



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES EN
ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO
TERESA DE CALCUTA- NUEVO CHIMBOTE-AÑO
2011**

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

AUTORA:

MILAGRITOS DEL PILAR INGA MIRANDA

Asesora:

MG OBST.NELLY SOLIS VILLANUEVA

CHIMBOTE –PERÚ

2015

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES EN
ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO
TERESA DE CALCUTA- NUEVO CHIMBOTE-AÑO
2011**

JURADO EVALUADOR

MG. OBST. MARÍA LUCÍA VILLANUEVA VÁSQUEZ
PRESIDENTA

MG. OBST. CARMEN ROSA AGUIRRE ESPINOZA
SECRETARIA

MG. OBST. MELVA LOYOLA RODRÍGUEZ
MIEMBRO

MG. OBST. NELLY SOLÍS VILLANUEVA
ASESORA

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a DIOS todopoderoso
por iluminar y guiar mi camino, y
darme la fuerza necesaria para el
término de mis estudios.

A mis padres por ser mi principal
Motivo de lucha constante, su amor
Y valores que forjaron en mí crecer

A la Mg. Obst.Nelly Solís Por su asesoría
y apoyo incondicional durante el proceso
de investigación.

Finalmente a los adolescentes del AA.HH
Teresa de Calcuta de Nuevo Chimbote
quienes prestaron su tiempo y su
honestidad al responder en los
instrumentos de estudio.

RESUMEN

El estudio tiene como Objetivo: Describir el conocimiento y las actitudes sexuales en los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Teresa De Calcuta del distrito de Nuevo Chimbote durante el año 2011. La Metodología aplicada es de un estudio de tipo descriptivo, nivel cuantitativo, diseño simple de una sola casilla de corte transversal. Se seleccionó una muestra de 100 adolescentes entre 14 y 19 años, a través del muestreo no probabilístico por cuotas, a quienes se aplicó un cuestionario para medir los conocimientos y test de Likert para medir las actitudes, previamente validados (índice de confiabilidad Alfa Crombach 0,88 e índice de confiabilidad de Guttman 0,89). Se obtuvo como Resultados: El 58% de adolescentes desconoce de manera global sobre la sexualidad, siendo las dimensiones menos conocidas anatomía y fisiología sexual y reproductiva (54%) y métodos anticonceptivos como prevención del embarazo (80%). Sin embargo, el 98% presenta una actitud global favorable hacia la sexualidad. Se Concluye, **que** los adolescentes encuestados del AA.HH Teresa De Calcuta de Nuevo Chimbote en su mayoría desconocen sobre la sexualidad, lo que no sucede con las actitudes que resultaron favorables verificando así que la teoría de la disonancia cognitiva está presente en los jóvenes de este asentamiento humano, lo que dificultará una aproximación congruente hacia la vivencia de su sexualidad responsable y segura.

Palabras clave: actitud, Adolescencia, conocimiento, sexualidad,

ABSTRACT

The study aims: To describe the knowledge and sexual attitudes in adolescents 14 to 19 years of human settlement Teresa De Calcutta Chimbote district in 2011. The methodology used is a descriptive study, quantitative level, simple design of a single box cross section. He selected one out of 100 adolescents between 14 and 19 years through non-probability quota sampling, to whom a questionnaire was applied to measure the knowledge and test Likert to measure attitudes, previously validated (reliability index Alfa Crombach 0.88 and Guttman reliability index 0.89). It was obtained as results: 58% of teens globally known about sexuality, sexual and reproductive being the least known dimensions anatomy and physiology (54%) and contraceptive methods and pregnancy prevention (80%). However, 98% have a favorable overall attitude toward sexuality. It is concluded that adolescents surveyed AA.HH Teresa De Calcutta Nuevo Chimbote mostly unaware about sexuality, which does not happen with the attitudes that were favorable and verifying that the theory of cognitive dissonance is present in young people this human settlement, which will hinder a coherent approach to the experience of its responsible and safe sexuality.

Keywords: attitude, Adolescence, knowledge, sexuality,

CONTENIDO

Título de la tesis	ii
Hoja de firma del jurado y asesor	iii
Hoja de agradecimiento y/o dedicatoria (opcional)	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Contenido	vii
Índice de tablas	viii
Índice gráficos	ix
I. Introducción	1
II. Revisión de la literatura	5
2.1. Antecedentes	5
2.2. Bases teóricas	8
2.2.1. Conocimientos en sexualidad.	9
2.2.2 Actitudes hacia la sexualidad	9
2.2.3. La sexualidad y adolescencia	12
2.2.4 Modelo conceptual de la investigación	18
2.2.5 Anatomía y fisiología sexual y reproductiva.	20
2.2.6 Fisiología sexual y reproductiva.	23
2.2.7 Ciclo de Respuesta Sexual Humana.	26
2.2.8 Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.	30
2.2.9 Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.	33
2.2.10 Actitudes y valores del adolescente según dimensiones	40
2.3. Definición operacional de las variables en estudio	48
III. Metodología	52
3.1. Tipo y nivel de investigación	52
3.2. Diseño de la investigación	52
3.3. Población y muestra	52
3.4. Técnicas e instrumentos	53
3.5. Plan de análisis	58
3.6. Matriz de consistencia	59
IV. Resultados	60
4.1. Resultados	62
4.2. Análisis de resultados	69
V. Conclusiones	76
VI. Referencias bibliográficas	77
VII. Anexos	82

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura	Modelo conceptual de la investigación – centro de asesoría y consultoría de Colombia	18
Tabla 01	Conocimiento global sobre sexualidad de los adolescentes de 14-19 años del AA.HH Teresa De Calcuta del distrito de Nuevo Chimbote durante el año 2011.	60
Tabla 02	Conocimientos sexuales por dimensión de los adolescentes de 14-19 años del AA.HH. Teresa de Calcuta - Nuevo Chimbote, 2011	61
Tabla 03	Conocimiento sobre anatomía y fisiología sexual y reproductiva de los adolescentes de 14-19 años del AA.HH Teresa De Calcuta del distrito de Nuevo Chimbote durante el año 2011	62
Tabla 04	Conocimiento sobre respuesta sexual de los adolescentes de 14-19 años del AA.HH Teresa De Calcuta del distrito de Nuevo Chimbote durante el año 2011	63
Tabla 05	Conocimiento sobre prevención de ITS-VIH/SIDA de los adolescentes de 14-19 años del AA.HH Teresa De Calcuta del distrito de Nuevo Chimbote durante el año 2011	64
Tabla 06	Conocimiento sobre métodos anticonceptivos como prevención del embarazo de los adolescentes de 14-19 años del AA.HH Teresa De Calcuta del distrito de Nuevo Chimbote durante el año 2011	65

GRÁFICOS

Gráfico 01	Distribución porcentual del conocimiento global en sexualidad en adolescentes, Asentamiento Humano Teresa de Calcuta Distrito de nuevo Chimbote año 2011.	98
Gráfico 02	Distribución porcentual del conocimiento en sexualidad por dimensiones de los adolescentes, de 14 a 19 años del AA.HH Teresa de Calcuta distrito de nuevo Chimbote año 2011.	99
Gráfico 03	Distribución porcentual del conocimiento sobre anatomía y fisiología sexual y reproductiva de 14 a 19 años en adolescentes, asentamiento o humano teresa de Calcuta distrito de nuevo Chimbote año 2011.	100
Gráfico 04	Distribución porcentual del conocimiento sobre respuesta sexual en adolescentes, asentamiento humano teresa de Calcuta distrito de nuevo Chimbote año 2011.	101
Gráfico 05	Distribución porcentual del conocimiento sobre métodos anticonceptivos como prevención del embarazo en adolescentes, asentamiento humano teresa de Calcuta distrito de nuevo Chimbote año 2011.	102
Gráfico 06	Distribución porcentual de las actitudes sexuales en general en adolescentes, asentamiento humano teresa de Calcuta distrito de nuevo Chimbote año 2011.	103
Gráfico 07	Distribución porcentual de la actitud sexuales por dimensión en adolescentes, asentamiento humano teresa de Calcuta distrito de nuevo Chimbote año 2011.	104

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia se ha definido como un periodo de transición entre la infancia y la adultez. Se considera que comienza alrededor de los 10 años con la pubertad y que termina aproximadamente a finales de los 19 años de edad. ⁽¹⁾ es una época de rápidos cambios y difíciles expresiones. El desarrollo físico es sólo una parte de este proceso, porque los adolescentes afrontan una amplia gama de requerimientos psicosociales: independización de los padres, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, incorporación de una serie de principios éticos aplicables a la realidad práctica, fomento de las capacidades intelectuales y adquisición de una responsabilidad social e individual básica, por nombrar sólo algunos.

Pero a la vez que el adolescente se encara con tan compleja sucesión de dificultades concernientes a su evolución conjunta como ser humano, debe dirimir su sexualidad aprendiendo el modo de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escogiendo cómo participar en las diversas clases de actividad sexual, descubriendo la manera de identificar el amor y asimilando los necesarios conocimientos para impedir que se produzca un embarazo no deseado. No es extraño que en ocasiones el adolescente sea víctima de conflictos, sufrimiento y desconcierto.

Por otro lado, la adolescencia también es una etapa de hallazgo y eclosión; una época en que la maduración intelectual y emocional corre paralela con el desarrollo físico y genera una libertad y un creciente apasionamiento vital. La adolescencia no es únicamente un periodo de turbulencia y agitación, como quieren las concepciones tradicionales, sino que, a la vez, suele ser una fase de goce y felicidad que marca el tránsito agitado y tumultuoso al estado adulto (Offer y Offer, 1975). La naturaleza paradójica de la adolescencia se patentiza sobre todo en la esfera de la sexualidad.^(2,3)

El comportamiento sexual comprende muchos componentes, experiencia, actividad sexual, edad de inicio en el coito, historia y simultaneidad de parejas, frecuencia coital, forma de accesos a las parejas sexuales, duración con las parejas sexuales y tipos de prácticas sexuales. Esta conducta asumida por el adolescente respecto a su

salud sexual y reproductiva, está muy vinculada con los conocimientos y actitudes que en este sentido posee, sin embargo, esto no significa, necesariamente que un buen conocimiento y buenas actitudes sobre la sexualidad y reproducción se corresponda con comportamientos adecuados en esta esfera de la vida. Aun así es imperante entender las creencias, pensamientos, sentimientos, deseos, afinidades y costumbres de los adolescentes como un individuo bio-psico-social, ya que la expresión de estas dimensiones pueden dificultar el desarrollo sano de la sexualidad y limitar la existencia de relaciones afectuosas y responsables entre los jóvenes.

Del mismo modo, tenemos el nivel socio económico, el nivel de educación sexual, la presión ejercida por los medios de comunicación y sus dobles mensajes de permisividad y prohibición; la presión del grupo; el pobre nivel de información, los mitos y creencias erróneas, la falta de habilidades de comunicación, la baja autoestima, la ambivalencia hacia el deseo de maternidad, etc. Finalmente, la dificultad de acceso a los servicios de salud preventivos para jóvenes ⁽⁴⁾.

Chimbote, ciudad pesquera ubicada en la costa norte del Perú, en la Región Ancash, no es ajeno a esta situación alarmante de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente. Con una población de 343,815 mil habitantes, de los cuales 65.00 son adolescentes entre 10 a 19 años ⁽⁵⁾; desde sus orígenes, tiene una importante migración de habitantes provenientes de las diferentes provincias aledañas con realidades sociales económicas, geográficas, ecológicas, culturales y sanitarias distintas. Actualmente cuenta con 45 pueblos jóvenes, asentamientos humanos y urbanizaciones; donde el problema de la salud sexual del adolescente permanece latente.

Una de las comunidades con características desfavorables en salud sexual y reproductiva es el Asentamiento humano Teresa de Calcuta (AHTC) ubicado al sur del distrito, conformado por familias de condición económica del estrato D, según datos obtenidos del centro de salud Yugoslavo cuenta con una población de 1.578 adolescentes entre las edades de 10 a 19 años, de las cuales 140 adolescentes son del grupo etario entre 14 y 19 años.

Situación que llevo a plantear el siguiente enunciado de investigación:

¿Qué conocimiento y actitudes sexuales tienen los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Teresa De Calcuta de Nvo Chimbote en el año 2011? Y para dar respuesta al problema se busca llegar al Objetivo general: Describiendo los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano “Teresa de Calcuta” de Nvo Chimbote en el año 2011, así mismo se planteó como objetivos específicos: Describir el conocimiento global sobre sexualidad en la población en estudio, así como el conocimiento sexual según las dimensiones de anatomía y fisiología sexual y reproductiva; ciclo de respuesta sexual; prevención de ITS y VIH/SIDA; y metodología anticonceptiva como prevención del embarazo. Identificar la actitud global frente a la sexualidad y según dimensiones de responsabilidad y prevención del riesgo sexual; libertad para decidir y actuar; autonomía; respeto mutuo y reciprocidad; sexualidad y amor; y sexualidad como algo positivo y como quinto objetivo específico identificar las características socios demográficos y sexuales del colectivo en estudio.

El estudio se justifica toda vez que la sexualidad sigue tratándose como un tema tabú para lo cual los jóvenes necesitan superar la información errónea que han recibido y requieren orientación y reforzar sus niveles de conocimiento que les ayuden a adoptar sus propias decisiones con cautela y prevención., así también contribuirá a evidenciar los problemas reales existentes en los adolescentes referidas a su conocimiento. Por lo tanto se beneficiara a las instituciones que trabajen con este grupo etario, dado que se entregará material teórico producto del análisis y discusión

La metodología utilizada, es de una investigación de tipo descriptivo, nivel cuantitativo, diseño de una sola casilla de cohorte transversal. La muestra de estudio estuvo constituido por la totalidad de adolescente (100 adolescentes) residentes en el momento de la investigación que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se pretende con esta investigación es hacer conocer las vulnerabilidades de los adolescentes y proponer intervenciones de abordaje a los adolescentes, que se programen estrategias educativas en el ámbito de educación y salud preventiva.

La presentación de los resultados está organizada y planteada en 5 capítulos. Iniciando con el **capítulo I** introducción donde se menciona el título y el planteamiento del problema, junto los objetivos, la justificación, motivación de la investigación y la metodología utilizada. En el **capítulo II** se continúa con la revisión de la literatura teniendo en ello los antecedentes del tema de la investigación siguiendo con las bases teóricas y se termina con la definición operacional de las variables de estudio. En el **capítulo III** se desarrolla la metodología, donde describe el tipo, nivel y diseño de la investigación como también la técnica e instrumentos utilizados, siguiendo así la población y muestra y culminando con el plan de análisis de la información. En el **capítulo IV** se desarrolla los resultados obtenidos a través de tablas siguiendo el orden de los objetivos específicos planteados, para así desarrollar el análisis de los resultados. En el **capítulo V** se describen las conclusiones que se llegaron desarrollar toda la investigación y también nuestra las referencias bibliográficas y los anexos.

Los resultados obtenidos de la investigación se muestran preocupantes ya que todos los adolescentes de manera global desconocen los aspectos básicos para vivir una sexualidad segura y preventiva tal es así muestran actitudes desfavorables acerca de los temas relacionados a los métodos anticonceptivos sabiendo que existe un enfoque preventivo promocional facilitada por el ministerio de salud y que son reforzados mediante estrategias que llegan a nivel educativo para poder garantizar una sexualidad responsable y segura en toda etapa de vida .

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes. A) Nacional

Zapata ⁽⁶⁾ en el año 2011 en Sullana, reporto que el 52.67% de adolescentes desconocen el tema de la sexualidad. Respecto a las dimensiones del conocimientos exploradas encontró que el 82.67% sabe sobre anatomía y fisiología, el 77.33% sobre respuesta sexual y el 56.67% de métodos anticonceptivos, mientras que el 56% desconoce sobre prevención de ITS-VIH/SIDA. Por otro lado, encontró que el 63.33% de participantes presenta una actitud global favorable hacia la sexualidad, siendo las dimensiones más favorables responsabilidad y prevención del riesgo sexual (51.33%), libertad para decidir (54%), respeto mutuo (62.67%) y sexualidad como algo positivo (59.33%). Dentro las características socio demográficas, del total de adolescentes identificó un 27.33% de varones y un 26.67% de mujeres con actividad sexual, teniendo como edad de inicio de relaciones sexuales los 15 años.

Fu, ⁽⁷⁾ quien en 2010 realizó una investigación sobre conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes del distrito de Catacaos-Piura, encontró como resultados que 100% de los participantes tenía nivel bajo sobre conocimientos generales de sexualidad, mostrando desconocer todas las dimensiones exploradas. Respecto a la actitud sexual, el 69% presentó actitudes desfavorables en general, siendo las únicas dimensiones con actitudes favorables responsabilidad y prevención del riesgo sexual y respeto mutuo, con 54% y 63% respectivamente. Por otro lado, del total de los adolescentes que tienen enamorado el 53% son de sexo femenino y el 47% son de sexo masculino, mientras los que ya iniciaron relaciones sexuales el 29% son de sexo femenino y el 27% de sexo masculino, con una edad promedio de inicio de relaciones sexuales para ambos de 15 años, considerándose el 100% heterosexuales.

Flores ⁽⁸⁾, en el años 2010, realizo un trabajo de investigación, cuyo objetivo era identificar los conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de la “Urbanización López Albújar II etapa” del distrito de Sullana – Perú, Teniendo como resultado que la gran mayoría de adolecentes encuestados (80%) tienen

conocimientos bajos sobre sexualidad siendo e la dimensión anatomía y fisiología sexual y reproductiva el de mayor desconocimiento (96%), mientras que una menor cantidad (16%) reportan un nivel de conocimiento medio de las dimensiones de ciclo de la respuesta sexual y VIH/SIDA. Y solo una mínima cantidad (2%) presentan un nivel de conocimiento alto en el tema de prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA y metodología anticonceptiva como prevención del embarazo (18%). También se muestra que las actitudes hacia la sexualidad de los adolescentes, en mayor cantidad (74%) son desfavorables y poca cantidad (26%) muestran actitudes favorables hacia su sexualidad.

Cruz ⁽⁹⁾ Realizó un estudio en año 2011 sobre conocimientos y actitudes sexuales en los Adolescentes de 14 – 19 años de los Pueblos Jóvenes Víctor Raúl y Manuel Arévalo del Distrito de Chimbote; donde obtuvo como resultado, la edad promedio de entrevistados 16.02 años; 67% son católicos, 80% estudiantes, 52% tiene enamorado(a). 99% son heterosexuales, 36% inicio actividad sexual a los 15años. 87% desconoce su sexualidad. 59% desconoce su anatomía genital; 44% desconoce los días fértiles. 86% reconoce que el sexo necesita aprendizaje. 36% desconoce uso del preservativo. 82% desconoce métodos de planificación familiar; el 86% desconoce cuáles son las fases de la respuesta sexual, el 96% reconoce que la VSR implica actitudes y valores, el 83% reconoce que la VSR tiene como elemento, la autoafirmación personal y que implica las tener conocimiento de VIH/SIDA 95%. El 54% desconoce que los MAC pueden ser naturales y artificiales. El 90% desconocen los MAC de barrea y 88% desconocen los MAC hormonales y 82% los MAC para adolescentes. El 87% tiene actitudes desfavorables. 79% no previene el riesgo; 71% no decide libremente; 82% no tiene autonomía, 86% no tiene respeto mutuo; 68% no relaciona la sexualidad con el amor; 86 % no percibe la sexualidad como algo positivo.

Muños ⁽¹⁰⁾ en 2011, en el Pueblo Joven San Pedro sector I del distrito de Chimbote reportó que el 83% de adolescentes desconocen acerca de la sexualidad, observando desconocimiento en todas las dimensiones: ITS-VIH/SIDA y métodos anticonceptivos como prevención del embarazo con el 71% para ambos; así mismo

anatomía y fisiología sexual y reproductiva (63%) y ciclo de respuesta sexual (50%). Presentando actitudes globales (86%) y por cada dimensión desfavorable para la sexualidad responsable y gratificante.

Sánchez ⁽¹¹⁾ realizó una investigación sobre conocimientos y actitudes acerca de las ITS y el VIH/SIDA de los adolescentes varones en dos comunidades zonales de Chimbote, donde el 28% de adolescentes manifestó haber tenido relaciones sexuales, mientras que el 72% expresó no haberlas tenido, con un edad media de iniciación sexual de 14,7 años, con un rango entre 12 y 18 años. Sobre conocimientos de las ITS y el VIH/SIDA encontró que 75% de los adolescentes desconoce los aspectos más relevantes sobre las ITS y VIH/SIDA, y en el polo opuesto, el 25 conoce sobre el tema. El conocimiento de las ITS y el VIH/SIDA según dimensiones tenemos que el 57% de adolescentes conocen las principales ITS y 60% las principales diferencias entre los conceptos y características de VIH y SIDA. Sin embargo, 56% desconocen los signos y síntomas de las ITS, 63% las formas de transmisión y 58% las medidas de prevención de estas enfermedades incluido El VIH. Con respecto a la actitud global hacia las ITS y el VIH/SIDA, el 74% del total de encuestados presentó una actitud global desfavorable, y el restante 26% una actitud favorable. Por otro lado, el 80% de adolescentes presentan actitudes sexuales desfavorables, mostrando a su vez actitudes desfavorables en todas las dimensiones exploradas: responsabilidad y prevención de riesgo sexual (78%), libertad para decidir (77%), autonomía (70%), respeto mutuo y reciprocidad (73%), sexualidad y amor (78%), sexualidad como algo positivo (83%) ⁽¹²⁾.

B) Internacional.

