimientos y actitudes en adolescentes de la comunidad zonal de Magdalena Nueva, en Chimbote, realizado por la Obstetra Investigadora Amelia Nelly Solís. ⁽¹⁾ Al final del estudio y conociendo los resultados nos dimos cuenta de un gran problema que existía entre los adolescentes, el mismo que debíamos resolver y dar a conocer a los diferentes sectores para que colaboren con la solución desde su perspectiva.

Se eligió este trabajo de investigación al ser consciente de la problemática a nivel mundial de la salud sexual del adolescente, que se ve reflejada en los resultados de investigaciones anteriores donde se encontraron deficiencias en la educación sexual, baja percepción del riesgo de un embarazo o de contraer alguna infección de transmisión sexual, prácticas de cambio frecuente de parejas, tanto en sexo masculino, como el femenino; comienzo temprano de las relaciones sexuales y bajo uso del condón, unido a poca comunicación entre padres e hijos. ⁽⁴⁾

La mayoría de adolescentes del asentamiento humano Chiclayito carecen de **conocimientos globales** de la sexualidad como queda demostrado en el primer gráfico, evidenciándose un **93%** de desconocimiento sobre dimensiones en estudio y donde solo un **7%** tiene conocimientos básicos sobre sexualidad esta realidad coincide al estudio internacional de Rodríguez C. Sanabria R. Contreras P. Perdomo C. Cuba 2013 ⁽²⁵⁾. “Al explorar los conocimientos de los estudiantes, se obtuvo un nivel de conocimiento general evaluado de malo, es decir que están ubicados en la escala de menos del 60 % de respuestas correctas”. Esta realidad es similar también a los estudios peruanos de Oliva 2012⁽³¹⁾ Nuevo Chimbote, en su estudio “Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de la Urbanización el Pacifico, obteniendo los siguientes resultados: El 51.8% de adolescentes desconocen de

manera global sobre sexualidad, y Solís, 2014 ⁽¹⁾ Los Resultados fueron: 71% de adolescentes Chimbotanos no tienen un conocimiento global de su sexualidad.

Por lo que podemos concluir que nuestros resultados reflejan una realidad tanto internacional como nacional, los adolescentes carecen de conocimientos globales y teóricos de la sexualidad.

En la tabla de **conocimientos por Dimensiones** el ítems de conocimiento de **anatomía y fisiología** es la dimensión que es más conocida por los adolescentes del Asentamiento Humano Chiclayito con un **77.5%** y la que menos porcentaje tiene es **la prevención de ITS-VIH/SIDA** con un **98%**. En esta dimensión coincide con los estudios realizados en la Habana - Cuba por García en el año 2002 ⁽¹⁹⁾, donde el conocimiento de su anatomía solo es ignorado en un 5% de los adolescentes. Por lo que se puede presumir que años atrás se limitaba la sexualidad a los conocimientos de anatomía y fisiología del ser humano en las escuelas y hogares. Al pasar de los años se ha incrementado los conocimientos sobre prevención de ITS-VIH/SIDA según el estudio de Gonzales en Cuba 2010⁽¹⁷⁾.” La epidemia del VIH/SIDA en Cuba, se caracterizó por un aumento lento y sostenido, con mayor incidencia en el último quinquenio y en jóvenes entre 15 a 29 años. Los programas dirigidos a los jóvenes estuvieron encaminados al desarrollo de conocimientos y comportamientos sexuales saludables.”

A nivel nacional encontramos coincidencia con estos resultados, donde Reynaga ⁽²⁷⁾ –Perú 2015 concluyo que los y las estudiantes tienen conocimientos limitados específicamente relacionados a la identificación de medidas de prevención de las ITS y el VIH y Oliva 2012 ⁽³¹⁾ dice que: “el 68.2% desconocen la Prevención de ITS/VIH.

Concluyendo que la realidad nacional difiere a la internacional pues nuestros adolescentes carecen en su mayoría de conocimientos en cuanto a Prevención de ITS-VIH/SIDA”.

Dentro de los ítems menos conocidos de la dimensión del Anatomía y Fisiología los adolescentes desconocen que **el embarazo se inicia con la fecundación (59 %)** a pesar que si conocen por teoría que **la fecundación se da con el ingreso del espermatozoide al ovulo (88.5%)**. Esta realidad no coincide con la realidad internacional donde los estudios realizados en la Habana - Cuba por García en el año 2001⁽¹⁹⁾, concluye que “el conocimiento de su anatomía y fisiología del aparato genital, solo es ignorado en un 5% de los adolescentes en estudio”.

Nuestros resultados coinciden a nivel regional lo que nos hace presumir que en la región de Piura los conocimientos sexuales de nuestros adolescentes son deficientes como los muestra los resultados del estudio de Escobar L. en Marcavelica – Sullana ⁽³⁵⁾ sobre las dimensiones de conocimiento se observó que en Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva los adolescentes tuvieron conocimientos bajos, y Zeta ME. en Chulucanas 2012 ⁽³⁸⁾ demuestra que el 94% no conoce anatomía y fisiología sexual y reproductiva.

Se puede decir que el resultado de esta tabla muestra una realidad diferente a la internacional, teniendo adolescentes que carecen de conocimientos de Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Humano.

En los ítems menos conocidos de Respuesta Sexual los adolescentes desconocen **las fase de respuesta sexual en su mayoría (66%)**, sin embargo saben que para tener una vida sexualmente responsable es necesario tener: **autoafirmación personal (77.5%), conocimientos de ITS, VIH-SIDA (88.5%), actitudes y valores (78.5%)**. La realidad internacional no es diferente según Vargas Trujillo ⁽⁷²⁾ - 2015 en Colombia dio datos donde indican que “los jóvenes que tienen más dificultades para tomar decisiones planificadas presentan deficiencias en, por lo menos, dos atributos de la agencia humana: la confianza en sí mismo y la autodeterminación”.

