



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN CONOCIMIENTOS Y
ACTITUDES SEXUALES EN ADOLESCENTES DE UNA
INSTITUCION EDUCATIVA, QUICHES-2016

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGISTER EN
OBSTETRICIA

AUTORA:
LALY MIRSSA MUÑOZ ARGOMEDO

ASESORA:
MG. NELLY SOLÍS VILLANUEVA

CHIMBOTE – PERÚ

2017

INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN CONOCIMIENTOS Y
ACTITUDES SEXUALES EN ADOLESCENTES DE UNA
INSTITUCION EDUCATIVA, QUICHES-2016

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. Susana Paredes Díaz

Presidente

Mgtr. Ninia Hermelinda Velásquez Carrasco

Secretaria

Mgtr. Lucia Villanueva Vásquez

Miembro

Mgtr. Nelly Amelia Solís Villanueva

Asesora

Dedicatoria

A Dios todopoderoso, quién me ha dado la vida y supo guiarme por el buen camino, y por darme fuerzas para seguir adelante y ser mi mayor consuelo en mis momentos más difíciles de mi vida.

Con todo cariño y amor a mis padres y hermanos que me han brindado constantemente su apoyo, consejos, comprensión, han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi empeño, mi coraje para seguir trazando mis retos.

Gracias a esas personas importantes en mi vida, por su constante motivación, apoyo y por darme la mano cuando lo necesitaba, a ustedes de corazón mis sinceras consideraciones.

RESUMEN

En la etapa de la adolescencia se producen diferentes transformaciones, muchas de ellas llevarán a situaciones de riesgo sexual y reproductivo, sino se tiene el conocimiento y la actitud acertada para asumir las medidas de prevención y autocuidado. El estudio plantea como **Objetivo:** demostrar como una intervención educativa con el modelo cooperativo y participativo influye en el conocimiento y actitudes sexuales de los adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches. **Metodología** de tipo cuantitativo prospectivo longitudinal analítico, de nivel explicativo, diseño experimental, la muestra se constituyó de 32 adolescentes de ambos géneros de 14 y 19 años, a quienes se aplicó un cuestionario estructurado de preguntas cerradas, elaborado y validado por la docente investigadora Mg. Nelly Solís Villanueva, a través del proyecto línea . **Resultados:** antes de la intervención el 93.8% de los entrevistados no tenían un conocimiento global sobre sexualidad, después de la intervención educativa cambia los resultados a 75% de adolescentes que conocen sobre sexualidad y el 87.5% presenta actitudes desfavorables frente a su salud sexual y reproductiva, después de la intervención educativa se obtiene que el 81.3% muestra una tendencia favorable.. La edad promedio de entrevistados fue de 15 años, siendo 100% estudiantes, 78% son católicos, 44% tiene enamorado, 44% mantenía una relación afectiva al momento de la encuesta, habiendo iniciado el 53% su actividad sexual, con un rango de edad mayoritario de 17 a 19 años, considerando el 97% heterosexual. **Conclusión:** La intervención educativa con el modelo Cooperativo participativo si influye en el conocimiento y las actitudes de los adolescentes de la I.E. Virgen de la Natividad – Distrito de Quiches.

Palabras claves: *Actitudes, Adolescentes, conocimientos, sexualidad.*

SUMMARY

In the stage of adolescence, different transformations take place, many of them will lead to situations of sexual and reproductive risk, if one does not have the knowledge and the right attitude to assume the measures of prevention and self-care. The study proposes as a goal: to demonstrate how an educational intervention with the cooperative and participatory model influences the knowledge and sexual attitudes of adolescents of the I.E Virgin Mary of the Nativity District of Quiches. Methodology of quantitative prospective longitudinal analytical type, of explanatory level, experimental design, the sample was constituted of 32 adolescents of both genders of 14 and 19 years, to whom a structured questionnaire of closed questions was applied, elaborated and validated by the research teacher Mg. Nelly Solís Villanueva, through the line project. Results: before the intervention 93.8% of the interviewees did not have a global knowledge about sexuality, after the educational intervention changes the results to 75% of adolescents who know about sexuality and 87.5% have unfavorable attitudes towards their sexual health and reproductive, after the educational intervention is obtained that 81.3% shows a favorable trend. The average age of respondents was 15 years, 100% students, 78% are Catholics, 44% have a love, 44% had an affective relationship at the time of the survey, having initiated 53% of their sexual activity, with a majority age range of 17 to 19 years, considering 97% heterosexual. Conclusion: The educational intervention with the Cooperative participatory model if it influences the knowledge and attitudes of adolescents of the I.E. Virgin of the Nativity - District of Quiches.

Keywords: Attitudes, Adolescents, knowledge, sexuality.

CONTENIDO

1. Título de las tesis	i
2. Hoja de firma del jurado y asesor	ii
3. Hoja de agradecimiento y/o dedicatoria	iii
4. Resumen y abstract	iv
5. Contenido	vii
6. Índice de gráficos, tablas y cuadros	x
I. Introducción.....	14
II. Marco teórico.....	18
2.1. Bases teóricas relacionadas en el estudio.....	18
2.1.1. Perspectivas teóricas del desarrollo de la vida.....	18
2.1.2. Visión de la adolescencia en las perspectivas teóricas.....	20
2.1.3. Relación entre las perspectivas teóricas.....	23
2.1.4. Implicaciones del docente en la Educación para la salud.....	25
2.1.5. La Adolescencia: Aspecto biológicos, psicológicos y Sociales.....	28
2.1.6. Bases teóricas de la Sexualidad.....	36
2.1.7. Bases Teóricas de la Actitud.....	40
2.1.8. Teoría del Conocimiento.....	41
2.1.9. Vivencia de una Sexualidad Responsable.....	47
2.1.10. Modelo Cooperativo y Participativo:.....	52
2.1.11. Anatomía y fisiología sexual y reproductiva.....	54
2.1.12. Ciclo de Respuesta Sexual Humana.....	57
2.1.13. Enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA.....	65

2.1.14. Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.....	69
2.1.15. Responsabilidad y prevención de riesgo sexual.....	70
2.1.16. Libertad Para Decidir y Autonomía.....	72
2.1.17. Respeto Mutuo y Reciprocidad.....	73
2.2.18. Sexualidad y Amor.....	74
2.1.18. Sexualidad como algo Positivo.....	78
2.2. Hipótesis.....	81
2.3. Variables.....	82
III. Metodología.....	83
3.1. El tipo y nivel de la investigación.....	83
3.2. Diseño de la Investigación.....	83
3.3. Población y muestra.....	84
3.4. Definición y operacionalización de las variables y los indicadores.....	86
3.5. Técnicas e Instrumentos.....	88
3.6. Plan de análisis.....	83
3.7. Matriz de consistencia.....	96
IV. Resultados.....	103
4.1. Resultados.....	103
4.2. Análisis del resultados.....	115

V. Conclusiones y recomendaciones.....	123
Aspectos complementarios.....	125
Referencias bibliográficas.....	140
Anexos.....	146

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N.º 01: Conocimiento global sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes de 14 a 19 años de la I.E Virgen de Natividad del Distrito de Quiches, 2016.....	93
Tabla N.º 02: Conocimiento sobre anatomía y fisiología sexual y reproductiva en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016.....	94
Tabla N.º 03: Conocimiento sobre ciclo de respuesta sexual en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016.....	95
Tabla N.º 04: Conocimiento sobre prevención de ITS-VIH/SIDA en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, 2016.....	96
Tabla N.º 05: Conocimiento sobre métodos anticonceptivo como prevención del embarazo en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016.....	97
Tabla N.º 06: Actitud global sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes de 14 a 19 años de la I.E Virgen María de Natividad del Distrito de Quiches, 2016.....	98
Tabla N.º 07: Actitud frente a la responsabilidad y prevención del riesgo sexual en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016.....	99
Tabla N.º 08: Actitud frente a la Libertad para decidir en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016.....	100

Tabla N.º 09: Actitud frente a la Autonomía en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016.....	101
Tabla N.º 10: Actitud frente al respeto mutuo y reciprocidad en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches durante el periodo 2016	102
Tabla N.º 11: Actitud frente a la sexualidad y amor en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016	103
Tabla N.º 12: Actitud frente a la sexualidad como algo positivo en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016.....	104
Tabla N.º 13: Características socio demográficas y principales prácticas Sexuales en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, 2016.....	105

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N.º 01: Conocimiento global sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes de 14 a 19 años de la I.E Virgen de Natividad del Distrito de Quiches, 2016.....	109
Figura N.º 02: Conocimiento sobre anatomía y fisiología sexual y reproductiva en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016.....	110
Figura N.º 03: Conocimiento sobre ciclo de respuesta sexual en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016.....	111
Figura N.º 04: Conocimiento sobre prevención de ITS-VIH/SIDA en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, 2016.....	112
Figura N.º 05: Conocimiento sobre métodos anticonceptivo como prevención del embarazo en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016.....	113
Figura N.º 06: Actitud global sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes de 14 a 19 años de la I.E Virgen María de Natividad del Distrito de Quiches, 2016.....	114
Figura N.º 07: Actitud frente a la responsabilidad y prevención del riesgo sexual en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016.....	115

Figura N.º 08: Actitud frente a la Libertad para decidir en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016.....	116
Figura N.º 09: Actitud frente a la Autonomía en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016.....	117
Figura N.º 10: Actitud frente al respeto mutuo y reciprocidad en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches durante el periodo 2016	118
Figura N.º 11: Actitud frente a la sexualidad y amor en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016	119
Figura N.º 12: Actitud frente a la sexualidad como algo positivo en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016.....	120

I. Introducción

La adolescencia es un periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, etapa que transcurre de los 10 a 19 años, los cambios abarcan en el aspecto fisiológico como en el perfil psicológico y de la personalidad, para fines del estudio se considera al grupo que se encuentra entre los 14 a 19 años ⁽¹⁾.

El presente estudio pretende mejorar los conocimientos y actitudes en los adolescentes de manera práctica con la intervención de Promoción y Prevención de la Salud Sexual, con el objetivo de contribuir a esclarecer los puntos más vulnerables del adolescente, relacionadas con las dimensiones en este estudio. Como parte de los objetivos se propuso describir el conocimiento por dimensiones, considerándolo necesario para poder identificar las fortalezas y debilidades respecto a la sexualidad en el grupo poblacional. Para conseguir el objetivo general se planteó como objetivos específicos: Identificar el conocimiento y la actitud global sobre sexualidad, identificar el conocimiento y actitudes sexuales según dimensiones; Intervenir con la estrategia metodológica participativa aplicada en talleres de salud sexual y reproductiva, luego de la intervención en los adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad durante el periodo el periodo 2016.

Sin embargo el centro poblado con mayor dificultad en la salud sexual y reproductiva lo constituye el Distrito de Quiches, ubicada al norte, en su mayoría conformado por familias de condición socioeconómica baja y extrema pobreza, ya que por sus características culturales, económicas y la inducción de los medios de comunicación conllevan a iniciar relaciones coitales precozmente, con las consecuencias de embarazo no deseado, abortos provocados, infección de transmisión sexual, entre otros. Así mismo la fuente de información de los datos estadísticos se obtiene del centro de salud Quiches, teniendo 1394 habitantes como población general de esta jurisdicción, de los cuales 209 son adolescentes de 14 a 19 años, sin embargo en el año 2016 reportó 03 casos nuevos de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes; 07 adolescentes embarazadas; 12 usuarios adolescentes con métodos anticonceptivos, situación que llevo a plantear la siguiente interrogante ¿Cómo

influye una intervención educativa (modelo cooperativo y participativo) en el nivel de conocimiento y actitudes frente a la sexualidad en los adolescentes de 14 a 19 años de la I.E Virgen María de la Natividad durante el periodo 2016? Para dar respuesta al problema se planteó como objetivo general *demostrar como una intervención educativa con el modelo cooperativo y participativo influye en conocimiento y actitudes sexuales de los adolescentes.*

Otro factor determinante de riesgo es el débil conocimiento que muestran los adolescentes en cuanto a su sexualidad, La falta de información puede inducir a realizar comportamientos con riesgo de transmitir el VIH y de tener embarazos no deseados, si bien otras variables de tipo social, conductual y cognitivo también explican las conductas sexuales de riesgo, destacando la importancia de que el adolescente perciba el riesgo potencial y se sienta competente para desarrollar comportamientos protectores, y que los beneficios de tomar estas medidas sean más valorados.

Por otro lado con la intervención educativa del aprendizaje cooperativa – participativo aplicado en los adolescentes el tipo de investigación de este estudio y diseño experimental reuniendo las condiciones de una investigación cuantitativo de nivel explicativo, distinguiéndose la enseñanza que suelen ser tres sistemas de motivación del alumno como la organización de la docencia por parte del responsable, que vienen determinados por el valor que se le atribuye a alcanzar metas y por el tipo de interacción que se establece entre los alumnos, el tamaño de la muestra fue calculado considerando una confiabilidad del 95%, y un margen de error de 5%, resultado 69 adolescentes, sometiéndolos al criterio de inclusión y exclusión quedaron 32 adolescentes para la muestra a quienes se le aplicó una encuesta previa a intervenir en el taller de sexualidad que consta de 5 sesiones, éste suele estar mejor planificado y distribuido para una participación personal de todo el alumnado, hay una mayor coordinación e interacción entre los alumnos que componen los grupos, son un medio eficaz para el contraste e intercambio de ideas y sugerencias, favorecen la solución de los problemas que aparecen en la elaboración y aprendizaje de las

unidades de trabajo, y ayudan y facilitan la toma de decisiones por parte de cada alumno y de los grupos constituidos ⁽²⁾.

Ante tal situación se justifica el estudio del modelo cooperativo y participativo de sus diversas manifestaciones, pretendiendo proveer la información a través de talleres, teniendo la técnica participativa que este enfocada a temas como, el cuidado de salud sexual y reproductiva del adolescente, las relaciones con los padres, sociedad y desarrollando las habilidades Sociales para la toma de decisiones, con el fin de contribuir en la disminución de los indicadores negativos en éste componente de la salud, y ayudar al desarrollo integral del adolescente, así mismo resalta algunos antecedentes importantes interviniendo en los diferentes estudios de conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes siendo los principales autores Alpízar J. et al. ⁽⁵⁾, realizo un estudio que el 50% tenía conocimientos sobre VIH/SIDA. El 13.8% inicio las relaciones sexuales en una edad media, así mismo 75 % se protegió en su primera relación sexual. Mientras que Godoy ⁽⁶⁾, realizó un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes de dos instituciones educativas, teniendo como resultado nivel de conocimientos sobre sexualidad, en la escuela privada 72.3% de adolescentes alcanzó un nivel de conocimiento entre bueno y excelente; mientras que en la escuela estatal contrariamente el 70% de los alumnos poseen un regular. En cuanto a las actitudes sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), en la escuela privada el 72.4% de la muestra tiene actitudes favorables y en la escuela pública el 60% de jóvenes mostró una actitud favorable.

El estudio está constituido por 5 capítulos, el capítulo I, plantea la introducción dejando claro la caracterización del problema, planteamiento y formulación de objetivos, así mismo se sustenta la justificación del estudio y los motivos que conllevan a dicha investigación. El capítulo II, evidencia el resumen de la revisión literaria, iniciando por el sustento de los principales estudios previos realizados a nivel nacional e internacional seguido de las bases teóricas de las variables

conocimiento y actitud, así mismo la teoría existente sobre el comportamiento y perfil epidemiológico de la salud sexual y reproductiva, se hace referencia del marco conceptual a partir de la matriz de operacionalización de las variables. El capítulo III redacta la metodología aplicada enfatizando el procedimiento seguido durante el trabajo de campo a fin de facilitar las posibles réplicas de estudio. El capítulo IV presentamos el resultado de análisis del estudio, como el mismo que está organizado en tablas que responden a los objetivos planteados. La tabla 1 que sustenta al conocimiento global sobre salud sexual y reproductiva en estudio, la tabla 2 que muestra el conocimiento de anatomía y fisiología sexual, la tabla 3 que muestran el conocimiento de ciclo de respuesta sexual, la tabla 4 que muestra el conocimiento de prevención de ITS/VIH/SIDA, la tabla 5 que muestra el conocimiento de métodos anticonceptivos como prevención del embarazo, la tabla 6 que muestra la actitud global sobre salud sexual, la tabla 7 que muestra la actitud frente a la responsabilidad y prevención del riesgo sexual, la tabla 8 que muestra la actitud frente a la libertad para decidir, la tabla 9 que muestra la actitud frente a la autonomía, la tabla 10 que muestra la actitud frente al respeto mutuo y reciprocidad, la tabla 11 que muestra la actitud frente a la sexualidad y amor, la tabla 12 que muestra la actitud frente a la sexualidad como algo positivo. Finalmente el capítulo V, se concluye que la intervención educativa logra un impacto positivo en el conocimiento y actitudes sexuales en los adolescentes. Sin embargo la inadecuada educación en salud sexual sigue siendo una debilidad en los adolescentes, potenciando los riesgos de su salud reproductiva.

II. Marco teórico

2.1. Bases teóricas

2.1.1. Perspectivas teóricas del desarrollo de la vida

Desde que el hombre tomó conciencia de las diferencias individuales ha insistido en estudiar el desarrollo de su vida a través de las experiencias que vive. Este estudio ha generado una gran diversidad de teorías del desarrollo que tratan de explicar de manera sencilla las etapas por las que pasa el ser humano a través de su vida. Los estudios comenzaron con observaciones simples de las conductas de las personas que rodeaban a los teóricos en especial de niños y sus actitudes con respecto al medio ambiente que los rodeaba. Estas observaciones eran realizadas en estudios longitudinales donde se detallaba cada expresión de los niños en situaciones cotidianas hasta que los mismos alcanzaban la mayoría de edad. Varios teóricos se dieron a la tarea de clasificar el comportamiento humano en diferentes etapas del desarrollo desde diferentes perspectivas de la vida. De este esfuerzo por categorizar el desarrollo se han establecido las teorías más conocidas hoy día, entre ellas se encuentran las siguientes perspectivas: ⁽¹¹⁾

a). Perspectiva psicoanalítica: Basada en las teorías psicosexual y psicosocial. La **teoría psicosexual (Sigmund Freud)** se fundamenta en que la conducta está controlada por poderosos impulsos inconscientes y utiliza la observación clínica como técnica de estudio en donde se consideran las etapas y, donde el individuo es pasivo en su desarrollo mediante la modificación de factores innatos a través de las experiencias. **La teoría psicosocial (Erik Erikson)** se fundamenta en que la personalidad está influida por la sociedad y se desarrolla a través de una serie de crisis. Utiliza, también, la observación clínica como técnica de

estudio considerando las etapas, pero ve al individuo como ente activo del proceso mediante la interacción de factores innatos y de las experiencias (11).

b) Perspectiva social: La **teoría del aprendizaje social (Albert Bandura)** se fundamenta en que los niños aprenden en un contexto social al observar e imitar modelos y utiliza los experimentos científicos rigurosos como técnica de estudio. Tampoco toma en cuenta las etapas y ve al individuo como un ente pasivo y activo en el proceso mediante la modificación de las experiencias por factores innatos (11).

c) Perspectiva cognoscitiva: La **teoría cognoscitiva por etapas (Jean Piaget)** se fundamentan en que los cambios cualitativos del pensamiento ocurren entre la infancia y la adolescencia y utiliza las entrevistas flexibles y las observaciones meticulosas como técnicas de estudio tomando en cuenta las etapas. El individuo es activo en el proceso mediante la interacción y de la experiencia (11).

d) Perspectiva moral: Basada en las teorías del desarrollo moral, la teoría motivacional y la teoría del razonamiento moral. **La teoría del desarrollo moral (Lawrence Kohlberg)** se fundamenta en que el ser humano se desarrolla a través de transformaciones físicas. Su énfasis se basa en la interacción y transición en las áreas socio-emocionales del individuo. El individuo es activo. **La teoría del razonamiento moral (Eugenio M. de Hostos)** se basa en la intención de la formación del ser humano completo y la obtención de su libertad. Su énfasis es que la razón tiene que prevalecer sobre la voluntad. Ve al individuo como el ser con la capacidad de razonar y de relacionar, de idear y de pensar, de juzgar y conocer (13).

e) La teoría motivacional o de jerarquía de necesidades (Abraham Maslow) se basa en que el desarrollo de la personalidad humana se realiza a partir de una necesidad o impulso supremo. Su énfasis es la necesidad de cubrir las necesidades básicas y biológicas del ser humano para alcanzar su plenitud. El individuo es visto como activo en la toma de decisiones para determinar cuáles son sus prioridades y cómo las cubrirá ^(12,113,14).

Se debe tomar en consideración que no son las únicas perspectivas del desarrollo humano existentes. Pero, son éstas las más conocidas a nivel mundial. Cada teoría tiene una visión particular sobre la adolescencia y el comportamiento de las personas que pasan por esta etapa de la vida. De allí la importancia de la claridad de estas visiones así como el entender que los adolescentes no se desarrollan de la misma manera ni están envueltos en las mismas experiencias y circunstancias de la vida, elementos que nos lleven a un trabajo de manera efectiva.

2.1.2. Visión de la adolescencia en las perspectivas teóricas

Los teóricos han considerado en determinar cuáles son las características más predominantes en esta etapa del desarrollo y cada uno de ellos tiene sus propios estatutos al respecto. Tomando en cuenta las perspectivas antes estudiadas, y considerando los exponentes ya mencionados, sus aportes al tema son:

Freud establece que durante la adolescencia ocurren cambios fisiológicos que realimentan la libido, energía que estimula la sexualidad. Se establecen las relaciones heterosexuales y exogámicas. Y es ésta la última etapa, antes de entrar a la edad adulta. Por su parte, Erikson, 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. El adolescente debe

determinar el propio sentido de sí mismo. Según, Erickson, los adolescentes se basan en juicios donde la fidelidad juega un gran papel ^(11,12).