Pérez ⁽¹²⁾ en el año 2010, en su estudio sobre conocimientos, actitudes y comportamiento sexuales en adolescentes chilenos encontró, que del total de adolescentes entrevistados, el 76.4% han recibido orientación sobre temas de sexualidad, de estos más del 50% poseen actitudes positiva frente al uso de los métodos anticonceptivos. De los hombres el 89.8% y el 92.9% de las mujeres mencionan conocer algún método anticonceptivo no encontrando diferencias

significativas; del mismo modo entre los métodos más conocidos por los adolescentes destacan, el preservativo (41.6), los anticonceptivos orales (37.4%), seguido en frecuencia del DIU (11.4%), Asimismo el 84.4% de estos identifican al preservativo como método que protege el contagio de las ITS/VIH/SIDA. De los adolescentes participantes en este estudio el 75.4% señaló haber tenido una pareja afectiva tipo novia y el 21.6% contestaron haber tenido relaciones sexuales en alguna oportunidad. La edad de inicio de las relaciones sexuales en promedio fue de 15.1 años +/- 1.8 años, para los hombres 14 años y las mujeres 16 años. Por otro lado el 53.5% reconocen no haber usado ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Frente a la actitud que asumirían ante un eventual embarazo, existieron diferencias significativas al comparar por sexo, si bien la mayoría de los adolescentes señalaron que lo asumirían con responsabilidad (92%) de hombres y (82.9% de las mujeres), existió un menor porcentaje de mujeres que de hombres los cuales mencionaron en la posibilidad de un aborto.

Gonzales et al ⁽¹³⁾ en un estudio sobre intervención educativa sobre ITS-VIH/sida en estudiantes de la enseñanza pre universitaria en Cuba durante el 2011, observo que antes de la intervención solo el 50.8% de los encuestados conocían que una de las vías de transmisión de las enfermedades de transmisión sexual era por mantener relaciones sexuales desprotegidas; el 66.2% de los encuestados respondió que el uso del condón no es considerado en ocasiones como factor de riesgo, mientras que el 59.6% estuvieron de acuerdo que con múltiples parejas sexuales se puede contraer una infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH/sida.

2.2. Bases teóricas.

2.2.1. Conocimientos en sexualidad.

A) Definición de conocimiento.

El conocimiento es un fenómeno con múltiples aspectos psicológicos, sociológicos y biológicos que se puede definir como aquellas elaboraciones conceptuales, teóricas y abstractas que el ser humano en el afán de buscar explicaciones a su existencia social

y cultural ha construido a lo largo de su historia. Por lo tanto, se puede concebir como el saber que han ido construyendo las personas a lo largo de su vida mediante la interacción permanente con la cultura, práctica, intuición y la ciencia ^(14, 15).

Por su parte Mario Bunge, define al conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos y enunciados que pueden ser claros precisos, ordenados, vagos e inexactos; pudiendo ser conocimiento científico o conocimiento ordinario. Al primero lo identifica como un conocimiento racional, objetivo, sistemático y cuantificable a través de la experiencia; y al segundo como un conocimiento vago, inexacto y limitado a la observación ⁽¹⁶⁾.

Finalmente, se puede decir que el conocimiento es personal ya que se origina y reside en las personas que lo asimilan como resultado de su propia experiencia convencida de su significado e implicaciones. ⁽¹⁶⁾

b) Adquisición del conocimiento

El conocimiento se adquiere de fuera, del entorno, de la sociedad, ya que lo poseen los otros y nosotros nos apoderamos de él y nos lo incorporamos, para darle uso y significado particular. Los individuos pueden producir conocimientos que antes no existían, dando lugar al progreso cultural, sin embargo la mayor parte de la gente no produce conocimientos que sean nuevos para la humanidad y se limita a utilizar o sistematizar el conocimiento que otros ya tienen ⁽¹⁷⁾.

Este proceso de transmisión o adquisición de conocimientos es lo que se denomina educación, que constituye una parte importante de la actividad social. Como lo señala Durkheim ⁽¹⁸⁾ *“La educación consiste en la socialización sistemática de la generación joven”*.

Entonces se puede decir que al interactuar los individuos, se mantiene y difunde el conocimiento que es resultado de la actividad social.

2.2.2 Actitudes hacia la sexualidad

a) definición de actitud.

Se entiende por actitud a la disposición que tiene el ser humano a comportarse de una determinada manera. Así, si se valora alguna situación como negativa, lo más probable es que se intente evitarla, lo contrario ocurriría con la valoración positiva ^(19, 20).

También se pueden definir como creencias valorativas que expresan gusto y disgusto hacia situaciones, objetos, personas, grupos o cualquier otro aspecto identificable del ambiente, incluyendo ideas abstractas. Es decir, son predisposiciones de un sujeto para aceptar o rechazar un determinado objeto, fenómeno, situación u otro sujeto; y que puede ayudar a predecir la conducta que el sujeto tendrá frente al objeto actitudinal ⁽²¹⁾.

b) Estructura de la actitud

En las actitudes se reconocen tres componentes principales: el cognoscitivo (opinión o creencia del objeto en sí), el afectivo (grado de gusto o disgusto hacia el objeto) y el conductual (grado de intención de actuar hacia el objeto de la forma dictada por la actitud). Siendo esta última discutible ya que las actitudes no necesariamente determinan el comportamiento del individuo respecto del objeto ^(20, 22).

- **Componente cognoscitivo**

Implica que los conocimientos o representación cognitiva que una persona posee de un objeto, o hecho social, pueden ser suficientes para sustentar una actitud firme respecto del mismo. Las actitudes fundamentadas en el conocimiento objetivo o razonado de las cosas son muy susceptibles de modificación, tanto mediante nuevos datos, como de razonamientos ^(20, 22).

➤ **Componente afectivo**

Está referido a los sentimientos y emociones del individuo frente al objeto actitudinal. Este componente es considerado el aspecto fundamental, ya que numerosas actitudes se orientan en sentido afirmativo o negativo afectivo respecto de sus objetos. Por esto mismo, las actitudes son difíciles de modificar si es que sólo se emplean métodos racionales basados en el conocimiento objetivo de las cosas, ajenos de una carga emocional ^(20,22).

➤ **Componente conductual o conativo**

Referido a la predisposición de acción de un individuo, relacionado con el comportamiento. En tal sentido, este componente puede ser muy importante en actitudes de negatividad o marginalidad social, así como sexual tanto como generadoras potenciales de actitudes violentas. Modificado el plano emocional se tiene mejor acceso a los planos cognitivo y conductual ^(20,22).

c) Dimensiones de la actitud

Las dimensiones de una actitud sirven para su medición en razón de elemento predictor y determinante de una conducta dada. Las actitudes, una vez expresadas, pueden ser fortalecidas por el reforzamiento positivo y debilitadas por el reforzamiento negativo. Una actitud puede satisfacer varios fines, y a su vez, diferentes impulsos pueden producir la misma actitud. ⁽²²⁾

1. Dirección de la actitud

Marca el aspecto positivo o negativo de la misma; es decir, señala el modo de sentir, en pro o en contra del objeto actitudinal; sólo se registra neutralidad en los instrumentos, cuando no se ha desarrollado una actitud frente al objeto en cuestión ⁽²²⁾.

2. Intensidad de la actitud

La intensidad, es lo que da la fuerza a la dirección de la actitud, determina el punto de aceptación o rechazo. La intensidad está directamente relacionada con la emoción que origina la vivencia de la actitud. Así, si la intensidad es mayor, es porque la emoción que provoca el objeto actitudinal también lo es. A la inversa, si la intensidad es leve, es porque la reacción emocional ante el objeto actitudinal también lo era. Además, cuanto mayor es la intensidad, mayor disposición a la acción habrá en la persona ⁽²²⁾.

d) Teoría de la disonancia cognitiva.

Festinger sostiene que siempre que tenemos dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, estamos en un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo. Esto hace que nos sintamos incómodos psicológicamente y por eso hemos de hacer algo para disminuir esta disonancia. De acuerdo con el análisis atributivo de la formación y cambio de actitudes, las personas contemplan sus comportamientos y atribuyen lo que sienten a lo que hacen ⁽²³⁾.

2.2.3. La sexualidad y adolescencia

A. Componentes de la sexualidad humana

Según la Dra. Olga Marega los componentes de la sexualidad son: el sexo, la identidad de género, el rol de género, la orientación sexo erótica del deseo.

El término “**sexo**” sólo se refiere al aspecto biológico; es decir, **sexo es el conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos. Incluye a los cromosomas, genitales internos y externos, gónadas, estado hormonal, caracteres sexuales secundarios, incluso el cerebro.** De manera general incluye los genitales y otras características fisiológicas adscriptas fisiológicamente a varones y mujeres.

La “**identidad de género**” (también llamada identidad sexual) es la forma íntima de sentirse como varón o como mujer. Determina el “sexo psicológico irrenunciable” de

la persona que lo acompañará toda su vida. La persona estructura toda su sexualidad en base a este sentimiento íntimo, y vivencia su identidad total según pertenezca a un sexo determinado identificándose con los modelos genéricos que muestra la cultura a la cual pertenece de una manera personalizada y única. Este proceso se gesta en armonía con el aprendizaje del lenguaje, consolidándose en los primeros años de la infancia. En ese frágil y breve trayecto de la vida, los humanos estructuran los cimientos de lo que será la vivencia más profunda de ser hombre o mujer que los acompañará el resto de la vida.

Distintas teorías explican el determinismo de la identidad sexual. Lo cierto es que una vez que se sella en el cerebro de una persona, la forma de sentirse como varón o como mujer, nada podrá cambiarlo. Será su huella íntima que lo acompañara toda su vida.

La mayoría de las personas tiene una identidad de género que se corresponde con el sexo somático. Es decir, si tienen genitales masculinos se sienten como varones; y si tienen genitales femeninos se sienten como mujeres. Pero está demostrado que la formación de la identidad sexual no se relaciona con el sexo físico que tenga la persona.

El **“rol de género”** es la forma de mostrarse como varón o como mujer. Es la expresión pública de la identidad asumida en su medio cultural según las normas aceptadas en ella. También sabemos que la sociedad muestra modelos estereotipados de cómo debe ser el comportamiento de la mujer y del varón, para que puedan ser aceptados en ese medio.

Los roles sexuales rígidos e inflexibles no permiten el crecimiento individual de la persona y limitan su bienestar. Se forman desde el mismo momento del nacimiento bajo la responsabilidad primera de la familia, sumada a la acción de los distintos agentes socializadores que refuerzan el crecimiento del niño y de la niña.

La **“orientación sexo erótica”** del deseo sexual indica la **orientación de las preferencias sexuales eróticas y afectivas, hacia el otro sexo, el mismo, o ambos.** Estas orientaciones tradicionalmente se han denominado: heterosexualismo, homosexualismo, o bisexualismo⁽²³⁾

Salud sexual y reproductiva (SSR).

En vista que el análisis de la sexualidad del adolescente debe realizarse bajo el marco de la salud integral del adolescente, propuesta en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo celebrada en el Cairo en el año 2004 (CIPD, 2004), es importante tener en claro que elementos componen la sexualidad.

➤ **Salud sexual**

Es la integración de los aspectos somáticos, emocionales e intelectuales del ser sexual que enriquezcan la personalidad, la comunicación y el amor ⁽²⁴⁾.

➤ **Salud reproductiva**

La OMS define la Salud Reproductiva como un *“estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”* ⁽²⁵⁾.

Entonces la salud sexual y reproductiva conjuga ambos conceptos, tal y como lo expresa la OMS *“el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva”*. Esta incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria y para reproducirse, y la libertad para decidir cuándo y cómo y con qué frecuencia hacerlo. Este concepto implica el ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir la responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual ⁽²⁵⁾.

B. Definición de adolescencia

La definición de adolescencia que se presenta toma en cuenta que no todos los adolescentes se desarrollan de la misma manera ni están envueltos en las mismas

experiencias y circunstancias de la vida. Bajo esta perspectiva la presente investigación define adolescencia como un periodo de transición entre la infancia y la madurez, la adolescencia es una etapa del ser humano en la cual se producen grandes cambios a nivel biológico, psicológico y social, acompañados por sentimientos de atracción sexual y profundas meditaciones sobre la capacidad de decidir y actuar.

Es el periodo que se presenta en el segundo decenio de la vida desde los diez hasta los diecinueve años, en este período se marca una época en que el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual. La pubertad es una fase dentro del período de la adolescencia, que comienza de modo preciso en la mujer con la aparición de la menstruación. En el hombre, el comienzo de la pubertad es más impreciso y se manifiesta con los primeros cambios en el tono de voz. Durante este período de la adolescencia se produce un fenómeno característico en el crecimiento: el desarrollo ⁽²⁶⁾.

C. Desarrollo de la sexualidad durante la adolescencia por etapas

Reconociendo que el crecimiento biológico, social, emocional e intelectual del adolescente suele ser totalmente asincrónico y con frecuentes períodos de regresión, el presente estudio consideran la clasificación de Lipsitz ⁽²⁷⁾, quien determina una división de la adolescencia desde un punto de vista psicosocial y psicosexual. ⁽²⁶⁾

D.1 Adolescencia inicial (10 a 12 años)

Se inicia el desarrollo con cambios puberales; aparece en el sujeto el dimorfismo sexual, la preocupación por su corporalidad, las dudas acerca de la normalidad, la adaptación a su nuevo cuerpo, el pensamiento concreto empieza a cambiar, se da inicio de la separación de la familia, se hacen grupos del mismo sexo, aparecen frecuentes fantasías sexuales, se inicia la masturbación y es la edad de la etapa del amor platónico.

D.2 Adolescencia media o propiamente dicha (13 a 16 años)

Se inician el desarrollo de un pensamiento hipotético-deductivo inestable, no se tiene capacidad de anticipar consecuencias en la conducta sexual, se completa el desarrollo púbera, comienza la menstruación, aparecen sentimientos de invulnerabilidad, omnipotencia y egocentrismo, ya se inicia el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento al grupo de amigos, donde comienzan a formarse grupos heterosociales y se da la importancia del amigo íntimo. Igualmente, pueden aparecer dudas respecto a su orientación sexual, relaciones de pareja iniciales, algunas fluctuaciones emocionales, cuestionamientos frecuentes que obedecen a la interrogante *¿Quién soy?* Se da inicio de la conducta de riesgo sexual.

D.3 Adolescencia tardía (17 a 22 años)

En esta etapa se desarrolla el pensamiento hipotético-deductivo adulto, se consolida la identidad personal y sexual, se consolida la capacidad de intimar con un auto imagen realista y madura, así como se da inicio a la relación de pareja estable.

D.4 Educación de la sexualidad durante la adolescencia

La presente investigación propone que la educación sexual del adolescente debe ser bajo el modelo conceptual desarrollado por el Centro de Consultoría y Asesoría de Sexualidad del Adolescente de Colombia (figura). Este modelo propone que, la sexualidad plena, gratificante y responsable es producto de un largo y complejo proceso de formación que implica la estructuración de conocimientos, valores, actitudes positivas, habilidades y el desarrollo de una adecuada autoestima. Por tanto, se debe enseñar que la sexualidad es algo maravilloso que merezca vivirse, no de cualquier forma, sino de manera responsable ⁽¹⁴⁾. Los criterios que propone este nuevo enfoque educativo, para vivir una sexualidad en forma responsable son:

- ✓ La persona se hace cargo de los propios actos y decisiones.
- ✓ Tiene en cuenta las consecuencias de los propios actos sobre sí mismo y los demás.

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

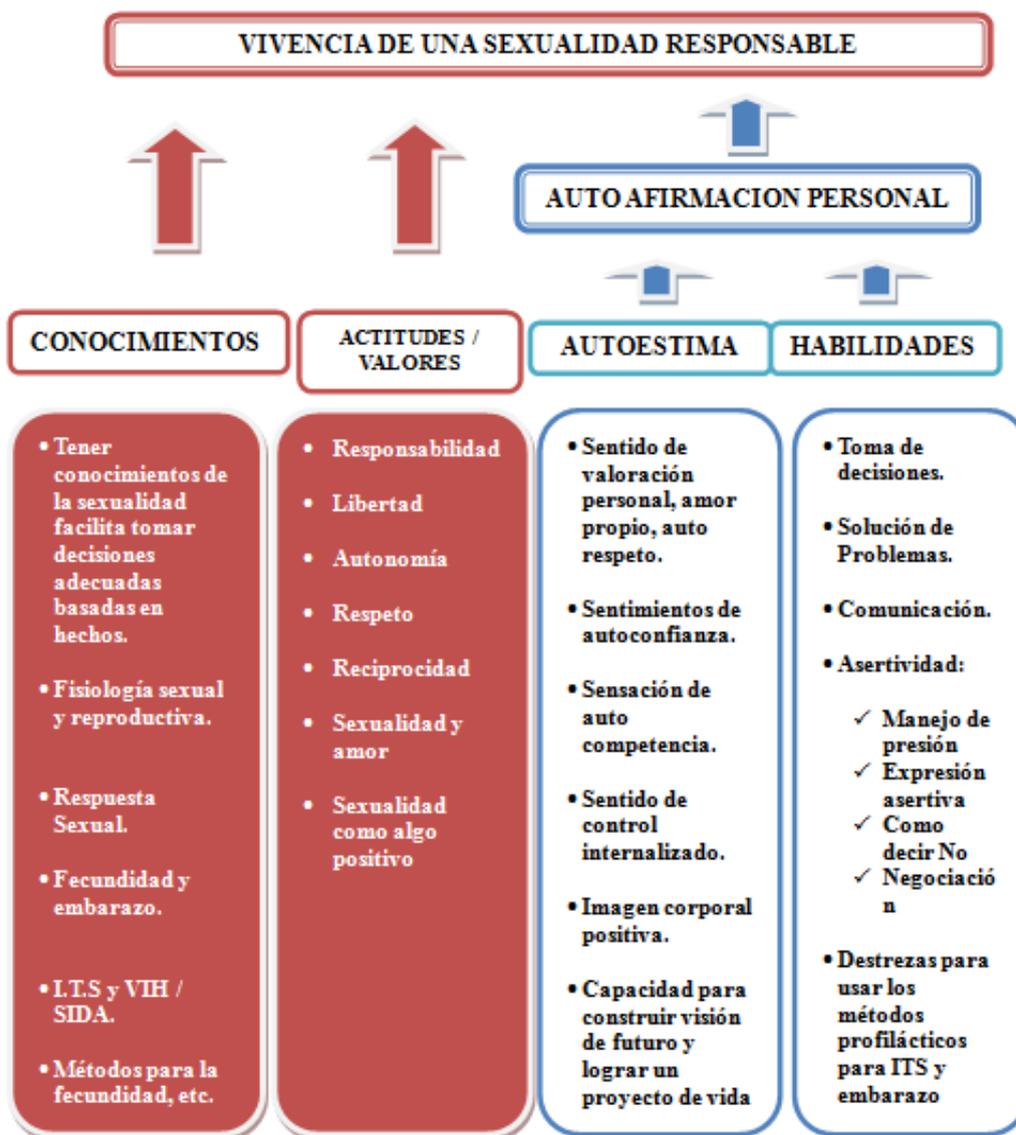
Finalmente, este modelo sustenta que, mientras se siga evitando hacer una educación sexual abierta, basada en la verdad, centrada en la promoción de valores y actitudes para una sexualidad responsable y constructiva, no se podrá esperar que las futuras generaciones tengan una salud sexual y reproductiva superior a la que han tenido las generaciones anteriores ⁽²⁸⁾.

❖ **Bases teóricas por autores**

Freud establece que durante la adolescencia ocurren cambios fisiológicos que realimentan la libido, energía que estimula la sexualidad. Se establecen las relaciones heterosexuales. Erickson, la categoriza como la etapa en que el adolescente se encuentra en el proceso de la búsqueda de la identidad vs la confusión de esa misma identidad. Según, Erickson, los adolescentes se basan en juicios donde la fidelidad juega un gran papel ⁽¹⁴⁾ Piaget, la adolescencia es la etapa de las operaciones Es la etapa en que aprenden a ser independientes del medio ambiente que le rodea.

2.2.4. Modelo conceptual de la investigación

Figura N.º 01



Fuente: Centro de Asesoría u Consultoría de Colombia ⁽¹⁴⁾.

Finalmente, este modelo sustenta que, mientras se siga evitando hacer una educación sexual abierta, basada en la verdad, centrada en la promoción de valores y actitudes para una sexualidad responsable y constructiva, no se podrá esperar que las futuras generaciones tengan una salud sexual y reproductiva superior a la que han tenido las generaciones anteriores ⁽¹⁴⁾.

Desde la nueva educación sexual se propone enseñar que "la sexualidades algo maravilloso que merece vivirse, no de cualquier forma, sino de manera responsable". Los criterios que se proponen para vivir una sexualidad en forma responsable son:

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

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

Desde esta propuesta se ha tomado los tópicos referidos a las dimensiones relacionados con el área cognitiva y actitudinal del adolescente, las mismas que se convertirán en las variables principales que en adelante denominaremos variable conocimientos y variable actitudes, quedando para estudios posteriores la dimensión de autoafirmación personal ⁽²⁹⁾

Este modelo que plantea el Centro de Asesoría y Consultoría del Adolescente de Colombia, sustenta: mientras se siga evitando hacer una educación sexual abierta, basada en la verdad, centrada en la promoción de valores y actitudes para una sexualidad responsable, realizaste y constructiva, no se podrá esperar que las futuras generaciones tengan una salud superior a la que han tenido las generaciones anteriores ⁽²⁹⁾.

La investigación apunta a describir la variable principal Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 y 19 años del AA.HH Teresa de Calcuta de Nvo Chimbote en el año 2011 en sus dimensiones:

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

Así mismo la variable principal de conocimientos y Actitudes Sexuales del adolescente del AA.HH Teresa de Calcuta en sus Dimensiones:

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

A. Anatomía y fisiología sexual y reproductiva.

A.1 Anatomía de los órganos sexuales masculinos y femeninos.

a) Órganos externos sexuales femeninos.