En la región los resultados son similares según el estudio de Campos M. 2009 Conocimientos y Actitudes Sexuales que tienen los Adolescentes de la Institución

Educativa Luciano Castillo Colona del Distrito de Bellavista – Sullana ⁽³⁶⁾ donde los resultados de la dimensión conocimientos sobre el ciclo de la respuesta sexual indican que existe una brecha de adolescentes (67%) que no conocen el comportamiento sexual pues tienen un bajo nivel de conocimientos y solo un 30% medio para la misma dimensión y al pasar de los años esta realidad no ha cambiado como lo dice Zeta ⁽³⁸⁾ en Chulucanas el año 2012 donde manifiesta que el 93% no conoce sobre respuesta sexual. Llegando a la conclusión que nuestros adolescentes tienen conocimientos deficientes en cuanto a la Respuesta Sexual Humana.

En los Ítems menos conocidos sobre Prevención De Its-Vih/Sida, el 75.5% desconoce que el SIDA no se transmite por abrazos, besos y contacto con una persona infectada, y el **74.5%** desconoce que el uso del preservativo en 100% seguro en la prevención de ITS. Además, el **65%** no sabe que basta tener coito con una sola mujer infectada para contagiarse. Esto difiere con el estudio internacional de Gonzales. Cuba 2010 ⁽¹⁷⁾ donde los adolescentes encuestados tenían un buen nivel de conocimientos sobre las vías de transmisión y las formas de reducir el riesgo de contraer el VIH, sin embargo, existió disonancia entre éstos y el uso sistemático del condón. En España Valera 2012 ⁽²¹⁾ encuentra que el Sida es la enfermedad de transmisión sexual más conocida entre los jóvenes.

Similares resultados a este estudio tenemos en el estudio regional de Campos M. Conocimientos y Actitudes Sexuales que tienen los Adolescentes de la Institución Educativa Luciano Castillo Colona del Distrito de Bellavista – Sullana ⁽³⁶⁾ donde la mayoría de los adolescentes conocen que el Sida es una enfermedad de transmisión sexual, pero menor porcentaje conocen las vías de transmisión y Tume ⁽³⁹⁾ en Sechura 2015 que obtuvo entre las dimensiones menos conocidas la prevención de ITS/VIH-SIDA con un 80%. Se puede afirmar que los adolescentes de este estudio carecen en un gran porcentaje de conocimientos sobre la prevención de ITS/VIH-SIDA.

En Ítems Menos Conocidos Sobre Métodos Anticonceptivos Como Prevención Del Embarazo a pesar de afirmar que una mujer puede quedar

embarazada en la primera relación sexual (**76.5%**) no saben cómo evitarlo pues no conocen los métodos anticonceptivos para los adolescentes (**63%**), los hormonales (**69%**) y de barrera (**65%**). Una realidad contradictoria se evidencia en un estudio realizado en Chile por Pérez ⁽²⁰⁾ donde casi la totalidad de mujeres refieren conocer los métodos anticonceptivos sin embargo más de la mitad de ellas no los utilizo en la primera relación sexual. Valera –España 2012⁽²¹⁾ refiere lo mismo, que las mujeres son las más conscientes ante el riesgo del embarazo (82.7%) y siendo el preservativo el método anticonceptivo más conocido para los encuestados, es poco utilizado (35% en chicos y 37% en chicas).

A nivel Nacional se refleja el mismo desconocimiento de métodos anticonceptivos según Fuentes en Puno. 2002 ⁽²⁸⁾ y por Fernández-Honorio 2015 ⁽³³⁾ Este estudio tuvo como resultados que: Las adolescentes (35%) tienen mayor conocimiento que los adolescentes (30,0 %). El conocimiento del anticonceptivo oral de emergencia es alto con el 91.5 %. En la primera relación sexual un 50% hizo uso del método, y en la última relación sexual el 64 %. Las razones de no uso, el 57 % no planeó tener relaciones sexuales, 27% no disponía del método, 13 % no sabía cómo usarlo, 3% no conocía ningún método.

Quedando demostrado que los adolescentes de este estudio desconocen los métodos Anticonceptivos como prevención para un embarazo.

Los resultados de la tabla de **Actitud Sexual Global Según** Respuesta De Los Adolescentes del Asentamiento Humano Chiclayito presentan una **actitud desfavorable (95%)** para desarrollar una vida sexualmente segura y responsable Sin embargo esta realidad es diferente en el extranjero; según Diaz Tinoco ⁽⁷⁰⁾ – 2016 en Loja Los resultados encontrados son: 66,7% medianamente manejan actitudes correctas frente a la sexualidad (según pre-test).

Al parecer la realidad Nacional si coincide y es la misma en todo el departamento pues los resultados de los estudios regionales : Campos M. en

Bellavista – Sullana ⁽³⁶⁾ y Escobar L. en Marcavelica – Sullana” ⁽³⁵⁾ referente a las Actitudes frente a la sexualidad reportó que el 100% de los adolescentes tenían actitudes desfavorable en la dimensión Autonomía, Respeto mutuo y reciprocidad, Sexualidad y amor y Sexualidad como algo positivo, seguida de las dimensiones Libertad para decidir y actuar; y Responsabilidad y prevención del riesgo sexual con un 96% y 92% respectivamente. Pudiendo afirmar entonces que las actitudes de los adolescentes de este estudio son desfavorables para una vida sexualmente segura y responsable.

En la tabla de **Actitudes Sexuales por Dimensión** de los Adolescentes en el Asentamiento Humano Chiclayito Castilla, la responsabilidad y Prevención de riesgo sexual es la dimensión con resultados más críticos (**96%**) mostrándonos una actitud desfavorable en los adolescentes, mientras que en los ítems de actitudes favorables la Libertad para decidir solo alcanza un 19%. Según Megna A. ⁽⁷¹⁾ en Cuba 2011 concluyo que se pueden considerar indicadores de una buena educación de la sexualidad en los adolescentes y jóvenes: El dominio de los conceptos relacionados con la educación de la sexualidad, un comportamiento responsable ante la sexualidad y una buena comunicación con la familia sobre estos temas.

Los resultados de este estudio coincide con el estudio regional de Zeta 2012 ⁽³⁸⁾ donde se encontró que el 62% tiene actitudes desfavorables con respecto a que la sexualidad está unida al amor, concluyendo que los adolescentes de la zona urbana marginal de Chulucanas desconoce y tienen actitudes desfavorables para enfrentar una vida sexual responsable y segura, y Solis 2014 ⁽¹⁾ que dice que el 61,60% tienen una actitud desfavorable frente a una vivencia sexual y responsable, la misma que los ubica dentro del grupo de adolescente con riesgo sexual . Los adolescentes de este estudio carecen de Actitudes como: Responsabilidad y prevención de riesgo sexual, Autonomía, Sexualidad como algo positivo, Respeto y Reciprocidad, Sexualidad y amor, y Libertad para decidir.