Para Piaget, la adolescencia es la etapa de las operaciones formales. Esta comienza a los doce años hasta la edad adulta. La persona puede pensar en términos abstractos, enfrentar situaciones hipotéticas y cavilar en posibilidades. Es la etapa en que aprenden a ser independientes del medio ambiente que le rodea.

Por su parte, Maslow deja ver que es en esta etapa en que la persona sufre cambios físicos rápidos y profundos iniciándose la madurez reproductora. Los adolescentes pasan por un proceso difícil de la búsqueda y consolidación de la identidad. El grupo de iguales ayuda a desarrollar y probar el autocontrol. Es durante esta etapa en que el individuo desarrolla el pensamiento abstracto y el empleo del razonamiento científico. El egocentrismo se presenta en algunos comportamientos, pero en términos generales, las relaciones con los padres son buenas ⁽¹²⁾

Kohlberg divide la adolescencia en tres etapas distintas. La primera de ella es la etapa Pre-Convencional. Esta etapa se caracteriza por el pro-adolescente donde las interpretaciones son en base a lo inculcado por su familia, generalmente manejado con el concepto de "bueno y malo" y reforzado con el "premio y castigo". Le sigue la etapa Convencional que se observa en el adolescente temprano y medio, quien todavía mantiene un respeto a las expectativas y reglas familiares, grupo, país, como expresión de acato al orden social. Por último, la etapa Post-Convencional que se presenta al final de la adolescencia, cuando ya la persona tiene conceptos propios y toma decisiones independientes del grupo y de la familia ^(11,12).

Bandura, por su parte, establece que los adolescentes adquieren un sentido de utilidad encaminado a la consecución de unos fines. Las consecuencias del comportamiento se configuran como reguladoras del comportamiento futuro. El adolescente toma referencia de conducta de los modelos observados en su medio ambiente ⁽¹³⁾.

Por último, para Hostos en el adolescente funciona principalmente la inducción. Hostos piensa que la adolescencia es la edad de los más vivos placeres intelectuales. La razón actúa con todas las funciones hasta donde alcanza la fuerza de la función predominante ⁽¹⁴⁾.

Son diversos los estatutos teóricos referentes a la adolescencia. Esto hace que las tendencias educativas sean difíciles de llevarse a cabo debido a las diferentes implicaciones de las mismas en la escuela y, el rol del profesor y el estudiante. De ahí que el adolescente, con características socio culturales y económicas deprimentes, no está exento de esta dificultad y sus implicaciones, sufre las consecuencias, presentando serias dificultades relacionadas con su sexualidad.

2.1.3. Relación entre las perspectivas teóricas

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

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

Aunque los cambios físicos son evidentes al pasar de los años son Freud y Maslow quienes los toman en consideración como muestra evidente de la etapa de la adolescencia. Estos cambios son cuantitativos y observables y son determinantes claros del proceso del desarrollo. Ambos piensan que con los cambios físicos se despierta la sexualidad del individuo y éste se concentra más en los deseos y emociones sexuales que en el medio ambiente que les rodea ⁽²⁷⁾

Sin embargo para Erickson, Kohlberg y Maslow la adolescencia es la etapa del desarrollo en que el individuo se busca a sí mismo y tiene la necesidad de conocerse en todas sus potencialidades. Esta búsqueda de sí mismo lo llevará a aumentar su autoestima y poder competir con sus grupos de pares en un bienestar común. Ellos piensan que es la etapa más difícil del desarrollo humano en donde se determinará el carácter social del individuo ^(11, 12, 13).

Bandura y Kohlberg coinciden en que es por la imitación de los valores morales que el individuo llega a conocerse. Este proceso de imitación moral comienza en la etapa de la adolescencia y termina con la capacidad de poder tomar decisiones propias, tomando en cuenta las reglas sociales pero sin desviarse de las necesidades del individuo en particular ^(20, 21, 22).

Por otro lado son Piaget, Maslow y Hostos los que concuerdan en que es a través del conocimiento y el uso de la razón que se llega a la conciencia plena. Es en la adolescencia donde se demuestra las capacidades del pensamiento y la razón mediante la toma de decisiones certeras cónsonas con la realidad circundante. El pensamiento y la razón son la base principal del ser humano ⁽¹¹⁻¹²⁾

Es Maslow quien toma en consideración todas las fases del ser humano: sexual, la cognitiva, física, moral y la social con el único propósito de que el

mismo alcance su autorrealización. Maslow ve al individuo como un todo que se mueve en sociedad y que debe cubrir sus necesidades básicas para alcanzar sus metas en la vida. El individuo es capaz de alcanzar todo lo que se propone cuando se conoce en todas sus dimensiones ^(14,15)

Bandura y Maslow no consideran importante dividir al ser humano en etapas de desarrollo ya que piensan que el individuo se crea a sí mismo mediante la experiencia. Las demás perspectivas toman en consideración las etapas para enfatizar sus estatutos y los limitan a ciertas edades. Todas ven al individuo como un ente activo en su propio desarrollo como individuo ⁽¹¹⁻¹⁵⁾.

2.1.4. Implicaciones del Docente en la Educación para la Salud

La educación en salud es una disciplina ecléctica con raíces en la salud pública, la medicina, las ciencias sociales y la conducta. La educación en salud, como proceso de vida da por resultado el desarrollo crítico, fomenta la interiorización de conceptos y valores cónsonos con nuestra idiosincrasia como pueblo. Esto crea un desarrollo que capacita a cada persona para el auto aceptación, la adopción de conductas, hábitos y prácticas saludables.

La base de la educación en salud en Perú nace de la necesidad de salud de un momento socio-histórico. Para fines de siglo XX comienza a evidenciarse de manera incipiente en los centros educativos del país. En sus comienzos se dirigía hacia la integración de la escuela y la comunidad. Los componentes del mismo eran ambiente escolar saludable, servicios para el fomento de la salud y la enseñanza en salud. Si embargo éste sistema educativo, no tuvo mayores logros ni avances, pese a que existe un convenio marco desde el 2005 firmado entre el ministerio de educación y el Ministerio de salud, el cual tiene como fin contribuir al desarrollo humano integral de los estudiantes y la comunidad educativa a través del fortalecimiento de acciones de promoción de la salud ⁽¹⁶⁾.

El modelo curricular de la educación en salud en muchos países está diseñado desde la adaptación de la teoría del aprendizaje cognoscitivo-humanista. Este fundamento teórico orienta el proceso del aprendizaje hacia el desarrollo de los más altos niveles del proceso de pensar. El dominio de esta capacidad, propicia además, el desarrollo de la dimensión afectiva, moral, ética y estética del educando en la interacción social. En tal sentido un programa educativo debe basarse en los siguientes estándares de excelencia ⁽¹⁷⁾

- ✓ Crecimiento y desarrollo humano
- ✓ Salud personal
- ✓ Nutrición
- ✓ Vida familiar
- ✓ Sexualidad y enfermedades de transmisión sexual
- ✓ Prevención y control de violencia
- ✓ Seguridad y prevención de accidentes y desastres naturales
- ✓ Uso y abuso de tabaco, alcohol y otras drogas
- ✓ Salud ambiental y de la comunidad
- ✓ Prevención de enfermedades y desordenes
- ✓ Salud del consumidor Crecimiento y desarrollo humano

En tanto el Ministerio de Educación del Perú considera en su plan curricular 2005, para el **Área persona familia y relaciones humanas** las temáticas siguientes: ⁽¹⁷⁾.

- ✓ Sexualidad, persona, cultura y sociedad
- ✓ Influencia de la biología en cada individuo, y de la cultura de cada sociedad, en la definición de identidad y el comportamiento sexual de mujeres y hombres

- ✓ Aspectos biológicos y psicológicos de la sexualidad humana y su relación con los estereotipos sexuales, de hombres y mujeres
- ✓ Desarrollo sexual en la niñez y adolescencia
- ✓ Derecho a la información sobre salud sexual y reproductiva, Anticoncepción, ITS, VIH/SIDA, y su relación con el auto cuidado, la salud y los derechos reproductivos, con énfasis en el fortalecimiento de las habilidades sociales como conducta de autocuidado.
- ✓ Problemas sociales relacionados con actitudes y comportamientos frente a la sexualidad (Embarazo no deseado, aborto, prostitución, pornografía, abuso sexual)
- ✓ Autocuidado de la salud sexual y reproductiva

Un aspecto importante es, que el maestro de educación en salud esté capacitado para entender y cubrir todas las necesidades de los adolescentes. Enfatizando en las cinco áreas programáticas del Ministerio de Educación del Perú: salud física, salud mental y emocional, salud espiritual, salud social-cultural y salud vocacional. De igual manera tomando en cuenta las visiones y prácticas curriculares que son cónsonas con las perspectivas teóricas del desarrollo humano, en especial aquellas dirigidas al trabajo con adolescentes (17)

Sin embargo, es importante destacar que el maestro debe ser un ente activo junto al estudiante. Es imprescindible que se desarrollen currículos dirigidos a cubrir todas las perspectivas antes mencionadas convirtiendo el Programa de Salud Escolar en uno holístico que vaya dirigido al cambio efectivo de los estilos de vida. El maestro debe ser conocedor de lo que enseña y servir de modelo y facilitador al estudiante (17).

La educación en salud debe tener en cuenta las diferencias particulares del individuo y crear grupos de apoyo para que los ayuden a alcanzar las metas que se proponen. Los grupos en los salones de clases, siguiendo las

recomendaciones de Hostos, no deben tener más de diez alumnos y un maestro facilitador que los acompañe durante su proceso de crecimiento. Ahora bien, esta perspectiva en la práctica es un poco difícil debido al alto uso de recursos humanos y económicos. Pero, aun así, la educación en salud se encuentra en un proceso de desarrollo que da esperanzas de soluciones futuras ⁽¹⁶⁾

Esto se resume en la opinión de los estudiantes de pedagogía en salud del Perú: "Los maestros de salud tienen un excelente campo de trabajo ya que son ellos los que tocan una fibra importante de las áreas del ser humano. Debemos tener consideración de que cada individuo es un ente aparte por el cual debemos trabajar individualmente. Tratando de que el estudiante pueda modificar conductas de riesgo y de esta forma nazcan actitudes positivas hacia un estilo de vida adecuado" ^(17, 18).

2.1.5. La Adolescencia: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales

El desarrollo humano se entiende como una sucesión evolutiva de "momentos" por donde el individuo va transitando, inmerso en un proceso histórico dinámico y a menudo contradictorio. Todo desarrollo humano se realiza en la interdependencia de dos procesos, uno de maduración y otro de mutación o cambio. El primero lleva al segundo y el paso entre ambos corresponde a lo que comúnmente se denomina "crisis". Éstas, también denominadas estadios o etapas, son a la vez liberadoras y generadoras de conflicto y angustia. Una de estas etapas es la adolescencia. Se caracteriza fundamentalmente por ser un período de transición entre la pubertad y el estadio adulto ⁽¹⁹⁾.

Adolescencia viene de la palabra latina *adolescere*", que nos remite al verbo *adolecer* y que en lengua castellana tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y crecer. La adolescencia se contempla ya en los tratados más antiguos. Siempre se ha considerado una época de los

individuos a medio camino entre la infancia y la edad adulta, por ello muchas tribus y pueblos establecieron claramente una serie de ritos de iniciación para marcar y favorecer el paso entre una y otra ⁽¹⁹⁾.

En nuestra cultura debemos considerarla simplemente como una fase de notables cambios en cuanto al cuerpo, a los sentimientos y sensaciones o como una etapa original y capital de la metamorfosis de niño a adulto. Pero también es cierto que en los tiempos actuales asistimos a cambios acelerados de muchas de las tradiciones, que en el mundo occidental han sido una ayuda para esta transición. El progreso tecnológico, las comunicaciones, las multinacionales de la moda, la música y la imagen, los cambios de valores provocados por el contacto con otras culturas debidos a la migración, el turismo y los medios de comunicación, estos son algunos de los factores que influyen en los hábitos, costumbres y formas de vida de la adolescencia y juventud. Estos hechos, junto a las dificultades de los jóvenes para incorporarse al mercado de trabajo determinan que, socialmente la edad adolescente y juvenil se prolongue hasta los 25 años, y se difuminen en gran manera las peculiaridades de esta etapa, tendiendo a una homogeneización de sus hábitos, costumbres y formas de vida. Así, la adolescencia puede variar en las diferentes sociedades y épocas, igual que varía el reconocimiento de la identidad adulta que se le da al individuo ^(19,20).

2. La Adolescencia propiamente dicha:

a. Desarrollo Cognoscitivo: La adolescencia es la etapa donde madura el pensamiento lógico formal. Así su pensamiento es más objetivo y racional. El adolescente empieza a pensar abstrayendo de las circunstancias presentes, y a elaborar teorías de todas las cosas. Es capaz de raciocinar de un modo hipotético deductivo, es decir, a partir de hipótesis gratuitas y, procediendo únicamente por la fuerza del mismo raciocinio, llegar a conclusiones que pueden contradecir los datos de la experiencia ⁽²⁴⁾.

La adolescencia es también la edad de la fantasía, sueña con los ojos abiertos ya que el mundo real no ofrece bastante campo ni proporciona suficiente materia a las desmedidas apetencias de sentir y así se refugia en un mundo fantasmagórico donde se mueve a sus anchas.

Es también la edad de los ideales. El ideal es un sistema de valores al cual tiende por su extraordinaria importancia. El adolescente descubre estos valores y trata de conquistarlos para sí y para los demás. Aunque este hecho no afecta a todos los adolescentes Depende de la formación recibida ⁽²³⁻²⁶⁾.

b. Desarrollo motivacional: Según ^(23,25) cita a Schneiders, quien refiere que, en el adolescente sobresalen los siguientes motivos:

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

o por la falta de confianza en los propios juicios y decisiones.

- **Necesidad de independencia:** Más que una existencia separada y suficiencia económica, significa, sobre todo, independencia emocional, intelectual, volitiva y libertad de acción. Se trata de una afirmación de sí.
- **Necesidad de experiencia:** Fruto del desarrollo y la maduración que en todos sus aspectos son dependientes de la experiencia. Este deseo de experiencia se manifiesta claramente en las actividades "vicarias" (TV, radio conversación, cine, lecturas, juegos, deportes). Por esto mismo se meten en actividades poco recomendables: alcohol, drogas, etc.
- **Necesidad de integración** (de identidad): Que es un deseo inviolable y de valor personal.
- **Necesidad de afecto:** Sentir y demostrar ternura, admiración, aprobación).

c.- **Desarrollo afectivo:** Es difícil establecer si la adolescencia es o no un periodo de mayor inestabilidad emotiva. Pero nada impide reconocer la riqueza emotiva de la vida del adolescente y su originalidad ⁽²⁴⁾.

La sensibilidad avanza en intensidad, amplitud y profundidad. Mil cosas hay ante las que ayer permanecía indiferente y, hoy, patentizará su afectividad. Las circunstancias del adolescente, como la dependencia de la escuela, del hogar, le obligan a rechazar hacia el interior las emociones que le dominan. De ahí la viveza de su sensibilidad: al menor reproche se le verá frecuentemente rebelde, colérico. Por el contrario, una manifestación de simpatía, un cumplido que recibe, le pondrán radiante, entusiasmado, gozoso. El adolescente es variado en su humor ⁽²⁴⁾.

d. Desarrollo social: Tanto el desarrollo cognoscitivo, como el motivacional y afectivo agilizan el proceso de socialización. El adolescente tiene en su comportamiento social algunas tendencias que conviene reseñar: (25).

- A medida que crece, son mayores y más variadas sus experiencias sociales.
- Este mayor contacto con la sociedad favorece un conocimiento más real de la sociedad.
- Mayor conciencia de los demás, así como una progresiva conciencia de pertenencia a una clase social
- Otras tendencias importantes son la madurez de la adaptación heterosexual, la búsqueda de status en el grupo de compañeros de la misma edad y la emancipación de la familia.
- En este proceso de socialización encontramos en el adolescente una serie de oscilaciones tales como:
 - ❖ Oscilación entre sociabilidad e insociabilidad: delicados e hirientes, tratables e intratables.
 - ❖ Oscilación entre excitación y depresión: trabajo y ocio, buen humor y llanto.
 - ❖ Oscilaciones entre confianza y desconfianza de sí mismos.
 - ❖ Oscilaciones entre vida heroica y sensualidad.

En esta época aparecen rivalidades y luchas para obtener el poder y ejercerlo sobre los demás. Prueba sus fuerzas físicas y así se convierte en agresivo, lo que se manifiesta con ciertos actos exteriores (se golpean unos a otros), palabras agresivas (se insultan), manifestaciones reprimidas y ocultas, agresividad contra sí mismos, agresividad contra las cosas ⁽²³⁾.

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

Esta situación puede o no ser conflictiva. Depende cómo los hijos son educados. Será entonces, conflictiva:

- Por las relaciones personales precedentes defectuosas.
- Por el sentido de inutilidad por parte de los padres.
- Por sobreprotección parental o por abandono.
- Por dudas de parte de los padres entorno a la responsabilidad de sus hijos.
- Por el fenómeno de la constancia perceptiva, a través de la cual a los hijos se les ve siempre "niños".
- Por las frustraciones de los padres proyectadas a sus hijos que llevan a una identificación a la inversa y a una mala interpretación
- Los padres afrontan los problemas de hoy en contexto de ayer.
- Por el hecho de que los padres son adultos y representan a la clase privilegiada, que niega al adolescente el "status" del mismo

género.

- Por el "conflicto de generaciones" debido a los contrastes que pueden surgir por la diferencia de edad entre dos generaciones.
- Una línea de solución está en la comprensión, en un gradual proceso decisonal comunitario. Durante la adolescencia, la escuela favorece la reorganización de la personalidad sobre la base de la independencia. La escuela facilita: ⁽²³⁻²⁶⁾.
 - La emancipación de los padres
 - Un status autónomo fundado sobre su propia acción.
 - La constitución de grupos
- Una mayor independencia volitiva al tratar con los adultos.
- Pero también la escuela puede presentar los siguientes obstáculos:
- Puede desatender problemas vitales (si se limita a lo intelectual)
- Ignora al estudiante como individuo (sólo exige rendimiento)
- Prolonga las relaciones adulto – niño.
- Algunas escuelas son el campo de batalla de contiendas ideológicas y políticas.
- Hemos de ver también las relaciones entre adolescentes: La amistad entre adolescentes se caracteriza por la sinceridad, el altruismo, la delicadeza. Se precian de tener los mismos gustos y

opiniones, se imitan, se tienen mutua confianza, se quieren con exclusividad, se sacrifican unos por otros.

- Entre ellos predominan los grupos primarios, se reúnen con frecuencia, participan de las mismas diversiones, peligros y emociones. El grupo proporciona a los adolescentes bienes diversos:
 - Les da sentimiento de seguridad, protección y solidaridad
 - Facilita las amistades
 - Es una escuela de formación social
 - Ayuda a emanciparse de sus padres
 - Reduce el conjunto de frustraciones.

e. Desarrollo sexual: La sexualidad del adolescente no es sólo un fenómeno psico fisiológico, sino también socio – cultural. Los valores, costumbres y controles sexuales de la sociedad en que vive el adolescente determinan en gran parte su actitud y comportamiento psicosexual ^(23,24).

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

En la adolescencia comienzas las primeras atracciones heterosexuales, la chica es más corazón y el chico es más cuerpo. La chica es más exhibicionista que el chico

f. Desarrollo moral: La moral para los adolescentes no es una exposición de principios, ni un conjunto de convenciones sociales; es, ante todo, un comprometer todo su ser a la búsqueda de la imagen ideal de sí mismo, donde pone a prueba la fuerza de la voluntad, la solidez de las posibilidades y cualidades personales. Hay algunos valores morales que ellos prefieren por ser más brillantes, más nobles y porque exigen un don de sí más absoluto ⁽²⁴⁾.

- ❖ El sentido del honor: sentimiento de la nobleza y de la dignidad del hombre frente al hombre.
- ❖ La sinceridad, signo de una personalidad que se afirma.
- ❖ La valentía, motor de muchos actos.
- ❖ La lealtad.

g. Desarrollo religioso: En la adolescencia se pone en movimiento exigencias particulares como el encuadramiento del propio yo en un mundo que tiene un sentido absoluto; estas exigencias hallan respuesta sólo en una específica dimensión religiosa. En esta edad, lo trascendente son afirmados como tales. Sin duda que para esto influye la educación dada por los padres, la ecuación de la escuela y el medio ambiente ^(23,24).

- El grupo de compromiso en la fe ahonda la religiosidad del adolescente y lo abre a los demás.

2.1.7. Bases teóricas de la Sexualidad

La sexualidad es una función básica del ser humano, esta comienza a los tres o cuatro años de edad y se establece definitivamente durante la adolescencia. La pubertad, como el comienzo de la adolescencia, se caracteriza por un rápido crecimiento físico y cambios psicológicos que pueden tener un gran impacto en el comienzo de la sexualidad y las vidas reproductivas de los adolescentes de ambos sexos. Es importante entender las respuestas de los y las adolescentes a estos cambios para poder identificar el comienzo de las necesidades de salud reproductiva y proporcionarles servicios satisfactorios ⁽³⁾. Mencionamos las principales teorías de la sexualidad.

a. Teoría del Aprendizaje

Según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás. Al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella. En la medida en que seamos recompensados (reforzados) por ellas, el aprendizaje perdurará. Estas teorías del aprendizaje conciben a las personas como seres primariamente pasivos, cuyo aprendizaje <<depende del número y de la fuerza de los elementos positivos y negativos previamente aprendidos>> (14,26).