- ❖ **Monte de Venus:** Es la almohadilla adiposa que cubre la sínfisis pubiana. Luego de la pubertad la piel del monte de Venus se cubre de vello que se distribuye en la región pubiana. Generalmente la distribución de vello pubiano difiere de un sexo a otro⁽³⁰⁾
- ❖ **Labios mayores:** son dos pliegues redondeados de tejido adiposo que está cubierto por piel y que se extienden hacia abajo y atrás desde el monte de Venus. Antes de la pubertad la superficie externa de los labios es similar a la que cubre la piel adyacente, pero en la pubertad se cubre de vello⁽³⁰⁾

- ❖ **Los labios menores:** Cuando se separan los labios mayores se ven dos pliegues planos y rojizos del tejido. Estas estructuras son los labios menores o ninfas: estructuras que se unen en el extremo superior de la vulva. Los labios menores varían mucho en forma y tamaño en la mujer nulípara usualmente no son visibles detrás de los labios mayores no separados, mientras que en las mujeres multíparas común que los labios menores se proyecten más allá de los labios mayores ⁽³⁰⁾.
- ❖ **Clítoris.** Es el homólogo del pene y se localiza cerca de la extremidad superior de la vulva. Este órgano eréctil se proyecta hacia abajo entre los extremos ramificados de los labios menores. el clítoris está formado por un glande, un cuerpo y dos raíces ⁽³⁰⁾
- ❖ **Meato Uretral:** Es un pequeño agujero donde termina la uretra y por el que sale la orina. Se localiza entre el clítoris y el orificio vaginal ⁽³⁰⁾
- ❖ **El vestíbulo de la vagina.** Es la región entre ambos labios menores. Dentro de este se encuentra el himen (si aún está presente), el orificio vaginal, el orificio uretral externo y los orificios de los conductos de varias glándulas ⁽³¹⁾

Órganos internos sexuales femeninos.

- ❖ **Vagina:** Es una estructura tubular y músculo membranosa que se extiende desde la vulva hasta el útero interpuesta entre la vejiga urinaria y el recto. Este órgano tiene muchas funciones: es el canal excretorio del útero, a través de las cuales se eliminan las secreciones uterinas y el sangrado menstrual; es el órgano femenino de la cúpula y parte del canal del parto ⁽³¹⁾.
- ❖ **El Útero:** Es un órgano muscular situado en la cavidad Pélvica entre la vejiga por delante y el recto por detrás. Lo constituyen dos partes desiguales, y una porción: una porción triangular superior, llamada cuerpo y una porción inferior cilíndrica o fusiforme denominada cuello o cérvix uterino, que se proyecta hacia la vagina. El istmo es la parte del útero que se encuentra entre la boca cervical interna y la

cavidad endometrial. Tiene importancia obstetricia especial porque forma el segmento uterino durante el embarazo ⁽³¹⁾.

- ❖ **Trompas de Falopio:** Se dividen cada uno en porción intersticial, Istmo, ampolla e infundíbulo. la porción intersticial se encuentra dentro de la pared muscular del útero. El istmo o porción estrecha de la trompa que se une al útero, se convierte de modo gradual en la porción lateral más ancha o ampolla, el infundíbulo o extremidad fimbriada es la abertura en forma de embudo de la trompa de Falopio⁽³¹⁾.

- ❖ **Ovarios:** Son órganos con formas de almendra cuyas funciones son desarrollar y expulsar los óvulos y sintetizar y excretar hormonas esteroideas. Cada ovario se une al ligamento ancho respectivo por el mesovario. El ligamento uteroovarico se extiende, a cada lado, desde las porciones lateral y posterior del útero, justamente por debajo de la inserción tubarica, hasta el polo uterino o inferior del ovario ⁽³¹⁾

a. **Órganos sexuales masculinos.**

- ❖ **Pene:** Tiene importantes funciones en la reproducción y eliminación de la orina. Tiene forma de tubo, y termina en el glande. La abertura en la punta es el orificio urinario, por el que discurre la orina durante la micción y el semen durante la eyaculación. El borde del glande se llama corona, aunque todo el pene es sensible, el glande y la corona son mucho más. El prepucio es la capucha de piel que cubre el glande. En la corona del glande existen glándulas que producen blanquecina llamada esmegma, que tiende a acumularse, y que por ello requiere aseo permanente, lo que es posible desplazando el prepucio en condiciones normales. ⁽³¹⁾

- ❖ **Los Testículos y Escroto:** El escroto es una bolsa de piel y músculos que contiene los testículos. Los testículos son las gónadas o glándulas reproductoras del varón, tal como los ovarios lo son en la mujer. En tal medida tienen dos

funciones principales: producir las células reproductoras masculinas (espermatozoide) y elaborar la hormona sexual masculina o testosterona.⁽³¹⁾

Órganos Internos Masculino

- ❖ **Conductos deferentes:** conducto cilindroide, en número par, sigue 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⁽³²⁾.

- ❖ **Vesículas seminales:** Glándulas que producen líquidos que van a formar parte del semen. La próstata se encuentra debajo de la vejiga y rodea a la porción interna de la uretra originada en ésta. Tiene la forma de una castaña. Está constituida por músculo y tejido glandular, crece durante la pubertad y se encoge en la vejez, puede endurecerse e interferir con la micción en el hombre mayor, en cuyo caso requiere de cirugía⁽³²⁾.

- ❖ **Glándula de Cowper:** Son dos pequeñas formaciones del tamaño de una arveja que se encuentran situadas a los lados de la uretra por debajo de la próstata que también contribuyen con el líquido seminal. Cuando el orgasmo es inminente, estas glándulas se contraen y vierten un líquido alcalino claro, que sale al exterior inmediatamente antes de la salida de la eyaculación. En algunos casos puede llevar algunos espermatozoides⁽³²⁾.

A.2. Fisiología sexual y reproductiva.

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

creciendo. Quiere decir que su cuerpo está saludable y normal. Esto sucede cuando el cuerpo de la adolescente está convirtiéndose en un cuerpo de mujer.

a) Ciclo ovárico

Los ovarios están constituidos por un estroma y una gran cantidad de folículos (200.000 por ovario). Los folículos están formados por una pared de células estromales conocida como teca, que rodea a una capa de células foliculares conocida como granulosa, que segrega estrógenos. La porción central del folículo está ocupada por un ovo citó, 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 reciben el nombre de folículos de Graaf. El interior del folículo está ocupado por el líquido folicular ⁽³³⁾.

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 ⁽³³⁾

b) Ciclo uterino o menstrual

Sobrevilla ⁽³²⁾, 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.

Navarro ⁽³⁴⁾ profundiza y refiere que en esta fase del final de la menstruación, sólo se conservan las capas más profundas del endometrio, que es la mucosa que recubre el interior del útero.

Los estrógenos del folículo en desarrollo hacen que el endometrio crezca y aumente de espesor. Tras la ovulación, el cuerpo lúteo segrega estrógenos y progesterona; esta última hace que las glándulas endometriales comiencen a segregar, de tal forma que el endometrio se vuelve edematoso, ideal para la implantación del embrión. Si no hay embarazo el cuerpo lúteo degenera; dejan de producirse estrógenos y progesterona, y sobreviene la menstruación: las arterias uterinas se abren y el flujo de sangre hacia el exterior arrastra consigo los restos de este endometrio neo formado. ⁽³⁴⁾.

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 (23 cromosomas de cada uno), para formar el huevo o cigoto del futuro ser humano con 46 cromosomas. ⁽³⁴⁾

d) Embarazo.

Desarrollo dentro del útero del ovulo fecundado (fecundación) después de producida esta, la célula huevo humano experimenta su primera división. En el estado bicelular, el embrión humano experimenta por primera vez su pluricelularidad y el inicio del proceso de segmentación. La implantación sucede casi siempre en la pared posterior o anterior de la cavidad uterina. Al cabo de tres meses el embrión toma el nombre de feto. El embarazo tiene una duración media de 270 a 280 días y termina con el parto ⁽³⁾.

e) Menarquía

Es el episodio de sangrado vaginal de origen menstrual, o primera hemorragia menstrual de la mujer, normalmente este período dura de tres a siete días, el flujo empieza leve. Puede volverse más fuerte por dos o tres días y de allí más leve hasta que se termina. Muchas veces empieza de color café, pero se vuelve más rojo. De allí se vuelve más café hasta que se termina. Tendrá un periodo aproximadamente una vez al mes. Un ciclo menstrual normal puede ser tan corto como de 21 días o tan largo como de 35 días, es normal que haya cambios que sucedan de mes a mes.

Algunos meses no tendrá un periodo, especialmente durante el primero o segundo año. La salud también puede estar influenciada. La mayoría de las niñas y mujeres no sienten cuando sucede la ovulación. No están realmente seguras cuando ocurre. Es posible que sientan dolor en la parte baja del abdomen. La ovulación sucede aproximadamente en medio del ciclo menstrual. Muchas niñas marcan el calendario con una "X" los días que sangran. Para la mayoría de las mujeres, el periodo viene cada 25–30 días ⁽³¹⁾.

B.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 ⁽³²⁾.

Máster y Johnson, 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. ³³

- 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 espermatozoides.
- La capacidad sexual de los adultos de mayor edad.
- La similitud esencial de la respuesta sexual del hombre y la mujer. El descubrimiento de que la mujer no experimenta periodo refractario y el de su capacidad multiorgásmica impactó fuertemente en la sociedad de la época y sirvieron para desinflar el mito de la superioridad sexual masculina. Masters y Johnson incluso después de casarse). Diferenciaron 4 fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución (34).

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.

B.1.Fase de deseo

Es una fase "mental". Para excitarse sexualmente hay que estar interesado en el sexo: pensar en ello, sentir curiosidad y, en general, desearlo (34).

RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

B.2.Fase de Excitación

Lubricación vaginal por dilatación de los vasos sanguíneos peri vaginal y extravasación de líquidos a través de las paredes de la vagina, Los dos tercios internos de la vagina se alargan y distienden preparándose para recibir el pene mientras que los labios menores se congestionan y aumentan de tamaño hay un

adelgazamiento, aplastamiento y retracción de los labios mayor es para permitir el acceso del pene, el clítoris se dilata, se produce erección de los pezones por acumulación de suero sanguíneo y rubor de los pechos con la respectiva dilatación de las glándulas mamarias ⁽³⁴⁾.

➤ **Fase de Meseta:**

El tercio externo de la vagina por congestión sanguínea venosa disminuye su abertura formando la "plataforma orgásmica", Los labios menores aumentan su congestión variando de color al rojo tinto. Esta es una de las variaciones fisiológicas más expresivas, el clítoris se retrae, colocándose en posición inaccesible debajo del capuchón del clítoris mientras el rubor sexual se difunde al pecho, abdomen etc. ⁽³⁴⁾.

➤ **Fase Orgásmica**

La respiración aumenta tres veces más, las pulsaciones cardíacas, aumentan al doble, la presión sanguínea aumenta Se tensan los músculos del cuerpo, se producen contracciones rítmicas de la vagina, que se originan en la plataforma orgásmica, en el tercio exterior de la vagina. Dicha plataforma se contrae rítmica mente con intervalos de 0,8 se segundos y en número de 3 a 15 ⁽³⁴⁾.

➤ **Fase de Resolución:**

Desaparición de la oleada de rubor e hinchazón en los pezones y glándulas mamarias. El cuerpo se representa cubierto de sudor. El clítoris que se había retraído recupera suposición normal. Si éste se ha dilatado vuelve a su forma primitiva. Desaparece la plataforma orgásmica ampliándose la abertura vaginal. Los labios mayores y menores retornan rápidamente a su tamaño normal.

Desaparece el vaso congestión sanguínea pelviana. Desciende el cérvix, y los dos tercios internos de la vagina pierden su distensión. Desaparece el espasmo muscular ⁽³⁴⁾.

RESPUESTA SEXUAL MASCULINA

▪ Fase de Excitación:

Erección del pene por ingurgitación de sangre, la piel del escroto se tensa, congestiona y aumenta de grosor, disminuyendo así el espacio de la bolsa, los testículos se sitúan más arriba dentro del escroto. Aumenta la tensión de los músculos del abdomen y se produce un ritmo acelerado en la respiración. Con respecto a la erección del pene, una pequeña excitación, puede provocar una erección total que podrá mantenerse durante mucho rato, gracias al adecuado control de la estimulación. (34).

▪ Fase de Meseta

Rubor sexual: en el pecho, cuello y cara por tensiones sexuales intensas hay Aumento de tensión muscular, Espasmo sin voluntarios de los músculos de la cara, cuello y abdomen. A medida que la excitación aumenta, se producen movimientos de vaivén de los músculos de las nalgas y músculos del cuerpo para producir un rápido, poderoso movimiento de empuje. La cabeza del pene aumenta de diámetro se presenta elevación de los testículos que indica la inminencia orgásmica seguido de la emisión de líquido seminal. (34).

▪ Fase Orgásmica:

Etapa de inestabilidad de la eyaculación que le impide retroceder del clímax. Es producida por las contracciones de los testículos, próstata y vesículas seminales, al recoger el esperma y líquido seminal y expelerlos a la uretra. Las contracciones de la uretra y músculos del pene provocan la auténtica eyaculación de líquido seminal a través de la uretra y orificio del pene. Se observa además: Aceleración del ritmo respiratorio, latidos cardiacos y presión sanguínea. (34).

▪ **Fase de Resolución:**

Luego de la eyaculación, generalmente desaparecen con gran rapidez la mitad de la erección, además de: La pérdida progresiva y total de la erección, La bolsa del escroto se descongestiona y los testículos bajan enseguida dentro del escroto ya relajado. El rubor sexual desaparece inmediatamente después del orgasmo. La pérdida progresiva de la erección, segunda etapa de la fase de resolución, constituye un proceso más lento, que puede retrasarse, dejando el pene dentro de la vagina o estrechando con fuerza a la pareja. Puede acelerarse, en cambio, poniéndose de pie o pasando a actividades totalmente ajenas.⁽³⁴⁾

C.Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

Son enfermedades infecciosas que se transmiten o contagian en las relaciones sexuales. Unas son graves, como el V.I.H. (SIDA), y otras llegarán a serlo si no se consulta cuanto antes, como la sífilis o el V.P.H. (Virus del Papiloma Humano). Los adolescentes deben tomárselas en serio y tomar precauciones (usa el preservativo). Olvidarse del "a mí no me puede pasar", porque una sola práctica de riesgo es suficiente para el contagio.

C.1. Infecciones de transmisión sexual.

Aquí nombramos las enfermedades de transmisión sexual más, castigados 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.

La descarga uretral

La descarga uretral es una infección de la uretra o uretritis. Se caracteriza por presentar secreción o fluido por la uretra acompañado de ardor y/o dolor al orinar. La secreción uretral puede ser purulenta o mucoide; clara, blanquecina o amarillo-verdosa; abundante o escasa, a veces sólo en las mañanas o que sólo mancha la ropa interior.

La descarga uretral puede deberse a infección por *Neisseria gonorrhoeae* (Uretritis gonocócica (UG) o agentes etiológicos como la *Chlamydia trachomatis* (Uretritis no gonocócica (UNG) el agente más común, *Urea plasma Ureolyticum*, *Mico plasma genitalium* y raras veces otros gérmenes como la *Trichomona vaginalis*.

Incluso las infecciones por herpes genital algunas veces pueden asociarse a uretritis

Tricomoniasis

Causada por el protozoo *Tricomonas vaginalis*, se transmite por contacto sexual. Aunque puede afectar ambos sexos, es más común en la mujer. la sintomatología más frecuente es la aparición de una secreción de color blanco verdosa y espumosa de mal olor. se acompaña de congestión vaginal y de prurito vulvar ⁽³⁴⁾.

Chancro:

Es una enfermedad ulcerosa genital causada por la bacteria *Haemophilus ducreyi*. Biozell Diagnóstico Molecular ofrece la prueba de detección de *H. ducreyi* mediante la técnica de PCR que amplifica secuencias específicas de su ADN genómico. Este método es más sensible y más rápido que el cultivo del microorganismo. Así mismo Biozell ofrece la posibilidad de detección simultánea de los tres agentes responsables de la formación de úlceras genitales sobre una única muestra tomada de la lesión ⁽³⁴⁾.

Sífilis:

Es una enfermedad de transmisión sexual ocasionada por la bacteria *Treponema pallidum*. Esta bacteria necesita un ambiente tibio y húmedo para sobrevivir, por ejemplo, en las membranas mucosas de los genitales, la boca y el ano. Se transmite cuando se entra en contacto con las heridas abiertas de una persona con sífilis. Esta enfermedad tiene varias etapas, la primaria, secundaria o principios de la latente. En la etapa secundaria, es posible contagiarse al tocar la piel de alguien que tiene una erupción en la piel causada por la sífilis. Esta no se contagia al tocar el asiento del baño o una toalla que ha sido usada por la persona infectada ⁽³⁴⁾.

Herpes genital:

El herpes genital no pone en riesgo la vida, aunque puede ser bastante severo en personas que tienen sistemas inmunológicos deficientes. El herpes es causado por el virus del herpes simple, que es similar a los que producen la varicela y el herpes zoster (conocido vulgarmente como culebrilla en algunos lugares). Después de la infección inicial, el virus del herpes simple puede ocultarse dentro de las células nerviosas, donde el sistema inmunológico del cuerpo no puede alcanzarlo. Es entonces cuando, en condiciones favorables, puede lanzar nuevos ataques⁽³⁴⁾.

Candidiasis:

Infección genital causada por el hongo *Cándida albicans*. Rara vez se contrae por contacto sexual. Los factores que predisponen la infección son: utilización de antibióticos de amplio espectro, anticonceptivos orales, embarazo, menstruación, diabetes, uso de ropa interior ajustada, fármacos inmuno supresores, corticoides, etc. se localiza no solo en el área genital, sino también en el recto y el ano. Se manifiesta por enrojecimiento y edema de la zona vulvar sobre la mucosa vaginal se pueden observar placas de color blanquísimo mientras que el síntoma predominante es el prurito vulvar el flujo es escaso de color blanquecino, espeso y no posee olor particular⁽³⁵⁾.

C.2.SIDA:

Enfermedad incurable y fatal que se transmite por contacto de algún líquido corporal infectado con otro (intercambio de sangre, semen o flujo vaginal). Los primeros síntomas son: fiebre y sudoración nocturna, nódulos linfáticos inflamados el menos en tres lugares del cuerpo: pérdida de peso; diarrea crónica, disminución del número de glóbulos blancos⁽³⁵⁾.

D. Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.

Cuando hablamos de anticoncepción, debemos entender que es un icono que involucra tanto al hombre como a la mujer, por eso la elección del método debería ser una decisión de pareja ya que es parte de la organización necesaria para poder mantener una vida sexual plena y sin obstáculos. Existen diversos tipos de anticonceptivos así como múltiples clasificaciones. Para su mejor organización los presentamos como: Anticonceptivos naturales y anticonceptivos artificiales. ⁽³⁷⁾

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

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

D.1.Métodos Naturales.

➤ El Método del ritmo o del calendario

El método del calendario o se llama método del ritmo para usar este método, la mujer todos los días anota de su ciclo menstrual durante 6 meses. Entonces se debe calcular el periodo fértil viendo el calendario. ⁽³⁵⁾

Un ciclo menstrual propiamente cuenta del día de imprimación sangrado menstrual (día 1 del ciclo menstrual) al imprimación día del próximo periodo menstrual. Un ciclo menstrual normal es de aproximadamente 28 días, de 23 días a 35 días. El cuadro de la muestra de cómo una mujer deducir su periodo fértil analizando seis meses de su calendario menstrual por lo menos. Las parejas evitarán relaciones sexuales durante la fase fértil. Debido uno que este método no toma en cuenta los cambios físicos diarios, no es tan tificables como los otros ⁽³⁶⁾

➤ **Método del moco cervical**

El método de la ovulación en sí refiere a los cambios en la cantidad de moco que se producen en el cuello del útero y como se siente. Las mujeres que usan este método aprenden a reconocer los cambios que ocurren alrededor del momento de la ovulación. Para hacer esto una mujer verifica regularmente el moco en la entrada de la vagina.⁽³⁶⁾

Por ejemplo, para la mayoría de las mujeres la vagina está seca inmediatamente después de la menstruación. Aparece entonces un moco pegajoso. Antes de la ovulación justo el moco sí vuelve húmedo y resbaloso. El último día de humedad, llamado el día "pico", uno de menudo ocurre al mismo tiempo que la ovulación. Inmediatamente después del día pico, el moco sí espesa de nuevo o incluso desaparece y la sensación de sequedad regresa.⁽³⁶⁾

El periodo seguro es uno de los 10 u 11 días al final del ciclo y los días secos, si los hay, inmediatamente después de la menstruación. El periodo fértil (durante el cual la mujer aunque sí piensa que los días de servicio pueden ser infecundos, el embarazo puede ocurrir durante la menstruación la producción de moco puede incluir al periodo menstrual. Esto crea un ambiente para que la esperma sobreviva. Una mujer experimentada del método descubrirá estos cambios de moco.⁽³⁶⁾

El método de la ovulación tiene ventajas sobre el de la temperatura en que no requiere de un termómetro. Usarse por mujeres cuyos ciclos menstruales irregulares ligeramente. Sin embargo, las lecturas pueden ser falsas producidas por infección vaginal, excitación sexual, el uso de lubricantes y ciertos factores.⁽³⁶⁾

• **Método de la lactancia materna**

La amenorrea por lactancia significa que una mujer no tiene su regla, debido a un cambio en las hormonas por estar amamantando. En mujeres que lactan normalmente sí posponen su ovulación y menstruación. Esto es debido a que el nivel de una hormona, la prolactina (que provoca la lactancia), sí incrementa.⁽³⁶⁾

Para que el método funcione, la mujer debe estar lactando un su bebé de manera exclusiva. El tiempo de entre alimentación del bebé no debe ser de más de 4 horas durante el día o 6 horas por la noche. El bebé siempre debe alimentarse a demanda libre. Mientras se alimenta el bebé y la succión prolongada del pecho, es probable que la ovulación regrese. Aunque en ocasiones estar bien alimentado este método es muy eficaz durante los primeros 6 meses de lactancia exclusiva. La amenorrea por lactancia funciona mejor en mujeres mayores debido a que un hijo menor fértil que las jóvenes. Las mujeres que usan este método tienen la ONU el 2% de probabilidad de embarazarse en los primeros 6 meses después del nacimiento. Una vez que el sangrado vaginal ocurre, el riesgo de embarazo aumenta de manera importante (36)

D.2. Métodos Artificiales.