En los datos demográficos encontramos las siguientes características: que la **edad media** de los adolescentes encuestados es de **16.12**, en un poco más de la mitad son **mujeres (55%), solteras, (82.5%), estudiantes (77.5%) y católicas (62.5%)**. Características similares en los adolescentes del estudio en España de Manuel Varela Salgado, Javier Paz Esquete , estudio sobre “Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes Gallegos” 2012 ⁽²¹⁾ donde la edad promedio de sus adolescentes entrevistados fue 16.4 y la mayoría mujeres.

Como características sexuales de estos adolescentes tenemos que son en menor porcentaje los que **iniciaron su vida sexual activa (31.5%)**, de casi la mitad del total de entrevistados que si **tiene enamorado(a) (45%)**. Siendo la edad promedio de la primera relación sexual entre **13 -16 años (66.6%)** y la orientación sexual en su gran mayoría **heterosexual (93.5%)**, sin embargo, a esta edad ya se presentan prácticas homosexuales y bisexuales. Según el estudio de Valera en España 2012 ⁽²¹⁾ manifiesta que la primera relación sexual coital es a los 15 años para los chicos y a los 16 años para las chicas, similar a nuestro estudio, al igual que Castro –Perú 2014 ⁽⁴⁰⁾ respecto a las características sexuales refirió tener enamorado/a el 43.69%, que corresponde a menos de la mitad, y solo el 12.62% manifestó haber iniciado las relaciones coitales. Finalmente, el 95.15% de encuestados se considera heterosexual.

El problema que existió en la investigación era que muchos de los adolescentes entrevistados no contesten con la verdad la encuesta, es por eso que se decidió realizar de manera anónima, voluntaria, sin padres o tutores en el momento de la entrevista, además apoyamos al adolescente mientras se interactuaba con él para subsanar sus dudas y disminuir este margen de error.

V. CONCLUSIONES

1.- Se logró describir los conocimientos en general sobre sexualidad en adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH Chiclayito-Castilla durante el periodo 2015-2016. Concluyendo que los adolescentes carecen en un alto porcentaje de conocimiento sobre sexualidad.

2.- Se describió el conocimiento sexual según sus dimensiones. Concluyendo que las cuatro dimensiones investigadas sobrepasan más del 50% de desconocimientos, resaltando como la menos conocida la de prevención de ITS–VIH/SIDA lo que nos hace suponer, de no cambiarse esta realidad, estos adolescentes serán quienes engruesen las cifras de infectados de ITS/VIH/SIDA en el futuro.

3.- Se identificó las actitudes hacia la sexualidad en forma general. Concluyendo que los adolescentes del estudio tienen actitudes desfavorable hacia la sexualidad en un alto porcentaje, lo que interferirá en la toma de decisiones responsables para una vida sexual segura.

4.- Se identificó las actitudes hacia la sexualidad en las dimensiones estudiadas, encontrando actitudes desfavorables sobre su responsabilidad y prevención de riesgo, (93%) en mayor porcentaje y finalmente no tienen libertad para decidir (81%). El adolescente carente de estas actitudes será más vulnerable a sufrir presión de grupo, chantajes, violencia género, embarazos no deseados, contagio de ITS, VIH, SIDA, etc.

5.- Se describió características socios demográficos y las principales prácticas sexuales en Adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH Chiclayito- Castilla durante el periodo 2015-2016. Concluyendo que cerca de la mitad tenía enamorados y de estos ya habían iniciado su vida sexual activa (31.5%), siendo la edad promedio de la primera relación sexual entre 13 -16 años (66.6%).

RECOMENDACIONES:

1.- Para que la instrucción sobre sexualidad no se vea limitada a solo conocimientos de anatomía y fisiología, se recomienda que la educación sexual no sea entregada por docentes sino por personal de salud con destrezas y capacitado para dicho fin, quien adiestre al adolescente con actitudes favorables.

2.- Los adolescentes deben tener un horario y/o espacio diferenciado en la escuela o Centro de Salud, donde pueda recibir la atención integral que necesita para desarrollar conocimientos y actitudes que le permitan vivir una sexualidad responsable y segura, para esto se debe coordinar con las autoridades de las instituciones educativas de Chiclayito.

3.- Incidir sobre la prevención y las vías de transmisión de las ITS, VIH-SIDA, (prevenir es mejor que curar) quitando los tabúes y mitos como por ejemplo que el Sida se trasmite por besos y abrazos; empoderando a los adolescentes para prevenir una mayor incidencia de contagios.

4.- Poner al alcance de nuestros adolescentes información e insumos de planificación familiar para evitar embarazos no deseados, con su respectiva consejería. Coordinar y gestionar con las autoridades de salud (Director Regional de Salud en Piura) para crear una normativa que permita y mejore la accesibilidad a estos servicios de los adolescentes.

5.- Que la universidad continúe con la línea de investigación: Conocimiento y actitudes sexuales en los Adolescentes, ya que aporta datos importantes para que nuestras autoridades de salud y del sector educativo, (además de otros sectores) y de esta manera puedan tomar decisiones que ayuden a mejorar la salud sexual y reproductiva de nuestros adolescentes y poder buscar soluciones a nivel intersectorial y de manera integral.

6.-Otra contribución será para a las autoridades del Establecimiento de Salud I-3 Chiclayito, (Gerente, consejo Directivo, Jefe de Establecimiento, Coordinadora del servicio de Obstetricia) pues se proveerá de información vital para ser mejor utilizadas en el trabajo de promoción y prevención dentro de los temas de salud sexual y reproductiva del adolescente, ayudando a la disminución de los indicadores negativos y al desarrollo integral del mismo.

7.- Se recomienda usar los medios de Comunicación y material informativo (murales, afiches, sesiones educativas, etc.) para hacer la sensibilización a nuestra comunidad y trabajar en temas de promoción que ayude a nuestros adolescentes.