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

El niño aprende a copiar la conducta del progenitor del mismo sexo porque su imitación es recompensada. Además, es bien sabido que los padres tratan de forma distinta a los niños o a las niñas desde el momento mismo

del nacimiento, en función de la expectativa diferente con que se les contemplan. Se piensa que esta actitud, conocida como socialización diferencial, repercute tanto en la identidad como en el rol de género ^(14, 27, 28)

b. Teoría Cognitivo-Evolutiva

Según este punto de vista, el desarrollo del género corre paralelo al progreso intelectual del niño ⁽³⁰⁾. Los niños de muy corta edad tienen una visión exageradamente simplificada del género, equivalente a una estimación no menos estereotipada del mundo en general. Hasta los 4-5 años de edad no comprenden los niños que el género es una constante y sólo entonces están en condiciones de configurar una sólida identidad de género ⁽²⁸⁾.

c. La interacción biosocial

Muchos estudiosos contemplan el surgimiento de la incipiente identidad de género como una sucesión de influencias recíprocas entre los factores biológicos y los psicosociales. En otras palabras, la programación genética en la fase prenatal, los elementos psicológicos y las reglas sociales influyen a un tiempo en las pautas futuras que el recién nacido desarrolla durante la niñez y la adolescencia. Money y su equipo estiman que los factores que más influyen en la formación del género no son de origen biológico, sino fruto del aprendizaje cultural. ⁽²⁸⁾

Hay quienes la definen la sexualidad como la combinación de: género, deseo sexual, sentimientos, experiencias sexuales, orientación sexual, influencia cultural, historia familiar, características físicas y espiritualidad. Algunas o todas estas cosas influyen en la propia percepción sexual de una persona y como otros ven y actúan hacia él/ella como un ser sexual. ⁽³⁾

Desde el **enfoque psico-biológico**: El concepto de "sexualidad" sería una "construcción cultural". Correspondería a la amalgama subjetiva del comportamiento erótico y la problemática de reproducción. La característica neurobiológico que explicaría la aparición de este fenómeno cultural sería el

extremo desarrollo en el ser humano del neo corteza, estructura que es la sede de las funciones intelectuales superiores ⁽⁴⁾.

Como vemos existen diversidad de teorías que definen a la sexualidad, así tenemos ésta, que se refiere a las manifestaciones biológicas, psicológicas y sociales del ser hombre y del ser mujeres es decir abarca el conocimiento, creencias, actitudes, valores y comportamientos de los individuos a nivel sexual. Sus dimensiones incluyen la anatomía, psicología y bioquímica del sistema de respuesta sexual; la identidad, orientación, funciones y personalidad; y los pensamientos, sentimientos y relaciones. Los valores éticos, espirituales, culturales y morales influyen en la expresión de la sexualidad ⁽⁴⁾

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

2.1.8. Bases Teorías de la Actitud

Aunque la sexualidad, adolescencia y actitud son términos y teorías muy ligadas, y se relacionan estrechamente, sin embargo para efectos metodológicos se presenta por separado ^(25,26)

2.1.8.1. Principales Teorías

a. Teorías del aprendizaje.

Según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás. Al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella. En la medida en que seamos recompensados (reforzados) por ellas, el aprendizaje perdurará.

Estas teorías del aprendizaje conciben a las personas como seres primariamente pasivos, cuyo aprendizaje <depende del número y de la fuerza de los elementos positivos y negativos previamente aprendidos>

b. Teorías de la consistencia cognitiva.-

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

c. Teoría de la disonancia cognitiva.-

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

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

De acuerdo con el análisis atributivo de la formación y cambio de actitudes. Las personas contemplan sus comportamientos y atribuyen lo que sienten a lo que hacen.

Una serie de factores determinan la efectividad de la comunicación persuasiva para cambiar actitudes. Se incluyen la fuente del mensaje, el modo de expresarlo y las características de la audiencia ^(25,26).

2.1.8.2. Perspectiva de la actitud

Una actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente. También se define como las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí (14).

Las opiniones son ideas que uno posee sobre el tema y no tienen por que sustentarse en una información objetiva. Por su parte los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Finalmente las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios (26).

Las actitudes son aprendidas. En consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular. Raras veces son asunto individual; generalmente son tomadas de grupos a los que debemos nuestra mayor simpatía. Se componen de 3 elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emoción (componente conductual) (25,26).

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

modificarse, lo cual obedece a diversos motivos. Por ejemplo, una persona puede cambiar de grupo social y asimilar las actitudes de éste. Lo que en mayor grado puede cambiar una actitud es la información que se tiene acerca del objeto ^(25,26)

2.1.8.3. Tipos de Actitud

- **Actitud Emotiva.**-Cuando dos personas se tratan con afecto, se toca el estrato emocional de ambas. Esta se basa en el conocimiento interno de la otra persona. El cariño, el enamoramiento y el amor son emociones de mayor intimidad, Que van unidas a una actitud de benevolencia ⁽²⁷⁾.
- **Actitud Desinteresada.**-Esta no se preocupa, ni exclusiva ni primordialmente, por el propio beneficio, Sino que tiene su centro de enfoque en la otra persona y que no la considera como un medio o instrumento, sino como un fin. Está compuesta por 4 cualidades: Apertura, Disponibilidad, Solicitud y Aceptación.
- **Actitud Manipuladora.**-Solo ve al otro como un medio, de manera que la atención que se le otorga. Tiene como meta la búsqueda de un beneficio propio.
- **Actitud Interesada.**-Puede considerarse como la consecuencia natural de una situación de indigencia del sujeto: cuando una persona experimenta necesidades ineludibles, busca todos los medios posibles para satisfacerlas; por ello, ve también en las demás personas un recurso para lograrlo.

- **Actitud Integradora.**-La comunicación de sujeto a sujeto, además de comprender el mundo interior del interlocutor y de buscar su propio bien, intenta la unificación o integración de las dos personas ⁽²⁷⁾.

2.1.9. Teoría del Conocimiento

Se entiende como teoría del conocimiento al intento intelectual de explicar la forma en la que adquirimos el conocimiento del mundo y los procedimientos por los que es generado ese conocimiento, de tal forma que pueda ser valorado ya como verdadero o como falso. Como su nombre lo indica, lo que pretende es crear una teoría (Cuerpo sistematizado de ideas sobre una materia) a cerca del conocimiento ⁽²⁸⁾

La conciencia es la expresión más compleja y sintética de lo real, expresa el verdadero ser del sujeto, ya que es la interiorización subjetiva de la abstracción del mundo en la personalidad de dicho sujeto. El conocimiento que sobre la sexualidad va adquiriendo el adolescente se forma a lo largo de su recorrido histórico, lo que lo lleva a definir un comportamiento ante la vida y la sociedad en que se desenvuelve, es decir, la conciencia social se condensa en conciencias individuales por medio de referentes que provienen de los modos de apropiación de lo real ⁽²⁸⁾.

➤ El Conocimiento Humano

Desde el enfoque epistemológico, el conocimiento es un acto que significa averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas (diccionario de la R.A.L.E.).

Es menester distinguir entonces que la naturaleza y los acontecimientos que en ella suceden, así como el conjunto de hechos y objetos y sus relaciones dadas en el mundo, tienen la posibilidad de ser averiguadas e identificadas

por nuestro procesador principal de información: el cerebro. Pero, ¿significa la "posibilidad de conocer" conocimiento en sí? Evidentemente, no. ¿Y se pueden llegar a conocer todas las "posibilidades de conocimiento"? Sería un engaño empírico si contestáramos afirmativamente a esta cuestión. Sencillamente, diremos que nuestro almacén y procesador de la información operan limitadamente y no desde un cálculo total. Quedémonos por el momento, con la idea relativista de que el mundo es una cosa y que el ejercicio de las facultades intelectuales es otra muy distinta (aunque forme parte de aquel). La relación metodológica entre el observador y lo observado relativiza, al menos, nuestros resultados cognoscitivos. ⁽²⁹⁾

Otra cuestión importante es: ¿sirve de algo "conocer"? Responderemos desde la supervivencia de la especie; es decir, saber dónde se encuentra y se consigue comida, estar capacitados para procurarnos cobijo, fabricar herramientas y establecer patrones conductuales sobre la sexualidad y los cuidados a la descendencia, probabilizan nuestras posibilidades de éxito como especie; mucho más que si no sabemos encontrar sustento, ni estamos capacitados para mantener la transmisión genética. Desde un punto de vista histórico, la especie humana ha ido creciendo en número de individuos y, mejorando la calidad de vida de al menos 1/3 de la población (con respecto a épocas que se pueden remontar hasta hace 3 millones de años). El conocimiento, sea del tipo que sea, es un acto adaptativo ⁽²⁹⁾.

➤ **Análisis y Enfoques del Conocimiento Humano**

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

particular o también la finalidad del conocimiento y su continuismo adaptativo. Estos niveles de análisis también pueden ofertarse como conocimientos cotidianos, conocimientos científicos, conocimientos experienciales, etc. O puede ocurrir que los niveles analíticos se establezcan en orden a las estructuras a analizar: lingüísticas, fisiológicas, cognitivas, sociales, económicas, políticas o como fuere. Sugereente nos parece el concepto de enfoque, que focaliza su sistema analítico y realiza operaciones e hipótesis de trabajo sobre esquemas mentales complejos de representación de la realidad. Obsoleto, nos queda el concepto de paradigma desde un punto de vista epistemológico, pues a fin de cuentas, se trata de una definición, más o menos extensa, de un sistema y su estructura funcional; es decir, una teoría o un esquema de la misma. Dentro del término “enfoque”, también encontramos diferentes niveles de análisis que pasamos a recapitular, según ⁽²⁹⁾.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.10. Vivencia de una Sexualidad Responsable

No obstante observamos que la sexualidad por sus características y diversidad de enfoques puede ser abordadas de diferentes dimensiones, sin embargo el presente estudio denominado “Conocimientos y Actitudes Sexuales del Adolescente de la I.E. Virgen María de la Natividad” se abordará, tomando el modelo del centro de consultoría y asesoría del adolescente. Según cuadro N° 1

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

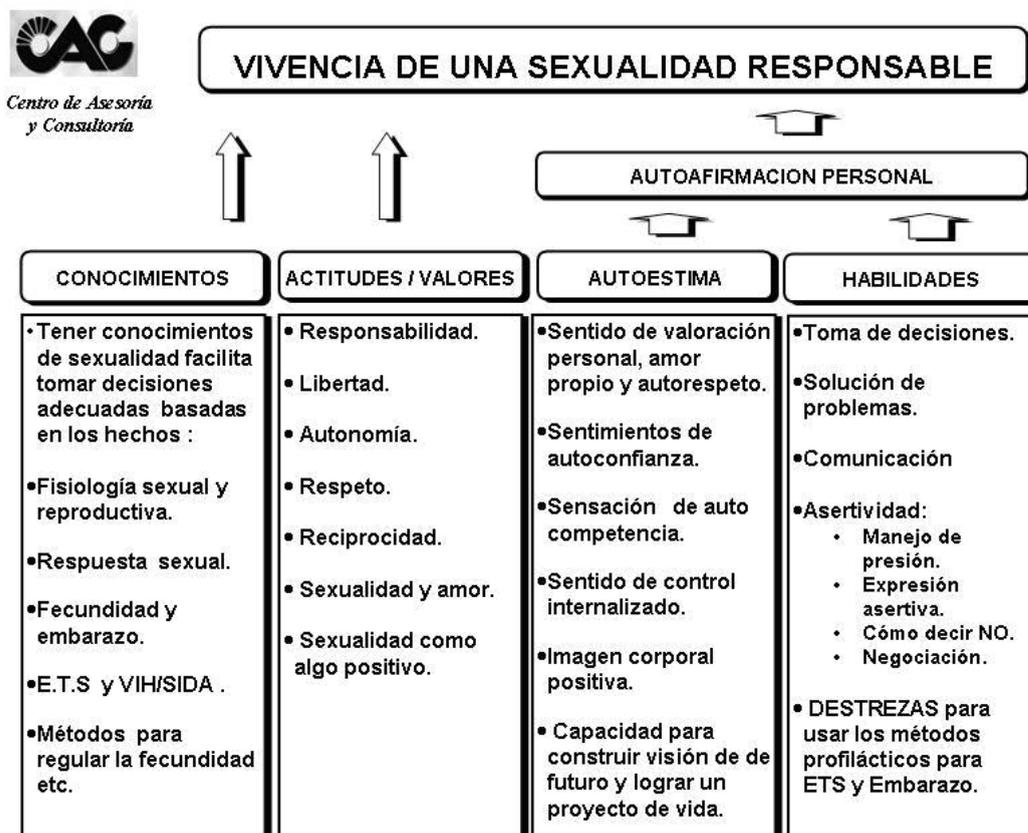
- La persona se hace cargo de los propios actos y decisiones.
- Tiene en cuenta las consecuencias de los propios actos sobre si mismo y los demás.
- Tiene en cuenta los propios sentimientos, valores y actitudes para tomar decisiones respecto a la vida sexual.
- Tiene la capacidad de aplazar el placer y la gratificación en situaciones

que ocasionarían problemas y consecuencias negativas para sí mismo y otras personas.

- Decide libre, consciente y autónomamente.

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

CUADRO N° 1



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 auto afirmación personal ⁽³⁰⁾

Este modelo que plantea el Centro de Asesoría y Consultoría del Adolescente de Colombia, sustenta: Mientras se siga evitando hacer una educación sexual abierta, basada en la verdad, centrada en la promoción de valores y actitudes para una sexualidad responsable, realizante y constructiva, no se podrá esperar que las futuras generaciones tengan una salud superior a la que han tenido las generaciones anteriores ⁽³⁰⁾.

La investigación apunta a describir la variable principal Conocimientos sexuales del adolescente del Distrito de Quiches, en sus dimensiones:

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

Así mismo la variable principal Actitudes Sexuales del adolescente de Chimbote en sus dimensiones:

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

2.1.11. Intervención educativa: Modelo Cooperativo y Participativo

➤ **Definición conceptual:**

Modelo que permite a los adolescentes en forma real a motivarlos cognitivamente y enriquecidos en un contexto de aprendizaje social.

Dimensión:

A). Unidad Didáctica:

Determinación del tema y diseño de las situaciones problemática

- Relación e integración de los temas.
- Análisis del problema y diferentes estrategias de solución
- Propuestas de estrategias de solución factibles.
- Diseño de solución pensada
- Justificación y defensa la solución propuesta
- Utilicen el material bibliográfico
- Uso de la estrategias de aprendizaje cooperativo y colaborativo cuando las requieran.

B). Adolescentes:

La experiencia propiamente dicha.

- Grupos de trabajo
- Prueba de nivel se determinó el estado inicial de conocimientos
- Los pasos del modelo 4C para el trabajo.

C). Adolescentes:

La evaluación de los adolescentes de la experiencia vividos Indicadores:

- Determinación del estado final en cuanto al tema de la capacitación.
- Determinación del grado de transferencia de lo aprendido
- Realización de entrevistas y/o encuestas a fin de saber si sus expectativas fueron cubiertas.

- **Mejorar los 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 luego de haber participado de las sesiones educativas según el modelo de intervención.

Dimensión:

a) Anatomía y Fisiología sexual y reproductiva.

- Conoce los genitales internos y externos del Varón y la Mujer.
- Conoce ciclo menstrual
- Conoce la Fecundación
- Conoce el proceso de Embarazo

b) Respuesta sexual,

- Conoce las fases del ciclo de respuesta sexual

c) Prevención de Enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA

- Identifica las vías de transmisión del VIH/SIDA
- Conoce los síntomas de la ITS/VIH/SIDA.
- Medidas de protección y prevención

d) Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.

- Conoce los diferentes métodos anticonceptivos
- Utiliza los métodos
- Se protege y previene el embarazo

- **Mejoramiento de Actitudes sexuales de los adolescentes.-** Forma de respuesta, que tiene el adolescente luego de haber recibido la intervención de la estrategia educativa a alguien o algo, aprendida y relativamente permanente.

Dimensiones:

a) Responsabilidad y prevención del riesgo sexual.

- Inicio de actividad sexual
- Recibe información y utiliza MAC, utiliza preservativos

b) Libertad para decidir y actuar.

- Tiene capacidad para tomar voluntariamente sus decisiones y actúa sin presión.

c) Autonomía.

- Realiza y decide solo por sus tareas.
- Toma decisiones independientemente.

d) Respeto mutuo y reciprocidad.

- Respeto a su pareja
- No ha sido agredido físicamente
- Demuestra interés en los problemas de su pareja

e) Sexualidad y amor.

- Tiene relación estable con su pareja
- Tiene solo una pareja, y tiene actividad sexual, producto de la relación de ambos
- Que sentimiento tienes después de una relación coital.
- Que sentimientos te aflora después de la masturbación

f) Sexualidad como algo positivo

- 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

2.1.12. Anatomía y Fisiología sexual y Reproductiva

➤ Anatomía de los órganos sexuales masculinos y femeninos

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

A.1. Los genitales externos:

También llamados vulva, tienen las siguientes estructuras: monte de Venus, labios mayores, labios menores, clítoris, meato uretral, orificio vaginal y himen ⁽⁴⁸⁾.

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

- **Meato uretral:** es un pequeño agujero donde termina la uretra y por el que sale la orina. Se localiza entre el clítoris y el orificio vaginal ⁽³¹⁾.

A.2. Órganos internos Femeninos

- **La vagina. Órgano** tubular por el cual penetra el pene durante el coito, así mismo es la vía de paso del bebé durante el parto, por lo que sus paredes son muy elásticas, por la parte externa comienza con el orificio o entrada vaginal, y por la parte interna termina en el cuello del útero. En estado de reposo sus paredes están plegadas una contra la otra, pero durante la excitación se expanden dando espacio al pene. La vagina tienen terminaciones nerviosas sobre todo en su tercio externo, que es sensible a la estimulación erótica. La vagina es también el órgano por el cual sale al exterior el flujo menstrual ⁽²²⁾.

- **El Útero o Matriz**

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

- **Trompas de Falopio:** son canales que conectan los ovarios con el útero, luego que el ovulo sale de uno de los ovarios, demora 24 horas en recorrer el tercio exterior de la trompa correspondiente. Es ahí donde usualmente es fecundado por un espermatozoide si ha habido una relación sexual. Si la fecundación se produce, el óvulo fecundado descenderá el resto de camino hacia el útero; si no se produce, el ovulo será eliminado con el flujo menstrual.

- **Ovarios:** tienen forma de almendra y son las glándulas sexuales femeninas encargadas de producir óvulos y hormonas (estrógenos y progesterona), A partir de la pubertad y hasta la menopausia, se dedicarán a liberar un óvulo maduro la ovulación se presenta cada treinta días aproximadamente. El óvulo es el elemento germinal femenino capaz de ser fecundado por el espermatozoide, se diferencia de éste en que es mucho más grande y lento. Las hormonas femeninas son las responsables del aspecto físico particular de la mujer, mantener el ciclo menstrual, y proveer a las necesidades hormonales durante un embarazo ⁽²²⁾.

B. Órganos Sexuales Masculinos

B.1. Genitales Externos. Según Sobrevilla ⁽²²⁾

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

B.2. Órganos Internos Masculino

- **Conductos deferentes:** conducto cilindroide, en número par, sigue a la cola del epidídimo y se extiende hasta la vesícula seminal, en la que su diámetro aumenta formando la ampolla del conducto deferente, la cual se une con el conducto de la vesícula seminal para formar el conducto eyaculador.
- **Vesículas seminales:** Glándulas que producen líquidos que van a formar parte del semen. La próstata se encuentra debajo de la vejiga y rodea a la porción interna de la uretra originada en ésta. Tiene la forma de una castaña. Está constituida por músculo y tejido glandular, crece durante la pubertad y se encoge en la vejez, puede endurecerse e interferir con la micción en el hombre mayor, en cuyo caso requiere de cirugía.
- **Glándula de Cowper:** Son dos pequeñas formaciones del tamaño de una arveja que se encuentran situadas a los lados de la uretra por debajo de la próstata que también contribuyen con el líquido seminal. Cuando el orgasmo es inminente, estas glándulas se contraen y vierten un líquido alcalino claro, que sale al exterior inmediatamente antes de la salida de la eyaculación. En algunos casos puede llevar algunos espermatozoides ⁽²²⁾.

➤ **Fisiología Sexual y Reproductiva**

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

a. Ciclo ovárico

Los ovarios están constituidos por un estroma y una gran cantidad de folículos (200.000 por ovario). Los folículos están formados por una pared de células estromales conocida como teca, que rodea a una capa de células foliculares conocida como granulosa, que segrega estrógenos. La porción central del folículo está ocupada por un oocito, que por división meiótica durante la maduración del mismo, dará lugar a un óvulo. A partir de la pubertad, comienzan a madurar varios folículos cada mes, pero habitualmente sólo uno completa el proceso de maduración. Los folículos maduros reciben el nombre de folículos de Graaf. El interior del folículo está ocupado por el líquido folicular ⁽²⁹⁾.

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 ⁽²³⁾

b. Ciclo uterino o menstrual

Mientras que para Sobrevilla ⁽²²⁾. El ciclo menstrual es un ciclo biológico que involucra a los órganos reproductivos de la mujer y depende de los niveles de hormonas femeninas (estrógenos y progesterona), el ciclo menstrual se cuenta en días, y se ha decidido llamar día 1º de este ciclo al primer día de la menstruación, ya que es más fácil de identificar. Chirino R. ⁽²³⁾ profundiza y refiere que en esta fase del final de la menstruación, sólo se conservan las capas más profundas del endometrio, siendo 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 ⁽³²⁾.