Preservativos

También se le llama preservativo. Es una “funda” o bolsa de un plástico llamado látex, delgada y resistente, que se coloca en el pene erecto poco antes del contacto sexual. Al ocurrir la eyaculación, el semen que contiene los espermatozoides permanece dentro de esta funda y no se deposita en la cavidad vaginal (38)

Los condones se venden en farmacias y tiendas de autoservicio. Para obtenerlos no se necesita ni receta médica ni identificación. Tampoco hay que dar ninguna explicación al empleado que los vende. También pueden obtenerse en las clínicas y centros de salud (36)

Los condones vienen dentro de sobres cerrados y tienen una sustancia humectante que impide que el condón se seque y se endurezca. En el sobre aparece marcada una fecha que indica la caducidad del condón. Después de la fecha marcada, el condón ya no debe utilizarse porque puede estar reseco y la sequedad lo vuelve quebradizo. Para usar el condón se abre el sobre, se extrae el preservativo y se coloca sobre el pene erecto. Al hacerlo, se desenrolla el condón hasta la base del pene, evitando la formación de burbujas de aire. El coito se realiza con el condón puesto. Al terminar el coito se retira el condón, cuidando que el semen que contiene no se salga.

Los condones mantienen aislados al pene y a la vagina. Por esto, más allá de sus funciones de prevención de los embarazos no planeados, constituyen un medio idóneo para prevenir enfermedades de transmisión sexual y muy particularmente del sida que, como bien se sabe, se transmite, además de por la sangre, por el semen y los líquidos del pene y la vagina⁽³⁶⁾

- **Espermicidas**

Los espermicidas son sustancias químicas que “paralizan” o inactivan la función de los espermatozoides. Para desarrollar su capacidad de inhibir las funciones de los espermatozoides, los espermicidas deben colocarse dentro de la vagina de 5 a 20 minutos antes del coito y, según la recomendación del fabricante, no debe realizarse ningún tipo de lavado vaginal hasta que pasen seis horas después de terminado el contacto sexual. La duración de la protección anticonceptiva depende del producto usado: está anotada en el envase del propio producto y suele ser no mayor de una hora. Por esto, si se quiere tener un segundo contacto sexual, es necesario aplicar una nueva dosis antes del segundo coito. Después de la aplicación de la segunda dosis, la pareja debe respetar el tiempo de espera que indica el envase del producto.⁽³⁷⁾

Los espermicidas se compran en la farmacia, sin receta médica, en diferentes presentaciones: óvulos, cremas, espumas, tabletas vaginales o jaleas. En la envoltura de cada producto aparecen detalladas las instrucciones de uso.

Se estima que, en condiciones habituales de uso, los espermicidas brindan protección anticonceptiva con una efectividad que va del 75 al 90 por ciento de los casos. Su efectividad puede incrementarse cuando se les utiliza con el respaldo de algún otro método de barrera.⁽³⁷⁾

D.3. MÉTODOS HORMONALES

Los anticonceptivos hormonales añaden al cuerpo sustancias químicas que inhiben la ovulación. Tienen un alto grado de confiabilidad cuando son tomados o aplicados de acuerdo con las instrucciones que corresponden a cada producto.

Casi todas las personas pueden utilizar sin riesgo métodos anticonceptivos hormonales. Sin embargo, es necesaria una valoración médica de su estado de salud para determinar si una persona en particular puede o no usarlos.

DISTINTAS OPCIONES

Al usar métodos hormonales algunas personas pueden presentar cambios en el peso corporal, náuseas o vómito, dolor de cabeza, dolor en los senos, o irregularidades en la menstruación, entre otros. Estos efectos (conocidos como colaterales) aparecen sobre todo en los primeros meses de uso, durante los cuales, el cuerpo se ajusta y se acostumbra a las dosis de hormonas que le son ajenas.

Si una persona que está utilizando métodos hormonales llegara a tener sospecha de embarazo, o algún problema de salud, puede llamar a Planifica el (01800 010 35 00). Esta línea telefónica atiende (con larga distancia gratuita) todo tipo de llamadas relacionadas con dudas, rutas de acción, o deliberaciones relativas a la planificación familiar y a la salud reproductiva (esta última incluye los temas de embarazo, parto, puerperio, sida, o enfermedades de transmisión sexual, entre otros). Actualmente existen tres tipos de anticonceptivos ⁽³⁷⁾

- **Hormonales Orales.** Son métodos temporales cuya efectividad (que va del 90 al 97 por ciento de los casos) depende de que, quien los usa, ingiera las tabletas o las píldoras anticonceptivas en forma correcta, es decir, durante 21 días de cada ciclo⁵³ menstrual, o ininterrumpidamente cuando la presentación es de 28 pastillas, según lo marquen las instrucciones del producto. Cuando, por un olvido, una mujer deja de tomar una de las píldoras que le corresponden, al día siguiente tiene que tomar, al mismo tiempo, dos píldoras juntas. Pero si acaso llega a olvidarse de tomar las píldoras durante más de dos días, puede llamar a Planificatel, para que ahí le digan cómo tiene que actuar. Puede consultar a un médico o a un agente comunitario de salud. Cuando una mujer decide utilizar anticonceptivos orales como método de planificación familiar, tiene que esperar su menstruación y entonces, durante los primeros cinco días de la misma, tiene que empezar a tomar las píldoras o las tabletas: una a una y día con día, de acuerdo con las instrucciones que vienen marcadas en el producto correspondiente. Es importante que las personas que utilizan métodos hormonales orales mantengan un contacto cercano con su médico o con su agente de salud, y que no duden pedir apoyo en las clínicas y centros de salud si

llegan a notar síntomas como dolor intenso de cabeza, mareos o sangrados extraordinarios, entre otros.⁽³⁷⁾

- **Hormonales Inyectables.** Son métodos temporales de larga duración cuya efectividad (mayor al 99 por ciento de los casos) depende de que, quien los usa, una vez aplicada la primera inyección, se aplique con regularidad las siguientes inyecciones cada uno, dos, o tres meses: de acuerdo con las indicaciones que correspondan al producto utilizado.⁽³⁷⁾

- **Los Implantes** (que en nuestro país todavía no están disponibles). Consisten en pequeñas cápsulas que se insertan en el brazo, con un procedimiento de cirugía menor, debajo de la piel. La acción de los implantes se extiende hasta por períodos de cinco años continuos, después de la inserción. Es importante asegurarse que un especialista extraiga con oportunidad los implantes dentro del tiempo acordado. La efectividad de los implantes es mayor al 99 por ciento de los casos y su uso reduce muchos de los efectos colaterales que producen otros.⁽³⁷⁾

D.4. DISPOSITIVO INTRAUTERINO

El dispositivo intrauterino (también conocido como DIU) es un objeto (un artefacto) ligero y pequeño que se coloca en el interior del útero. Con mucha frecuencia tiene forma de “T” y está hecho con diferentes materiales, (plástico y cobre, entre otros).

Una vez colocado, el DIU permanece dentro del útero a lo largo de meses y años, hasta que la usuaria decida lo contrario o hasta que el especialista que vigila

La salud de la mujer juzgue que es necesario extraerlo. Tanto la colocación como la extracción del DIU tiene que ser realizada en clínicas y centros de salud por

Personal capacitado, con instrumentos adecuados y se deben cumplir las normas de higiene y asepsia. La duración de la protección anticonceptiva varía de acuerdo con el tipo de dispositivo y oscila entre 3 y 8 años. Cuando se usa un DIU es importante asistir a revisiones médicas periódicas. Y es importante que, una vez terminado el

período de protección, un especialista reemplace con oportunidad el dispositivo intrauterino.⁽³⁸⁾

El DIU Es un método muy utilizado porque es un método fácil de usar. Se estima que, en condiciones habituales de uso, el dispositivo intrauterino brinda protección anticonceptiva con una efectividad del 95 al 99 por ciento de los casos.

EL DIU ofrece numerosas ventajas, entre las que se pueden identificar las siguientes: se puede usar por muy largo tiempo, bajo vigilancia y revisión médicas; no implica gastos mensuales; su aplicación y su extracción son sencillas (pero tienen que ser realizadas por un especialista); y ofrece protección anticonceptiva continua y efectiva. Sin embargo, el DIU tiene algunas desventajas: en ocasiones, produce cólicos o sangrado; algunas mujeres no retienen el dispositivo o lo expulsan (sobre todo durante los primeros tres meses de uso).

D.5.MÉTODOS DEFINITIVOS

En páginas anteriores dijimos que los métodos definitivos son aquellos que, una vez aplicados, no vuelven a permitir ningún otro embarazo por el resto de la vida de quien los utiliza. El método definitivo para los hombres se llama vasectomía y para las mujeres se llama oclusión tubarica bilateral (o salpingoplastia).

Para fines prácticos, podemos decir que estos métodos son irreversibles. Las personas que se han practicado la vasectomía o la oclusión tubarica bilateral ya no pueden volver a tener hijos. Por eso es importante, antes de tomar una decisión, meditar muy bien las consecuencias; tener la seguridad de que ya se tiene el tamaño de familia deseado, de que ya no se quiere tener más hijos o hijas; hablar con la pareja;⁽³⁸⁾

Pedir asesoría. Para que no haya arrepentimientos, para que la vida siga siendo satisfactoria tanto para la persona operada como para su pareja.

Es necesario decir que las estadísticas reportan algunas fallas en estos métodos definitivos. Los reportes indican que la vasectomía falla como anticonceptivo en uno de cada 500 casos. También indican que, a un año de haber sido operadas, una de cada 200 mujeres se embaraza y que, a 10 años de la oclusión tubarica bilateral, puede llegar a embarazarse hasta una de cada 55 mujeres operadas.

➤ **Vasectomía**

La vasectomía es una operación sencilla que se realiza con anestesia local y que dura aproximadamente 20 minutos. Esta operación consiste en impedir que los espermatozoides (que se producen en los testículos) pasen a través de los conductos seminales y desemboquen en el pene. Para lograr esto, un cirujano corta los conductos que salen de los testículos rumbo al pene y cierra los extremos resultantes. Los hombres que se han practicado la vasectomía siguen produciendo espermatozoides y pueden seguir teniendo erecciones y eyaculaciones normales, pueden seguir teniendo relaciones sexuales normales, sólo que no pueden producir embarazos puesto que en su semen no hay espermatozoides. Operación femenina: oclusión tubarica bilateral o salpingoplastia ⁽³⁸⁾

Este método consiste en la oclusión de las trompas de Falopio, con el fin de evitar el paso de los óvulos.

Esta operación requiere anestesia y una breve hospitalización. La esencia de esta operación consiste en impedir que los óvulos maduros entren en contacto con los espermatozoides que, procedentes de la vagina, avanzan en su búsqueda, para fecundarlos. Las mujeres que se han practicado esta operación siguen produciendo óvulos y pueden seguir teniendo relaciones sexuales normales, sólo que no pueden Embarazarse, puesto que sus óvulos maduros permanecen fuera del alcance de los espermatozoides ⁽³⁸⁾

E. Actitudes y valores del adolescente según dimensiones

E.1 Responsabilidad y prevención de riesgo sexual.

La Responsabilidad, ligada con la libertad, es inseparable debido a que solo una persona con una libertad absoluta puede responder a sus actos, ya sean buenos o malos. La libertad es el poder que tiene el hombre de obrar o de no obrar según su voluntad, además nosotros los seres humanos somos los únicos poseedores de la

misma. A partir del desarrollo de la razón, la persona comienza a tener libertad excepto que la misma sea obstruida, y este desarrollo se hace responsable de sus acciones. En cada una de esas acciones que se hacen libremente, la elección entre el bien y el mal está implicada, y según la elección la responsabilidad del acto será mayor o menor.

Por ejemplo si un niño no hizo su tarea por que quiso salir a jugar, ese niño no está siendo suficientemente responsable y debe aceptar las consecuencias, que podría ser una mala nota. En este caso el niño eligió salir a jugar y no hacer la tarea, eligió el mal sobre el bien y eso se llamaría una falta de responsabilidad. Una persona es responsable cuando ⁽³⁸⁾

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

Por otra parte la responsabilidad no es solo el hecho de elegir, lo más importante, es elegir el bien ante el mal, pero si elegimos la segunda, hacer el mal, habrá una falta de responsabilidad sobre nuestra elección, y esto lo debemos pagar con un precio que puede ser elevado o pequeño según la maldad de nuestro acto. Todo acto que hagamos trae sus consecuencias, las cuales pueden ser buenas o malas dependiendo de la responsabilidad que le entregamos al acto. Pero cuando nosotros actuamos con responsabilidad, muy seguramente las consecuencias del acto serán buenas ⁽³⁹⁾.

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

Así mismo se sabe que hay hombres capaces de decir cualquier cosa para lograr lo que quieren, mientras hay otros que realmente aman y para quienes llevar la relación a la intimidad implica hacerla más fuerte y significativa.

Esto muestra una irresponsabilidad por parte de los jóvenes adolescentes respecto a la vivencia de su sexualidad.

Para otros autores la Responsabilidad está dada por el conocimiento que tienen los adolescentes para entender lo que necesitan: necesitan aptitudes y confianza en sí mismos para abstenerse o reducir riesgos ⁽³⁹⁾.

E.2 Libertad para decidir y actuar.

Como se mencionó la dimensión anterior; la libertad es el poder que tiene el hombre de obrar o de no obrar según su voluntad, además nosotros los seres humanos somos los únicos poseedores de la misma. A partir del desarrollo de la razón, la persona comienza a tener libertad excepto que la misma sea obstruida, y este desarrollo se hace responsable de sus acciones. En cada una de esas acciones que se hacen libremente, la elección entre el bien y el mal está implicada, y según la elección la responsabilidad del acto será mayor o menor ⁽⁴⁰⁾.

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

Según Coulbalut C ⁽⁴¹⁾, divide a la autonomía en tres áreas, que la componen: la autonomía personal ante necesidades materiales, Autonomía en desplazamientos y en relaciones amicales y Autonomía ideológica y de decisión. En este sentido realiza un estudio para la fiabilidad de la escala. Así los resultados muestran una acentuada subordinación del adolescente al núcleo familiar, que en función del sexo aparece aún más marcada en unas u otras áreas. Las chicas son más autónomas en aquellas actividades que implican más obligaciones y mayor responsabilidad en el hogar, en tanto que los chicos disponen de mayor independencia y libertad para realizar actividades fuera del hogar sin la compañía de los padres.

En sexualidad es muy importante la autoestima por la sencilla razón de que es un aspecto muy íntimo de nosotros mismos, sentirnos seguros y aceptados hace que nos abramos más a la experiencia. Por un lado, me gusta mi cuerpo no tengo reparos a la hora de acariciarlo y disfrutar con él, por otro, no me sentiré incómodo cuando esté

con una pareja sexual y tenga que mostrarme desnudo. Si me envuelvo en complejos y me escondo, no podré dejarme llevar; una pena cuando, en ocasiones, todo está en nuestra cabeza y nuestra pareja nos ve maravillosos ⁽⁴¹⁾.

Es cierto que podemos tener cosas que nos gusten más o menos, pero también lo es que nos obsesionamos con aquello que nos gusta menos y pensamos que por ello nos pueden rechazar, construyendo un muro impenetrable a través del cual no dejamos pasar a nadie. Romper este muro significa libertad, experiencias y sensaciones únicas, porque todos tenemos derecho a disfrutarlas. Nuestra autoestima en muchos casos se ve menguada cuando tenemos alguna dificultad sexual, ya que es un campo en el que nos exigimos mucho, nos proponemos objetivos muy altos y cuando no los alcanzamos nos sentimos frustrados ⁽⁴¹⁾.

➤ **Autonomía.**

Al hablar de autonomía, estamos refiriéndonos a la habilidad que tenemos de ser independientes, responsables y capaces de ejercer “control” sobre nuestras propias vidas. Ser autónomo implica también tener la posibilidad para evaluar las situaciones que vivimos y decidir qué y cómo debemos responder frente a ellas. Decidir por cuenta propia, no depender de lo que los demás nos digan para seguir lo que consideramos es el camino correcto para alcanzar nuestras metas, es parte de ser autónomo ⁽⁴¹⁾. Vivimos en tiempo en que nos vemos expuestos constantemente a influencias externas, y depende exclusivamente de nosotros el poder rescatar de ellas lo más importante desechando aquello que consideramos no nos aporta beneficio. ⁽⁴¹⁾

No es fácil ser autónomo, ciertamente es más cómodo dejarnos llevar sin reflexionar en lo que hacemos; la propia rutina nos enseña a vivir así, a seguir con el día a día sin que notemos que vamos dependiendo cada vez más de satisfacer las expectativas de las personas que nos rodean y no las nuestras. Pero, ¿es posible tener “una vida propia” si dependemos de lo que el entorno nos marque como pauta? ⁽⁴¹⁾

La respuesta es muy personal y dependerá del análisis que tú mismo hagas sobre cómo vives, como te gustaría vivir; como enfrentas la vida y como la enfrentarás ⁽⁴²⁾.

Pensamos que sin autonomía no hay posibilidad de elección propia, sin embargo, consideramos que las opiniones de los demás y la influencia externa son importantes en el proceso de tomar decisiones ya que ellas no solamente repercuten en nosotros si no que también impactan en quienes nos rodean.⁽⁴²⁾

Ahora bien, si queremos pensar en qué tan autónomos somos para “vivir nuestra sexualidad”, ¿cuál sería tu respuesta?, ¿qué significa para ti, tener autonomía para ejercer o vivir tu propia sexualidad? No podemos decirte cómo vivirla con autonomía, sin embargo, sí podemos plantearte lo que consideramos respecto a este punto tan importante.⁽⁴²⁾

La sexualidad es uno de los temas que más llaman la atención en nuestras sociedades, a pesar de ser una expresión natural, espontánea y que enriquece tanto nuestras vidas. En muchas ocasiones esta se ve teñida por creencias equivocadas, por ideas erróneas, por mitos que nos han sido enseñados por nuestros padres, en la escuela, por la religión e incluso por la sociedad en general que maneja conceptos y formas de ver la vida que no siempre van de la mano con la objetividad y la información verás. ¿Cuántas veces has dejado fluir tu sexualidad espontáneamente, sin pensar si lo que estás haciendo está bien o mal? ¿Por qué te preocupa lo que los demás puedan pensar de cómo vives tu sexualidad?⁽⁴²⁾

En la medida en que tú asumas que eres la única persona capaz de saber qué es para ti lo adecuado, lo que te brinda placer al cuerpo, lo que llena tu espíritu y lo que cubre tus necesidades de afecto, sin atravesar los derechos de las personas con quienes te relacionas, estarás asumiendo de manera activa y responsable tu vida sexual.⁽⁴²⁾

E.3.Respeto mutuo y reciprocidad.

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

industrializado, el hombre tiene la misma elección respecto a su coche: puede tener en cuenta lo que necesita y conocer su mecánica, o conducirlo por terrenos agrestes sin prestar la menor atención a su mantenimiento, cambio de aceite o cambios. Una mujer puede limpiar y cuidar de su máquina de coser o de su computadora, o puede maltratarla hasta que se atasque y quede inservible. Incluso una cuchara o un cuchillo puede mantenerse limpio y en su sitio, o dejar que se oxide o quede manchado ⁽⁴³⁾.

En esta época en que las mujeres, por primera vez, están aprendiendo que la dignidad humana también es aplicable a ellas, es absolutamente importante que los hombres conozcan las leyes de la reciprocidad y no esperen que una mujer les sirva sin recibir nada a cambio, ni pretendan imponer a una mujer lo que ella no quiere. Hoy es importante tanto para los hombres como para las mujeres comenzar a preguntar a su cónyuge qué es lo que le gusta y lo que le disgusta, para poder llegar a conocerle como un ser humano con sus características individuales.

Esto es aplicable a la relación conyugal respecto al espíritu, a la mente, a los sentimientos y, por supuesto, al vínculo físico. Es necesario llegar a conocer las creencias individuales, los gustos e idiosincrasias, sin lanzarse necesariamente a la conquista de la otra persona o emprender una cruzada para cambiar sus criterios. Cuando se suprime la **ley de la reciprocidad** de manera sistemática y uno o ambos miembros de la pareja no la respetan, la sexualidad, como un canal de agua, se estanca; puede que gotee un poco de uno al otro, ¡pero no en la dirección contraria! Entonces, la gente se preocupa, se enfada o queda perpleja, y recurre a la explicación más habitual: mi pareja está, bueno, deprimida...debemos administrarle algún tratamiento. ¡Cuando ella haya recibido tratamiento para su depresión, las cosas volverán a la normalidad! ¡Cariño! ¡Estás maravillosa! ¿Quién no quiere escuchar estas palabras de su pareja? Sin embargo, lo trágico es que para muchas mujeres esto puede significar que su pareja sólo desea ver el lado bueno, saludable de su mujer, que está “siempre dispuesta”. Entonces, la esposa siente que debe reprimir su cansancio, su tristeza, sus decepciones o su falta de entusiasmo, y que siempre tiene que intentar parecer “maravillosa”.