ASPECTOS ETICOS: Entre los principios éticos, podemos mencionar los siguientes:

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

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Solís A. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescente del distrito de Chimbote. In Crescendo Ciencias de la Salud.[serie de internet] 2014 [citado 14 Jul 2016]Vol. 1, (núm. 2):437-445 .Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/321>
2. Ros R, Morandi G, Cozzetti S, Lewintal B, Cornellà i C, Surís G. La adolescencia: consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. En: Manual de Salud Reproductiva En La Adolescencia, 1.^a Ed, España , INO Reproducciones, S.A. 2001,p. 27-84.Disponible en: http://sec.es/descargas/AA_1999_Manual_Salud_Reproductiva_Adolescencia.pdf.
3. Salinas G, Nociones de Psicología. Lima: Adunk SRL; 2003
4. Rodríguez A, Sanabria G, Contreras M, Perdomo B, Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios Escuela Nacional de Salud Pública. Rev. Cub. de salud Púb. [serie de internet] 2013 – [citado 15 Julio 2016] vol.39 (nº.1).Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100015.
5. Calatrava M, López-Del Burgo C, Irala J, Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos, Rev. Medicina Clínica [serie de internet] Mayo 2012 [citado 14 Julio 2016] Volumen 138, (5), 534–540 .Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775311008621>.
6. Unicef. [página en internet] Estados Unidos. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, c 2011 [actualizado 09 Agosto 2016, citado 09 de agosto 2016] Disponible en: http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf.
7. La Prensa.peru.com. [página en internet] Lima, La prensa.pe, c2015 [actualizado 24 Julio 2016, citado 24 Julio 2016] Disponible en: <http://laprensa.peru.com/actualidad/noticia-inei-embarazo-adolescente-peru->

- [sube-al-146-47433](#).
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [página en internet] Lima, INEI, c2015 [actualizado en 24 Julio, citado 24 Julio 2016] Las Adolescentes y su Comportamiento Reproductivo 2013 .Lima, Enero 2015 .INEI. 2015. Web: www.inei.gob.pe.
 9. La República.pe [página en internet] Lima, la Republica.pe, c2009 [citada 24 de Julio 2016, citada 24 Julio 2016]. Disponible en: <http://larepublica.pe/21-09-2009/minsa-presenta-analisis-sobre-la-situacion-de-los-adolescentes-en-el-peru>.
 10. Registros Estadísticos Poblacionales del Establecimiento de Salud I-3 Chiclayito.
 11. OPS. Proyecto de Desarrollo y Salud Integral de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe 1997-2000. Washington: OPS; 1998. Disponible en : <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd59/saludintegral.pdf>.
 12. Pérez, JM, BorrásJ, Zubieta X. La Sexualidad del Adolescente. [actualizado 2006 Diciembre 18]. [citado 2007 Enero 30]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundo/2006/12/15/sexo/1166185087.ht>.
 13. Achiong M; Achiong F, Intervención educativa en VIH/SIDA a adolescentes del Instituto Preuniversitario Vocacional de Ciencias Exactas "Carlos Marx", de Matanzas Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas "Dr. Juan Guiteras Gener". Matanzas, Rev. Cub. de Hig y Epidemiol [serie en internet] 2011dic. [citado el 15 de Julio 2016] vol.49 (no.3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300003.
 14. Correa ML, Leyva LG, Rojas LC, Sol M- Caracterización de adolescentes y padres según conocimientos sobre sexualidad. MEDICIEGO, [serie de Internet] 2010; [citado 22 Julio 2016]16(1) Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_01_10/pdf/t10.pdf.
 15. Provincia de Piura, Wikipedia la enciclopedia libre disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Provincia-de-Piura>.
 16. Ramo A. Autoestima en la Adolescencia. Blog de Aplicaciones-1. [actualizado 2006 Noviembre13]. [citado 2007 Enero 30]. Disponible en: <http://www.aplicaciones.info/blog/?p=190>.

17. González B, Bolaños MR, Pupo NL Estrategias educativas para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en jóvenes. Rev. cubana de Salud Pública [serie de Internet] 2010 oct.-dic. [citado 22 de Julio 2016] v.36 (nº.4)
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid
18. Calero J. Santana F. Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. Rev. cub. Sal. Pub. [serie de internet] 2001[citado el 09 de Agosto 2016]; 27 (1): 50-57.Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662001000100007&script=sci_abstract.
19. García I. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. Revista Cuba Pediátrica [serie en Internet] 2002[citada2009Noviembre11]; 74(4).Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin>.
20. Pérez R, Cid AR M, Lepe Y, Carrasco C. Conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales en un grupo de adolescentes chilenos. Perinatal Reprod. Num. [serie en Internet] 2004[citada 09 Agosto 2016]; 18(4):
Disponible en: <http://www.inper.mx/descargas/pdf/conocimientosActitudesycomportamientoSexual.pdf>.
21. Varela M, Paz J, Estudio sobre “Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes Gallegos”2012 Rev. Internacional de Andrología [serie en internet] 2012 [citada 13 de agosto 2013]8(2).Disponible en: <http://www.sidastudi.org/es/registro/ff808181463cc53c01466d038eca00a3>.
22. Pereira J.; Ferreira S, “Uso del preservativo masculino por adolescentes en el inicio de La vida sexual” Adolsc. y salud[serie en internet] 2012- Abr/Jun - [citada 4 agosto 2016]Vol. 9 (nº 2) : 37 a 44 Disponible en: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=314&idioma=Espanhol
23. García V, Menéndez R, Fernández G, Cuesta I. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. International Journal of Psychological Research, [serie en intrnet] 2012[citada 04 Agosto 2016] Vol. 5, (Nº. 1): 79-87. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5134684>