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 ⁽³⁸⁾

d. El embarazo

Es el proceso de concepción y desarrollo del nuevo ser en el aparato reproductor femenino que culmina en el parto, también se define como el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, su duración aproximada es de 280 días, (de 36 a 40 semanas, 10 meses lunares o casi 9 meses de calendario solar). Durante éste tiempo la gestante experimentará modificaciones anatómicas y fisiológicas, que no son síndromes o signos de enfermedad, sino las manifestaciones de éstos cambios anatómicos y fisiológicos, la mayoría de los cuales revertirán durante las etapas del puerperio y la lactancia ^(33,34).

Entre los cambios físicos más relevantes podemos encontrar: El útero aumenta de 500 a 1.000 veces su capacidad y pasa de pesar unos 60 grs. a 1.000 grs. al final del embarazo. En el cuello uterino se forma el llamado tapón mucoso (formado por moco muy espeso y adherente) que va a sellar el conducto endocervical, evitando de esta forma el paso de bacterias u otras sustancias hacia el interior del útero, este tampón mucoso se expulsa cuando se inicia la dilatación cervical antes

del parto. La vagina aumenta su elasticidad y aumenta la secreción de flujo. Las mamas aumentan de tamaño para la preparación de lactancia, los pezones se vuelven más eréctiles y aumenta la pigmentación de las areolas ⁽³⁶⁾

e. Menarquía:

Es la primera vez que tiene su periodo la niña. Normalmente el periodo dura de tres a siete días, el flujo empieza leve. Puede volverse más fuerte por dos o tres días y de allí más leve hasta que se termina. Muchas veces empieza de color café, pero se vuelve más rojo. De allí se vuelve más café hasta que se termina. Tendrá un periodo aproximadamente una vez al mes. Un ciclo menstrual normal puede ser tan corto como de 21 días o tan largo como de 35 días. Es normal que haya cambios que sucedan de mes a mes. Algunos meses no tendrá un periodo, especialmente durante el primero o segundo año. La salud también puede estar influenciada. La mayoría de las niñas y mujeres no sienten cuando sucede la ovulación. No están realmente seguras cuando ocurre. Es posible que sientan dolor en la parte baja del abdomen. La ovulación sucede aproximadamente en medio del ciclo menstrual. Muchas niñas marcan el calendario con una “X” los días que sangran. Para la mayoría de las mujeres, el periodo viene cada 25–30 días. ⁽³⁶⁾

2.1.13. 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 ⁽³⁷⁾.

Hasta hace pocos años se tenía la idea de que en la respuesta sexual humana se producía una única fase que abarcaba todo, sin límites entre el deseo y el orgasmo. Como consecuencia de ello, todos los trastornos sexuales se consideraban una única entidad clínica, sin diferenciar entre eyaculación precoz o disfunción eréctil y anorgasmia. El hombre incapaz de desempeñar la actividad sexual, con independencia del origen del problema, era incluido dentro del grupo de hombres con problemas de impotencia. Lo mismo ocurría con las mujeres, cuyos problemas sexuales se englobaban dentro del grupo que padecía frigidez, denominados respuesta sexual ⁽³⁷⁾.

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

- La importancia del clítoris en la excitación y el orgasmo de la mujer.
- La descripción de la posibilidad de orgasmos múltiples en la mujer.
- La identificación, en el hombre, del "punto de inevitabilidad eyaculatoria", momento en el que proceso eyaculatorio se activa desde el interior y ya no puede detenerse.
- La descripción del "periodo refractario" tras la eyaculación en el hombre, periodo de tiempo que varía de unos a otros, durante el que, aunque haya estimulación, no hay respuesta sexual ni es posible la emisión de 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 impactaron fuertemente en la sociedad de la época y sirvieron para desinflar el mito de la superioridad sexual masculina ⁽²⁹⁾. Masters y Jonson incluso después de casarse). Diferenciaron 4 fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución ⁽⁴⁴⁾.

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

- **Fase de deseo**

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

- **Fase de excitación**

La excitación es la primera fase, se puede provocar por muchos estímulos diferentes: la visión de un cuerpo desnudo, una caricia, una mirada, la lista puede ser infinita. Aún no se ha podido clasificar de manera diferenciada si hay algo que excite a hombres y mujeres por separado, aunque las creencias populares son que el hombre se excita más por la visión y las mujeres más por el tacto, la mirada, una palabra o un gesto.

Esto no está estudiado a fondo. Durante la excitación, en los hombres el pene se agranda y endurece, se pone erecto. En las mujeres la vagina se lubrica, la vulva se hincha. El cerebro envía mensajes que producen ciertos cambios en el cuerpo, que son involuntarios y nos indican el comienzo de la excitación. Los más importantes son ^(37,38).

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

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

● **Meseta**

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

● **Orgasmo**

Es la fase en que se liberan todas las tensiones sexuales acumuladas. Es difícil de describir, porque hay muchos tipos diferentes. Cada persona es diferente y vive el placer de una forma distinta. Aunque es más intenso, el orgasmo no dura tanto como las otras fases de la excitación, que pueden ir

de unos minutos a unas horas. Un orgasmo, por lo general, dura entre 2 y 10 segundos. Sucede cuando la tensión muscular y la sensación de plenitud alcanzan su punto máximo y se liberan. ¿Cómo?

En la Mujer, a menudo se producen unas contracciones involuntarias que irradian desde los genitales, el útero y el ano. Se acompañan de una gran sensación de placer, que cada mujer puede vivir y describir de formas distintas: como un calambre, como una acumulación de tensión y rigidez seguida de una explosión, como un alivio, como una corriente de sensaciones cálidas. En el Hombre, se expulsa el semen, gracias a las contracciones de los genitales internos, acompañadas también de una intensa sensación de placer. El orgasmo suele coincidir con la eyaculación (44).

● Fase de resolución

Hay una sensación de relajación en todo el cuerpo, que indica la vuelta al estado normal. La sangre abandona el área genital, los genitales vuelven a su tamaño y posición originales, la respiración se calma y la tensión arterial vuelve a su nivel normal.

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

La Mujer, en cambio, sí puede alcanzar otro orgasmo si vuelve a ser estimulada (37,38).

2.1.14. Enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA.

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

El VIH, epidemia de la actualidad, es un grave problema de salud en todo el mundo. Tiene, además, grandes efectos sobre la salud reproductiva en general. Las enfermedades de transmisión sexual o ETS, antes denominadas venéreas, son enfermedades transmisibles con contacto sexual sin casi excepción. Estas enfermedades poseen una valoración social especial ⁽⁴⁰⁾.

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

✓ **Sífilis:** Es causada por una bacteria llamada “*treponema palidum*”, generalmente se transmite por las mucosas. La vagina y el glande son las puertas de entrada más frecuentes, aunque se han visto casos en los que entra por heridas. En la sífilis temprana sintomática (ya que también existe sífilis tardía) se presenta el famoso chancro. Es considerada como una infección bacteriana. Se encuentra dentro de las primeras enfermedades de transmisión sexual descritas. Su tratamiento con antimicrobianos es eficiente pero su efectividad depende de una detección temprana. La sífilis causa graves consecuencias para la función reproductiva del hombre. Al infectar a la mujer puede provocar severos daños congénitos en el bebé en órganos vitales como el cerebro y el corazón. El control higiénico sanitario, evitar la promiscuidad, adicciones y hábitos negativos en el vestir, una correcta alimentación, entre otras medidas son fundamentales para lograr una correcta salud reproductiva ⁽³¹⁾.

- ✓ **Chancro:** Consta de una ulcera con bordes duros que no es dolorosa.

- ✓ **Gonorrea:** Conocida también como blenorragia. Es causado por “neisseria gonorrhoeae”. Es la inflamación de las estructuras en las que penetra. Puede ser la uretra o la vagina y cuello uterino. Pero también, se han visto casos en el recto o en la cavidad oral. Se combate oportunamente con antibióticos, pero no tratada provoca infertilidad. Se expande a través del sistema reproductor masculino por medio de la uretra y provoca alteraciones en la próstata, vesículas seminales y el epidídimo ⁽³¹⁾

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

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

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

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

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

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

➤ **Como prevenir Las Enfermedades de Transmisión Sexual**

En la actualidad se observa con preocupación el incremento del inicio precoz de la actividad sexual, lo que es un fenómeno complejo de analizar por su multicausalidad, sin embargo no podemos dejar pasar el tiempo dada la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). La incidencia más alta de enfermedades de transmisión sexual se encuentra en el grupo de 20 a 24 años de edad, seguida de los grupos de 15 a 19 y, después, aquellos entre 25 y 29 años de edad, al menos la mitad de los infectados por el VIH tienen 24 años ⁽³⁸⁾.

El control de las enfermedades de transmisión sexual se complica por factores de conducta instintiva e individual y por la gran diversidad de estas infecciones, en comparación con otras enfermedades transmisibles. Son las únicas enfermedades cuya propagación es diseminada directamente por la necesidad humana básica de compartir la intimidad sexual y reproducirse. La exposición a cualquiera de las enfermedades de transmisión sexual es consecuencia directa de la sexualidad de una persona. Aunque en general las personas entienden que el tener un mayor número de compañeros sexuales aumenta el riesgo de contraer cualquiera de las enfermedades de transmisión sexual ⁽³⁸⁾.

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

con espumas o jaleas espermicidas. El uso adecuado de condones disminuye considerablemente el riesgo de gonorrea en hombres y mujeres. Por otro lado el uso de dispositivos intrauterinos (T de cobre, espiral, etc.) aumenta el riesgo de sufrir enfermedad inflamatoria de la pelvis, sobre todo en mujeres jóvenes y que no han tenido hijos.

El conjunto de estas enfermedades constituye una amenaza importante y en gran parte previsible para las mujeres y sus hijos nacidos y no nacidos. Lo que se necesita básicamente es que la población en general, sobre todo las mujeres apliquen esta información para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y sus consecuencias. Su frecuencia y variedad incluyen esterilidad, infecciones perinatales, cáncer genital femenino y tal vez la muerte, deben ser conocidas tanto por las mujeres como por sus parejas sexuales. Los cambios simples como la restricción de contactos sexuales y el uso adecuado de condones, pueden disminuir espectacularmente el riesgo de contagio personal de estas enfermedades ⁽³⁹⁾

2.1.15. Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.

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

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

identificar el período más fértil en el ciclo menstrual de una mujer ⁽³⁹⁾.

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 ⁽⁴⁰⁾

Las adolescentes descubren que están embarazadas, sin haberlo planeado, sin haber tenido la oportunidad de experimentar las diferentes facetas de la vida en pareja en mejores condiciones; una cuarta parte son madres solteras, muchas viven en unión sólo debido a este fortuito embarazo. El lapso entre la primera relación sexual y el inicio del embarazo es muy breve como para permitir a una adolescente conocer, reflexionar y tomar una decisión en lo que concierne al uso de algún método anticonceptivo. La decisión implica reconocer la existencia de una vida sexual activa, lo cual también tiene un alto costo social para la adolescente ⁽⁴¹⁾

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

Según la bibliografía revisada se puede concluir que no hay ningún método que sea 100% seguro (excepto las ligaduras de trompas, la vasectomía, y la abstinencia, hay métodos más eficaces o menos eficaces según cada caso particular, por ejm. Un método que es bueno para una mujer, puede no serlo para otra. Puede influir la edad, escala de valores, religión, estado de salud, situación económica etc. ⁽⁴²⁾.

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

- Hace las cosas sin que nadie se las diga dos veces.
- 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 ⁽⁴²⁾.

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 ⁽⁵⁰⁾ 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 ⁽⁴³⁾.

2.1.17. Libertad Para Decidir y Autonomía

Como se mencionó en la dimensión anterior; La Libertad es el poder que tiene el hombre de obrar o de no obrar según su voluntad, además nosotros los seres humanos somos los únicos poseedores de la misma. A partir del desarrollo de la razón, la persona comienza a tener libertad excepto que la misma sea obstruida, y este desarrollo se hace responsable de sus acciones. En cada una de esas acciones que se hacen libremente, la elección entre el bien y el mal está implicada, y según la elección la responsabilidad del acto será mayor o menor ⁽⁴⁴⁾.

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. ⁽⁴⁴⁾ divide a la autonomía en tres áreas, que la componen: La autonomía personal ante necesidades materiales, Autonomía en desplazamientos y en relaciones amicales y Autonomía ideológica y de decisión. En este sentido realiza un estudio para la fiabilidad de la escala. Así los resultados muestran una acentuada subordinación del adolescente al núcleo familiar, que en función del sexo aparece aún más marcada en unas u otras áreas. Las chicas son más autónomas en aquellas actividades que implican más obligaciones y mayor responsabilidad en el hogar, en tanto que los chicos disponen de mayor independencia y libertad para realizar actividades fuera del hogar sin la compañía de los padres.

En sexualidad es muy importante la autoestima por la sencilla razón de que es un aspecto muy íntimo de nosotros mismos, sentirnos seguros y aceptados hace que nos abramos más a la experiencia. Por un lado, si me gusta mi cuerpo no tengo reparos a la hora de acariciarlo y disfrutar con él, por otro, no me sentiré incómodo cuando esté con una pareja sexual y tenga que mostrarme desnudo. Si me envuelvo en complejos y me escondo, no podré dejarme llevar; una pena cuando, en ocasiones, todo está en nuestra cabeza y nuestra pareja nos ve maravillosos ⁽⁴⁴⁾.

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 ⁽⁴⁴⁾.

2.1.18. Respeto Mutuo y Reciprocidad

En tiempos pasados, la reciprocidad en la relación conyugal era rara, ya que las mujeres, en general, eran consideradas como propiedades o incluso como animales. Un hombre era libre de utilizar su burro con gentileza, o de tratarlo con brutalidad hasta que al animal se le agotaban las fuerzas y moría. Actualmente, en el mundo industrializado, el hombre tiene la misma elección respecto a su coche: puede tener en cuenta lo que necesita y conocer su mecánica, o conducirlo por terrenos agrestes sin prestar la menor atención a su mantenimiento, cambio de aceite o recambios. Una mujer puede limpiar y cuidar de su máquina de coser o de su computadora, o puede maltratarla hasta que se atasque y quede inservible. Incluso una cuchara o un cuchillo puede mantenerse limpio y en su sitio, o dejar que se oxide o quede manchado ⁽⁴⁵⁾.

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

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

Sin embargo, la sexualidad es un verdadero barómetro de la reciprocidad! Es una expresión corporal de numerosos principios espirituales, entre los que se cuenta la reciprocidad. **La ley de la reciprocidad es similar a la equidad y la justicia:** si es correcto que tú recibas, entonces también lo es que yo reciba. Si quieres expresar lo que sientes, ¿no sería justo que yo también pudiese expresar lo que siento? Si tú tienes derecho a satisfacer tus ansias y deseos, ¿no es también apropiado que yo dé respuesta a los míos? Si un día yo no tengo el deseo ni la necesidad, ¿no sería adecuado que lo aceptaras, ya que parece dar por sentado que a veces tú también estás atareado, preocupado, cansado o distraído? Si, en unas, tu amor se expresa con serenidad, y en otras con ternura, o de forma más enérgica y apasionada, ¿no puedes imaginar que yo también atravesase esas diversas modulaciones de necesidades y estados de ánimo sin querer por ello ofenderte ni rechazarte? ¿Acaso no es esto reciprocidad? ⁽⁴⁶⁾.

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

En la sexología moderna, cuando la relación sexual de una pareja se ha interrumpido a causa de algún síntoma que exprese sufrimiento (impotencia del hombre o frigidez de la mujer, o la ausencia de la necesidad normal de actividad

sexual), el tratamiento comienza enseñándoles a descubrir las necesidades corporales del otro mediante las caricias. El hombre y la mujer tienen que descubrirlo y ayudar a su pareja a tomar conciencia de sus necesidades. Ésta es una buena manera de medir la capacidad de la pareja de aprender la ley de la reciprocidad, además de aprender lo que es la ternura en un sentido físico ⁽⁴⁶⁾.

2.1.19. 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 personas 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." ⁽⁴⁶⁾.

Y continúa diciendo: "El cuerpo es algo personal, particular, propio. Este debe ser integrado en el conjunto de la personalidad. Amor personal comprometido, estable, que vincula a lo corporal, a lo psicológico y a lo espiritual. Dicho en términos más rotundos: El acto sexual auténtico, verdadero, es simultáneamente físico, psicológico y espiritual. Los tres participan simultáneamente en esta sinfonía íntima, misteriosa, delicada y que culmina con la pasión de los seres que se funden en un abrazo. La sexualidad no es algo puramente humano, un placer ligado al cuerpo, sino que mira a lo más íntimo de la persona."⁽⁴⁴⁾

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

Así, podemos concluir que amor y sexualidad han de formar un binomio inseparable que requiere nutrirse y complementarse mutuamente. La sexualidad de la persona, no debe de reducirse a una simple genitalidad. Cuando una persona se entrega físicamente al ser amado, no pone en juego únicamente su cuerpo, es más bien una donación que involucra la totalidad de lo que es, independientemente del cuerpo que tenga, el cual, es a su vez el medio óptimo para exteriorizar y poder comunicar todo aquello que llevamos dentro a través de las palabras que encarnan nuestros pensamientos y del lenguaje corporal no verbal que muchas veces logra decir más que mil palabras ^(46,47).

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 ⁽⁴⁶⁾.

Las personas somos lo que pensamos, lo que sentimos y lo que hacemos, así todos tenemos nuestra idea de lo que es el amor, el afecto, la sexualidad, la sensualidad Aunque aquí las hemos puesto separadamente para verlo gráficamente, las tres dimensiones las integramos a gran velocidad, e incluso a veces no nos damos cuenta de alguna. Así, decimos: "es que hay que pensar las cosas antes de

hacerlas", y lo cierto es que lo hemos pensado; muchas veces sólo nos damos cuenta de lo que hacemos, pero para hacer hay que pensar y sentir. Amor, afecto, sexualidad, sensualidad: son todas las cosas de la vida cotidiana con las que nos sentimos a gusto y responsables: nuestros pensamientos, nuestras emociones, creencias, sentimientos, nuestra conducta y contactos (amorosos, afectivos, sensuales y sexuales). La persona que realiza un cambio en tu vida eres TÚ. La capacidad de amar la aprendemos desde la infancia. Aprender a confiar en nosotros y en los demás, sentir seguridad en nosotros y en otras personas, respetar el criterio de otras personas y asumir una responsabilidad positiva son características que usamos en la vida cotidiana y en el amor afectivo-erótico. Generalmente, es cuando comprendemos y nos damos cuenta que nuestra sexualidad va mejorando ⁽⁴⁸⁾.

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

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

cosificación del término amor, ha ido conduciendo a una cierta ceremonia de desconcierto ⁽⁴⁸⁾.

2.1.20. 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 ⁽⁴⁸⁾. La sexualidad debe ser vista con naturalidad y espontaneidad, si los mayores brindan información y dan ejemplo de una relación de pareja basada en el amor, el respeto y la comprensión, sus hijos verán la sexualidad como algo normal, natural y positivo durante todo su desarrollo ⁽⁴⁹⁾

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

totalidad de la persona y sobre todo orientada hacia el otro, promoviendo así los derechos humanos en una relación de amor que se compromete con uno mismo y con el otro”. 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 ⁽⁴⁸⁾.

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

El siguiente paso es promover en los jóvenes el respeto, la congruencia, y la responsabilidad para vivir conscientemente y con libertad su propia sexualidad. El ser congruente con lo que se piensa, se siente y se hace o dice es un ejercicio que capacita a la persona para comprender y evaluar con responsabilidad lo que la motiva a actuar de una u otra manera, y a entender las propias reacciones y los cambios fisiológicos y hormonales. Toma conciencia de algunos aspectos importantes de su personalidad, como son: sus creencias y pensamientos, sus sentimientos, sensaciones y emociones, y la conducta como consecuencia ⁽⁵⁰⁾.

La responsabilidad es una actitud de suma importancia en este aspecto, pues al mismo tiempo tenemos el poder para elegir y el compromiso de nuestra respuesta ante uno mismo y ante los demás, y esto nos compromete en el ejercicio de la libertad. La autoestima va unida a un desarrollo de una sexualidad integradora. La

autoestima es la valoración positiva que la persona tiene de sí misma, sin juicio destructivo alguno. El tema de la autoestima ha sido muy comentado; sin embargo, lo tenemos claro en conceptos y a veces no lo ponemos en práctica, pues la sociedad nos invita a no pensar en nosotros mismos y a preocuparnos primero por los demás, a identificar los aspectos negativos para poder mejorar, antes de valorar los factores positivos y aceptarlos ⁽⁴⁸⁾.

2.2 Sistema de hipótesis:

Hi: Una intervención educativa, con el modelo participativo cooperativo influye en el nivel de conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años de la I.E Virgen María de la Natividad, durante el periodo de Julio a Setiembre 2016.

H0: Una intervención educativa, con el modelo participativo cooperativo no influye en el nivel de conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años de la I.E Virgen María de la Natividad, durante el periodo de Julio a Setiembre 2016

2.3 Variables

A. Variables dependiente

1.- Conocimientos de sexualidad de los adolescentes

Conjunto de ideas, conceptos, y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del adolescente, referida a su sexualidad luego de haber participado de las sesiones educativas según el modelo de intervención.

2.- Actitudes sexuales de los adolescentes

Forma de respuesta, que tiene el adolescente luego de haber recibido la intervención de la estrategia educativa a alguien o algo, aprendida y relativamente permanente.