En la sexología moderna, cuando la relación sexual de una pareja se ha interrumpido a causa de algún síntoma que exprese sufrimiento (impotencia del hombre o frigidez de la mujer, o la ausencia de la necesidad normal de actividad sexual), el tratamiento comienza enseñándoles a descubrir las necesidades corporales del otro mediante las caricias. El hombre y la mujer tienen que descubrirlo y ayudar a su pareja a tomar conciencia de sus necesidades. Ésta es una buena manera de medir la capacidad de la pareja de aprender la ley de la reciprocidad, además de aprender lo que es la ternura en un sentido físico ⁽⁴²⁾.

E.4. Sexualidad y amor.

El desenvolvimiento de la relación a partir de esta etapa inicial, nos la explica Mercedes Arzú de Wilson ": El amor entre dos persona emerge de la atracción física en un principio. Del plano físico va transitando al psicológico y de éste, al espiritual. El anzuelo del principio suele ser casi siempre físico. Las relaciones entre amor y sexualidad no es que sean estrechas, sino que la una entronca directamente con la otra. Y a su vez, en su seno vibran con fuerza toda y cada uno de los ingredientes que nutren lo mejor del ser humano: lo físico, lo psicológico, lo espiritual y lo cultural. Aquí, en el encuentro sexual lo que se destaca y toma el mando es la emoción placentera del goce del acto sexual, quedando algo relegadas las otras tres dimensiones, pero envolviéndolo todo. Por eso hay que volver a subrayar que la relación sexual es un acto íntimo de persona a persona, nunca de cuerpo a cuerpo. ¿Qué quiere decir esto? Sencillamente que cuando al otro se le trata sólo como ser físico, portador de un cuerpo, se ha escamoteado la grandeza del amor y su profundidad. Esto es lo que pasa hoy en algunas ocasiones." ⁽⁴³⁾.

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

pensamientos y del lenguaje corporal no verbal que muchas veces logra decir más que mil palabras ^(43,44).

De esta forma, la fusión de dos cuerpos unidos por motivos de amor y compromiso en el matrimonio, se convierte en dialogo de intimidades que en exclusiva se dan a conocer mutuamente en una entrega de personalidades, corazones e inteligencias que por un momento se funden en "una sola carne" sin por ello llegar a confundirse uno con el otro ya que cada uno sigue conservando la propia originalidad, solo que ahora enriquecida por la donación que cada uno ha hecho de sí y de la aceptación mutua del otro como un regalo ⁽⁴⁴⁾.

E.5. Sexualidad como algo positivo.

La sexualidad es algo positivo, que hace agradables nuestras vidas. Por lo tanto, lo primero para ejercer nuestra sexualidad como una oportunidad de placer y bienestar, es asumir que nuestro cuerpo y nuestros deseos sexuales son digno motivo de alegría y no una manifestación de pecado o un motivo de castigo. Nuestra sexualidad tiene componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. En especial los elementos sociales van construyendo nuestra sexualidad de acuerdo a las normas que en nuestra sociedad aprueban determinados comportamientos y rechazan otros. Estas normas y valores los vamos incorporando desde que aprendemos el lenguaje. Frecuentemente encontramos que las normas sociales no se ajustan a las necesidades de las personas concretas, son por tanto reglas que no tienen sentido ⁽⁴⁵⁾

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

sobre todo orientada hacia el otro, promoviendo así los derechos humanos en una relación de amor que se compromete con uno mismo y con el otro”. Actualmente los jóvenes se sienten más libres para hablar sobre sexualidad, lo he podido experimentar en mis cursos. El poder hablar sobre el tema es el primer paso para una salud sexual integral, pues además de poder transmitir mejor la información y aclarar dudas y opiniones, permite a los jóvenes tomar conciencia de su propia postura y tener un mejor cuidado y respeto en el manejo de su sexualidad ⁽⁴⁶⁾.

Es importante tomar en cuenta que hablar con los hijos no es decirles qué y cómo pensar o hacer, es un diálogo liberador para que tomen decisiones bien informados, es acompañarlos para que puedan pensar, analizar y tomar una postura conscientes de todos los aspectos que están presentes: el respeto hacia uno mismo y hacia el otro, la aceptación de su propio cuerpo, la autoestima, la responsabilidad y las consecuencias que van junto a cualquier conducta, promoviendo la autenticidad y la libertad y estableciendo límites y espacios para la expresión sexual. ⁽⁴⁷⁾

2.3. Definición operacional de las variables en estudio. (Ver anexo 05)

2.3.1. Variables principales y sus dimensiones.

A. Conocimiento de sexualidad del adolescente.

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

a) 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.

b) Dimensión ciclo de respuesta sexual humana.

Es la forma que tiene nuestro cuerpo de reaccionar a la estimulación erótica. La contemplación de ciertas imágenes, el susurro al oído de frases amorosas o el olor de la persona deseada pueden ser suficientes para despertar la libido.

c) Dimensión prevención de las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

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

d) Dimensión métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.

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

B. Actitud sexual del adolescente.

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

a) Dimensión responsabilidad y prevención del riesgo sexual.

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

b) 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.

c) Dimensión autonomía.

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

d) 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.

e) 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.

f) Dimensión sexualidad como algo positivo.

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

2.3.2. Variables intervinientes.

A. . Características sociodemográficas.

- **Ocupación;** actividad que realiza el encuestado en los últimos treinta días.
- **Lugar de residencia;** sitio donde está situado el domicilio del encuestado.
- **Grado de instrucción;** nivel de estudios alcanzados.
- **Religión;** tipo de religión que profesa.

B. Variables de control.

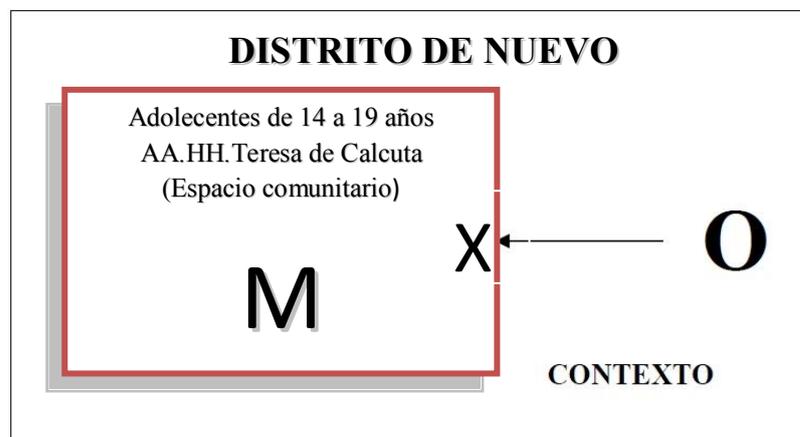
- ❖ **Sexo;** condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.
- ❖ **Edad;** tiempo vivido por el adolescente, expresada en 14 a 22 años cumplidos.

III. Metodología

3.1. Diseño de investigación

Estudio de tipo descriptivo de nivel cuantitativo, diseño simple de una sola casilla de corte transversal ⁽¹⁸⁾.

Esquema:



O: Representa lo que se observa.

X: Conocimiento y actitud sexual.

M: Adolescentes de ambos géneros entre 14 a 19 años del AA.HH Teresa De Calcuta.

3.2. Población y muestra

La población estuvo compuesto por el total (1,578 adolescentes) de adolescentes de 10 a 19 años del Asentamiento Humano Teresa De Calcuta Distrito de Nuevo Chimbote. La muestra lo conforman en un primer momento 140 adolescentes entre las edades de 14 a 19 años que residen en el asentamiento humano en estudio, luego de aplicar los criterios de inclusión la muestra quedo con 100 adolescentes.

Criterios de inclusión y exclusión.

Inclusión:

- Adolescentes de ambos géneros entre los 14 a 19 años de edad que viven o residen con permanencia por lo menos un año en del distrito de Nuevo Chimbote.
- aceptación voluntaria y escrita de participar en el estudio. No interesa la condición civil.
- Puede o no tener hijos.

Exclusión

- No participan adolescentes menores de 14 ni mayores de 19 años.
- Tampoco aquellos/as con capacidades distintas, minusvalías y/o con dificultades para comunicarse.
- Adolescentes transeúntes. Adolescentes que pertenecieran a algún programa educativo especializado en salud sexual y reproductiva.

3.3. Definición operacional de variables

Ver matriz de operacionalización de variables

3.4. Técnicas e instrumentos

Con la finalidad de obtener información sin modificar el entorno de la muestra y alterar las variables en estudio se utilizo la encuesta como técnica de recolección de datos. Los instrumentos que se emplearon fueron diseñados y validados por la docente investigadora de la escuela de obstetricia Mg. Nelly Solís Villanueva a través de la línea de la escuela profesional titulada Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes del Perú.

Cuestionario de conocimientos de la sexualidad del adolescente

Para la medición del nivel de conocimiento sexuales se utilizó un cuestionario previamente estructurado de preguntas cerradas que consta de 35 ítems, con opciones de respuestas dicotómicas Si conoce y No conoce, realizadas de manera agrupada según dimensiones, dicho cuestionario contiene 9 ítems que miden los

conocimientos de Anatomía y fisiología sexual y reproductiva; 8 ítems sobre repuesta sexual; 9 relacionadas a los conocimientos de prevención de las ITSS/VIH/SIDA, 9 destinados a metodología anticonceptiva como alternativa de prevención del embarazo. Un SI representa un valor de 1 y un NO un valor 0. Sumando las respuestas de cada ítem se pueden tener un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 35, considerando dos niveles (Anexo 1).

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

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

Test de actitudes sexuales del adolescente

Para la medición de las actitudes sexuales del adolescente, se utilizó la escala tipo Likert que consta de 6 dimensiones: Responsabilidad y prevención del riesgo sexual con 10 ítems, Libertad para decidir y actuar con 6 ítems, Autonomía con 5 ítems, Respeto mutuo y reciprocidad con 9 ítems, Sexualidad y amor con 9 ítems, Sexualidad como algo positivo con 11 ítems; afirmaciones narradas, de la forma, que mejor refleje la opinión del adolescente, y comprende una escala de tipo Likert, considerando 5 alternativas (Anexo 3):

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

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

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

El instrumento para medir las actitudes hacia la sexualidad fue validado en su contenido por jueces expertos y los ítems cumplen con los criterios establecidos para su validación. La Prueba tiene un índice de confiabilidad Alpha Crombach igual a 0.88; siendo su confiabilidad alta (Anexos 2.2). En vista que el análisis de las actitudes sexuales se realizara según dimensiones, y se baremaron tomando en cuenta el percentil 75.

Características socio demográficas y de control.

Para la recogida de los datos socio demográfico, se empleó un cuestionario donde se identifica las variables estado civil, religión, ocupación y lugar de residencia, asimismo si tiene enamorado o enamorada, si ha tenido relaciones sexuales, la edad de inicio de actividad sexual y la opción sexual. También se incluyó la edad y el sexo del adolescente (Anexo 09).

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. En este caso, 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 realizara baremos en escala de Centiles o Percentiles. En el presente trabajo de investigación por estudios anteriores, 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 general:

Si conoce : 25 – 35.

No conoce : 0 – 24.

Conocimiento por dimensiones:

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

Si conoce : 7 – 9.

No conoce : 0 – 6.

- **Ciclo de Respuesta Sexual.**

Si conoce : 6 – 8.

No conoce : 0 – 5.

- **Prevención de enfermedades de transmisión sexual – VIH/SIDA.**

Si conoce : 7 – 9.

No conoce : 0 – 6.

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

Si conoce : 7 – 9.

No conoce : 0 – 6.

Actitud general:

Favorable : 151 – 250.

Desfavorable : 50 – 150.

Actitud según dimensiones:

- **Responsabilidad y prevención del riesgo sexual.**

Favorable : 29 – 50.

Desfavorable : 0 – 28.

- **Libertad para decidir y actuar.**

Favorable : 16 – 30.

Desfavorable : 0 – 15.

- **Autonomía.**

Favorable : 20 – 25.

Desfavorable : 0 – 19.

- **Respeto mutuo y reciprocidad.**

Favorable : 28 – 45.

Desfavorable : 0 – 27.

- **Sexualidad y amor.**

Favorable : 31 – 45.

Desfavorable : 0 – 30.

- **Sexualidad como algo positivo.**

Favorable : 38 – 55.

Desfavorable : 0 – 37.

Procedimientos para recolección de la información.

Se entregó a cada participante el formulario con los cuestionarios y la escala, brindando información general sobre el porqué de su aplicación, y especificando las normas para responderlas anónimamente.

La aplicación del formulario se realizó con la ayuda de alumnos encuestadores previamente capacitados por el investigador, siempre bajo la supervisión del mismo. Los tópicos de la capacitación fueron: manejo del instrumento y los objetivos de la investigación. Para poder iniciar la encuesta se hizo llegar con anticipación un formulario con: información para los padres de familia y solicitud de consentimiento para la participación de sus hijos en el estudio. Una vez obtenida la autorización, se

explicó a los adolescentes los objetivos de la investigación y su participación voluntaria en ella y se solicitará previamente su consentimiento (Anexo 3). La encuesta se realizó en el domicilio del adolescente, en un ambiente privado, sin la presencia de otras personas que pudieran afectar la información recolectada.

En todo momento de la investigación se tuvo en cuenta 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 respeto el derecho a abstenerse de participar en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin riesgo a represalia.
-

3.5 Análisis cuantitativo de la información.

Finalmente, el análisis de los resultados se realizo mediante la Bioestadística, los datos fueron 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 realizó utilizando el software PASWStatistics para Windows versión 18.0. Asimismo, se utilizó estadígrafos o indicadores numéricos de localización: media aritmética o promedio y mediana.

Para la presentación de los resultados obtenidos se utilizó tablas estadísticas de distribución de frecuencia, de doble entrada, con frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales, presentándose gráficos estadísticos: histogramas y gráficas circulares.

3.7. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	METODOLOGIA	VARIABLE
<p>¿Qué conocimiento y actitudes sexuales tienen los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Teresa De Calcuta de Nvo Chimbote en el año 2011?</p>	<p>General: Describir los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano “Teresa de Calcuta” de Nvo Chimbote en el año 2011</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir el conocimiento global en sexualidad que tienen los adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH Teresa de Calcuta de Nvo Chimbote en el 2011. • Describir el conocimiento sexual según las dimensiones de anatomía y fisiología sexual y reproductiva; ciclo de respuesta sexual; prevención de ITS y VIH/SIDA; y metodología anticonceptiva como prevención del embarazo. • Identificar las actitudes sexuales que tienen los adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH Teresa de Calcuta de Nvo Chimbote en el año 2011. • Describir las actitudes sexuales según las dimensiones de responsabilidad y prevención del riesgo sexual; libertad para decidir y actuar; autonomía; respeto mutuo y reciprocidad; sexualidad y amor; y sexualidad como algo positivo. • Describir las características socios demográficos y sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH Teresa de Calcuta de Nvo Chimbote en el año 2011. 	<p>Tipo de investigación: Descriptivo</p> <p>Nivel: Cuantitativo</p> <p>Diseño: Simple de una casilla corte transversal</p> <p>Población y muestra: Total de adolescentes de 14 a 19 años que radican en el AA.HH Teresa De Calcuta. La muestra está constituida por el total de adolescentes de 14 a 19 años que viven en el AA. HH. Teresa De Calcuta. Del distrito de Nuevo Chimbote, que cumplan los criterios de inclusión.</p> <p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumentos: El cuestionario de conocimientos y la Escala Likert para medición de las actitudes sexuales.</p>	<p><u>Variables principales:</u></p> <p>Conocimiento sexual</p> <p>Actitud sexual</p>

IV. Resultados

4.1. Resultados

TABLA: 01 CONOCIMIENTO GLOBAL SOBRE SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO TERESA DE CALCUTA - NUEVO CHIMBOTE -AÑO 2011.

Conocimiento	n	%
Conoce	42	42.0
Desconoce	58	58.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes de 14 a 19 años, mes setiembre - 2011.

La Tabla 01: Muestra que el 58% del colectivo estudiado desconocen de manera global los conceptos de la sexualidad tales como las ITS\ VIH, SIDA y Métodos Anticonceptivos evidenciando que el total de adolescente explorados frente a un 42% que conoce los mismos.

TABLA: 02 CONOCIMIENTO SEXUAL POR DIMENSIÓN EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMAMO TERESA DE CALCUTA-NUEVO CHIMBOTE -AÑO 2011.

Dimensión	Conoce		Desconoce	
	n	%	n	%
1.Anatomía y fisiología sexual y reproductiva	46	46.0	54	54.0
2.Ciclo de respuesta sexual	51	51.0	49	49.0
3.Prevenición de ITS-VIH/SIDA	49	49.0	51	51.0
4.Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo	20	20.0	80	80.0

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes de 14 a 19 años, mes setiembre - 2011

La Tabla 02: Se puede observar el conocimiento por dimensiones al 100 %, se evidencia que los adolescentes en su mayoría no conocen los métodos anticonceptivos que existen para prevenir el embarazo (80%), así mismo poco más de la mitad (54%) no sabe su Anatomía y fisiología sexual y reproductiva, la mitad (49%) desconoce los cambios que se dan a través del ciclo de respuesta sexual y las medidas de prevención para evitar las ITS-VIH/SIDA (51%).

TABLA: 03 CONOCIMIENTO SOBRE ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA SEXUAL Y REPRODUCTIVA, SEGÚN RESPUESTA EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO TERESA DE CALCUTA - NUEVO CHIMBOTE- AÑO 2011.

Anatomía y fisiología sexual y reproductiva.	Conoce		Desconoce	
	n	%	n	%
1. Conoce los genitales externos de la mujer.	48	48.0	52	52
2. La fecundación es el ingreso del espermatozoide al ovulo.	83	83.0	17	17.0
3. El embarazo comienza con la fecundación.	69	69.0	31	31.0
4. En el embarazo se dan las modificaciones anatómicas y fisiológicas.	77	77.0	23	23.0
5. Conoce los genitales externos del varón.	62	62.0	38	38.0
6. Conoce la denominación del extremo final del pene.	58	58.0	42	42.0
7. Las trompas de Falopio transportan el óvulo hacia el útero.	79	79.0	21	21.0
8. La mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual.	57	57.0	43	43.0
9. El sexo es natural y necesita ser aprendido.	74	74.0	26	26.0

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes de 14 a 19 años, mes setiembre – 2011

La Tabla 03 : Hace evidente los reactivos menos conocidos del colectivo explorado en la dimensión Anatomía y fisiología sexual y reproductiva, convirtiéndose en las brechas del conocimiento del adolescente, siendo el reactivo de mayor porcentaje de adolescentes que no saben que puede quedar embarazada durante la mitad del ciclo menstrual (43%) , un 42% no saben que el extremo final del pene es el glande, parte importante en las medidas de higiene para prevención de las ITS; por otro lado , un gran porcentaje de adolescentes (83%) conoce que la fecundación es el ingreso del espermatozoide al ovulo y durante el embarazo , la mujer sufre modificaciones en su cuerpo(77%) .

TABLA: 04 CONOCIMIENTO SOBRE RESPUESTA SEXUAL EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO TERESA DE CALCUTA-NUEVO CHIMBOTE- AÑO 2011.

Ciclo de respuesta sexual	Conocen		Desconocen	
	n	%	n	%
1. Conoce las fases de la respuesta sexual humana.	32	32.0	68	68.0
2. La VSR tiene como elemento, la autoafirmación personal.	69	69.0	31	31.0
3. La VSR implica tener conocimientos de ITS/VIH/SIDA.	84	84.0	16	16.0
4. La VSR implica actitudes y valores.	82	82.0	18	18.0
5. Manifestaciones de Madurez sexual: menstruación, masturbación y acercamiento a jóvenes del sexo opuesto.	77	77.0	23	23.0
6. Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad.	58	58.0	42	42.0
7. Comportamiento no coital abarca besos, abrazos, caricias y masturbación.	51	51.0	49	49.0
8. La persona es quien controla su comportamiento sexual.	84	84.0	16	16.0

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes de 14 a 19 años, mes setiembre – 2011

Tabla 04 : Muestra el desconocimiento que tienen los adolescentes de los principales tópicos de las fases de la respuesta sexual humana , dando un 68% de los entrevistados que no saben que al iniciar una relación coital se muestran 5 fases que tienen diferente acción sexual. Tal es así que un 49% desconoce que los besos, abrazos, caricias y masturbación son comportamientos sexuales no coitales y el 42 % desconoce que, mientras no mantenga relaciones coitales tendrían un mejor control de su sexualidad Es así que hay un porcentaje favorable de un 84% que viven una sexualidad responsable al saber los conocimientos acerca de ITS VIH/SIDA el cual hace una prevención cuando inicien o mantenga actividad sexual activa.

TABLA: 05 CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE ITS-VIH/SIDA POR REACTIVOS, SEGÚN RESPUESTA EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO TERESA DE CALCUTA NUEVO CHIMBOTE-AÑO -2011.

Prevención de las ITS y VIH/SIDA	Conocen		Desconocen	
	n	%	n	%
1. El SIDA es una enfermedad que amenaza la vida.	98	98.0	2	2.0
2. Conoce las 3 vías de contagio del VIH/SIDA.	95	95.0	5	5.0
3. Un hombre puede infectarse con VIH si tiene coito con una sola mujer.	35	35.0	65	65.0
4. El usar preservativos convenientemente en una relación previene el SIDA.	80	80.0	20	20.0
5. El SIDA se contagia por abrazos, besos y contacto con persona infectada.	67	67.0	33	33.0
6. Las ITS se transmiten a través de la relación coital.	78	78.0	22	22.0
7. Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas de ITS.	70	70.0	30	30.0
8. Conoce y nombra las enfermedades de transmisión sexual.	58	58.0	42	42.0
9. El uso del preservativo es 100% seguro en la prevención de ITS.	52	52.0	48	48.0

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes de 14 a 19 años, mes setiembre – 2011

La tabla 05: Muestra que los adolescentes mediante sus respuestas en un 65% desconocen que pueden infectarse con VIH si mantienen relaciones coitales con una sola mujer, mientras que el 48 % desconoce que el uso del preservativo es 100% seguro ante la prevención de las ITS , es así que surgen respuestas erróneas por falta de conocimiento pero que a la vez un 42 % desconoce las diferentes enfermedades de transmisión sexual haciendo solo mención de algunas en resalte haciendo inocuo a las otras que son mortales pero que hacen omiso por no informarse. Cabe mencionar que un 98% Y 95 % sabe que una de las enfermedades mortales SIDA amenaza la vida y que a su vez conocen tres vías de contagio del VIH-SIDA, al igual que el 67% sabe que el SIDA no se contagia por abrazos, besos y contacto con persona infectada .