24. Vargas B, Araya A. Influencia de las condiciones socio-demográficas en las actitudes y el comportamiento en sexualidad que expresan los y las jóvenes de noveno año provenientes de un colegio público del cantón Central de Alajuela, Costa Rica. Población y Salud en Mesoamérica, [serie en internet] 2012[citada 04 Agosto 2016] Vol. 10(Nº. 1): 15 .Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4724572>.
25. Rodríguez C. Sanabria R. Contreras P Perdomo C, Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Rev. Cubana Salud Pública [serie en internet] 2013 ene.-mar. [citada el 04 Agosto 201] vol.39 (no.1).Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100015
26. Della M. Uso de métodos anticonceptivos en relación con la información sexual en una muestra de adolescentes embarazadas. Psicología y Salud [serie en internet] 2016 Enero-Junio [citada 04deAgosto] Vol. 26, (No 1) Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/818>.
27. Reynaga C. Evaluación del impacto de una campaña de prevención del VIH e ITS en adolescentes del Perú., Preprint [serie de Internet] 2015 Nov [citado el 22 Julio2016) Disponible en: <http://eprints.rclis.org/28397/>.
28. Fuentes J. Nivel De Conocimiento Sobre Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes de Centros de Educación Nocturna. Rev. Psicológica Herediana. [serie en internet] Puno. 2002. [citada 2009 Marzo 23]. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe>.
29. Huapaya C. Actitudes Sexuales de Riesgo de los Adolescentes del 3er año “A” de secundaria del Colegio Manuel Gonzales Prada de Huaycán. Revista de Ciencias de la Salud. [serie en internet] Lima 2007. [citada 2009 Diciembre 12]; 2 (2). Disponible en: <http://posgrado.upeu.edu.pe>.
30. Tavara O. “Contribución de las Adolescentes a la Muerte Materna en el Perú” sisbib. unmsm Ginecol. obstet [serie en internet] 2004 [citado el 13 de agosto 20013]. 2004; 50 (2): 111-119.Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol50_n2/a06.htm.
31. Oliva E. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de la Urbanización

- el Pacifico - Nuevo Chimbote, 2012 [Tesis Licenciatura] Chimbote . URI: http://tesis.uladech.edu.pe/handle/ULADECH_CATOLICA/78.
32. Salazar G, Santa M, Solano R, Lázaro V, Arrollo S, Araujo T, Luna R, Echazu I. Conocimientos de Sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar en adolescentes de Instituciones educativas nacionales del distrito de El Agustino, Lima Perú. Horzt. Med.[serie en internet]2007[citada 04 Agosto 2016] Vol. 7, (Núm. 2).Disponible en: <http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/214>
 33. Fernandez-Honorio. Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de centros educativos del distrito de San Juan de Lurigancho. Rev.Agora [serie en Internet] 2015 [citado 04 Agosto 2016] Vol. 2, (Núm. 1) Disponible en: <http://revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/view/21>.
 34. Chura M, Campos P. Miranda M, Asca N. Factores socioculturales relacionados con el embarazo reincidente en adolescentes atendidas en el Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima. Rev. cientf. [serie en internet] 2013[citado 04 Agosto 2016] Vol. 6, (Núm. 1). Disponible en: http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/192
 35. Escobar L. Conocimientos y Actitudes Sexuales de los Adolescentes de la Institución Educativa "Ricardo Palma" del Distrito de Marcavelica – Sullana” [tesis para obtener el título profesional de obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2009.
 36. Campos M. Conocimientos y Actitudes Sexuales que tienen los Adolescentes de la Institución Educativa Luciano Castillo Colona del Distrito de Bellavista – Sullana [tesis para obtener el título profesional de obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2009.
 37. Carrasco J. et al. Conocimientos en Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes de secundaria en Salitral en Piura, [tesis para obtener el grado de enfermería] Huancayo: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.2006
 38. Zeta ME. “Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 a 19 años, de la zona urbano marginal - Chulucanas - Piura - 2012”. [Tesis para optar el título de Master] Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote 2016

39. Tume MC, Sechura “Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 - 19 años del Colegio Sagrado Corazón de Jesús Sechura -2015” [tesis para optar el grado de Licenciatura] Piura: Universidad los Ángeles de Chimbote, 2016
40. Castro Ñ. Conocimientos Sobre Métodos Anticonceptivos En Adolescentes Del 5to Año De Secundaria De La Institución Educativa Nacional José Cayetano Heredia, Catacaos –Piura 2014 [tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia] Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Disponible en:
<http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2015/08/02/125000/20150703020900.pdf>
41. Riquelme K. Perspectivas Teóricas sobre la Adolescencia [monografía en internet] San Antonio – Paraguay. Universidad Técnica De Comercialización Y Desarrollo. 2009 [citada el 04 Agosto 2016] Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos71/perspectivas-teoricas-adolescencia/perspectivas-teoricas-adolescencia2.shtml#ixzz4GVv1E625>
42. Conan D. Teorías Sobre El Desarrollo Adolescente [serie en Internet] [citado el 04 Agosto 2016] Disponible en: <https://terapiaonline.co/psicologia-evolutiva/adolescencia/teorias-sobre-el-desarrollo-adolescente/>
43. Portillo F. Desarrollo Moral: La Teoría De Lawrence Kohlberg [serie en Internet] 2005 Marzo [citado 04 de Agosto 2016] Disponible en:
http://ficus.pntic.mec.es/~cprf0002/nos_hace/desarrol3.html.
44. Federación Internacional de Planificación Familiar. Programa de Atención a Jóvenes en Salud Sexual. [Serie en Internet]. España. [Alrededor de una pantalla].disponible en: <http://www.fpfe.org/jovenes/programa.htm>.
45. Papalia, WO, Duskin F. Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia. 9 ed. México: McGraw Hill-Interamericana; 2005.
46. Arieu P. Teoría del conocimiento /epistemología [monografía en internet]. España: pauloarieu en Filosofía Comments. [Citados 2008 julio 24]. [Alrededor de 17 pantallas]. Disponible en:
<http://mujercristianaylatina.wordpress.com/2009/03/22/teoria-del-conocimiento-epistemologia>.