B. Variables independientes

1.- Intervención educativa

Modelo que permite a los adolescentes en forma real a motivarlos cognitivamente y enriquecidos en un contexto de aprendizaje social.

C.- Variable intervinientes

1.- Características Socio demográficas

Son las características sociodemográficas, de edad y de género de los adolescentes.

III. Metodología

3.1. Tipo y Nivel de investigación

3.1.1 Tipo de Investigación

El presente estudio por sus componentes de medición de conceptos y definición de variables, reúne las condiciones de una investigación:

- **Cuantitativo:** se basa en números para analizar y comprobar datos e información concreta. Es la investigación empírico-analista por excelencia.
- **Pre - Experimental:** El investigador manipula una o más variables de estudio, para controlar el aumento o disminución de esas variables y su efecto en las conductas observadas.
- **Longitudinal:** Son aquellos que recogen datos sobre un grupo de sujetos, siempre los mismos (la muestra), en distintos momentos a lo largo del tiempo.
- **Analítico:** Es un estudio en el que el análisis del estudio se establece relaciones entre las variables, de asociación o de causalidad.

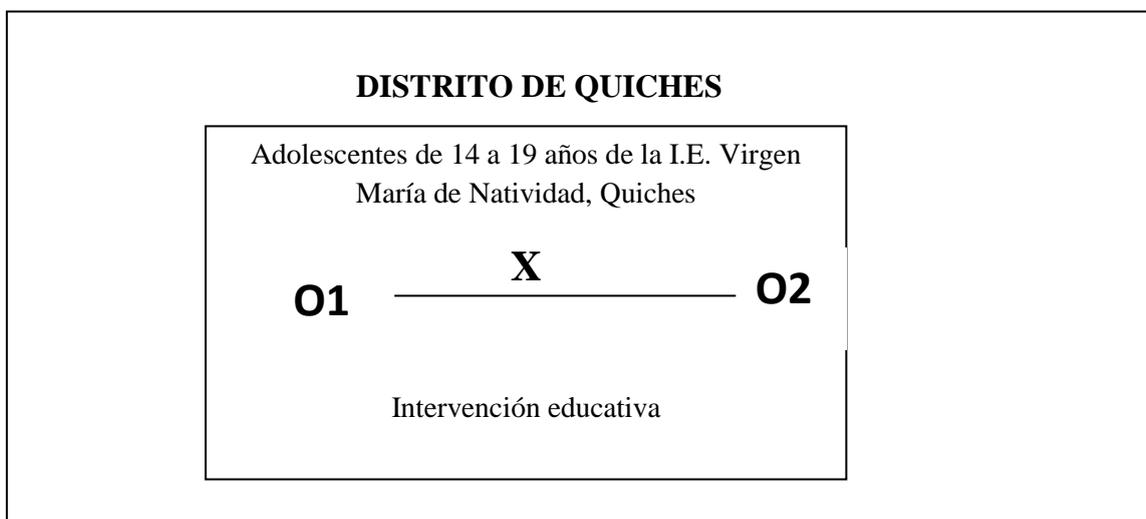
3.1.2. Nivel de la Investigación

Nivel explicativo.

3.2. Diseño de la Investigación

Diseño experimental pre y post test.

ESQUEMA



O1 x O2

O1= primera medición u observación

X= intervención

O2= segunda medición u observación

3.3. Población y muestra

3.3.1. Universo.

Está constituida por los adolescentes que se encuentran cursando estudios en la I.E. Virgen María de la Natividad, Distrito de Quiches.

3.3.2. Población

La población está constituida por el total adolescentes de las edades de 14 a 19 años, siendo 60 estudiantes de la I.E. Virgen María de la Natividad que radican en distrito de Quiches.

3.3.3. Muestra

El tamaño de la muestra fue calculado, considerando una confiabilidad del 95%, y un margen de error de 5%, resultado 37 adolescentes, luego de someter a los criterios de exclusión e inclusión quedaron 32 adolescentes.

Unidad de análisis

Adolescentes de 14 a 19 años de edad, estudiantes de la I.E. virgen de la Natividad que residen en el Distrito de Quiches.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión:

- Adolescentes hombres y mujeres de 14 a 19 años cumplidos, que sean alumnos regulares de la I.E. Virgen de la Natividad.
- No interesa la condición civil.
- Puede o no tener hijos.
- Aceptación escrita de participar en el estudio

Exclusión:

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

3.4. Definición operacionalización de las variables y los indicadores

A.- Variable de dependiente

1.- Conocimientos de sexualidad de los adolescentes

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

1.1 Dimensión conocimiento de anatomía y fisiología sexual y reproductiva

Referida a los conocimientos que tiene el adolescente sobre anatomía de los órganos reproductores internos y externos de ambos sexos, ciclo menstrual, fecundación y embarazo entendido al ciclo menstrual como el periodo de tiempo comprendido entre el inicio de una menstruación (aparición de la hemorragia) y el comienzo de la siguiente, su duración media es de 28 días, aunque pueden ser normales ciclos menores de hasta 24 días o más prolongados de hasta 32 días.

1.2 La Dimensión Ciclo de Respuesta Sexual Humana

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

1.3 La Dimensión Infecciones de Transmisión Sexual y VIH / SIDA

Referida al conocimiento que tiene el adolescente de los principales síntomas que se presentan en una ITS- VIH/SIDA, y como protegerse de éstas incidiendo en el uso

de preservativos y postergación de las relaciones sexuales, así como evitar múltiples parejas sexuales.

1.4 Dimensión métodos anticonceptivos (MAC):

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

2.-Actitud Sexual del Adolescente

Es la forma de respuesta ante las siguientes Dimensiones:

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

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

2.3. Dimensión Autonomía

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

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

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

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

B. Variables independientes

1.- Intervención educativa

Es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del educando. Entendida como el modelo cooperativo y participativo en el proceso de aprendizaje.

C. Variables Intervinientes:

1. Características Sociodemográficas:

- Estado civil: conjunto de cualidades que distingue al individuo de la sociedad y en la familia
- Ocupación: Actividad que realiza el encuestado en los últimos treinta días.
- Lugar de residencia: Sitio donde está situado el domicilio del encuestado.
- Grado de Instrucción: nivel de estudios alcanzados.
- Religión: Tipo de religión que profesa.
- Edad de inicio de la primera relación sexual: edad que se inicia sexualmente.

C. Variables de control

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

3.5. Técnica e Instrumentos de medición.

3.5.1. Técnica

Se utilizará la técnica de la encuesta para la recolección de datos. Para medir las variables de conocimientos y actitudes se asignara un puntaje a la respuesta de los adolescentes.

3.5.2. Instrumentos

Los instrumentos serán aplicados a los adolescentes que se encuentran entre las edades de 14 a 19 años que conforman la muestra.

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

Para la medición del conocimiento sobre sexualidad se utilizará el cuestionario previamente estructurado diseñado y validado por la docente investigadora de la ULADECH Católica autora (Anexo 1-A), de preguntas cerradas la escala consta de 35 ítems ,con opciones de respuestas dicotómicas con un escala de medición de 1 para “ SI conoce” y 0 para “NO conoce”, realizadas de manera agrupada según dimensiones, dicho cuestionario contiene 9 ítems que miden los conocimientos de Anatomía y fisiología sexual y reproductiva; 8 ítems sobre repuesta sexual, 9 relacionadas a los conocimientos de prevención de las ITSS/VIH/SIDA, 9 destinados a metodología anticonceptiva como alternativa de prevención del embarazo. Un Si representa un valor de 1 y un No un valor 0. Sumando las respuestas de cada ítem se pueden tener un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 35, considerando. Cuyos rangos fueron establecidos de la siguiente manera:

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

El instrumento para medir los conocimientos en sexualidad ha sido validado en su contenido por jueces expertos y los ítems cumplen con los criterios establecidos para su validación (Anexo 1-B).

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

✓ **Test de actitudes sexuales del adolescente**

Para la medición de las actitudes Sexuales del adolescente, se utilizará un test diseñado y validado por la docente investigadora de la ULADECH Católica por la autora; el instrumento que consta de 6 dimensiones: Responsabilidad y prevención del riesgo sexual con 10 ítems, Libertad para decidir y actuar con 6 ítems, Autonomía con 5 ítems, Respeto mutuo y reciprocidad con 9 ítems, Sexualidad y amor con 9 ítems, Sexualidad como algo positivo con 11 ítems; afirmaciones narradas, de la forma, que mejor refleje la opinión del adolescente, y comprende una escala de tipo Likert, considerando 5 alternativas (Anexo 2A):⁽⁵¹⁾

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

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

puntaje máximo de 250 puntos.

Se tendrá en cuenta los siguientes rangos:

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

El instrumento para medir las actitudes hacia la sexualidad ha sido validado en su contenido por jueces expertos y los ítems cumplen con los criterios establecidos para su validación (Anexo 2-B).

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

- **Características sociodemográficas y de control**

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

3.6. Plan de análisis

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

Para el análisis de los datos se utilizará el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Sciences) Versión 21 con el cual se obtendrá la frecuencia de cada una de las variables en estudio con sus respectivos gráficos.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

**TITULO: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES DEL ADOLESCENTE CON EL MODELO INTERVENCION PARTICIPATIVO -
QUICHES-2016**

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p>Enunciado Del Problema:</p> <p>¿Cómo influye una intervención educativa en el nivel de conocimiento y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches durante el periodo 2016?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Demostrar como una intervención educativa con el modelo cooperativo y participativo influye en el conocimiento y actitudes de los adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches durante el periodo 2016.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Describir el conocimiento global según 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 en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches durante el periodo 2016. ❖ Identificar la actitud global y según dimensiones frente a la sexualidad en los adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches durante el periodo 2016. ❖ Intervenir con la estratégica metodológica participativa en los adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches durante el periodo 2016. ❖ Evaluar el conocimiento y actitud global según 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 en el adolescente de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches durante el periodo 2016. 	<p>Si se emplea la intervención educativa, con el modelo participativo cooperativo entonces mejorará los conocimientos y las actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches.</p>	<p><u>VARIABLES PRINCIPALES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Modelo participativo cooperativo <p><u>VARIABLES INTERVINIENTES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sociodemográfica: <ul style="list-style-type: none"> - Religión - Ocupación - Estado civil - Tiene enamorado(a). - Se ha iniciado sexualmente - Edad de inicio de sus relaciones sexuales. - Opción sexual. <p><u>VARIABLE DE CONTROL:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mejorar los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de la Institución Educativa.

METODOLOGÍA	POBLACION Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	INFORMANTES
<p><u>TIPO DE INVESTIGACIÓN:</u></p> <p>Cuasi experimental</p> <p><u>NIVEL DE INVESTIGACIÓN:</u></p> <p>Cuantitativo</p> <p><u>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:</u></p> <p>Diseño cuasi experimental</p> <p>Pre y post test con grupo único.</p> <p><u>ESQUEMA:</u></p> <p style="text-align: center;">O1 X O2</p> <p>O₁ = primera medición u observación</p> <p>X = Intervención</p> <p>O₂ = segunda medición u observación</p>	<p><u>POBLACIÓN:</u></p> <p>En la etapa inicial la población está constituida por el total de 1394 de los cuales 156 son adolescentes de 14 a 19 años del Distrito de Quiches según Censo Real 2016.</p> <p><u>MUESTRA:</u></p> <p>Se utilizará el muestreo no probabilístico, por cuotas, conformado de 32 adolescentes de la institución educativa Virgen de la Natividad del Distrito de Quiches.</p> <p><u>UNIDAD DE ANÁLISIS:</u></p> <p>Las unidades de análisis son los adolescentes de la institución educativa Virgen de la Natividad del Distrito de Quiches.</p> <p>Para la selección de cada unidad de análisis se utilizara como criterio principal la edad que se encuentran entre 14 a 19 años.</p>	<p><u>TÉCNICA:</u></p> <p>Se realizara la una técnica de la encuesta.</p> <p><u>INSTRUMENTO:</u></p> <p>Se realizara un cuestionario cerrado.</p>	<p>Los informantes serán los adolescentes de 14 a 19 años de la institución educativa Virgen de la Natividad del Distrito de Quiches.</p>

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE DE INTERVENCION EDUCATIVA

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	UNIDAD DE ANALISIS	INDICADORES	INSTRUMENTO	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Modelo cooperativo participativo	Modelo que permite a los adolescentes en forma real a motivarlos cognitivamente y enriquecidos en un contexto de aprendizaje social.	Determinación del tema y diseño de las situaciones problemáticas.	UNIDAD DIDACTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Relación e integración de los temas. • Análisis del problema y diferentes estrategias de solución • Propuestas de estrategias de solución factibles. • Diseño de solución pensada • Justificación y defensa la solución propuesta • Utilicen el material bibliográfico • Uso de la estrategias de aprendizaje cooperativo y colaborativo cuando las requieran. 		Si conoce No conoce
		. la experiencia propiamente dicha	Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de trabajo • Prueba de nivel se determinó el estado inicial de conocimientos • Los pasos del modelo 4C para el trabajo. 		Si conoce No conoce
		. La evaluación de los adolescentes de la experiencia vividos.	Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Determinación del estado final en cuanto al tema de la capacitación. • Determinación del grado de transferencia de lo aprendido • Realización de entrevistas y/o encuestas a fin de saber si sus expectativas fueron cubiertas. 		Si conoce No conoce

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CONOCIMIENTOS SEXUALES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Mejorar los Conocimientos 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 luego de haber participado de las sesiones educativas según el modelo de intervención.	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,	- 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

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

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

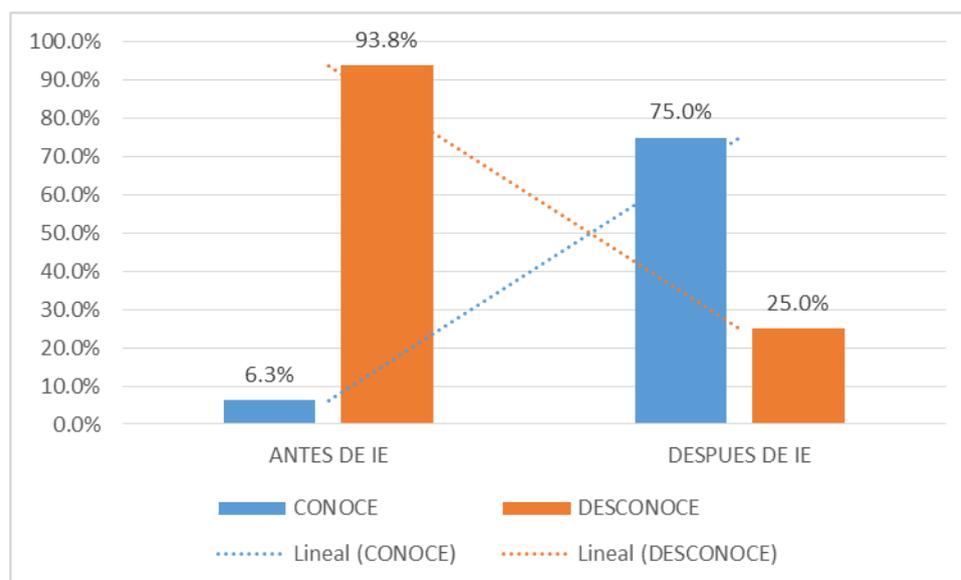
MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CARACTERÍSTICAS DE CONTROL

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

IV. Resultados:

4.1 Resultados:

Figura N°1



La FIGURA 1 evidencia que el porcentaje de adolescentes en estudio que desconocía sobre salud sexual y reproductiva tuvo un cambio significativo, disminuyendo de 93.8% a un 25% después de la intervención educativa.

Figura N°02

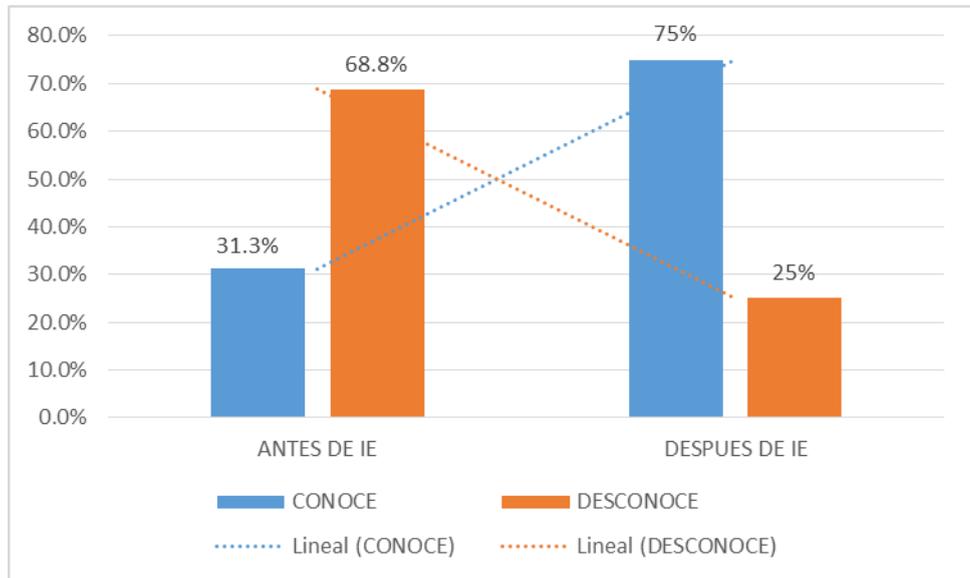


FIGURA 2 evidencia que el porcentaje de adolescentes en estudio que desconocía la anatomía y fisiología sexual y reproductiva disminuyó de 68.8% a un 25% después de la intervención educativa.

Figura N°03

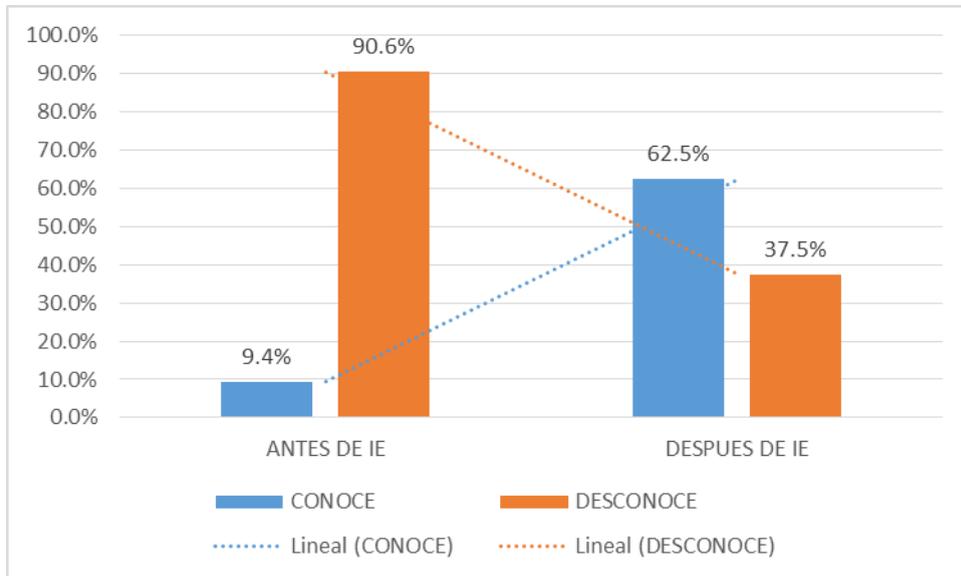


FIGURA 3 evidencia que el porcentaje de adolescentes en estudio que desconocía el ciclo de respuesta sexual disminuyó de 68.8% a un 25% después de la intervención educativa.

Figura N° 04

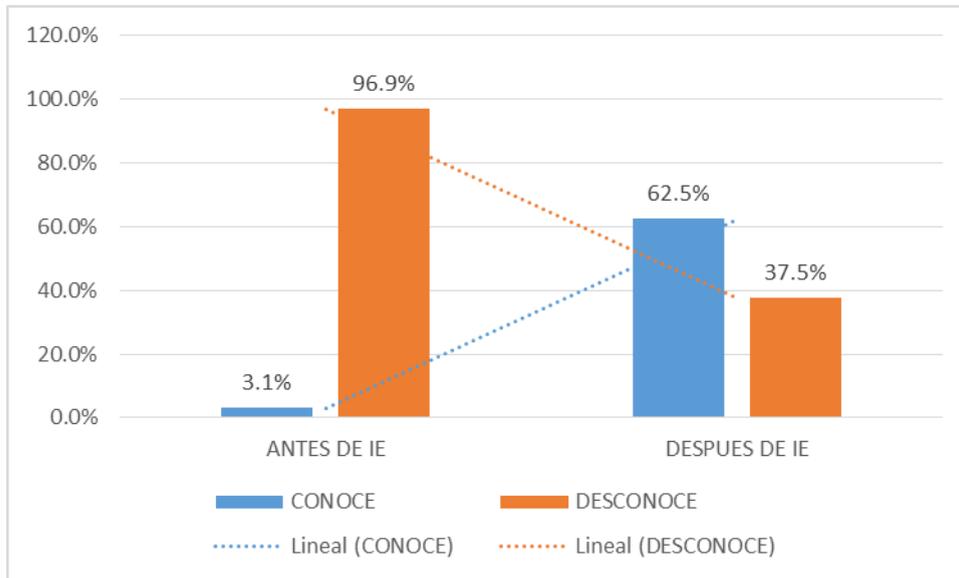


FIGURA 4 evidencia que el porcentaje de adolescentes en estudio que desconocía la prevención de ITS y VIH/SIDA disminuyó de 96.9% a un 37.5% después de la intervención educativa.