TABLA: 06 CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS COMO PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO TERESA DE CALCUTA -NUEVO CHIMBOTE -AÑO 2011.

Métodos anticonceptivos como forma de prevención del embarazo	Conocen		Desconocen	
	n	%	n	%
1. Una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual.	74	74.0	26	26.0
2. Los MAC pueden ser naturales y artificiales.	48	48.0	52	52.0
3. Sabe que píldoras, inyectables, DIU, son métodos anticonceptivos.	79	79.0	21	21.0
4. Para aplicarse la T de Cu la joven debe ir al médico u obstetra.	77	77.0	23	23.0
5. La abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.	60	60.0	40	40.0
6. Utilizar el preservativo es un método de Planificación Familiar.	69	69.0	31	31.0
7. Los MAC de barrera son: los preservativos, el diafragma y espermicidas.	23	23.0	77	77.0
8. Los métodos hormonales son: la píldora, inyectable, norplant.	26	26.0	74	74.0
9. Los MAC para los adolescentes son: el preservativo, diafragma, píldoras, inyectables, DIU.	36	36.0	64	64.0

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes de 14 a 19 años, mes setiembre – 2011

Tabla 06: Muestra el desconocimiento que tiene los adolescentes acerca de los métodos de barrera con un porcentaje del 77% al no conocer pues no hay una prevención de prevenir los embarazos como las ITS/VIH SIDA, tal es así dando un alto porcentaje 74% al no saber que las adolescentes mantengan relaciones coitales sin uso de métodos hormonales que hoy en día son obtables como prevención de embarazos y prevenir los abortos. El 64% defina como métodos anticonceptivos al preservativo las píldoras inyectables DIU y diafragma como únicos métodos existentes sabiendo que existen diversas formas de anticonceptivos que pueden ser optados por adolescentes, un 60% da como respuesta que mientras mantengan abstinencia sexual la mujer no podría quedar embarazada en sus días fértiles, el 74% de encuestados respondió acertadamente que una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual, 79% Sabe que píldoras, inyectables, DIU, son MAC

TABLA 07. ACTITUD GLOBAL FRENTE A LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO TERESA DE CALCUTA- NUEVO CHIMBOTE -AÑO 2011.

Actitud	n	%
Favorable	98	98.0
Desfavorable	2	2.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes de 14 a 19 años, mes setiembre – 2011.

La Tabla 07 muestra que el 98% de adolescentes presentan una actitud global favorable hacia sexualidad como responsabilidad en prevención de riesgo sexual, sexualidad y amor y sexualidad como algo positivo y solo el 2% muestra una actitud desfavorable en actitud.

TABLA 08 ACTITUDES SEXUALES POR DIMENSIÓN EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO TERESA DE CALCUTA - NUEVO CHIMBOTE -AÑO 2011.

Dimensión	Favorable		Desfavorable	
	n	%	n	%
1.Responsabilidad y prevención de riesgo sexual	97	97.0	3	3.0
2.Libertad para decidir	96	96.0	4	4.0
3.Autonomía	88	88.0	12	12.0
4.Respeto mutuo y reciprocidad	99	99.0	1	1.0
5.Sexualidad y amor	98	98.0	2	2.0
6.Sexualidad como algo positivo	99	99.0	1	1.0

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes de 14 a 19 años, mes setiembre – 2011.

La Tabla 08 muestra porque estos adolescentes muestran una actitud sexual global favorable, ya que en las seis dimensiones se encontró actitudes que favorecen la vivencia de una sexualidad responsable y gratificante en estos jóvenes. Donde el 97% presenta actitudes responsables y de prevención de riesgo sexual, 96% hacia la libertad para decidir y 88% hacia la autonomía. Respecto a las actitudes con la pareja el 99% muestra actitudes de respeto mutuo y reciprocidad en una relación sentimental, 98% hacia la vivencia de una sexualidad ligada al amor y 99% muestra actitudes favorables hacia la experiencia de la sexualidad como algo positivo en su vida, es preciso decir que hay una minoría de adolescentes que desconocen su propia autonomía no es alto el índice pero que podría mejorar la actitud hacia la dimensión planteada y cambiar las respuestas a ser favorables.

TABLA 09 CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO TERESA DE CALCUTA - NUEVO CHIMBOTE AÑO-2011.

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS	TOTAL	
	n	%
EDAD		
Adolescencia media (14 – 16 años)	59	59.0
Adolescencia tardía (17 – 19 años)	41	39.0
Media 16.14		
SEXO		
Masculino	51	51.0
Femenino	49	49.0
ESTADO CIVIL		
Soltero (a)	95	95.0
Conviviente	5	5.0
RELIGIÓN		
Católico (a)	75	75.0
Otras	12	12.0
No creyentes	13	13.0
OCUPACIÓN		
Estudia	85	85.0
Trabaja	10	10.0
Estudia y Trabaja	3	3.0
No trabaja/No estudia	1	1.0
Ama de casa	1	1.0
ENAMORADO		
Si tiene enamorado (a)	29	29.0
No tiene enamorado (a)	71	71.0
RELACIONES COITALES		
Si	25	25.0
No	75	75.0
EDAD DE INICIO DE RELACIONES COITALES		
N=25		
10 - 12	1	4.0
13 -16	17	68.0
17- 19	7	28.0
OPCION SEXUAL		
Heterosexual	100	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes de 14 a 19 años, mes setiembre – 2011

La Tabla 09 muestra las características socio-demográficas de los adolescentes encuestados, observándose la mayor concentración de participantes entre las edades de 14-17 años (59%), con una edad media de 16.14 años, siendo la mayoría varones (51%), solteros (91%), católicos (75%) y estudiantes (80%). En cuanto a las

características sexuales, de adolescentes refirió tener enamorado/a actualmente, el 29% de ellos manifiestan haber iniciado las relaciones coitales un 25% de los cuales el 41% lo hizo en la adolescencia temprana (13-16 años). Finalmente, el 100% de entrevistados se considera heterosexual.

4.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS

La sexualidad como elemento fundamental en la vida de las personas necesita ser experimentada de manera libre y placentera, vinculando al ser humano consigo mismo y con los demás. Esta se va construyendo a lo largo de la vida mediante un proceso de socialización constante que involucra pensamientos, emociones, sentimientos y comportamientos. Dos elementos importantes para el disfrute de una sexualidad responsable lo constituyen el conocimiento y la actitud sexual. Los cuales se van formando desde la niñez alcanzando su conformación casi definitiva durante la adolescencia; ambos son elementos determinantes del comportamiento sexual.

Teoría que no estaría evidenciando en la realidad empírica toda vez que los resultados del presente estudio Muestra que el 58% del colectivo estudiado desconocen de manera global su sexualidad, frente a un 42% que si conoce (Tabla 01). Así mismo al explorar el conocimiento a nivel de dimensiones se encontró que la mayoría (80%) no conocen los métodos anticonceptivos que existen para prevenir el embarazo, poco más de la mitad (54%) no sabe su Anatomía y fisiología sexual y reproductiva, seguido del 49% que desconoce los cambios fisiológicos que se dan en el ciclo de respuesta sexual y 51% no saben de las medidas de prevención que existen para evitar las ITS-VIH/SIDA (La Tabla 02), resultados semejantes al estudio de **Muños**⁽¹⁰⁾ quien en el año 2011, reportó que el 83% de adolescentes desconocen acerca de la sexualidad, observando desconocimiento en todas las dimensiones como las medidas de prevención de ITS-VIH/SIDA y métodos anticonceptivos como prevención del embarazo con el 71% para ambos; así mismo anatomía y fisiología sexual y reproductiva (63%) y ciclo de respuesta sexual (50%).

Estas similitudes estarían marcadas por las características sociales, demográficas y culturales de estos adolescentes, ambos estudios se desarrollaron en asentamientos

humanos, donde el colectivo en estudio son hijos de padres provenientes de la serranía del Perú.

Llevan a inferir que en la actualidad, existen espacios comunitarios donde la familia juega un rol importante en la educación sexual, si estas mantienen un diálogo abierto y franco con los jóvenes. Así mismo, la importancia de la participación activa de las escuelas y los servicios de salud ha conllevado a una mejora sin embargo aún no es la más efectiva por la brecha de una información no completa sobre temas en sexualidad. Este parece ser el caso de los adolescentes del AA.HH Teresa de Calcuta de Nvo Chimbote, quienes no reciben información oportuna y completa para esclarecer sus dudas, sin dejar de lado los pendientes que tienen los profesionales del primer nivel de salud, sobre todo con la implementación de estrategias educativas con temas específicos que contribuyan a una vivencia sexual y reproductiva responsable y segura.

La calidad de vida y la salud de las personas están en gran medida influenciadas por sus conductas y comportamientos en la esfera sexual y reproductiva, por lo tanto la salud sexual y reproductiva constituye un elemento clave para mejorar la calidad de vida de las personas. La Tabla 03, Hace evidente los reactivos menos conocidos del colectivo explorado en la dimensión Anatomía y fisiología sexual y reproductiva, convirtiéndose en las brechas del conocimiento del adolescente, siendo el reactivo de mayor porcentaje de adolescentes que no saben que puede quedar embarazada durante la mitad del ciclo menstrual (43%), un 42% no saben que el extremo final del pene es el glande, parte importante en las medidas de higiene para prevención de las ITS; por otro lado, un gran porcentaje de adolescentes (83%) conoce que la fecundación es el ingreso del espermatozoide al ovulo y durante el embarazo, la mujer sufre modificaciones en su cuerpo(77%). Resultados similares fueron reportados por **Zapata**⁽⁶⁾ en su investigación en las localidades de Barrio Fiscal y Ramón Castilla de Chimbote en el año 2011, donde los adolescentes encuestados mostraron conocer los genitales externos de varón (57%), que la fecundación es el ingreso de espermatozoide al óvulo (92%), que el embarazo comienza con la fecundación (87%), que en durante este se dan modificaciones anatómicas y fisiológicas (83%), desconociendo, al igual que en la investigación de **Pérez**⁽¹²⁾ en el

P.J. El Porvenir, la conformación de los genitales externos de la mujer. Al parecer este desconocimiento de la anatomía femenina, sería resultado del persistente condicionamiento del género. Es decir, resulta mucho más fácil hablar sobre el varón en comparación a la mujer, generando las desigualdades que luego se reflejarán en actitudes y conductas desfavorables para la sexualidad. Por tal razón es necesario que la educación sexual igualitaria en todos sus sentidos, enfatizando que la sexualidad es un elemento inherente al ser humano que para ser vivida de manera responsable sea necesaria su educación.

De tal modo tenemos otro elemento importante para el disfrute de la sexualidad de manera efectiva lo cual lo constituye el conocimiento del ciclo de respuesta sexual humana, como elemento básico para el entendimiento y control del impulso sexual. Tabla 4 ,Los adolescentes encuestados mostraron desconocer las fases de la respuesta sexual, de los principales tópicos de las fases de la respuesta sexual humana, dando un 68% de los entrevistados que no saben que al iniciar una relación coital se muestran 5 fases que tienen diferente acción sexual. Tal es así que un 49% desconoce que los besos, abrazos, caricias y masturbación son comportamientos sexuales no coitales y el 42 % desconoce que, mientras no mantenga relaciones coitales tendrían un mejor control de su sexualidad Es así que hay un porcentaje favorable de un 84% que viven una sexualidad responsable al saber los conocimientos acerca de ITS VIH/SIDA el cual hace una prevención cuando inicien o mantenga actividad sexual activa. A comparación de las investigaciones de **FU** ⁽⁷⁾ comunican que los adolescentes conoce las manifestaciones de madurez sexual (80% y 82%), reconocen que la VSR implica actitudes y valores (88% y 94%), teniendo como elemento la autoafirmación personal (88% y 82%) y que implica tener conocimientos de ITS y VIH/SIDA (97% y 94%).

En vista del creciente incremento de casos nuevos de ITS y VIH en la población joven, se vienen acoplando diversas estrategias y campañas preventivas con énfasis en la educación para prevenir estas enfermedades. Sin embargo, al parecer la inmensa información desplegada y la falta de afirmación de algunos tópicos ha generado dudas y confusión en la población joven que cuenta con un conocimiento parcial hasta contradictorio sobre el tema. Esta situación se pone de manifiesto en la presente investigación ya que la mayoría de adolescentes de la tabla 05 , muestra que los adolescentes mediante sus respuestas en un 65% desconocen que pueden infectarse con VIH si mantienen relaciones coitales con una sola mujer, mientras que el 48 % desconoce que el uso del preservativo es 100% seguro ante la prevención de las ITS , es así que surgen respuestas erróneas por falta de conocimiento pero que a la vez un 42 % desconoce las diferentes enfermedades de transmisión sexual haciendo solo mención de algunas en resalte haciendo inocuo a las otras que son mortales pero que hacen omiso por no informarse. Cabe mencionar que un 98% Y 95 % sabe que una de las enfermedades mortales SIDA amenaza la vida y que a su vez conocen tres vías de contagio del VIH-SIDA, al igual que el 67% sabe que el SIDA no se contagia por abrazos, besos y contacto con persona infectada . **Flores**⁽⁸⁾ en un estudio sobre intervención educativa sobre ITS-VIH/sida es estudiantes de la enseñanza pre universitaria en cuba durante el 2008 a 2009, observo que antes de la intervención solo el 50.8% de los encuestados conocían que una de las vías de transmisión de las enfermedades de transmisión sexual era por mantener relaciones sexuales desprotegidas; el 66.2% de los encuestados respondió que el uso del condón no es considerado en ocasiones como factor de riesgo ,mientras que el 59.6% estuvieron de acuerdo que con múltiples parejas sexuales se puede contraer una infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH/sida. El embarazo durante la adolescencia es un evento en la mayoría de las veces inesperado, con consecuencias individuales y sociales severas. Este genera en la pareja adolescente incertidumbre y temores que buscando ser absueltos generan otras complicaciones como el aborto y la muerte materna o los matrimonios forzados con separaciones dolorosas. Por tales razones es necesario proveer al adolescente de herramientas que le permitan evitar un embarazo no deseado, manteniendo una vida afectiva y por qué no sexual placentera. La información y educación en materia de

anticoncepción, lejos de incentivar el inicio sexual precoz como muchos creen, ha ayudado a evitar los embarazos no deseados, el aborto y la muerte materna adolescente. Tal es así que la Tabla 06, Muestra el desconocimiento que tiene los adolescentes acerca de los métodos de barrera con un porcentaje del 77% al no conocer pues no hay una prevención de prevenir los embarazos como las ITS/VIH SIDA, tal es así dando un alto porcentaje 74% al no saber que las adolescentes mantengan relaciones coitales sin uso de métodos hormonales que hoy en día son obtables como prevención de embarazos y prevenir los abortos. El 64% defina como métodos anticonceptivos al preservativo las píldoras inyectables DIU y diafragma como únicos métodos existentes sabiendo que existen diversas formas de anticonceptivos que pueden ser optados por adolescentes, un 40% da como respuesta que mientras mantengan abstinencia sexual la mujer no podría quedar embarazada en sus días fértiles , el 74% de encuestados respondió acertadamente que una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual, 79% Sabe que píldoras, inyectables, DIU, son MAC **Gonzales et al** ⁽¹³⁾, cuya investigación realizada en el año 2009 en el estado de Yopal – Casanare – Colombia sobre el conocimiento, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva del adolescente, se corroboró la edad de inicio de las relaciones sexuales en las mujeres, pero en los hombres disminuyó de los 17 años a los 15 años de edad. En cuanto a la opción de uso del condón -método de planificación familiar más conocido y más usado- en su primera relación sexual, las mujeres manifiestan mayor frecuencia de uso que los hombres, siendo más fácil de adquirir para ellos.de tal manera hay un desconocimiento de que los MAC de barrera son: los preservativos, el diafragma y espermicidas77%, Los métodos hormonales son: la píldora, inyectable, norplant74%, y Los MAC para los adolescentes son: el preservativo, diafragma, píldoras, inyectables, DIU. comparando resultados de la investigación de **Cruz**⁽⁹⁾ , en un estudio sobre sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria de Ica durante el año 2009, se encontró que en un total de 132 estudiantes que refieren haber tenido relaciones coitales solo un 76.5% refirió usar condón y el 53% refirió usar condón durante las relaciones sexuales .concluyo que del cruce de variables del total del grupo que conoce mucho-regular en auto percepción de conocimiento sobre sexualidad (uso de MAC como prevención del embarazo) tenemos que un 54.1% de

la población total fueron mujeres y el 45.9% varones. En el grupo de auto percepción de poco-nada un 44.3% fueron mujeres y un 55.7% fueron varones.

Otra de las variables expuestas en la investigación es la de actitud sexual, tal importancia que se asocia como determinante en el comportamiento debido a riesgos sexuales. Es decir ,que si tal adolescente muestra conductas sexuales favorables hacia la sexualidad se espera que muestre conductas sexuales saludables .Claro está que el entorno social implica y juega un papel muy importante dentro de este escenario **La Tabla 07** , Muestra que el 98% de adolescentes presentan una actitud global favorable hacia sexualidad como responsabilidad en prevención de riesgo sexual, sexualidad y amor y sexualidad como algo positivo y solo el 2% muestra una actitud desfavorable en actitud. Situación similar a la investigación de **Sánchez** ⁽¹¹⁾, en su investigación que realizo en 2009 en el distrito de Chimbote, sobre el conocimiento y actitudes sexuales de los adolescentes de la escuela profesional de Ingeniería de Sistema de la ULADECH – 2009. Reporto que respecto al nivel de conocimientos en general el 61.19% tiene regular conocimiento, un 17.9% tiene bajo conocimiento y un 20.9% tiene alto conocimiento de su sexualidad.

En lo que refiere a actitudes sexuales en análisis general un 75% tienen actitudes desfavorables **La Tabla 09** muestra las características socio-demográficas de los adolescentes encuestados, observándose la mayor concentración de participantes entre las edades de 14-17 años (59%), con una edad media de 16.14 años, siendo la mayoría varones (51%), solteros (91%), católicos (75%) y estudiantes (80%).En cuanto a las características sexuales, de adolescentes refirió tener enamorado/a actualmente, el 29% de ellos manifiestan haber iniciado las relaciones coitales un 25% de los cuales el 41% lo hizo en la adolescencia temprana (13-16 años). Finalmente, el 100% de entrevistados se considera heterosexual. Al respecto **Fu**, ⁽⁷⁾ quien en 2010 realizó una investigación sobre conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes del distrito de Catacaos-Piura, encontró como resultados que 100% de los participantes tenía nivel bajo sobre conocimientos generales de sexualidad, mostrando desconocer todas las dimensiones exploradas. Respecto a la actitud sexual, el 69% presentó actitudes desfavorables en general, siendo las únicas dimensiones con actitudes favorables responsabilidad y prevención del riesgo sexual

y respeto mutuo, con 54% y 63% respectivamente. Por otro lado, del total de los adolescentes que tienen enamorado el 53% son de sexo femenino y el 47% son de sexo masculino, mientras los que ya iniciaron relaciones sexuales el 29% son de sexo femenino y el 27% de sexo masculino, con una edad promedio de inicio de relaciones sexuales para ambos de 15 años, considerándose el 100% heterosexuales (10).

En un momento donde la mayoría de los adolescentes piensan en disfrutar la sexualidad o “vivir el momento” como un evento que otorga respeto y estatus en su pequeño grupo social, es resaltante que estos adolescentes tengan actitudes sexuales responsables, que sumado al conocimiento sobre la sexualidad, facilitarían la vivencia de una sexualidad responsable y gratificante. Se puede decir que los jóvenes podrían evitar los riesgos sexuales a futuro como son infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados que conllevan a formar una familia por obligación, y las prácticas abortivas que pueden conllevar a la muerte temprana.