47. Covarrubias F. Manual de Técnicas y Procedimientos de Investigación Social desde la Epistemología Dialéctica Crítica. Oaxaca, México: Ed. Lasser Plus Artes Gráficas; 1998.
48. Moreno C. Teoría del conocimiento: Introducción a la epistemología [monografía en internet]. España: Wikipedia; 2001 [citada 2007 Mayo 15]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible desde: <http://www.ciencia.net/VerArticulo/Teoria-del-conocimiento?idArticulo=dsfjuvb78mvlaklixioz602c4>
49. Festinger L. La teoría de la disonancia cognoscitiva (extracto por A. Ovejero) Rev. anual de Psicología Psicothema [serie por internet] 1993 [citado 08 Agosto 2016] 5(1): 206 Disponible en: <http://www.uniovi.es/reunido/index.php/PST/article/view/7156>
50. Whittake JO, Sandra J. Psicología. 5 Ed. México: McGraw Hill / Interamericana; 1989.
51. Sobrevilla L. Sexualidad Humana. Instituto de Estudios de Población IEPO. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Ed. Saywa. Perú; 1993
52. Navarro G. Conocimientos y actitudes con respecto a la sexualidad e inicio de la actividad sexual en Adolescentes de secundaria de la I.E: Jorge Martorell Flores de Tacna 2011-2012 [Tesis para optar el título de Licenciada de Obstetricia] Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman; 2013
53. Romero L. Sexualidad y educación sexual irresponsable. [Monografía en Internet]. Colombia: Centro de Asesoría y Consultoría; 2006 [citada 2007 Marzo 10]. [alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos13/sexeduc/sexeduc.shtml>
54. Chirino R, Fernández L, Torres S, Navarro D. Fisiología Reproductiva Femenina: Hormonas Sexuales y sus ciclos. RVFO [serie en Internet]. 2004 [citada 2009 Mayo 16]; 1 (2): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: http://www.biocancer.com/?q=system/files/Fisiologia_reproductivaFemenina.
55. Candiotti J, Anatomía y Fisiología Humana. Año 1986
56. Totora Gerard J. y Grabowski Sandra Reynolds Principios de Anatomía y Fisiología, 9º edición, 2006.

57. Wikipedia. Respuesta sexual humana, [serie en Internet]. 2006. [citado 2007 jun 13]. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Respuesta_sexual_humana
58. Wikipedia. Infecciones de Trasmisión Sexual,[serie de Internet] 2006 [citado 08 Agosto 2016] Disponible en :
https://es.wikipedia.org/wiki/Infecciones_de_transmisi%C3%B3n_sexual
59. Minsa, Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva- ministerio de salud [serie en internet]2004 [citado 04 Agosto 2016] Disponible en:
http://207.58.191.15:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/240/87_GUIAS_SALUD_INTEGRAL.pdf?sequence=1
60. Morris L. Sexual Behavior and Reproductive Health of Latin American Adolescents. Presented at the UNFPA Regional Conference on Reproductive Health in Latin America and the Caribbean. [conferencia] Mexico; 1995.
61. Cuauhtemoc C. Juventud en Éxtasis. [monografía en internet]. Argentina: Ediciones Selectas. 2007, [citada Agosto 12]. [alrededor de 4 pantallas]. Disponible en: www.saludfemenina.com.ar
62. Navarro Á. López V. “Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales. Periodo Junio – setiembre 2012.” [Tesis Para Obtener El Título Profesional de Obstetra]Tarapoto: Universidad Nacional De San Martín, 2012
63. Orzú WM. Amor y familia. Guía práctica de educación y sexualidad. Madrid-España: Ed. Palabra; 1998. pp. 32-36.
64. Orientación matrimonial: Reciprocidad [monografía en internet]. España, 2007[citado 2007 Febrero 19] [alrededor de 3 pantallas], Lugar de. Disponible en: <http://orientacionmatrimonial.wordpress.com/2007/02/07/reciprocidad>
65. Morlchetti A. Marco conceptual para el desarrollo y la salud sexual de adolescentes y jóvenes. [monografía en internet].Disponible en: www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-marconceptual.pdf.
66. Noviazgo y matrimonio, Lugar de Publicación http://www.encuentra.com/documento.phpf_doc=1611&f_tipo_doc=9

67. Martínez L. Hacia una sexualidad integral. blog de aplicaciones, [citado 09 Agosto 2016]. Disponible en: http://familiatec.itesm.mx/publicaciones/docs/boletin8/familia_presente.pdf.
68. Méndez C. Sexualidad con naturalidad sabor y salud. [monografía en internet]. [citada 2008 julio 23]. Disponible en: <http://www.saborysalud.com/vidasana21.htm>
69. Wikipedia John Money,[serie de Internet] 2006 [citado 08 Agosto 2016] Disponible en : https://es.wikipedia.org/wiki/John_Money
70. Díaz T. Programa de educación sexual para optimizar conocimientos y actitudes positivas frente a la sexualidad en los adolescentes de los novenos años paralelos a y b de la escuela de educación básica Miguel Riofrío N°2 de Loja. dspace.unl.edu.ec [Serie en Internet] 2016 [citado 06 de Octubre 2016]:10 -11. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/13737>
71. Megna A. La educación de la sexualidad: una mirada desde una perspectiva actual a las necesidades de los/las adolescentes y jóvenes. eumed.net. [tesis para optar el título de Master] Cuba. Universidad De Las Tunas “V. I. Lenin” 2011
72. Vargas T. Toma De Decisiones Sexuales Y Reproductivas En La Adolescencia. Rev. editorial.ucatolica.edu.co [serie en internet] 2015[citado el 06 de Octubre 2016] ,10 (1) : Disponible en : http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/236
73. Mamani L. Conocimientos, actitudes e impulsos frente a la sexualidad en los adolescentes en dos instituciones educativas, Juliaca, Puno, 2014. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería] Puno: Universidad Nacional Mayor Juliaca. 2014 Disponible en:http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/viewFile/470/481
74. Venegas Q. Factores Sociodemográficos y su Relación con los Conocimientos y Actitudes Sexuales de los Adolescentes de la Institución Educativa Mariscal

- Cáceres, Tacna 2012.[tesis para obtener el grado de Licenciada de Enfermería]
Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre .2013 Disponible en :
<http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/handle/unjbg/167>
75. Niño B. Cambios persistentes en Conocimientos, Actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes y jóvenes escolarizados de cuatro municipios de Santander - Colombia. Salud UIS [serie de Internet] 2012 [citado 06 de Octubre 2016]. 44 (2):21-33. Disponible en :
<http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v44n2/v44n2a05>
76. Grajales A. Actitudes de los adolescentes escolarizados frente a la salud sexual y reproductiva. Medellín (Colombia) Invest. Educ. Enferm. [serie de Internet] 2012[citado 06 de Octubre 2016];30 (1) Disponible en :
<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v30n1/v30n1a09>