Figura N° 5

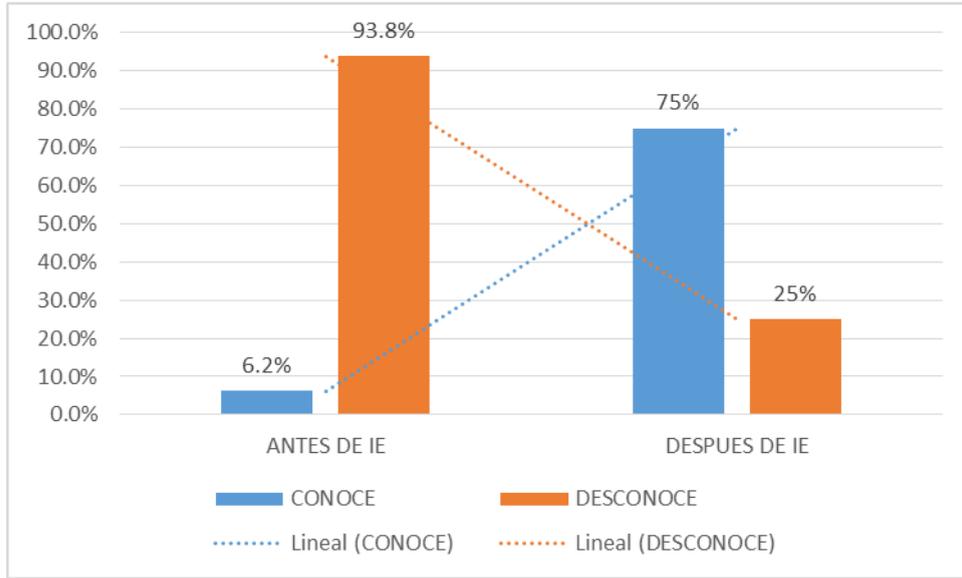
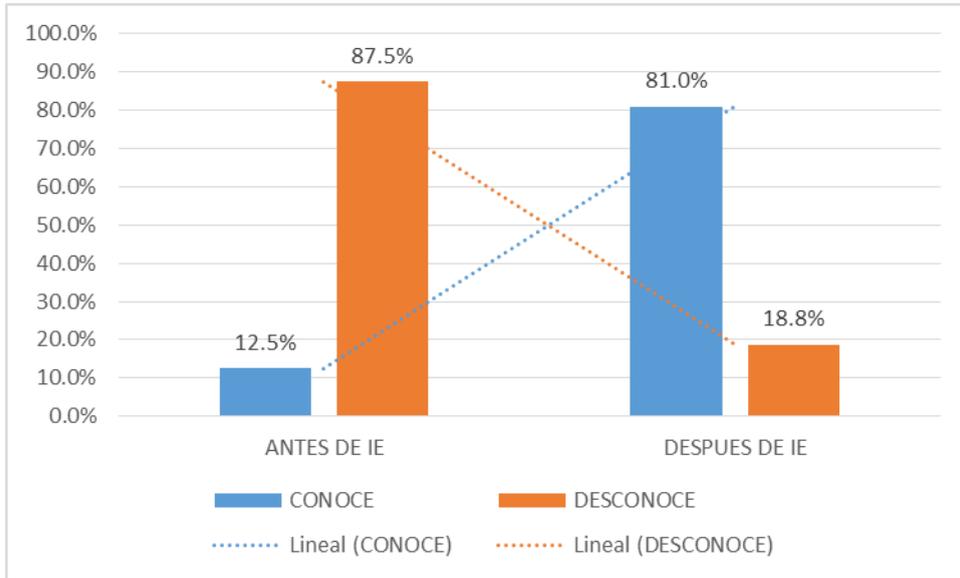


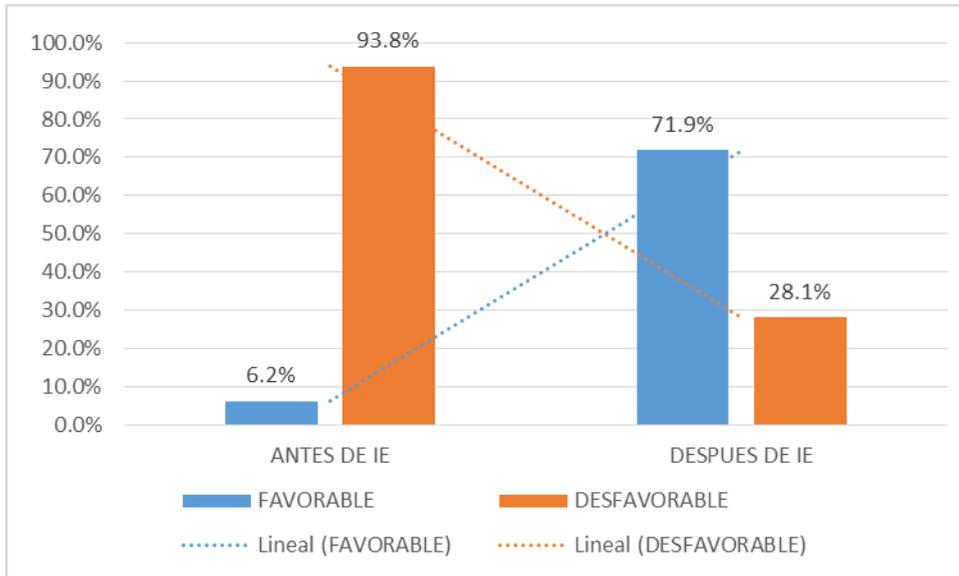
FIGURA 5 muestra que el porcentaje de adolescentes en estudio que desconocía sobre métodos anticonceptivos como prevención del embarazo disminuyó de 93.8% a un 25% después de la intervención educativa.

Figura N°6



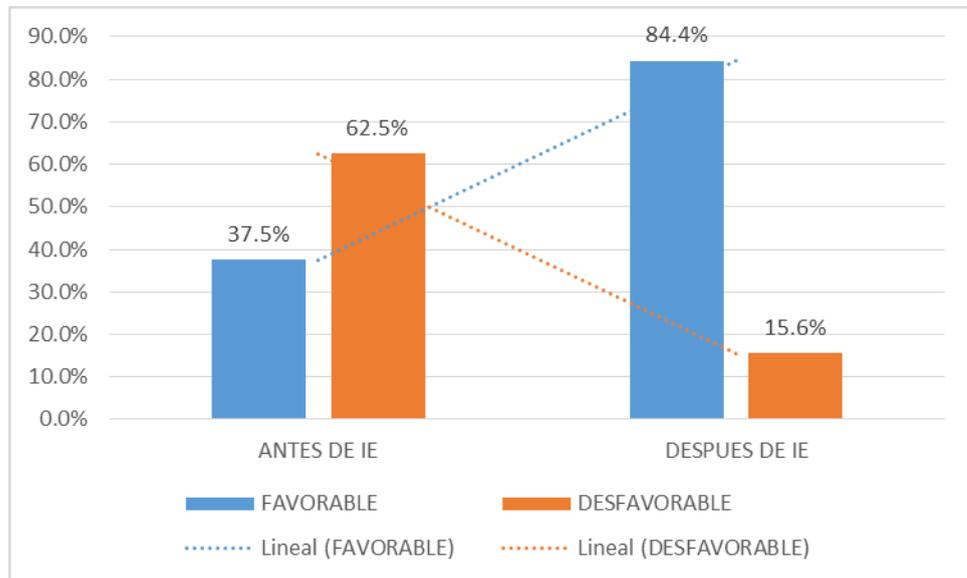
La FIGURA 6 evidencia que el porcentaje de adolescentes en estudio que tenía un actitud desfavorable sobre salud sexual y reproductiva tuvo un cambio significativo, disminuyendo de 87.5% a un 18.8% después de la intervención educativa.

Figura N°7



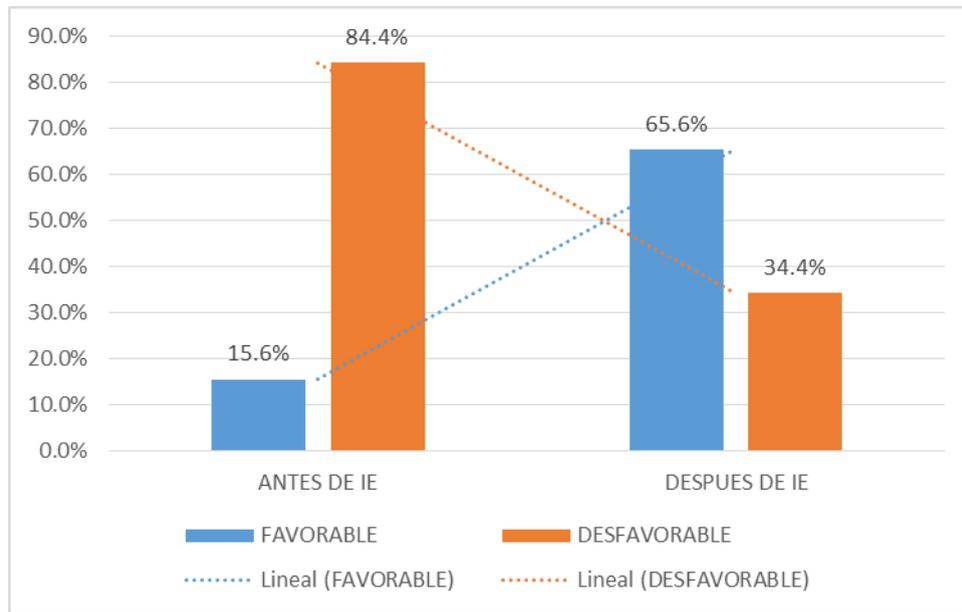
La FIGURA 7 evidencia que el porcentaje de adolescentes en estudio que tenía una actitud desfavorable frente a la Responsabilidad y Prevención del riesgo sexual disminuyó de 93.8% a un 28.1% después de la intervención educativa.

Figura N°8



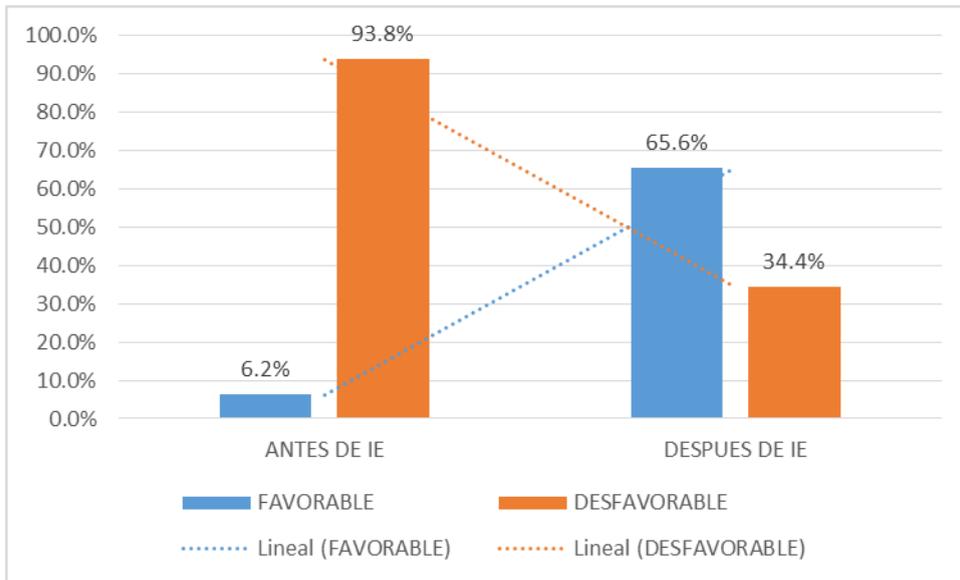
La FIGURA 8 muestra que el porcentaje de adolescentes en estudio que tenían una actitud desfavorable frente a la Libertad para decidir disminuyó de 68.8% a un 25% después de la intervención educativa.

Figura N°9



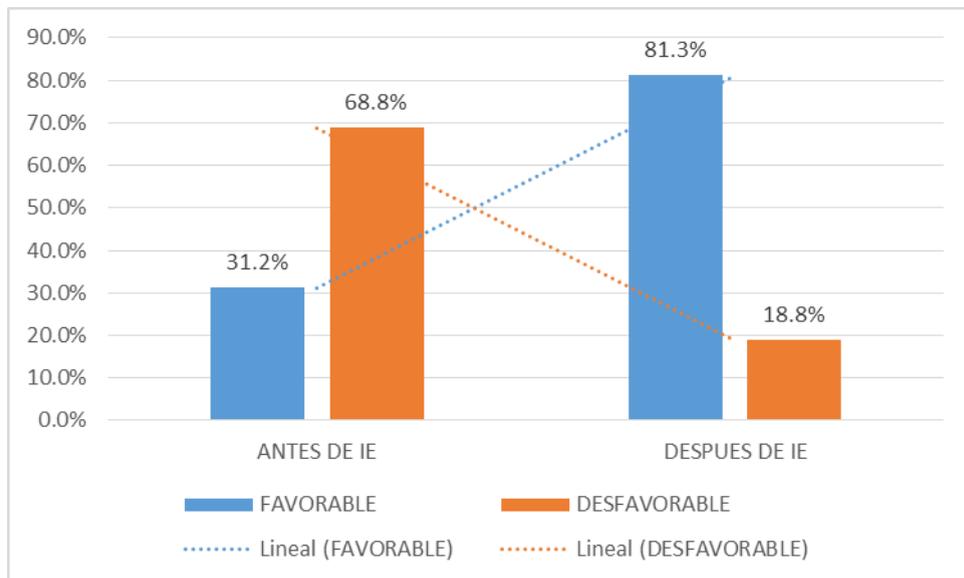
La FIGURA 9 evidencia que el porcentaje de adolescentes en estudio que tenía una actitud desfavorable frente a la Autonomía disminuyó de 84.4% a un 34.4% después de la intervención educativa.

Figura N° 10



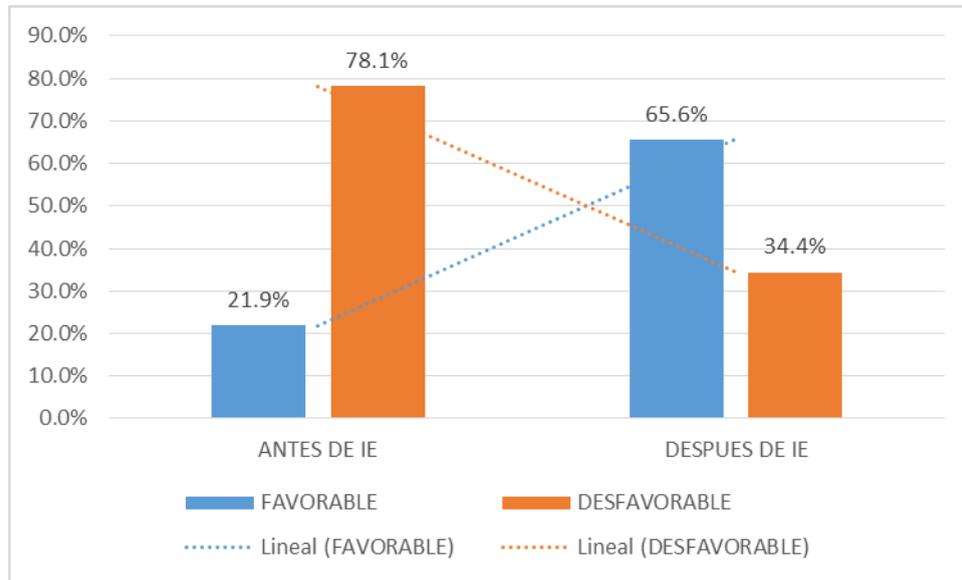
La FIGURA 10 evidencia que el porcentaje de adolescentes en estudio que tenía una actitud desfavorable frente al Respeto mutuo y Reciprocidad disminuyó de 93.8% a un 34.4% después de la intervención educativa.

Figura N°11



La FIGURA 11 evidencia que el porcentaje de adolescentes en estudio que tenía una actitud desfavorable frente a la Sexualidad y Amor disminuyó de 68.8% a un 18.8% después de la intervención educativa.

Figura N°12



La FIGURA 12 evidencia que el porcentaje de adolescentes en estudio que desconocía la anatomía y fisiología sexual y reproductiva disminuyó de 68.8% a un 25% después de la intervención educativa.

4.2. Análisis de resultados.

En nuestro país la población adolescente representa un 20% del total; de los cuales viven en zona urbana más de la mitad y el resto en zona rural, teniendo un preocupante panorama de la salud sexual y reproductiva, ya que de cada 10 mujeres adolescentes, 3 son sexualmente activas, aumentando la tasa de fecundidad en adolescente; y de los casos de muerte materna, el 13.1% corresponde a madres adolescentes ⁽²⁾.

Ante tal situación se consideró necesario intervenir con el modelo cooperativo y participativo, ya que en el presente estudio se conocieron inicialmente resultados alarmantes como el desconocimiento mayoritario de elementos considerados básicos para la sexualidad y la presencia de actitudes desfavorables hacia el cuidado sexual y reproductivo.

Los conocimientos sexuales de los adolescentes, se definen como un conjunto de ideas, conceptos, y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia de ellos, referida a su sexualidad; y se espera una mejora luego de haber participado de las sesiones educativas según el modelo de intervención. ⁽⁴⁰⁾.

Teoría que respalda los resultados del estudio, donde inicialmente sólo el 6.3% de adolescentes tenía conocimiento sobre el tema mientras que 93.8% desconocía; después de la intervención educativa cambia a un 75% que conoce, frente a un 25% que no mostró ningún cambio pese a la intervención. Cabe resaltar que el 68.8% pasó de desconocer a conocer sobre salud sexual y reproductiva a partir de la intervención educativa ($P=0.00$). (Tabla 1). En relación a los trabajos previos consultados, Alpizar J. (Cuba, 2011) ⁽⁷⁾ y Grimaldo I. (Lima, 2014) ⁽¹⁶⁾ coincide con la metodología y evidencia resultados pre y post a una intervención educativa similares al estudio.

El estudio sobre anatomía incluye los órganos sexuales externos y los órganos reproductivos internos, además se ha definido a la fisiología sexual y reproductiva con sus 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 del tema. ⁽⁴⁸⁾ Teoría que no se observa en la práctica diaria toda vez que sólo el 31.3% de adolescentes tenía conocimiento sobre el tema mientras que el 68.8% desconocía; sin embargo después de la intervención cambia la línea de tendencia a un 75% que conoce, frente a un 25% que no mostró ningún cambio. Es importante señalar que el 43.8% pasó de desconocer a conocer sobre anatomía y fisiología sexual y reproductiva a partir de la intervención educativa ($P=0.00$); (tabla 2), coincidimos con Castillo J (Talara, 2012) ⁽¹³⁾ y Morales C. (Sullana, 2011) ⁽¹⁴⁾, que hallaron en sus investigaciones que 77% y 84.7% respectivamente desconocían del tema; sin embargo ambos hicieron un estudio transversal y no intervinieron por lo cual no podemos compararlo con nuestros resultados posteriores.

La Respuesta Sexual Humana es una sucesión de acontecimientos fisiológicos que deben conocerse, 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 5 fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución ⁽⁴⁴⁾. Sin embargo la evidencia empírica reporta que en la primera medición sólo el 9.4% de adolescentes tenía conocimiento sobre la respuesta sexual humana mientras el 90.6% desconocía; después de intervenir, existe una variación de 62.5% que conoce, frente a un 37.5% que aún desconoce pese a la intervención (tabla 3). Cabe señalar que el 53.1% pasó de desconocer a conocer sobre el ciclo de respuesta sexual a partir de la intervención educativa. ($P=0.00$). No se encontro estudios previos que hayan aplicado una metodología igual a la nuestra que permita identificar resultados similares a los encontrados en el presente estudio.

Las infecciones de transmisión sexual guardan estrecha relación con la salud reproductiva en el hombre. Entre esas enfermedades se encuentran las ocasionadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la gonorrea, la sífilis y la hepatitis B, entre otras; a su vez es importante conocer sobre ellas, para poder prevenir eficazmente y poner práctica todo lo aprendido.

Por otro lado inicialmente sólo el 3.1% de adolescentes tenía conocimiento sobre prevención de las ITS, mientras que la mayoría (96.9%) desconocía; después de la intervención educativa; un 62.5% conoce, frente a un 37.5% que no mostró ningún cambio pese a la intervención. Cabe destacar que el 59.4% pasó de desconocer a conocer. (P =0.00). (Tabla 4). Resultados similares encontramos en el estudio de Alpizar (Cuba, 2011) ⁽⁷⁾ que realizó una intervención educativa sobre ITS y VIH/SIDA en adolescentes de 12 a 16 años, donde después de intervenir el 50% conocía sobre el tema. Otro problema que aqueja a la adolescente es el embarazo no deseado, aborto provocado, se estima que en América Latina cuatro de cada diez embarazos terminan en aborto. Cuando los embarazos de la adolescente son resultado de violencia sexual o abuso, es probable que haya efectos psicológicos y físicos a largo plazo, con consecuencias en la demanda de servicios de salud

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 ⁽⁴⁸⁾.

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

Esta teoría respalda los resultados obtenidos sobre el conocimiento de Métodos anticonceptivos (tabla 5), donde inicialmente el 6.2% de los encuestados tenía

conocimiento sobre Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo mientras que la mayoría (93.8%) desconocía; culminada la intervención educativa cambia a un 68.8 % que conoce, frente a un 25% que no mostró ninguna variación significativa pese a la intervención. Es importante señalar que el 53.1% pasó de desconocer a conocer sobre métodos anticonceptivos como prevención del embarazo a partir de la intervención educativa. (P=0.00). No se encontró información con qué contrastar en los estudios previos.

La actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendido y relativamente permanente. También se define como las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular. Raras veces son asunto individual; generalmente son tomadas de grupos a los que debemos nuestra mayor simpatía. Se componen de 3 elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emoción (componente conductual) ^(34,35).

En la primera medición que realizamos el 12.5% de adolescentes tenía una actitud sexual favorable mientras que la mayoría (87.5%)(P= 0.00) desfavorable; al culminar la intervención educativa cambia la línea de tendencia a una actitud favorable el 81.3%, frente a un 18.8% que no mostró ningún cambio en su actitud. Cabe resaltar que más de la mitad (68.8%) pasó de tener una actitud desfavorable a partir de la intervención educativa. (P= 0.00).(tabla 6) . Antecedentes de Navarro G.(Tacna, 2012) ⁽¹⁸⁾, y Morales C. (Sullana, 2011) ⁽¹⁴⁾ muestran resultados de estudios de corte transversal sin intervención educativa; el 77.9% y 94% respectivamente tenían actitudes sexuales desfavorables, coincidiendo con las cifras que encontramos inicialmente en nuestro estudio antes de intervenir; sin embargo no podemos comparar si existieron cambios posteriores ya que no aplicaron la misma metodología.

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. Respecto a nuestro tema en salud sexual y reproductiva, los adolescentes ahora buscan incluir la actividad sexual como parte de sus relaciones de pareja; pero esto no quiere decir que estén listos para un noviazgo serio y comprometido es por eso que la responsabilidad de ellos está dada por el conocimiento que tienen para entender lo que necesitan: necesitan aptitudes y confianza en sí mismos para abstenerse o reducir riesgos ⁽⁵⁰⁾. Inicialmente sólo el 6.2% de adolescentes tenía una actitud favorable frente a la Responsabilidad y Prevención del riesgo sexual mientras que la mayoría (93.8%) mostro una tendencia desfavorable; después de la intervención cambia a una actitud favorable el 71.9%, frente a un 28.1% que no mostró ningún cambio en su actitud. Es necesario señalar que el 68.8% pasó de tener una actitud desfavorable a favorable a partir de la intervención educativa (P= 0.00). No se encontraron estudios previos para contrastar información similar. (Tabla 7)

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 ⁽⁵²⁾. 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.

Teoría que respalda en el estudio, observando en un inicio el 37.5% de adolescentes tenía una actitud favorable frente a la Libertad para decidir mientras que más de la mitad (62.5%) desfavorable; al culminar la intervención educativa cambia la línea de tendencia

a una actitud favorable el 84.4%, frente a un 15.6% que no mostró ningún cambio en su actitud. (Tabla 8). Es importante resaltar que casi la mitad (46.9%) pasó de tener una actitud desfavorable a favorable frente a partir de la intervención educativa.(P=0.00). Además en la tabla 9 evidenciamos a un 15.6% de adolescentes que tenía una actitud favorable frente a la Autonomía mientras que el 84.4% desfavorable; después de intervenir varía a una actitud favorable el 65.6%, frente a un 34.4% que no mostró ningún cambio en su actitud pese a la intervención. Destaca la mitad (50%), que pasó de tener una actitud desfavorable a favorable frente a la Autonomía a partir de la intervención educativa. (P =0.00). Se encontraron antecedentes similares, de Morales C. (Sullana, 2011) ⁽¹⁴⁾ y Castillo J (Talara, 2012) ⁽¹³⁾, pero se trata de estudios descriptivos que no se puede contrastar con el presente estudio.

El respeto supone el reconocimiento, la veneración y el aprecio por otra persona o cosa. El respeto mutuo es aquel que se basa en el sentimiento de la reciprocidad, donde se respeta al otro y se recibe de vuelta el mismo respeto. 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 ⁽⁵⁴⁾. Sin embargo en la primera medición sólo el 6.2% de adolescentes tenía una actitud favorable frente al Respeto mutuo y Reciprocidad mientras que la mayoría (93.8%) desfavorable; después de la intervención educativa cambia la línea de tendencia a una actitud favorable el 65.6%, frente a un 34.4% que no mostró ningún cambio en su actitud pese a la intervención. Más de la mitad (59.4%) pasó de tener una actitud desfavorable a favorable a partir de la intervención educativa. (P=0.00).(Tabla 10). No se encontró información al respecto en estudios previos.

Las relaciones entre amor y sexualidad han de formar un binomio inseparable que requiere nutrirse y complementarse mutuamente. La sexualidad de la persona, no debe 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 ^(54,55) La (tabla 11) muestra que en un inicio el 31.2% de adolescentes tenía una actitud favorable frente a la Sexualidad y Amor y el 68.8% desfavorable; después de la intervención educativa cambió significativamente a una actitud favorable el 81.3%, frente a un 18.8% que no mostró ningún cambio en su actitud pese a la intervención. (P=0.00)

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. (tabla 12) Debe ser vista con naturalidad y espontaneidad, si nos brindan información basada en el amor, el respeto y la comprensión, será algo positivo durante todo nuestro desarrollo ⁽⁵⁸⁾ teoría que está presente en el 21.9% de adolescentes tenía una actitud favorable frente a la Sexualidad como algo positivo y el 78.8% desfavorable; después de intervenir cambia a una actitud favorable el 65.6%, frente a un 34.4% que no mostró ningún cambio en su actitud. Cabe resaltar que aproximadamente la mitad (43.8%) pasó de tener una actitud desfavorable a favorable. (P=0.00). No se encontró información al respecto en estudios previos, sin embargo debe resaltarse que el 34,4% que permanece con actitud desfavorable estaría influenciada por patrones ancestrales arraigados que interfieren en su conocimiento y actitud.

En cuanto a las características socio-demográficas y principales prácticas sexuales de los adolescentes encuestados (tabla 13), todos se encuentran estudiando y se ubican entre las edades de 14 a 16 años el 53.0%, con una media de edad de 15.5 años. Referente al estado civil todos son solteros, ninguno convive, ni se ha casado. La mayoría de entrevistados profesan la religión católica (78.0%) Por otro lado, entre las principales

características sexuales el 56.0% de adolescentes respondió no tener enamorado/a al momento de la encuesta; 81% refirió no estar activo sexualmente en el momento de la medición, de los cuales el 53.0% inició su actividad sexual entre los 17 a 19 años, respecto a su opción sexual el 97.0% se reconoció como heterosexuales y un escaso 3.0% como homosexual o bisexual.

V. Conclusiones y recomendaciones:

5.1. Conclusiones.

1. Los adolescentes de la I.E. Virgen Natividad del Distrito de Quiches, en su mayoría desconocen los Ítems estudiados en sexualidad; presentando a su vez actitudes desfavorable hacia su sexualidad antes de la intervención.
2. En su mayoría, los adolescentes desconocen las dimensiones básicas del conocimiento sexual: Anatomía y fisiología sexual y reproductiva, prevención de las ITS-VIH/SIDA, métodos anticonceptivos como prevención del embarazo y ciclo de respuesta sexual humana. Sin embargo después de la intervención es conocido los reactivos por los encuestados.
3. Los adolescentes presentaron actitudes desfavorables antes de la intervención educativa en las seis dimensiones sexuales estudiadas: responsabilidad y prevención de riesgo sexual; autonomía; libertad para decidir; respeto mutuo y reciprocidad; sexualidad como algo positivo; y sexualidad y amor. Sin embargo después de la intervención educativa se evidencia en las diferentes dimensiones actitudes favorables en los adolescentes entrevistados.
4. La media de edad de los entrevistados fue a los 15 años refiriendo ser estudiantes y solteros. La mayoría de la muestra refirió no haber tenido relaciones sexuales, iniciado su actividad sexual con una edad entre los 17 a 19 años, en cuanto a la opción sexual se reconoció como heterosexuales.

5.2. Recomendaciones:

- ❖ Hacer llegar los resultados del estudio a directivos y personal operativo de la I.E virgen María de la Natividad. Y del Centro de salud Quiches. El mismo que debe ser socializado con toda la comunidad.

- ❖ La dirección de la IE. En coordinación con el jefe del centro de salud Quiches deben implementar acciones conjuntas a fin de desarrollar la metodología educativa aplicada en el presente estudio, buscando la sistematización del proceso.

- ❖ Se sugiere continuar con los estudios de profundidad, a fin de evaluar resultados a mediano y largo plazo.

Aspectos complementarios:

Conocimientos y Actitudes Sexuales de los Adolescentes de 14 A 19 años de la I.E Virgen María de Natividad del Distrito de Quiches, 2016

Tabla N°01

Conocimiento global sobre salud sexual y reproductiva en Adolescentes de 14 A 19 años de la I.E Virgen de Natividad del Distrito de Quiches, 2016

		DESPUES DE INTERVENCION EDUCATIVA			
			CONOCE	DESCONOCE	TOTAL
ANTES DE INTERVENCION EDUCATIVA	CONOCE	Recuento	2	0	2
		% del total	6.3%	0.0%	6.3%
	DESCONOCE	Recuento	22	8	30
		% del total	68.8%	25.0%	93.8%
Total	Recuento	24	8	32	
	% del total	75.0%	25.0%	100.0%	

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches durante el período 2016.

Prueba de McNemar = 0.00 $P < 0.05$

Se evidencia que inicialmente sólo el 6.3% de adolescentes en estudio tenía conocimiento sobre el tema mientras que la mayoría (93.8%) desconocía; después de la intervención educativa cambia a un 75% que conoce, frente a un 25% que no mostró ningún cambio pese a la intervención. Cabe resaltar que el 68.8% pasó de desconocer a conocer sobre salud sexual y reproductiva a partir de la intervención educativa.

La prueba de McNemar muestra una significancia de 0.00, menor a 0.05, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula, entonces el modelo cooperativo y participativo influye en el conocimiento de los adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches

Tabla N°2

Conocimiento sobre anatomía y fisiología sexual y reproductiva en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016

		DESPUES DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA			
		CONOCE	DESCONOCE	TOTAL	
ANTES DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA	CONOCE	Recuento	10	0	10
		% del total	31.3%	0.0%	31.3%
	DESCONOCE	Recuento	14	8	22
		% del total	43.8%	25.0%	68.8%
Total		Número	24	8	32
		% del total	75.0%	25.0%	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches durante el período 2016.

Prueba de McNemar = 0.00 $P < 0.05$

La tabla 2 hace evidente que inicialmente sólo el 31.3% de adolescentes tenía conocimiento sobre el tema mientras que la mayoría (68.8%) desconocía; después de la intervención educativa cambia la línea de tendencia a un 75% que conoce, frente a un 25% que no mostró ningún cambio pese a la intervención. Cabe resaltar que el 43.8% pasó de desconocer a conocer sobre anatomía y fisiología sexual y reproductiva a partir de la intervención educativa.

La prueba de McNemar muestra una significancia de 0.00, menor a 0.05, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula, entonces el porcentaje de adolescentes que desconocían de anatomía y fisiología sexual y reproductiva antes y después de la intervención educativa es diferente.

Tabla N°3

Conocimiento sobre ciclo de respuesta sexual en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016

		DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA			Total
			CONOCE	DESCONOCE	
		Recuento	3	0	3
ANTES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA	CONOCE	% del total	9.4%	0.0%	9.4%
	DESCONOCE	Recuento	17	12	29
		% del total	53.1%	37.5%	90.6%
		Total	Recuento	20	12
		% del total	62.5%	37.5%	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches durante el período 2016.

Prueba de McNemar = 0.00 $P < 0.05$

La tabla 3 hace evidente que en la primera medición sólo el 9.4% de adolescentes tenía conocimiento sobre el tema mientras el 90.6% desconocía; después de intervenir, existe una variación de 62.5% que conoce, frente a un 37.5% que aún desconoce pese a la intervención. Cabe resaltar que el 53.1% pasó de desconocer a conocer sobre el ciclo de respuesta sexual a partir de la intervención educativa.

La prueba de McNemar muestra una significancia de 0.00, menor a 0.05, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula, entonces el porcentaje de adolescentes que desconocían del ciclo de respuesta sexual antes y después de la intervención educativa es diferente.

Tabla N° 4

Conocimiento sobre prevención de ITS y VIH/SIDA en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016

		DESPUÉS DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA			
		CONOCE	DESCONOCE	Total	
ANTES DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA	CONOCE	Recuento	1	0	1
		% del total	3.1%	0.0%	3.1%
	DESCONOCE	Recuento	19	12	31
		% del total	59.4%	37.5%	96.9%
Total		Recuento	20	12	32
		% del total	62.5%	37.5%	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches durante el período 2016.

Prueba de McNemar = 0.00 $P < 0.05$

La tabla 4 hace evidente que inicialmente sólo el 3.1% de adolescentes tenía conocimiento sobre el tema mientras que la mayoría (96.9%) desconocía; después de la intervención educativa cambia la línea de tendencia a un 62.5% que conoce, frente a un 37.5% que no mostró ningún cambio pese a la intervención. Cabe destacar que el 59.4% pasó de desconocer a conocer sobre la Prevención de ITS y VIH/SIDA a partir de la intervención educativa.

La prueba de McNemar muestra una significancia de 0.00, menor a 0.05, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula, entonces el porcentaje de adolescentes que desconocían de la prevención de ITS y VIH/SIDA antes y después de la intervención educativa es diferente.

Tabla N°5

Conocimiento sobre métodos anticonceptivo como prevención del embarazo en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016

		DESPUES DE INTERVENCION EDUCATIVA			
		CONOCE	DESCONOCE	Total	
ANTES DE INTERVENCION EDUCATIVA	CONOCE	Recuento	2	0	2
		% del total	6.2%	0.0%	6.2%
	DESCONOCE	Recuento	22	8	30
		% del total	68.8%	25.0%	93.8%
Total		Recuento	24	8	32
		% del total	75.0%	25.0%	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches durante el período 2016.

Prueba de McNemar = 0.00 $P < 0.05$

La tabla 5 evidencia que inicialmente el 6.2% de los encuestados tenía conocimiento sobre Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo mientras que la mayoría (93.8%) desconocía; culminada la intervención educativa cambia la línea de tendencia a un 68.8 % que conoce, frente a un 25% que no mostró ninguna variación significativa pese a la intervención. Es importante señalar que el 53.1% pasó de desconocer a conocer sobre métodos anticonceptivos como prevención del embarazo a partir de la intervención educativa.

La prueba de McNemar muestra una significancia de 0.00, menor a 0.05, por lo tanto el porcentaje de adolescentes que desconocían de los métodos anticonceptivos como prevención del embarazo antes y después de la intervención educativa es diferente.

Tabla N°6

Actitud global sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes de 14 A 19 años de la I.E Virgen María de Natividad del Distrito de Quiches, 2016

		DESPUES DE INTERVENCION EDUCATIVA			
		FAVORABLE	DESFAVORABLE	Total	
ANTES DE INTERVENCION EDUCATIVA	FAVORABLE	Recuento	4	0	4
		% del total	12.5%	0.0%	12.5%
	DESFAVORABLE	Recuento	22	6	28
		% del total	68.8%	18.8%	87.5%
Total		Recuento	26	6	32
		% del total	81.3%	18.8%	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches durante el período 2016.

Prueba de McNemar = 0.00 $P < 0.05$

Tabla 6 evidencia que en la primera medición el 12.5% de adolescentes tenía una actitud sexual favorable mientras que la mayoría (87.5%) desfavorable; al culminar la intervención educativa cambia la línea de tendencia a una actitud favorable el 81.3%, frente a un 18.8% que no mostró ningún cambio en su actitud pese a la intervención. Cabe resaltar que más de la mitad (68.8%) pasó de tener una actitud desfavorable a partir de la intervención educativa.

La prueba de McNemar evidencia una significancia de 0.00, menor a 0.05, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula, entonces el modelo cooperativo y participativo influye en las actitudes de los adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches.

Tabla N°7

Actitud frente a la responsabilidad y prevención del riesgo sexual en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016

		DESPUES DE INTERVENCION EDUCATIVA			
			FAVORABLE	DESFAVORABLE	Total
	FAVORABLE	Recuento	1	1	2
ANTES DE INTERVENCION EDUCATIVA		% del total	3.1%	3.1%	6.2%
	DESFAVORABLE	Recuento	22	8	30
		% del total	68.8%	25.0%	93.8%
Total		Recuento	23	9	32
		% del total	71.9%	28.1%	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches durante el período 2016.

Prueba de McNemar = 0.00 $P < 0.05$

La tabla 7 hace evidente que inicialmente sólo el 6.2% de adolescentes tenía una actitud favorable frente a la Responsabilidad y Prevención del riesgo sexual mientras que la mayoría (93.8%) desfavorable; después de la intervención educativa cambia la línea de tendencia a una actitud favorable el 71.9%, frente a un 28.1% que no mostró ningún cambio en su actitud pese a la intervención. Es necesario señalar que el 68.8% pasó de tener una actitud desfavorable a favorable frente a la Responsabilidad y Prevención del riesgo sexual a partir de la intervención educativa.

La prueba de McNemar muestra una significancia de 0.00, menor a 0.05, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula, entonces el porcentaje de adolescentes que tenía una actitud desfavorable frente a la Responsabilidad y Prevención del riesgo sexual antes y después de la intervención educativa es diferente.

Tabla N°8

Actitud frente a la Libertad para decidir en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016

		DESPUES DE INTERVENCION EDUCATIVA			
		FAVORABLE	DESFAVORABLE	Total	
ANTES DE INTERVENCION EDUCATIVA	FAVORABLE	Recuento	12	0	12
		% del total	37.5%	0.0%	37.5%
	DESFAVORABLE	Recuento	15	5	20
		% del total	46.9%	15.6%	62.5%
Total		Recuento	27	5	32
		% del total	84.4%	15.6%	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches durante el período 2016.

Prueba de McNemar = 0.00 $P < 0.05$

La tabla 8 hace evidente que en la primera medición el 37.5% de adolescentes tenía una actitud favorable frente a la Libertad para decidir mientras que más de la mitad (62.5%) desfavorable; al culminar la intervención educativa cambia la línea de tendencia a una actitud favorable el 84.4%, frente a un 15.6% que no mostró ningún cambio en su actitud pese a la intervención. Cabe resaltar que el 46.9% pasó de tener una actitud desfavorable a favorable frente a la Libertad para decidir a partir de la intervención educativa.

La prueba de McNemar evidencia una significancia de 0.00, menor a 0.05, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula, entonces el porcentaje de adolescentes que tenía una actitud desfavorable frente a Libertad para decidir antes y después de la intervención educativa es diferente.

Tabla N°9

Actitud frente a la Autonomía en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016

		DESPUES DE INTERVENCION EDUCATIVA			
		FAVORABLE	DESFAVORABLE	Total	
ANTES DE INTERVENCION EDUCATIVA	FAVORABLE	Recuento	5	0	5
		% del total	15.6%	0.0%	15.6%
	DESFAVORABLE	Recuento	16	11	27
		% del total	50.0%	34.4%	84.4%
Total		Recuento	21	11	32
		% del total	65.6%	34.4%	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches durante el período 2016.

Prueba de McNemar = 0.00 $P < 0.05$

La tabla 9 evidencia que en un inicio sólo el 15.6% de adolescentes tenía una actitud favorable frente a la Autonomía mientras que la mayoría (84.4%) desfavorable; después de la intervención educativa varía a una actitud favorable el 65.6%, frente a un 34.4% que no mostró ningún cambio en su actitud pese a la intervención. Cabe destacar que la mitad (50%) pasó de tener una actitud desfavorable a favorable frente a la Autonomía a partir de la intervención educativa.

La prueba de McNemar evidencia una significancia de 0.00, menor a 0.05, por lo tanto el porcentaje de adolescentes que tenía una actitud desfavorable frente a la Autonomía antes y después de la intervención educativa es diferente.

Tabla N°10

Actitud frente al respeto mutuo y reciprocidad en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches durante el periodo 2016

		DESPUES DE INTERVENCION EDUCATIVA			
		FAVORABLE	DESFAVORABLE	Total	
ANTES DE INTERVENCION EDUCATIVA	FAVORABLE	Recuento	2	0	2
		% del total	6.2%	0.0%	6.2%
	DESFAVORABLE	Recuento	19	11	30
		% del total	59.4%	34.4%	93.8%
Total		Recuento	21	11	32
		% del total	65.6%	34.4%	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches durante el período 2016.

Prueba de McNemar = 0.00 $P < 0.05$

La tabla 10 muestra que en la primera medición sólo el 6.2% de adolescentes tenía una actitud favorable frente al Respeto mutuo y Reciprocidad mientras que la mayoría (93.8%) desfavorable; después de la intervención educativa cambia la línea de tendencia a una actitud favorable el 65.6%, frente a un 34.4% que no mostró ningún cambio en su actitud pese a la intervención. Cabe señalar que más de la mitad (59.4%) pasó de tener una actitud desfavorable a favorable frente al Respeto mutuo y Reciprocidad a partir de la intervención educativa.

La prueba de McNemar evidencia una significancia de 0.00, menor a 0.05, por lo tanto el porcentaje de adolescentes que tenía una actitud desfavorable frente al Respeto mutuo y Reciprocidad antes y después de la intervención educativa es diferente.

Tabla N°11

Actitud frente a la sexualidad y amor en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016

		DESPUES DE INTERVENCION			
		FAVORABLE	DESFAVORABLE	Total	
ANTES DE INTERVENCION	FAVORABLE	Recuento	10	0	10
		% del total	31.2%	0.0%	31.2%
	DESFAVORABLE	Recuento	16	6	22
		% del total	50.0%	18.8%	68.8%
Total		Recuento	26	6	32
		% del total	81.3%	18.8%	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches durante el período 2016.