V. CONCLUSIONES

1. En términos generales, los adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH Teresa de Calcuta de Nuevo Chimbote, en su mayoría desconocen sobre los conceptos de sexualidad explorados. Sin embargo muestran actitudes favorables hacia la vida sexual responsable, plena y ligada al amor, el cual infiere que se cumple con la disonancia cognitiva que pueden tener los adolescentes al afirmar ideas y que otro sean sus comportamientos.
2. Al evaluar el conocimiento por dimensiones, los adolescentes en su mayoría (80% al 54%) desconocen las tres dimensiones en estudio, sobre todo lo mencionado y referido a la anatomía y fisiología sexual y reproductiva prevención de ITS/VIH SIDA y a los métodos anticonceptivos.
3. En cuanto a las actitudes globales (98%) de adolescentes presentan una actitud global favorable hacia sexualidad como responsabilidad en prevención de riesgo sexual, sexualidad y amor y sexualidad como algo positivo siendo una de los mayores altos porcentajes favorables en adolescentes.
4. Respecto a las actitudes por dimensiones, en mayor porcentaje de adolescentes encuestados hicieron muestra de actitudes favorables en los 6 reactivos evaluados para una vivencia de una sexualidad responsable y gratificante. Muestran responsabilidad a prevenir riesgo sexual, tienen capacidad para decidir esto se añade a que vivan el amor con responsabilidad y tengan actitudes positivas hacia su vida cotidiana; hacemos mención que hay un (12%) de respuestas que no tienen autonomía no es un alto porcentaje pero que se podría mejorar la actitud en esta dimensión planteada.
5. La mayor concentración de adolescentes encuestados se ubican en la adolescencia media entre edades de 14-17 años, refiriendo que la gran mayoría son adolescentes solteros. Más de la mitad refirió no tener una relación de enamorados pero a la vez hay un 25% haber tenido relaciones coitales en la adolescencia media y que en su totalidad manifestaron ser heterosexuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno S /león Canelón M / Becerra L. conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados Espacio Abierto, octubre-diciembre, año/vol. 15, número 004 Asociación Venezolana de Sociología Maracaibo, Venezuela pp. 787-803 Disponible <http://redalycuaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed??.Jsp?iCve=12215405>
2. García, Ávila, González, Lara. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. Serie en Internet. Citada 2009 noviembre20 Disponible: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0702.pdf> [Advocates foro Youth, Salud Sexually Reproductiva en los jóvenes de América Latina y El Caribe. Artículo en Internet. INEI: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar \(ENDES\) 2000. Lima, 2001.](#)
3. Mateos María; Nassif Beatriz; Galazo Paula Adolescencia y sexualidad: Espacios y caminos para compartir y reflexionar monografía en Internet ¿? Edición 1º, Lugar de publicación: <http://www.fahceunlp.edu.ar/academica/Areas/cienciasexactasynaturales/descargables/ponencias-en-las-jornadas/mateos.pdf>.
4. Pérez Sa, Donoso SE. Obstetricia. 3ed. Santiago-Chile. Mediterráneo. 1999.
5. Federación Internacional de Planificación Familiar - España. Programa de Atención a Jóvenes en Salud Sexual, lugar de publicación <http://www.fpfe.org/jovenes/programa.htm>
6. Zapata Y. conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de 14 a 19 años de la Urbanización Santa Úrsula durante el año 2011. [Tesis para optar el título de licenciada en obstetricia]. Sullana Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2011.
7. Fú S. Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de 14 -19 años del asentamiento humano Biduque del Distrito de Catacaos – Piura en el año 2010. [Tesis para optar el título de licenciada en obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2010.

8. Flores R. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de la “Urbanización López Albújar II etapa” del distrito de Sullana – Perú [tesis para optar el título de licenciada en obstetricia]. Piura – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2010.
9. Cruz E. Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de 14-19 años de los pueblos jóvenes Víctor Raúl y Manuel Arévalo” del Distrito de Chimbote, durante el periodo 2011. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia]. Chimbote. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2011.
10. Muñoz L. Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de 14 a 19 años del P.J San Pedro, sector I del Distrito de Chimbote 2011. [Tesis para optar el título de licenciada en obstetricia]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2011.
11. Sánchez R. Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de 14 a 19 años del P.J Dos de Junio del Distrito de Chimbote 2011. [Tesis para optar el título de licenciada en obstetricia]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2011.
12. Pérez R. Conocimientos, actitudes y comportamiento sexual en un grupo de adolescentes chilenos. *Perinatal. Reprod. Hum.* 2004; 18(4): 225-230.
13. González M. actitudes hacia la sexualidad humana en los estudiantes de ambos sexos de educación secundaria pública y privada de la ciudad de Trujillo. (Tesis para optar el título de licenciatura en psicología) Lima- Perú: Universidad Cesar Vallejo.
14. Limay Z. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes menores de 19 años de la escuela profesional de Contabilidad de la universidad ULADECH del distrito de Chimbote año 2008. [Tesis para optar el grado académico de magíster en obstetricia con mención en docencia universitaria]. Chimbote. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2008.
15. Definición.de. [Página en internet]. España. Wordpress. ©2008. [Actualizado 18 Marzo 2011; citado 18 Octubre 2011]. Disponible en: <http://definicion.de/didactica/>
16. Bunge Mario. La investigación científica. Madrid: Editorial Ariel S.A; 1985.

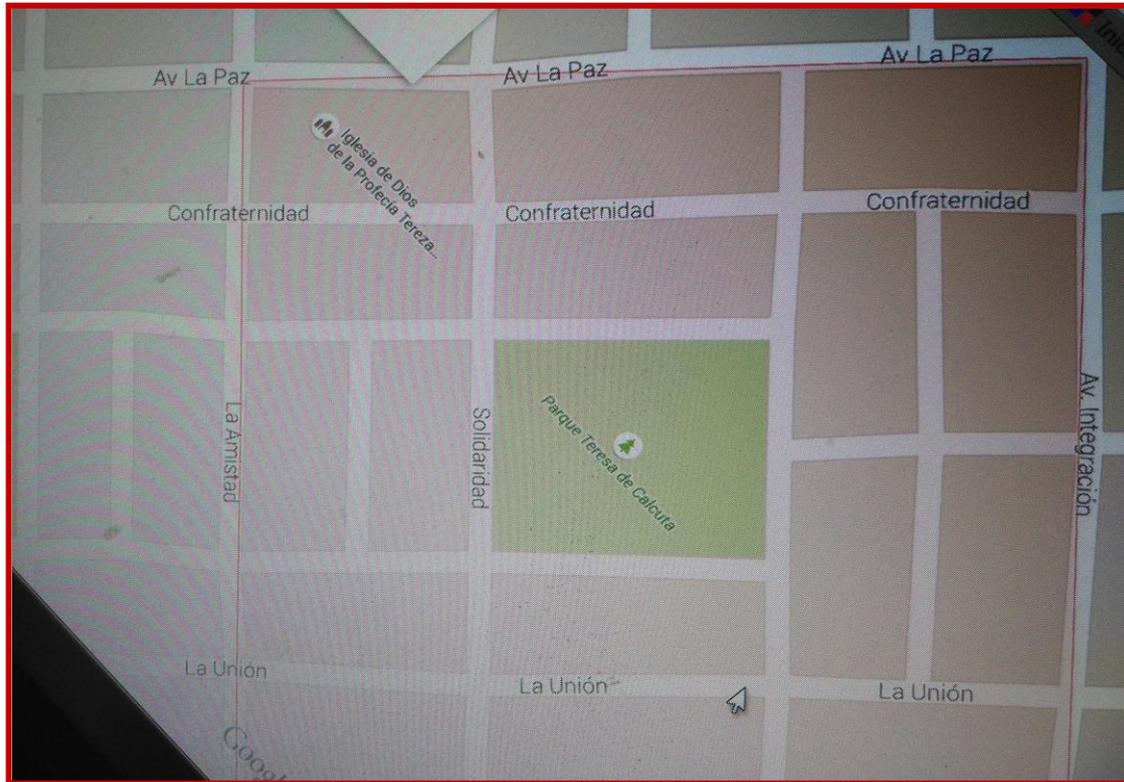
17. Sanhueza M. Constructivismo. [Monografía en internet] Sanhueza; Lima 3 de enero [Citado 30 octubre2011]; [aprox. 12 páginas] 2003. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos11/constru/constru.shtml#QUEES>
18. Delval J. Cómo se construye el conocimiento [Monografía en internet]. España - Madrid .Lerena; 2004[Citado 30 octubre 2011]; [aprox. 10 páginas] Disponible en: http://antoniopantoja.wanadooads.net/recursos/varios/cons_cono.pdf
19. Masías Y. Relación entre actitudes hacia la sexualidad y nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad prenatal en adolescentes del cono sur de Lima. [Tesis para optar el grado de magíster en psicología educacional]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2006.
20. Baron R, Byrne D. Psicología Social. 8 ed. Madrid 1998.
21. Díaz R. Introducción a la Psicología: Un Enfoque Ecosistémico. 2ª ed. México; 1999.
22. Papalia D, Wendkos S, Duskin R. Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia. 9 ed. México: McGraw Hill/Interamericana; 2005.
23. Marega O. Componentes de la sexualidad humana Inst. Of. Pleasure. 2009. [Aproximado 4 pantallazos] [citado 2011 en Diciembre 17]. Disponible en: <http://instituteofpleasure.org/espanol/componentes.htm>
24. Loundgren R. Protocolos de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes varones en América Latina. OPS/FNUAP/Kellogg/ASDI; 2000. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/protocol.pdf>
25. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima: Ministerio de Salud; 2004.
26. Aliaga L. Fundamentos conceptuales de la sexualidad. En: Guía auto instructiva del maestrante Modulo: Ejercicio de la sexualidad. 1ª versión. Chimbote: ULADECH-CATÓLICA; 2009. pp. 16-19.
27. Sánchez V. Conocimiento y actitudes sexuales en ITS-VIH/SIDA en adolescentes de ambos géneros de la comunidad zonal 2 de Junio, Chimbote-Perú-2009. [Tesis para optar el grado de magíster en Obstetricia]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2009.

28. Centro de Asesoría y Consultoría de Sexualidad. En vivencias de una sexualidad responsable. Barranquilla: Centro de Asesoría y Consultoría de Sexualidad; 2006.
29. Centro de Asesoría y Consultoría de Sexualidad, En: Vivencias de una sexualidad responsable, 2006. Disponible en: <http://www.orientame.org.co/documentos/memoria%203%20jornadas>.
30. Gonzales Sh., Castella J, Sandra M. Predictores de conducta sexuales de riesgo entre adolescentes. Rev. Intera. Psic. [Serie en internet]. 2007. [Citado 16 feb 2011]; 41(2):160-166. Disponible en: <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP041a5/RIP04117.pdf>
31. Totorá Gerard J. y Grabowski Sandra Reynolds “Principios de Anatomía y Fisiología”, 9º edición, Año Abril 2006.
32. Sobrevilla .David. Filosofía y Globalización. universidad de lima. Perú. Disponible desde: http://www.pucp.edu.pe/congresos/filosofia/programa_general/plenaria_matutina/sobrevilladavid.pdf.
33. Godoy R. Pérez L. Torres S. Biología y Clínica del Cáncer (ICIC). Revista Virtual de formación Oncológica. 2002 (2):1-7.
34. Navarro B. Profesor Titular de Fisiología. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Instituto Canario de Investigación del Cáncer (ICIC) rchi ri no@dbbf.ulpgc.es
35. Fernández E. Abascal. Mecanismos Fisiológicos de Regulación. Manual de Motivación y Curación... Editorial Ramón Aceres. 1995. pp250-252.
36. Respuesta Sexual Humana. wikipedia. Enciclopedia Libre. SaludVida. 2008. Disponible desde: http://es.wikipedia.org/wiki/Respuesta_sexual_humana
37. Enciclopedia de contenido Libre. Enfermedades de Transmisión sexual. 2009. Disponible: [Http://ntic.uson.mx/wikisalud/index.php/ENFERMEDADES_DE_TRANSMISION_SEXUAL](http://ntic.uson.mx/wikisalud/index.php/ENFERMEDADES_DE_TRANSMISION_SEXUAL).
38. LA Salud de los adolescentes en la región andina Disponible en: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/acortandodistancias2.pdf> 41. Nove lli FLLa Responsabilidad. Lugar de publicación: www.monografias.com/trabajos14/la-responsabilidad/la-responsabilidad_shtml-38

39. Ghaznavi A. Orientación matrimonial. Reciprocidad. 2007. Disponible desde: <http://orientacionmatrimonial.wordpress.com/2007/02/07/reciprocida>
40. Centro de Asesoría y Consultoría de Sexualidad. En vivencias de una sexualidad responsable. Barranquilla: Centro de Asesoría y Consultoría de Sexualidad; 2006.
41. Martos A. El valor de la autoestima. Instituto de Psicología, Sexología y Medicina Espill. 2006. vol.2. (1). Disponible desde: <http://www.discasex.com/Article17.html>
42. Ghaznavi A. Orientación matrimonial. Reciprocidad. 2007. Disponible desde: <http://orientacionmatrimonial.wordpress.com/2007/02/07/reciprocidad>.
43. Orzú M. Amor y Familia guía Práctica de Educación y Sexualidad. Ed. Palabra. Madrid. 1998. pp. 32-36.
44. Noviazgo matrimonio, Lugar de Publicación http://www.encuentra.com/documento.phpf_doc=1611&f_tipo_doc=9
45. 46. Martínez L. Hacia una sexualidad integral Lugar de publicación: Noviazgo http://famiiliatec.itesm.mx/publicaciones/docs/boletin8/familia_presente.pdf
46. Covey R. Los 7 Hábitos de la Gente altamente Efectiva: La Revolución Ética en la Vida Cotidiana. 1 ed. Buenos Aires. 2003. [En línea]: <http://scholar.google.com.pe/scholar?q=7+habitos+de+la+gente+altamente+efecv+a&hl=es&um=1&ie=UTF-8&oi=scholart>.
47. González L. Terapia para una sexualidad creativa. 7 ed. Ediciones Castillo: México; 1989.

VII. ANEXOS

Anexo N°01: MAPA GEOGRÁFICO DEL AAHH.TERESA DE CALCUTA



ANEXO N° 02. ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

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

ACTA DE DICTAMEN N° 2012 - 2-029 DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Siendo las 18:10 horas del día 18 de DICIEMBRE del 2012 por el Reglamento de Promoción y Difusión de la Investigación Científica (versión 05) de la ULADECH-CATOLICA en sus Artículos 48° y 50°, los miembros de la Comisión de Investigación de la Escuela Profesional de OBSTETRICIA conformado por:

MARIA LUCIA VILLANUEVA VASQUEZ	Presidente
CARMEN ROSA AGUIRRE ESPINOZA	Secretario

Reunidos en la Escuela Profesional de OBSTETRICIA para evaluar el documento del proyecto de investigación titulado:
"Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 -19 años del AA.HH. Teresa De Calcuta -Nuev

MILAGRITOS DEL PILAR INGA MIRANDA	Autor
VICTOR JOEL SANCHEZ ROMERO	Asesor

En base al Reglamento de Promoción y Difusión de la Investigación Científica Capítulo VI, Artículo 25°

SE DICTAMINA:
Que el proyecto en mención esta Aprobado, con el calificativo de 15, apto para ser ejecutado y registrado en el Módulo de Investigación Científica (MOIC).

Observaciones
Mejorar la redacción en la carátula, justificación de los párrafos. En el diseño corregir el Asentamiento Humano.

Los miembros del comité de investigación firman a continuación dando fe de las conclusiones del acta:

<hr/> MARIA LUCIA VILLANUEVA VASQUEZ Presidente	<hr/> CARMEN ROSA AGUIRRE ESPINOZA Secretario
--	--

Anexo N.º 03. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

INFORMACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Año de la Integración Nacional y reconocimiento de Nuestra Diversidad”

Señor jefe de hogar

Presente.-

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para comunicarle que la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, a través del Departamento Académico de Metodología de la Investigación y el Centro Universitario ULADECH Católica Chimbote, se encuentra realizando un estudio sobre información y educación en temas de salud sexual y reproductiva del adolescente en las principales ciudades del país, con el objetivo de fortalecer la prevención de complicaciones en la salud de la población joven.

Su menor hijo ha sido seleccionado para participar de dicha investigación, junto con muchos otros jóvenes de las principales instituciones educativas de la provincia de Chimbote. Por esta razón solicito a usted autorice su participación en la encuesta que le haga el portador de la presente, quién es Bachiller en Obstetricia de nuestra casa superior de estudio y está especialmente capacitado para realizar este tipo de tarea.

Le aseguramos que la información proporcionada recibirá un tratamiento estrictamente confidencial y anónimo. Las respuestas obtenidas no serán divulgadas en forma individual bajo ninguna circunstancia y servirá únicamente para orientar los programas educativos a desarrollarse en Huancayo.

Por todo lo expuesto, agradezco desde ya, la atención que usted brinda a la presente.

Atentamente,

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

Investigador: 944933077

RPM: *0007133

Oficina del Dpto. Investigación: (043) 327933

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

Yo, como jefe del hogar, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, **EXPONGO:**

Que he sido debidamente **INFORMADO/A** por los responsables de realizar la presente investigación científica, quedando entendido la importancia de la participación de mi hijo adolescente en una encuesta para contribuir al mencionado trabajo de investigación.

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

MANIFIESTO:

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

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

Firma del jefe de hogar

Firma del encuestado

Fecha: _____

ANEXO N° 04 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION.

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento



ENCUESTA PARA ADOLESCENTES



Código: _____

Fecha ____/____/____ Hora: _____

Autora: Mg. Nelly Solís Villanueva

Estimada y estimado adolescente:

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

Instrucciones:

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

CONOCIMIENTOS

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

ANATOMIA Y FISILOGIA, SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE	SI	NO
1. Los genitales externos de la mujer está conformado por los labios mayores y menores, el clítoris y la abertura de la vagina.		
2. La fecundación se da cuando el espermatozoide ingresa al ovulo.		
3. El embarazo comienza con la fecundación.		
4. Durante el embarazo la mujer experimenta modificaciones anatómicas y fisiológicas.		
5. Los genitales externos del hombre está conformado por el pene, los testículos y las bolsas escrotales.		
6. El glande es el extremo final o punta del pene.		
7. Las trompas de Falopio trasportan el ovulo hacia el útero.		
8. Una mujer puede quedar embarazada en la mitad del ciclo menstrual +/- 3 días.		
9. El sexo es una conducta natural que necesita ser aprendido.		
CICLO DE RESPUESTA SEXUAL HUMANA		
1. Las fases en la respuesta sexual son deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución.		
2. La vivencia de una sexualidad responsable tiene como elemento principal la		

autoafirmación personal (ejercer control sobre la vida sexual).		
3. Vivir una sexualidad responsable es tener conocimientos de ITS, VIH/SIDA y métodos de planificación familiar.		
4. Las actitudes y valores de los jóvenes son importantes en la vivencia de la sexualidad.		
5. Son manifestaciones de madurez sexual la menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto y masturbación.		
6. Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad.		
7. El comportamiento sexual no coital es cuando se practica los besos, abrazos, caricias y masturbación.		
8. La persona es quien controla su propio comportamiento sexual.		
PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL – VIH/SIDA	SI	NO
1. El sida es una enfermedad que amenaza la vida.		
2. Son vías de contagio del VIH/SIDA: sanguínea, relaciones coitales y transmisión de madre a hijo.		
3. Un hombre puede infectarse con el virus del VIH si tiene coito con una sola mujer.		
4. El usar preservativos convenientemente en una relación te previene del contagio del SIDA.		
5. El SIDA se contagia por los abrazos, los besos y el contacto con una persona infectada.		
6. Las ITS son infecciones que se transmiten a través de las relaciones coitales.		
7. Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas que corresponden a una infección de transmisión sexual.		
8. La sífilis, la gonorrea, el chancroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal son infecciones de transmisión sexual.		
9. El uso de preservativo es 100% seguro para la prevención de todas las ITS.		
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS COMO ALTERNATIVA DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO		
1. En su primera relación coital una mujer puede quedar embarazada.		
2. Los métodos de planificación familiar están divididos en: métodos naturales y artificiales.		
3. La píldora, los inyectables y el DIU son métodos anticonceptivos.		
4. Para usar la T de cobre la chica debe ir al médico u obstetra.		
5. El método de abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.		
6. El preservativo es un método de planificación familiar.		
7. Son métodos de barrera: los preservativos masculinos y femeninos, los diafragmas y los espermicidas.		
8. La píldora, los inyectables y el norplant son métodos anticonceptivos hormonales.		
9. El preservativo, las píldoras, los inyectables y el DIU son métodos anticonceptivos para los adolescentes.		

ACTITUDES

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

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

ACTITUDES Y VALORES SEXUALES DEL ADOLESCENTE	OPINIÓN				
	1	2	3	4	5
RESPONSABILIDAD Y PREVENCION DEL RIESGO SEXUAL	1	2	3	4	5
1. Cumpló con mis obligaciones.					
2. Obedezco a mis padres.					
3. Llego a mis clases puntualmente.					
4. Ayudo en las tareas de la casa.					
5. Tener relaciones coitales me expone a un embarazo precoz y las ITS-VIH/SIDA.					
6. Preveo y me preparo para enfrentar las consecuencias de mis actos como salir embarazada/embarazar a una chica o adquirir ITS /VIH/SIDA.					
7. La conducta sexual de una persona es cosa suya y nadie debe hacer juicios de valor sobre ella.					
8. Una persona que va a tener una conducta coital, debe buscar información y consejos sobre anticoncepción.					
9. Las relaciones sexuales entre personas jóvenes es aceptable, si hay afecto entre ellos y si ambos están de acuerdo.					
10. Hoy en día todos deben usar los preservativos para protegerse de ITS/VIH/SIDA					
LIBERTAD PARA DECIDIR	1	2	3	4	5
1. Cuando tomo una decisión, lo hago por mi propia voluntad.					
2. Siempre que voy a decidir por algo, necesito la intervención de otras personas.					
3. Cuando una pareja desea tener relaciones coitales, debe ser porque ambos lo deseen y lo acepten.					
4. Al iniciar la actividad sexual, se utiliza un método de planificación familiar.					
5. Mantengo relaciones sexuales por mi propia voluntad.					
6. Inicio mi actividad sexual por presión de mis amigos.					
AUTONOMIA	1	2	3	4	5
1. Tengo derecho a elegir con quien y en donde realizar mi vida sexual.					
2. Es necesario recibir información sobre sexualidad cuando tú lo solicites.					
3. Es fácil expresar mi opinión ante los demás.					
4. Mi cuerpo me pertenece, por eso solo yo soy el/la único/a responsable de mi integridad corporal.					
5. Yo decido por el control de mi cuerpo, por ello realizo deportes, busco espacios de distracción etc.					
RESPECTO MUTUO Y RECIPROCIDAD	1	2	3	4	5
1. Ambos miembros de una pareja tienen los mismos derechos.					
2. El sexo debe ser compartido únicamente con alguien que conozcas mucho.					
3. Frente a los problemas de salud sexual la pareja responde conjuntamente					

en la solución del problema.					
4. La pareja respeta la decisión de no tener el acto sexual, cuando el otro no lo desea.					
5. Se respeta el espacio de la pareja con sus amigos.					
6. En los “días de peligro” no podría tener relaciones coitales.					
7. La pareja conversa acerca de las consecuencias que trae la conducta sexual irresponsable.					
8. La pareja dialoga sobre el desarrollo personal de ambos.					
9. Se debe acordar en pareja situaciones para ejercer nuestra sexualidad sin riesgos.					
SEXUALIDAD Y AMOR	1	2	3	4	5
1. En una relación sexual debe haber amor de por medio.					
2. Las relaciones coitales se dan casualmente.					
3. La pérdida de la virginidad de la mujer antes del matrimonio no deber ser mal vista por la sociedad.					
4. La relación sentimental que inicia una pareja debe ser relativamente estable.					
5. La relación con mi pareja es estable.					
6. El amor de la pareja es correspondido de la misma manera.					
7. Ser mutuamente fieles es actuar con responsabilidad y respeto mutuo.					
8. Las fantasías sexuales son muy normales entre personas jóvenes.					
9. Las/los jóvenes que se masturban llevan a cabo una conducta normalmente saludable.					
SEXUALIDAD COMO ALGO POSITIVO	1	2	3	4	5
1. Tener relaciones sexuales es una decisión individual y voluntaria de la persona.					
2. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista deseo sexual.					
3. Para tener relaciones sexuales es importante que exista amor.					
4. El respeto tiene que estar presente en la relación sexual.					
5. En la relación sexual de existir comunicación.					
6. Las relaciones sexuales son responsables y cuidadosas.					
7. Cuando decidimos tener relaciones sexuales debemos aceptar a nuestros sentimientos sin culpa ni vergüenza.					
8. La sexualidad es compartida por esa razón debe ser cuidada por ambos protegiéndose y utilizando anticonceptivos.					
9. Antes de tener relaciones sexuales debemos pensar, si nos sentimos bien al hacerlo.					
10. Las mujeres ven a la sexualidad como algo malo porque sus padres les transmitieron ese concepto.					
11. Las mujeres que sienten temor a la sexualidad es por la mala información que recibió en su infancia, ya sea de sus padres, adultos, y por experiencias negativas que fueron víctimas.					