ANEXOS

ANEXO 1-A



UNIVERSIDAD LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE



ENCUESTA DE CONOCIMIENTO DE LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE

Autora: Mg. Nelly Solís Villanueva

Estimada y estimado adolescente:

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

Instrucciones:

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

ANATOMIA Y FISIOLOGIA, SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE	S	N
	I	O
<ul style="list-style-type: none"> Los genitales externos de la mujer está conformado por: Marque con una X solo la respuesta correcta Los labios mayores y menores (), el clítoris (), orificio de la uretra () y la abertura de la vagina () 		
<ul style="list-style-type: none"> ¿La fecundación se da cuando el espermatozoide ingresa al ovulo? 		
<ul style="list-style-type: none"> El embarazo comienza con la fecundación 		
<ul style="list-style-type: none"> Durante el embarazo la mujer experimenta modificaciones anatómicas y fisiológicas 		
<ul style="list-style-type: none"> Los genitales externos del hombre está conformado por : El pene, los testículos y las bolsas escrotales 		
<ul style="list-style-type: none"> ¿El glande es el extremo final (la punta) del pene? 		
<ul style="list-style-type: none"> ¿Las trompas de Falopio trasportan el ovulo hacia el útero? 		
<ul style="list-style-type: none"> Una mujer puede quedar embarazada en la mitad del ciclo menstrual +- 3 días 		
<ul style="list-style-type: none"> El sexo es una conducta natural y por tanto las personas necesitan aprender cómo hacerlo 		
CICLO DE RESPUESTA SEXUAL HUMANA		
<ul style="list-style-type: none"> Marque con una X, solo la respuesta o respuestas que a su parecer son correctas 		
<ul style="list-style-type: none"> Las fases en la respuesta sexual son : Deseo () excitación() meseta() orgasmo() resolución () 		
<ul style="list-style-type: none"> La vivencia de una sexualidad responsable tiene como elemento principal La autoafirmación personal (ejercer control sobre la vida sexual) 		
<ul style="list-style-type: none"> Vivir una sexualidad responsable es tener conocimientos de ITS y VIH/SIDA, y métodos de planificación familiar 		

<ul style="list-style-type: none"> Las actitudes y valores de los jóvenes son importantes en la vivencia de la sexualidad 		
<ul style="list-style-type: none"> Son manifestaciones de madurez sexual: menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto, masturbación 		
<ul style="list-style-type: none"> Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad 		
<p>Marca con una X las respuesta que creas correcta;</p> <ul style="list-style-type: none"> El comportamiento sexual no coital es cuando se practica los : besos abrazos () caricias () masturbación() 		
<ul style="list-style-type: none"> La persona es quien controla su propio comportamiento sexual 		
PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL – VIH/SIDA		
<ul style="list-style-type: none"> ¿Sabes que el sida es una enfermedad que amenaza la vida? 		
<ul style="list-style-type: none"> Las vías de contagio de la infección por el virus del VIH/SIDA está dada por vía sanguínea, (transfusiones sanguíneas), relación coital, trasmisión de madre a hijo 		
<ul style="list-style-type: none"> Un hombre puede infectarse con el virus del VIH si tiene coito con una sola mujer 		
<ul style="list-style-type: none"> El usar preservativos convenientemente en una relación te previene del contagio del SIDA 		
<ul style="list-style-type: none"> El SIDA se contagia por los abrazos, los besos y el contacto con una personas infectadas (-) 		
<ul style="list-style-type: none"> Las ITS son infecciones que se trasmiten a través de las relaciones coitales 		
<ul style="list-style-type: none"> Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas que corresponden a una infección de transmisión sexual. 		
<ul style="list-style-type: none"> la sífilis, la gonorrea, el chancroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal. Son infecciones de transmisión sexual 		
<ul style="list-style-type: none"> El uso de preservativo es 100% seguro para la prevención de las ITS 		
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS COMO ALTERNATIVA DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO		
<ul style="list-style-type: none"> En su primera relación coital una mujer puede quedar embarazada 		
<ul style="list-style-type: none"> Los métodos de planificación familiar están divididos en: métodos naturales y artificiales 		
<ul style="list-style-type: none"> La píldora, los inyectables y el DIU, son métodos anticonceptivos 		
<ul style="list-style-type: none"> Para usar la T de cobre la chica debe ir al médico u obstetra 		
<ul style="list-style-type: none"> El método de abstinencia sexual consiste en no tener las relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer 		
<ul style="list-style-type: none"> El preservativo es un método de planificación familiar 		
<ul style="list-style-type: none"> Conoces los métodos de barrera ,menciónalos : los preservativos masculinos y femeninos, los diafragmas, los espermicidas 		
<ul style="list-style-type: none"> ¿Conoces los métodos hormonales? menciónalos: la píldora (), los inyectables () y el norplant () . 		
<ul style="list-style-type: none"> Conoces los anticonceptivos para regular la fecundidad del adolescente menciónalos Marca con una X el que menciona: el preservativo (), el diafragma (), las píldoras (), los inyectables (), el DIU () . 		

ANEXO 1-B

REPORTE DE VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SEXUALES

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

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,646	35

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-tot al corregida	Alfa de Cronbach si se eleimina el elemento
A1	25.66	11.849	.009	.658
A2	25.39	12.139	-.054	.654
A3	25.39	11.587	.234	.636
A4	25.34	11.952	.100	.644
A5	25.42	11.800	.092	.646
A6	25.41	12.004	.007	.651
A7	25.71	10.967	.274	.629
A8	25.73	12.201	-.097	.670
A9	25.81	11.154	.209	.637
B1	25.41	11.487	.258	.634
B2	25.34	11.642	.351	.634
B3	25.88	11.003	.260	.631
B4	25.44	11.423	.244	.634
B5	25.54	11.804	.042	.652
B6	25.31	12.112	.000	.646
B7	25.53	11.357	.206	.637
B8	25.36	11.819	.160	.641
C1	25.34	11.504	.464	.629
C2	25.34	11.607	.379	.633
C3	25.83	11.178	.202	.638
C4	25.85	11.166	.207	.637
C5	25.47	11.495	.185	.639
C6	25.42	11.179	.379	.624
C7	25.42	11.248	.346	.627
C8	26.31	12.112	.000	.646
C9	26.31	12.112	.000	.646
D1	25.53	11.047	.321	.626
D2	25.42	11.248	.346	.627
D3	25.61	11.587	.098	.648
D4	25.36	11.819	.160	.641
D5	25.51	10.875	.401	.618
D6	25.47	11.667	.117	.644
D7	25.64	11.026	.271	.630
D8	25.51	11.358	.216	.636
D9	25.37	11.686	.209	.638