Prueba de McNemar = 0.00 $P < 0.05$

La tabla 11 muestra que inicialmente el 31.2% de adolescentes tenía una actitud favorable frente a la Sexualidad y Amor mientras que el 68.8% desfavorable; después de la intervención educativa cambió significativamente a una actitud favorable el 81.3%, frente a un 18.8% que no mostró ningún cambio en su actitud pese a la intervención. Cabe destacar que la mitad (50%) pasó de tener una actitud desfavorable a favorable frente a la Sexualidad y Amor a partir de la intervención educativa.

La prueba de Mc Nemar evidencia una significancia de 0.00, menor a 0.05, por lo tanto el porcentaje de adolescentes que tenía una actitud desfavorable frente a la Sexualidad y Amor antes y después de la intervención educativa es diferente.

Tabla N°12

Actitud frente a la sexualidad como algo positivo en adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, durante el periodo 2016

		DESPUES DE INTERVENCION EDUCATIVA			
		FAVORABLE	DESFAVORABLE	Total	
ANTES DE INTERVENCION EDUCATIVA	FAVORABLE	Recuento	7	0	7
		% del total	21.9%	0.0%	21.9%
	DESFAVORABLE	Recuento	14	11	25
		% del total	43.8%	34.4%	78.1%
Total		Recuento	21	11	32
		% del total	65.6%	34.4%	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de la I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches durante el período 2016.

Prueba de McNemar = 0.00 $P < 0.05$

La tabla 12 evidencia que en un inicio sólo el 21.9% de adolescentes tenía una actitud favorable frente a la Sexualidad como algo positivo mientras que el 78.8% desfavorable; después de la intervención educativa cambia la línea de tendencia a una actitud favorable el 65.6%, frente a un 34.4% que no mostró ningún cambio en su actitud pese a la intervención. Cabe resaltar que aproximadamente la mitad (43.8%) pasó de tener una actitud desfavorable a favorable frente a la Sexualidad como algo positivo a partir de la intervención educativa.

La prueba de McNemar evidencia una significancia de 0.00, menor a 0.05, por lo tanto rechaza la hipótesis nula.

Tabla N°13

Características socio demográficas y principales prácticas Sexuales en adolescentes de la
I.E Virgen María de la Natividad del Distrito de Quiches, 2016

CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS	TOTAL	
	n	%
EDAD		
14 - 16 años	53	53.0
17 - 19 años	47	47.0
Media 15		
SEXO		
Masculino	47	47.0
Femenino	53	53.0
ESTADO CIVIL		
Soltero (a)	100	100.0
Casado (a)	0	0
Conviviente	0	0
RELIGION		
Católico (a)	78	78.0
Otras	19	19.0
No creyentes	3	3.0
OCUPACION		
Estudia	100	100
Trabaja	0	0
Estudia y Trabaja	0	0
No trabaja/no estudia	0	0
Ama de casa	0	0
ENAMORADO		
Si tiene enamorado (a)	44	44.0
No tiene enamorado (a)	56	56.0
RELACIONES COITALES		
Si	19	19.0
No	81	81.0
EDAD DE INICIO DE RELACIONES COITALES		
N=3		
14 – 16	3	47.0
17 – 19	3	53.0
OPCION SEXUAL		
Heterosexual	97	97.0
Homosexual	3	3.0
Bisexual	0	0

Fuente: Encuesta aplicada en el mes de Julio del 2016.

La tabla 13 muestra las características socio-demográficas y principales prácticas sexuales de los adolescentes encuestados, donde se observa la mayor concentración de adolescentes se ubica entre las edades de 14 a 16 años con un 53.0%, con una media de edad de 15 años. En cuanto al estado civil predominan solteros con 100 % sobre los convivientes y casados. La mayoría de entrevistados refirieron profesar la religión católico (78.0%) y ser estudiante (100.0%).

Por otro lado, entre las principales características sexuales 56.0% de adolescentes respondió no tener enamorado/a al momento de la encuesta; 81% refirió no haber tenido relaciones sexuales, de los cuales el 53.0% las inició entre los 17 a 19 años, en cuanto a la opción sexual el 97.0% se reconoció como heterosexuales y un escaso 3.0% como homosexual o bisexual.

Referencias bibliográficas

1. Mateos M. Nassif B. Galazo P. Arigos A. Adolescencia y sexualidad: Espacios y caminos para compartir y reflexionar [monografía en Internet]. Edición 1°.2007.[alrededor de 8 pantalla] Lugar de publicación: <http://www.fahce.unlp.edu.ar/academica/Areas/cienciasexactasynaturales/descargables/ponencias-en-las-jornadas/mateos.pdf>
2. Eduardo F. el trabajo en equipo mediante aprendizaje cooperativo. Disponible en: [http://calidad.ugr.es/tutoria/materiales_asistentes/aprendizaje-cooperativo-en-grupos/!](http://calidad.ugr.es/tutoria/materiales_asistentes/aprendizaje-cooperativo-en-grupos/)
3. Benjamín J. Manual interno de metodología de la investigación científica, Mimi. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote Vicerrectorado de Investigación. Chimbote 2014.
4. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, recién nacido, del niño y del adolescente [Serie en internet]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
5. Alpízar J. Intervención educativa sobre educación sexual en adolescentes de una escuela secundaria básica. Unión de Reyes. Matanza, Cuba, [Serie en internet]; 2014 [citado 24 Julio 2016]; 36(5): [Alrededor de 11 pantallas]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n5/rme050514.pdf>
6. Godoy M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. Revista Electrónica de Portales Médicos. [Serie en internet]. 2010 [citado 24 Julio 2016]; pp.5. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2259/5/Conocimientos%20C-actitudes-y-practicas-sobre-sexualidad-en-adolescentes>
7. Castillo J y Solís N. “Conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes del asentamiento humano 9 de Octubre” Talara 2012. [Citado 26 Julio 2016] Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/264589227/CONOCIMIENTOS-Y-ACTITUDES-SEXUALES-DE-LOS-adolescents-talara-pdf#scribd>
8. Morales C. Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes. [Disponible en 1 de Marzo] Sullana - 2011. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/213928709/20894#scribd>

9. Grimaldo I. La sexualidad con responsabilidad y cuidado en la adolescencia” en los conocimientos sobre sexualidad en adolescentes en una institución educativa 2014, Lima - Perú. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4056/1/Napa_ag.pdf
10. Navarro y López A. “Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales. Periodo julio – setiembre 2012.” Disponible en:
http://portal.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyecto/archivo_87_Binder1.pdf
11. Norman J, La visión de la adolescencia en las corrientes teóricas y su fundamentación en la salud Escolar en Puerto Rico, [serie en internet]. 2005 [citado 27 Julio 2016]. Disponible en:
<http://www.psicovision.com/lic%20deibem.htm>
12. Ardovin B y Jarpa. La jerarquía de necesidades según Maslow. [serie en Internet]. 1998; [citado 10 Julio 2016]; [Alrededor de 5 pantallas]. Disponible en: http://www.geocities.com/linds_castillo/20101.htl
13. Gutiérrez R. Pensamientos filosóficos y literarios de Hostos. UPR. PR [serie en Internet]. 2004 [citada 27 Julio 2016]. Disponible en:
<http://www.redbetances.com>
14. Papalia, WO, Duskin F. Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia. 9 ed. México: McGraw Hill-Interamericaca; 2005.
15. Santos y Vargas. Ciencia y Pedagogía - Hostos. Inst. Host. [serie en Internet]. 2001 [citado 10 de Julio 2016]. Disponible en:
<http://www.rrp.upr.edu/iehostos/cienciapedagogiaprologo1.htm>
16. Solis N. conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes. [serie en Internet]. 2010 [citado 2016, Julio 27]. Disponible en:
<http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2014/01/02/162855/16285520140703113138.pdf>

17. MINSA, Salud Sexual y Reproductiva en el Programa de promoción de la salud en las instituciones educativas; Lima, Perú, 2005.
18. Departamento de Educación de Puerto Rico. (2000). Estándares del programa de salud escolar. Puerto Rico: D.E.
19. Gala A y Col. La Adolescencia: Consideraciones biológicas, psicológicas y sociales, Tomo I;
20. Salinas GT, Nociones de Psicología. Lima: edic. Adunk SRL; 2003
21. Chueca U. Psicología, Lima: edic. Salesiana; 2003.
22. Cerdá E. Una Psicología hoy. Barcelona: Ed. Herder; 2004.
23. Morales J. El comportamiento en las etapas del desarrollo humano. [monografía en Internet]. 2003. [alrededor de 5 pantalla]. [citado 28 de Julio 2016] Lugar de publicación:
<http://www.monografias.com/trabajos16/comportamientohumano/comportamiento-humano.shtml>.
24. Petersen AC. Adolescent development. Annual Review of Psychology, Ed., Handbook of adolescent psychology. 39. 117-155
25. Kagan J. Reflexión-Impulsividad: La generalidad y la dinámica conceptual de tiempo. En Psicología, Journal of Abnormal 1996; 71. 17-24.
26. Whittake JO, Sandra J. Psicología. 5 Ed. México: McGraw Hill/Interamericana; 1989.

27. Carlos L. Actitud. Mexico: Psicosociología. Conducta. Reacción afectiva. Cognitivismo. Emotividad. Manipulación. Interés. [alrededor de 11 pantallas].
Disponible en: <http://html.rincondelvago.com/actitud.html>

28. Covarrubias F. Manual de Técnicas y Procedimientos de Investigación Social desde la Epistemología Dialéctica Crítica. Oaxaca, México: Ed. Lasser Plus Artes Gráficas; 1998.

29. Rosa R, Teresa M, Eva C, Cecilia L, Josep C. La adolescencia: consideraciones biológicas, psicológicas y sociales [monografía en internet] .[Alrededor de 1 pantalla].
Disponible desde:
<http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/manual/saludreproductiva/01%20Salud%20reproductiva%20e.pdf>

30. Romero L. Sexualidad y educación sexual irresponsable. [Monografía en Internet]. Colombia: Centro de Asesoría y Consultoría; 2006[citada 28 Julio 2016]. [alrededor de 10 pantallas]. Disponible en:

<http://www.monografias.com/trabajos13/sexyeduc/sexyeduc.shtml>

31. Sobrevilla L. Sexualidad Humana. Instituto de Estudios de Población IEPO. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Ed. Saywa. Perú; 1993.

32. Biocancer. Ciclo Ovarico. [serie en Internet]. [Alrededor de 1 pantallas].
Disponible en:

<http://www.biocancer.com/journal/1062/41-ciclo-ovarico>

33. Candiotti J, Anatomía y Fisiología Humana. Año 1986

34. Totorá Gerard J. y Grabowski Sandra Reynolds Principios de Anatomía y Fisiología, 9º edición, 2006.

35. Wikipedia. Respuesta sexual humana, [serie en Internet]. 2006.[citado 26 Julio 2016] . Disponible en:

http://es.wikipedia.org/wiki/Respuesta_sexual_humana

36. Jhean H. Proyecto de educación [citada 25 de Julio 2016]. [serie en Internet]. Disponible en:
<https://prezi.com/kq9lm4ylwqx8/proyecto-de-educacion-sexual/>
37. Quintana A, Hidalgo C. La Salud de los adolescentes en la región andina. Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes: Servicios de salud amigables en Bolivia, Ecuador y Perú. Lima: IES y Washington D.C: Advocates For Youth; 2003. 17-27.
38. 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>
39. Morris L. Sexual Behavior and Reproductive Health of Latin American Adolescents. Presented at the UNFPA Regional Conference on Reproductive Health in Latin America and the Caribbean. [conferencia] Mexico; 1995.
40. Flavio N, La Responsabilidad. [Monografía en Internet]. 2005.[citado 2016 julio 30]. Lugar de publicación:
www.monografias.com/trabajos14/la-responsabilidad/la-responsabilidad.shtml
38www.bastet.atonra.com/?p=705
41. Cuauhtemoc C. Juventud en Extasis. [monografía en internet]. Argetina: Ediciones Selectas. 2007, [citada 26 de Julio 2016]. [al rededor de 4 pantallas]. Disponible en:
www.saludfemenina.com.ar
42. Novelly F. La responsabilidad. [monografía en internet]. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos14/la-responsabilidad/la-responsabilidad.shtml>
43. Orientación matrimonial: Reciprocidad. Lugar de publicación
<http://orientacionmatrimonial.wordpress.com/2007/02/07/reciprocidad>

44. Orzú WM. Amor y familia. Guía práctica de educación y sexualidad. Madrid-España: Ed. Palabra; 1998. pp. 32-36.
45. Amistad y Continuidad. Lugar de Publicación <https://orientacionmatrimonial.wordpress.com/2007/02/>
46. Marco conceptual para el desarrollo y la salud sexual de adolescentes y jóvenes. [monografía en internet]. Disponible en: www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-marconceptual.pdf
47. Mónica N, Anita L. Nivel de conocimiento y actitudes en adolescente de la urbanización 45las Palmeras, [Tesis para optar el título en licenciada de Obstetra]. Tarapoto; Universidad Nacional de San Martín; 2012. Disponible en: http://www.academia.edu/8841844/UNIVERSIDAD_NACIONAL_DE_SANMARTIN_PARA_OBTENER_EL_TITULO_PROFESIONAL_DE_OBSTETRA_AUTORES
48. Martínez L. Hacia una sexualidad integral. Blog de aplicaciones, [citado 25 Julio 2016]. Disponible: http://famiiliatec.itesm.mx/publicaciones/docs/boletin8/familia_presente.pdf
49. Méndez C. Sexualidad con naturalidad sabor y salud [monografía en internet]. [citado 25 Julio 2016]. Disponible en: <http://www.saborysalud.com/vidasana21.htm>
50. Covey Stephen R. Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva: la revolución ética en la vida cotidiana .1" ed. II" reirnp.- Buenos Aires Paidós, Disponible en: <http://intranet.ebc.edu.mx/contenido/admin/archivos/7habitos.pdf>
51. NTP 15. Construcción de una escala de actitudes tipo Likert. [serie en internet]. [citado 25 Julio 2016]. Disponible: http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_015.htm

ANEXOS

ANEXO 1-A

ENCUESTA DE CONOCIMIENTO DE LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE

Autora: Mg. Nelly Solís Villanueva

Estimada y estimado adolescente:

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

Instrucciones:

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

ANATOMIA Y FISILOGIA, SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE	SI	NO
1. Los genitales externos de la mujer está conformado por: Marque con una X solo la respuesta correcta: Los labios mayores y menores (), el clítoris (), orificio de la uretra () y la abertura de la vagina ()		
2. ¿La fecundación se da cuando el espermatozoide ingresa al 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 (la 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 y por tanto las personas necesitan aprender como hacerlo		
CICLO DE RESPUESTA SEXUAL HUMANA		
Marque con una X, solo la respuesta o respuestas que a su parecer son correctas		
1. Las fases en la respuesta sexual son : Deseo () excitación() meseta() orgasmo() 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 y VIH/SIDA , y métodos de planificación familiar		
4. Las actitudes y valores de los jóvenes son importantes en la vivencia de la sexualidad		
5. Son manifestaciones de madurez sexual: menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto, masturbación		
6. Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad		
Marca con una X las respuesta que creas correcta;		
7. El comportamiento sexual no coital es cuando se practica los : besos abrazos () caricias () masturbación()		
8. La persona es quien controla su propio comportamiento sexual		

PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL – VIH/SIDA		
1.	¿Sabes que el sida es una enfermedad que amenaza la vida?	
2.	Las vías de contagio de la infección por el virus del VIH/SIDA está dada por vía sanguínea, (transfusiones sanguíneas), relación coital, trasmisión de madre a hijo	
3.	Un hombre puede infectarse con el virus del VIH si tiene coito con una sola mujer	
4.	El usar preservativos convenientemente en una relación te previene del contagio del SIDA	
5.	El SIDA se contagia por los abrazos, los besos y el contacto con una personas infectadas (-)	
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 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 las relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer	
6.	El preservativo es un método de planificación familiar	
7.	Conoces los métodos de barrera ,menciónalos : los preservativos masculinos y femeninos, los diafragmas, los espermicidas	
8.	Conoces los métodos hormonales? menciónalos: la píldora (), los inyectables () el norplant ().	
9.	Conoces los anticonceptivos para regular la fecundidad del adolescente menciónalos Marca con una X el que menciona: el preservativo (), el diafragma (), las píldoras (), los inyectables (), el DIU ().	

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

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

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

ANEXO 1-B

REPORTE DE VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SEXUALES

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

REPORTE DE LA CONFIABILIDAD DE LA PRUEBA DE CONOCIMIENTOS SEXUALES

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,646	35

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-tot al corregida	Alfa de Cronbach si se 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

ANEXO 2-A

TEST DE ACTITUDES SEXUALES DEL ADOLESCENTE

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

ACTITUDES Y VALORES SEXUALES DEL ADOLESCENTE					
	1	2	3	4	5
RESPONSABILIDAD Y PREVENCIÓN DEL RIESGO SEXUAL					
1. Cumples con tus obligaciones					
2. Te consideras obediente					
3. Llegas a tus clases puntualmente					
4. Ayudas en las tareas de la casa					
5. Cuando tienes relaciones sexuales (coitales) lo haces consciente de que te expones a problemas de salud como: embarazo precoz, ITS /VIH/SIDA.					
6. Prevé y te preparas para enfrentar las consecuencias de tus actos: salir embarazada, adquirir ITS /VIH/SIDA.					
7. La conducta sexual de una persona es cosa suya y nadie debe hacer juicios de valor sobre ella.					
8. Una persona que va a tener una conducta coital, debe buscar información y consejos sobre anticoncepción.					
9. Crees que las relaciones sexuales entre personas jóvenes es aceptable, si hay afecto entre ellos y si ambos están de acuerdo.					
10. crees que hoy en día todos deben usar los preservativos para protegerse de ITS/VIH/SIDA					
LIBERTAD PARA DECIDIR					
1. Cuando vas a tomar una decisión, lo haces por tu propia voluntad					
2. Siempre que vas a decidir por algo, necesitas la intervención de otras personas.					
3. Cuando una pareja desea tener relaciones coitales, debe ser porque ambos lo deseen y lo acepten					
4. Si has iniciado tu actividad sexual, utilizas un método de planificación familiar					
5. Cuando tienes relaciones sexuales lo haces por tu propia voluntad					
6. Cuando iniciaste tu actividad sexual lo hiciste por la presión de tus amigos					
AUTONOMIA					
1. Tú tienes derecho a elegir con quien y en donde realizar tu vida sexual					
2. Crees que es necesario recibir información sobre sexualidad cuando tú lo solicites.					
3. Es fácil expresar tu opinión ante los demás					
4. sientes y crees que nuestro cuerpo nos pertenece , por ello solo tu eres la/el única (o) responsable de tu integridad corporal					
5. Tú decides por el control de tu cuerpo, por ello realizas deportes, buscas espacios de distracción etc.					
RESPECTO MUTUO Y RECIPROCIDAD					
1. Tú y tu pareja se consideran iguales					

2. Crees que el sexo debe ser compartido únicamente con alguien que conozcas mucho.					
3. Cuando estas frente a un problema de salud sexual tu pareja responde conjuntamente contigo en la solución del problema					
4. Tu pareja respeta la decisión de no tener el acto sexual, cuando tu no lo deseas					
5. Tu pareja respeta tus espacios con tus amigos					
6. Tu pareja entiende que estás en tus días de peligro y que no es posible una relación sexual (coital)					
7. Tu pareja conversa contigo acerca de las consecuencias que trae la conducta sexual irresponsable					
8. Conversas con tu pareja sobre el desarrollo personal de ambos					
9. Acuerdan situaciones para ejercer su sexualidad sin riesgos					
SEXUALIDAD Y AMOR					
1. Crees que en una relación sexual debe haber amor de por medio					
2. Las relaciones coitales se dan casualmente					
3. La pérdida de la virginidad de la mujer antes del matrimonio no deber ser mal vista por la sociedad					
4. La relación sentimental que inicia una pareja debe ser relativamente estable					
5. Las relación con tu pareja es estable					
6. El amor que sientes por tu pareja es correspondido de la misma manera que tu lo haces					
7. Ser mutuamente fieles es actuar con responsabilidad y respeto mutuo					
8. Las fantasías sexuales son muy normales entre personas jóvenes					
9. Crees que Las / los jóvenes que se masturban llevan a cabo una conducta normalmente saludable					
SEXUALIDAD COMO ALGO POSITIVO					
1. Sientes y crees que tener relaciones sexuales es una decisión individual y voluntaria de la persona					
2. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista deseo sexual,					
3. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista amor					
4. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista respeto					
5. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista comunicación					
6. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista responsabilidad y cuidado					
7. Cuando decidimos tener relaciones sexuales debemos aceptar a nuestros sentimientos sin culpa ni vergüenza					
8. La sexualidad es compartida por esa razón debe ser cuidada por ambos protegiéndose y utilizando anticonceptivos					
9. Antes de tener relaciones sexuales debemos pensar, si nos sentimos bien al hacerlo.					
10. Las mujeres vemos a la sexualidad como algo malo porque nuestros padres nos trasmitieron ese concepto					
11. Las mujeres que sienten temor a la sexualidad es por la mala información que recibió en su infancia, ya sea de sus padres, adultos, y por experiencias negativas que fueron victimas					

ANEXO 2-B

REPORTE DE VALIDACIÓN DE ESCALA DE LIKERT DE ACTITUDES SEXUALES

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

REPORTE DE LA CONFIABILIDAD DEL TEST DE ACTITUDES SEXUALES

	Alfa de Cronbach	N° 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

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LOS ADOLESCENTES

Autor: Mg. Nelly Solís Villanueva

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

*Heterosexual (de tu sexo opuesto)

Homosexual (de tu mismo sexo) Bisexual (de ambos sexos