ANEXO N° 05 MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CONOCIMIENTOS SEXUALES

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

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE ACTITUDES SEXUALES

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

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

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

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CARACTERÍSTICAS DE CONTROL

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

Anexo N.º 06 MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	METODOLOGIA	VARIABLE
<p style="text-align: center;">¿Qué conocimiento y actitudes sexuales tienen los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Teresa De Calcuta de Nvo Chimbote en el año 2011?</p>	<p>General: Describir los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano “Teresa de Calcuta” de Nvo Chimbote en el año 2011</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir el conocimiento global en sexualidad que tienen los adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH Teresa de Calcuta de Nvo Chimbote en el 2011. • Describir el conocimiento sexual según las dimensiones de anatomía y fisiología sexual y reproductiva; ciclo de respuesta sexual; prevención de ITS y VIH/SIDA; y metodología anticonceptiva como prevención del embarazo. • Identificar las actitudes sexuales que tienen los adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH Teresa de Calcuta de Nvo Chimbote en el año 2011. • Describir las actitudes sexuales según las dimensiones de responsabilidad y prevención del riesgo sexual; libertad para decidir y actuar; autonomía; respeto mutuo y reciprocidad; sexualidad y amor; y sexualidad como algo positivo. • Describir las características socios demográficos y sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH Teresa de Calcuta de Nvo Chimbote en el año 2011. • Describir el conocimiento en medidas de prevención de la ITS y el VIH/SIDA, que tienen los adolescentes de 14 a 19 años del AA.HH Teresa de Calcuta de Nvo Chimbote en el año 2011. 	<p>Tipo de investigación:</p> <p>Descriptivo</p> <p>Nivel:</p> <p>Cuantitativo</p> <p>Diseño:</p> <p>Simple de una casilla de corte transversal</p> <p>Población y muestra:</p> <p>Total de adolescentes de 14 a 19 años que radican en el AA.HH Teresa De Calcuta.</p> <p>La muestra está constituida por el total de adolescentes de 14 a 19 años que viven en el AA. HH. Teresa De Calcuta. Del distrito de Nuevo Chimbote, que cumplan los criterios de inclusión.</p> <p>Técnica:</p> <p>Encuesta</p> <p>Instrumentos:</p> <p>El cuestionario de conocimientos y la Escala Likert para medición de las actitudes sexuales.</p>	<p style="text-align: center;"><u>Variables principales:</u></p> <p style="text-align: center;">Conocimiento sexual</p> <p style="text-align: center;">Actitud sexual</p>

Anexo N.º 07. MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE LOS INSTRUMENTOS.

Año	2007
Autora	Mg. Nelly Solís Villanueva
Procedencia	Chimbote-Perú
Administración	Adolescentes de 14 a 19 años
Significancia	Evalúa el conjunto de ideas, conceptos, y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del adolescente, referida a su sexualidad.
Duración	No tiene límite, como promedio 20 minutos.
Confiabilidad	La confiabilidad con el Método de Alfa Cronbach 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.

REPORTE DE VALIDACIÓN DE LA PRUEBA DE CONOCIMIENTOS SEXUALES.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Nº
0,646	35

Estadísticos totales y por elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
A1	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

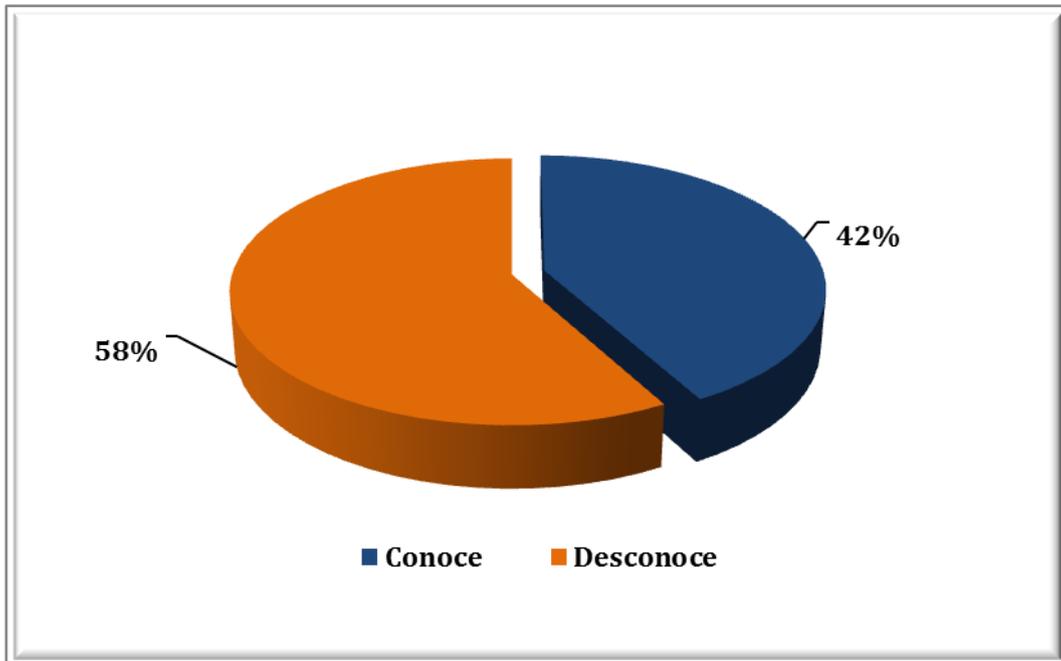
REPORTE DE VALIDACIÓN DE ESCALA DE LIKERT DE ACTITUDES SEXUALES.

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

Reporte de la confiabilidad del test de actitudes sexuales

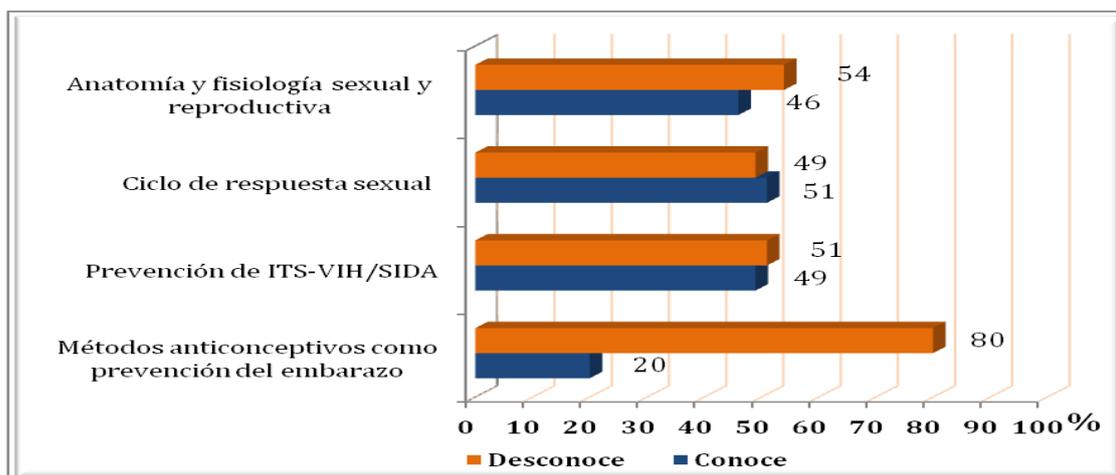
	Alfa de Cronbach	No Ítems
Responsabilidad y o prevención de riesgo sexual	.606	10
Libertad para decidir	.521	6
Autonomía	.607	5
Respeto mutuo y reciprocidad	.829	9
Sexualidad y amor	.505	9
sexualidad como algo positivo	.645	11
Escala Total	.881	50

ANEXOS 08: GRAFICOS.



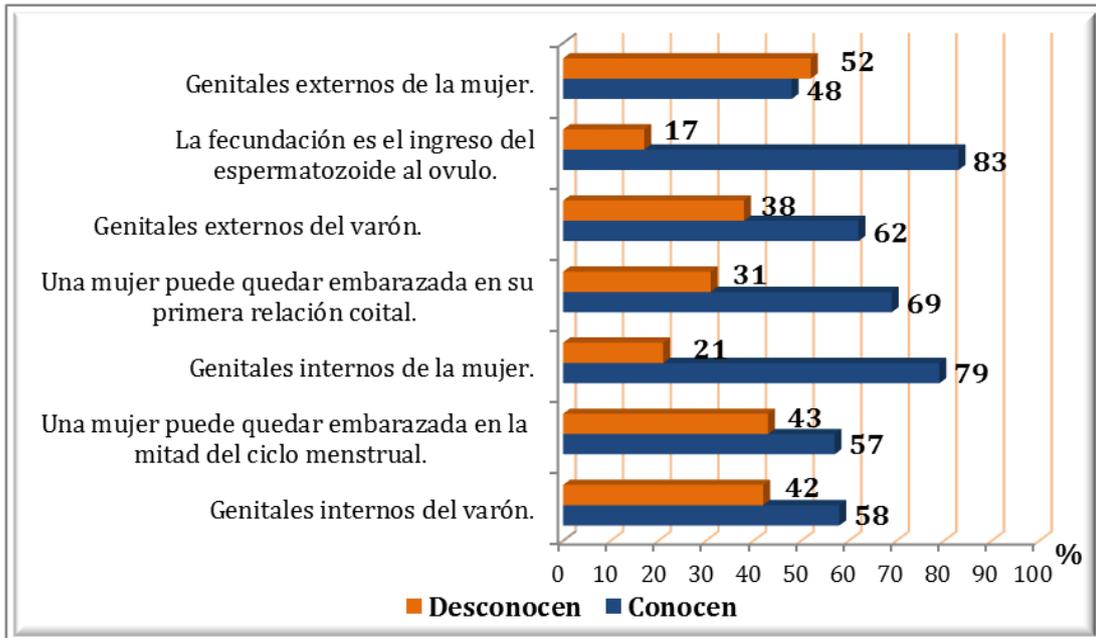
Fuente: tabla 01

GRÁFICO 01. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CONOCIMIENTO GLOBAL EN SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES, AA.HH TERESA DE CALCUTA DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE AÑO 2011.



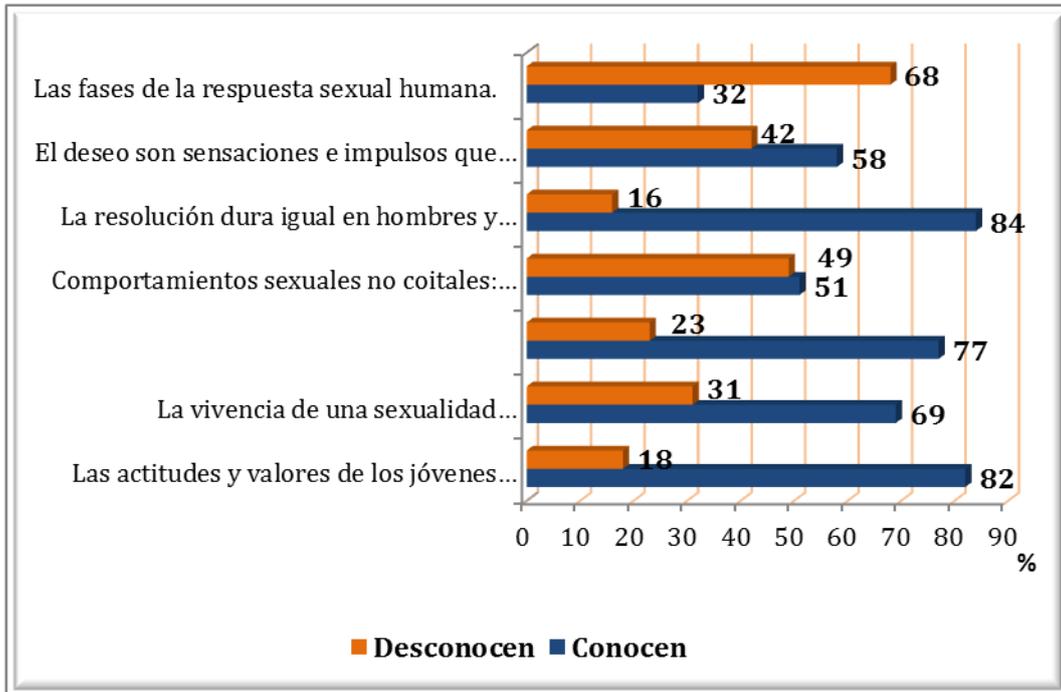
Fuente: Tabla 02

GRAFICO 02. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CONOCIMIENTO EN SEXUALIDAD POR DIMENSIONES DE LOS ADOLESCENTES, DE 14 A 19 AÑOS DEL AA.HH TERESA DE CALCUTA DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE AÑO 2011.



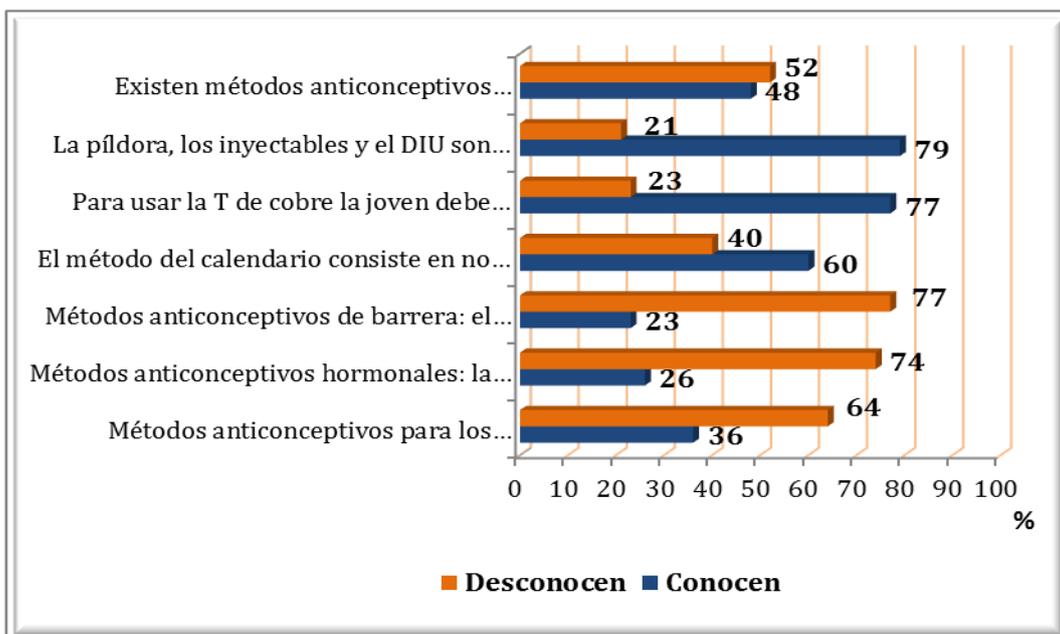
Fuente: Tabla 03

GRAFICO 03. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE 14 A 19 AÑOS EN ADOLESCENTES, ASENTAMIENTO HUMANO TERESA DE CALCUTA DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE AÑO 2011.



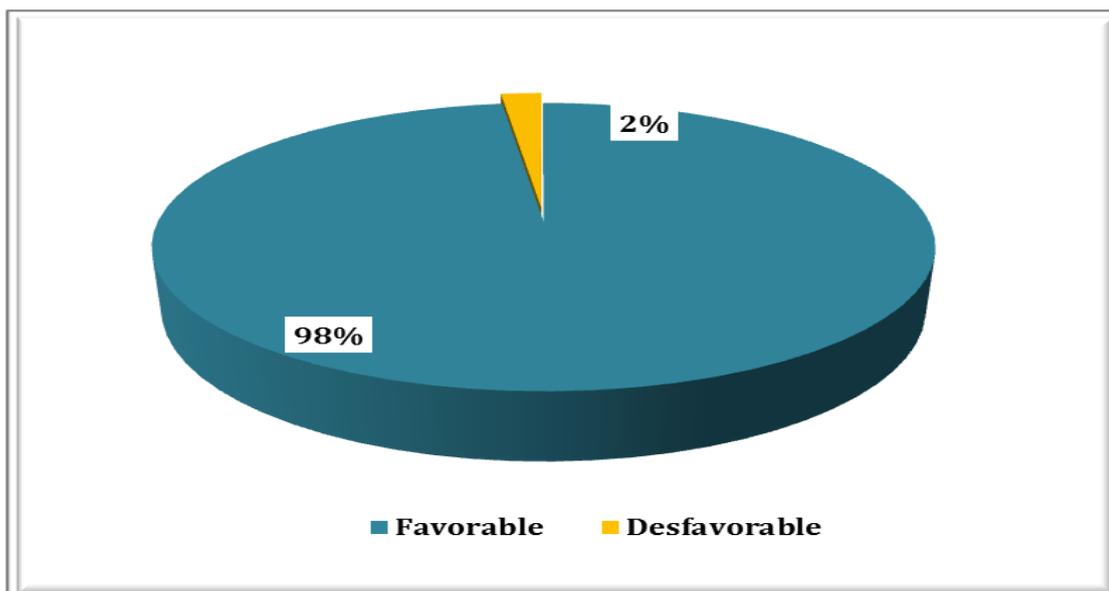
Fuente: Tabla 04

GRÁFICO 04: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE RESPUESTA SEXUAL EN ADOLESCENTES, ASENTAMIENTO HUMANO TERESA DE CALCUTA DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE AÑO 2011.



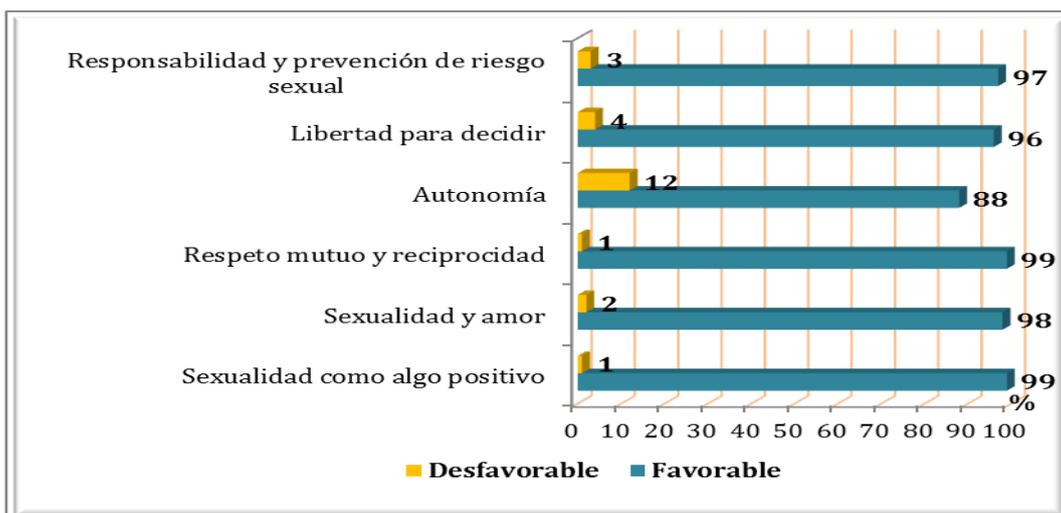
Fuente: Tabla 05

GRAFICO 05. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS COMO PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES, ASENTAMIENTO HUMANO TERESA DE CALCUTA DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE AÑO 2011.



Fuente: Tabla 06

GRAFICO 06. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS ACTITUDES SEXUALES EN GENERAL EN ADOLESCENTES, ASENTAMIENTO HUMANO TERESA DE CALCUTA DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE AÑO 2011.



Fuente: Tabla 07

GRAFICO 07. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA ACTITUD SEXUALES POR DIMENSIÓN EN ADOLESCENTES, ASENTAMIENTO HUMANO TERESA DE CALCUTA DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE AÑO 2011.