UNIVERSIDAD LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE



ANEXO 2-A

TEST DE ACTITUDES SEXUALES DEL ADOLESCENTE

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

ACTITUDES Y VALORES SEXUALES DEL ADOLESCENTE					
	1	2	3	4	5
RESPONSABILIDAD Y PREVENCION DEL RIESGO SEXUAL					
• Cumples con tus obligaciones					
• Te consideras obediente					
• Llegas a tus clases puntualmente					
• Ayudas en las tareas de la casa					
• Cuando tienes relaciones sexuales (coitales) lo haces consciente de que te expones a problemas de salud como: embarazo precoz, ITS /VIH/SIDA.					
• Prevé y te preparas para enfrentar las consecuencias de tus actos: salir embarazada, adquirir ITS /VIH/SIDA.					
• La conducta sexual de una persona es cosa suya y nadie debe hacer juicios de valor sobre ella.					
• Una persona que va a tener una conducta coital, debe buscar información y consejos sobre anticoncepción.					
• Crees que las relaciones sexuales entre personas jóvenes es aceptable, si hay afecto entre ellos y si ambos están de acuerdo.					
• crees que hoy en día todos deben usar los preservativos para protegerse de ITS/VIH/SIDA					
LIBERTAD PARA DECIDIR					
• Cuando vas a tomar una decisión, lo haces por tu propia voluntad					
• Siempre que vas a decidir por algo, necesitas la intervención de otras personas.					
• Cuando una pareja desea tener relaciones coitales, debe ser porque ambos lo deseen y lo acepten					
• Si has iniciado tu actividad sexual, utilizas un método de planificación familiar					
• Cuando tienes relaciones sexuales lo haces por tu propia voluntad					
• Cuando iniciaste tu actividad sexual lo hiciste por la presión de tus amigos					
AUTONOMIA					

• Tú tienes derecho a elegir con quien y en donde realizar tu vida sexual					
• Crees que es necesario recibir información sobre sexualidad cuando tú lo solicites.					
• Es fácil expresar tu opinión ante los demás					
• sientes y crees que nuestro cuerpo nos pertenece , por ello solo tú eres la/el única (o) responsable de tu integridad corporal					
• Tú decides por el control de tu cuerpo, por ello realizas deportes, buscas espacios de distracción etc.					
RESPECTO MUTUO Y RECIPROCIDAD					
• Tú y tu pareja se consideran iguales					
• Crees que el sexo debe ser compartido únicamente con alguien que conozcas mucho.					
• Cuando estas frente a un problema de salud sexual tu pareja responde conjuntamente contigo en la solución del problema					
• Tu pareja respeta la decisión de no tener el acto sexual, cuando tu no lo deseas					
• Tu pareja respeta tus espacios con tus amigos					
• Tu pareja entiende que estás en tus días de peligro y que no es posible una relación sexual (coital)					
• Tu pareja conversa contigo acerca de las consecuencias que trae la conducta sexual irresponsable					
• Conversas con tu pareja sobre el desarrollo personal de ambos					
• Acuerdan situaciones para ejercer su sexualidad sin riesgos					
SEXUALIDAD Y AMOR					
• Crees que en una relación sexual debe haber amor de por medio					
• Las relaciones coitales se dan casualmente					
• La pérdida de la virginidad de la mujer antes del matrimonio no deber ser mal vista por la sociedad					
• La relación sentimental que inicia una pareja debe ser relativamente estable					
• Las relación con tu pareja es estable					
• El amor que sientes por tu pareja es correspondido de la misma manera que tú lo haces					
• Ser mutuamente fieles es actuar con responsabilidad y respeto mutuo					
• Las fantasías sexuales son muy normales entre personas jóvenes					
• Crees que Las / los jóvenes que se masturban llevan a cabo una conducta normalmente saludable					
SEXUALIDAD COMO ALGO POSITIVO					
• Sientes y crees que tener relaciones sexuales es una decisión individual y voluntaria de la persona					
• Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista deseo sexual,					
• Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista amor					
• Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista respeto					
• Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista					

comunicación					
• Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista responsabilidad y cuidado					
• Cuando decidimos tener relaciones sexuales debemos aceptar a nuestros sentimientos sin culpa ni vergüenza					
• La sexualidad es compartida por esa razón debe ser cuidada por ambos protegiéndose y utilizando anticonceptivos					
• Antes de tener relaciones sexuales debemos pensar, si nos sentimos bien al hacerlo.					
• Las mujeres vemos a la sexualidad como algo malo porque nuestros padres nos transmitieron ese concepto					
• Las mujeres que sienten temor a la sexualidad es por la mala información que recibió en su infancia, ya sea de sus padres, adultos, y por experiencias negativas que fueron víctimas					

ANEXO 2-B

REPORTE DE VALIDACIÓN DE ESCALA DE LIKERT DE ACTITUDES SEXUALES

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

REPORTE DE LA CONFIABILIDAD DEL TEST DE ACTITUDES SEXUALES

	<u>Alfa de Cronbach</u>	<u>No Ítems</u>
Responsabilidad y o prevención de riesgo sexual	.606	10
Libertad para decidir	.521	6
Autonomía	.607	5
Respeto mutuo y reciprocidad	.829	9
Sexualidad y amor	.505	9
sexualidad como algo positivo	.645	11
Escala Total	.881	50



UNIVERSIDAD LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE



ANEXO 3

CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LOS ADOLESCENTES

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

ANEXO N° 03

CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE
LOS ADOLESCENTES

Autor: Mg. Nelly Solís Villanueva

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

*Heterosexual (de tu sexo opuesto)

1. Homosexual (de tu mismo sexo)

2. Bisexual (de ambos sexos)

